

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3769>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Schrappe, Andreas

Titel: Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil - eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62 (1), 30-46

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ÜBERSICHTSARBEITEN

Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie

Andreas Schrappe

Summary

Educational Guidance for Families with Mentally Ill Parents: A Bridge Between Youth Welfare Services and Psychiatric Care System

In the last fifteen years a lot of services were established to assist children and their mentally ill parents. To improve the preventive and therapeutic interventions in favour of these families, the cooperation between all the institutions involved has to be enhanced. Family counselling centers can play an important role as a link between the psychiatric care system and the youth welfare services. By transferring the psychiatric terminology to the families' everyday language, the counsellors help the parents and the children to share their experiences with the parental illness. To implement a consultation-hour in a psychiatric clinic is an example of how educational guidance can close the gap between the two systems and strengthen the cooperation.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 30-46

Keywords

mentally ill parents – child guidance centers – psychiatric care system – cooperation – family consultation-hour

Zusammenfassung

In den letzten fünfzehn Jahren sind eine Vielzahl von Diensten zur Unterstützung von Kindern und ihren psychisch erkrankten Eltern eingerichtet worden. Um die präventiven und therapeutischen Interventionen für diese Familien zu verbessern, muss die Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Einrichtungen gefördert werden. Familienberatungsstellen können eine wichtige Rolle spielen als Bindeglied zwischen dem psychiatrischen Versorgungssystem und den Jugendhilfediensten. Indem die psychiatrische Fachterminologie in den alltäglichen Sprachgebrauch von Familien übersetzt wird, helfen die Berater, dass Eltern und Kinder über ihre Erfahrungen mit der elterlichen Erkrankung sprechen. Der Aufbau einer Sprechstunde

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 30 – 46 (2013), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

in einer psychiatrischen Klinik ist ein Beispiel, wie Erziehungsberatung die Kluft zwischen beiden Systemen schließen und die Kooperation stärken kann.

Schlagwörter

psychisch kranke Eltern – Erziehungsberatungsstelle – psychiatrisches Versorgungssystem – Kooperation – Familiensprechstunde

1 Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

Im Laufe der vergangenen fünfzehn Jahre ist die Aufgabenstellung der Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Fachöffentlichkeit und in den Versorgungsstrukturen umfassend angekommen (Mattejat u. Lisofsky, 1998, 2008). Nach der Pionierphase, die von wegweisenden Publikationen und engagierten Hilfsprojekten geprägt war, haben sich überall in der Bundesrepublik Angebote zur Unterstützung von psychisch belasteten Eltern und ihren Kindern etabliert. Von einer flächendeckenden Versorgung kann allerdings noch längst nicht gesprochen werden. Eine Vielzahl spezifischer Einrichtungen und Angebote ist in der Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ organisiert (siehe www.bag-kipe.de), die aus der von Wagenblass und dem Münsteraner Institut für Soziale Arbeit (isa) gegründeten Expertenrunde hervorgegangen ist.

Verschiedene Autoren haben aus erwachsenenpsychiatrischer, kinder- und jugendpsychiatrischer oder Jugendhilfe-Perspektive die Zusammenhänge zwischen elterlicher Erkrankung und kindlichen Belastungen differenziert herausgearbeitet, wobei die Aspekte der Psychoedukation, der Familiendynamik und der Stressbewältigung eine besondere Rolle spielen (Lenz, 2008, 2010; Mattejat u. Renschmidt, 2008; Schrappe, 2011; Wiegand-Grefe, Mattejat, Lenz, 2011). Die in diesem Feld etablierten Dienste haben einen definierten Satz von Hilfeformen entwickelt wie Familienberatung, Kindergruppenarbeit, Patenschaften, Interaktionstherapie usw., bei denen nun eine wissenschaftliche Evaluation ansteht bzw. bereits eingeleitet ist (Christiansen, Mattejat, Röhrle, 2011; Wagenblass, 2011; Wiegand-Grefe, Ohntrup, Plass, 2011).

1.1 Mangelnde Störungseinsicht, geringe Kooperationsbereitschaft

Das Bemühen, den Familien eine passende fachgerechte Unterstützung zukommen zu lassen, stößt in der Regel auf zwei Schwierigkeiten. Zum einen scheuen sich die Eltern wie auch die Kinder, dem informellen oder professionellen Umfeld die psychische Erkrankung oder ihre problematischen Auswirkungen zu eröffnen, die diese auf die elterliche Erziehungsfähigkeit und die kindliche Befindlichkeit haben. Auch wenn die Mehrheit der Eltern sehr wohl die Entwicklungseinschränkungen bei ihren Kindern wahrnimmt und die Kinder oft trotz aller Copingversuche unter erheblichen Problemen leiden, werden Hilfestellungen insbesondere der öffentlichen Jugendhilfe nicht so

sehr gesucht, sondern eher vermieden (Kölch u. Schmid, 2008). Zum anderen haben die beiden beteiligten Versorgungssysteme Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie oft noch keine geeigneten Kooperationsstrukturen aufgebaut, sodass die Hilfen unverbunden und damit unzureichend sind. Hier spielen die unterschiedlichen Blickwinkel auf das betroffene familiäre System, die jeweilige Berufssozialisation sowie negative Kooperationserfahrungen eine Rolle (Lenz, 2005; Schone u. Wagenblass, 2001).

Zugespißt lässt sich formulieren: Die mangelnde Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft auf Seiten der Eltern hat seine Entsprechung in der geringen gemeinsamen Problemeinsicht und Kooperationsbereitschaft auf Seiten der Fachkräfte und Versorgungseinrichtungen.

1.2 Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern im System der Hilfen

In Tabelle 1 ist die Vielzahl von Einrichtungen, Diensten und Ämtern zusammengestellt, zu denen Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil potenziell Kontakt haben können. Sie lassen sich danach sortieren, ob die Hilfe oder Leistung auf das Kind zielt (rechte Spalte), oder ob das Angebot eher den Erwachsenen im Blick hat (linke Spalte). Von oben nach unten sind die stationären und teilstationären Angebote über die ambulanten Dienste sowie Ämter und Gerichte bis hin zu den Selbsthilfemöglichkeiten angeordnet.

Tabelle 1: Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil befinden sich in zwei parallelen, aber oft unverbundenen Versorgungssystemen, auf den Erwachsenen (li.) oder auf die Kinder (re.) fokussiert

Der Erwachsene im Blick	Die Kinder im Blick
Psychiatrie, Wohnheim, psychiatrische Familienpflege, Übergangseinrichtung	Heimerziehung, Pflegefamilie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kurzzeitpflege
Tagesklinik, Tagesstätte	Tagesstätte, Tagesklinik
Betreutes Wohnen, Assistenz beim Wohnen	Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Familienpflege
Sozialpsychiatrischer Dienst	Erziehungs- und Familienberatung
Gesundheitsamt	Jugendamt
Vormundschaftsgericht, Betreuung	Familiengericht, Vormundschaft
Ambulante Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie	Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Selbsthilfefeansätze	Selbsthilfefeansätze

Die Hilfen, die beim Behandlungsbedarf des Erwachsenen ihren Ausgang haben, beschreiben die erwachsenenpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Angebote und die entsprechenden Kompetenzen, ergänzt um das infrage kommende Amt oder Gericht. Bei den Hilfen, die das Kind im Blick haben, finden sich die Leistungen und Kompetenzen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ebenfalls ergänzt durch das unter Umständen beteiligte Amt oder Gericht. Die Altersgrenze zwi-

schen beiden Bereichen liegt meist bei 18 bis 21 Jahren, mit dem Erreichen der Volljährigkeit und Selbständigkeit wechselt die Zuständigkeit für die betroffenen jungen Menschen vom einen zum anderen Versorgungssystem. An der Bruchstelle finden entsprechend häufig Auseinandersetzungen über die Kostenträgerschaft statt.

Dass auf beiden Seiten ganz ähnliche Angebote und Zugänge entwickelt wurden – einerseits für Erwachsene, andererseits für Kinder und Jugendliche – mag gut damit zu begründen sein, dass es für beide Zielgruppen einen Reigen verschiedener Hilfen geben muss, die je nach Bedarf zum Einsatz kommen. Zu einem echten Problem wird die Zerteilung der Versorgungslandschaft dadurch, dass sie durch eine erhebliche Kluft getrennt sind, das heißt beide Hilfesysteme zumeist unverbunden agieren. Hier wird der psychisch erkrankte Erwachsene behandelt, dort erhält das Kind eine Jugendhilfemaßnahme – dass beide in einer Familie leben und ihre Probleme miteinander zu tun haben, wird vielleicht gewusst, aber nicht in eine gemeinsam abgestimmte Behandlung umgesetzt.

Das Nebeneinander, mitunter auch Gegeneinander von Psychiatrie und Jugendhilfe im Hinblick auf Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil hat in dieser Konstellation seinen Ursprung. Die Hilfen werden sich dann wesentlich verbessern, wenn die beschriebene Kluft oder, anders gesagt, die gegenseitige Fremdheit überwunden ist.

1.3 Von der Erstanlaufstelle zur Kooperation

Wenn psychisch belastete oder erkrankte Erwachsene, die als Mutter oder Vater für Kinder sorgen, um fachliche Hilfe nachsuchen, belassen sie es oft bei einer einzigen Fachkraft oder Stelle, zu der sie Vertrauen aufgebaut haben oder der sie Kompetenz zubilligen. Dies mag z. B. die Psychiaterin sein, von deren Behandlung sie eine Linderung der depressiven Symptome erhoffen, oder der Sozialpädagogische Familienhelfer, der die Last der Erziehungstätigkeit erleichtern möge. Sich wenigstens einer Person gegenüber zu öffnen, erfordert bereits viel Mut. Andere betroffene Eltern lehnen sogar jegliche Hilfe ab, etwa aus traumatischen biografischen Beziehungserfahrungen heraus oder aus Angst, die Erziehungsfähigkeit abgesprochen zu bekommen.

Für die Fachkraft oder Einrichtung bedeutet dies jedoch, dass sie als einzige Anlaufstelle fungiert und dass es zumindest anfangs nicht möglich ist, die Eltern oder ihre Kinder an weitere geeignete Stellen zu verweisen. Dadurch kommt es vor, dass die im anderen Versorgungsbereich vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen nicht einbezogen werden können und die Hilfe unvollständig ist. So hat beispielsweise eine psychisch labile Mutter zwar eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu einem Erziehungsbeistand aufgebaut, aber dieser Fachkraft gelingt es trotz mehrmaliger Anläufe nicht, die Frau zur Untersuchung in einer psychiatrischen Praxis zu motivieren. Auch umgekehrt – von der psychiatrischen Seite in Richtung Jugendhilfe – stößt die Hilfe häufig an Grenzen.

Bei näherer Betrachtung stellt sich allerdings oft heraus, dass es nicht allein die Scheu der Familienmitglieder ist, weitere Hilfen anzufragen, sondern dass die Fachkräfte selbst nicht in der Lage sind, die jeweils andere Perspektive einzunehmen. Oder

sie vermitteln explizit oder unterschwellig Vorbehalte gegenüber möglichen Kooperationspartnern aus dem komplementären Versorgungsbereich. Hier gilt es anzusetzen, wenn eine Verbesserung in der Unterstützung für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern erreicht werden soll.

Die Initiativen und Projekte der vergangenen Jahre gründen sich darauf, dass es ihnen gelungen ist, Kapazitäten und Kompetenzen beider Seiten – also der Perspektiven des Kindes und der Erwachsenen – miteinander zu verbinden. Dies kann durch eine wechselseitige Kooperation beispielsweise zwischen einem Dienst der psychiatrischen Versorgung und einer Jugendhilfeeinrichtung geschehen, oder durch die Einbeziehung der jeweils anderen Fachkompetenz durch gemeinsame Fallkonferenzen, durch gemischte Personalauswahl oder Ähnliches.

2 Erziehungsberatung als Hilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Erziehungs- und Familienberatungsstellen haben hier besondere Möglichkeiten in der Unterstützung von psychisch belasteten Eltern und ihren Kindern. Diese erweitern sich sogar noch, wenn – neben den klassischen Leistungen nach §§ 28, 16, 17, 18, 35a und 41 SGB VIII – auch Paar- und Lebensberatung angeboten wird, es sich also um eine integrierte Beratungsstelle handelt. Um die Trennungslinie zwischen der erwachsenenpsychiatrischen und der Jugendhilfeseite zu überbrücken, bilden einige Beratungsstellen im Bundesgebiet bereits Kooperationen bevorzugt mit Sozialpsychiatrischen Diensten oder arbeiten mit niedergelassenen Erwachsenenpsychiatern oder -psychotherapeuten zusammen, wieder andere gehen Kooperationen mit den psychiatrischen Kliniken ein.

Innerhalb der Hilfen zur Erziehung gelten Erziehungsberatungsstellen, weil sie direkt und ohne Antragsstellung beim Jugendamt aufgesucht werden können, als besonders niederschwelliges Angebot. Psychisch erkrankten Eltern, die neuen Personen und Situationen zunächst oft mit Skepsis oder Scheu begegnen, fällt es vergleichsweise leicht, eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen. Sie erleben es als hilfreich, dass für die Inanspruchnahme keine Diagnose erforderlich ist, sondern die Schilderung eines Problems oder eines Hilfebedarfs ausreicht. Manche Eltern oder Kinder wählen auch den Zugang über eine andere Erziehungs- oder Entwicklungsproblematik, so dass die elterliche Erkrankung erst im späteren Verlauf der Beratung offengelegt werden kann.

2.1 Fachterminologie in Familiendeutsch übersetzen

Es ist nicht der Auftrag von Erziehungsberatungsstellen, psychiatrische Störungen oder Erkrankungen zu behandeln. Es gehört jedoch sehr wohl zu ihren Aufgaben, bei der Anamneseerhebung oder im weiteren Beratungsverlauf eine etwaige psychische Belastung von Vater oder Mutter zu erfragen und diese Information dann zu übersetzen in eine Beschreibung der Auswirkungen auf die Familie. Gemeint sind damit die

Folgen für die elterliche Erziehungsfähigkeit, die kindliche Entwicklung sowie das familiäre Beziehungsgefüge. Die moderne verhaltensnahe Operationalisierung der Diagnosen psychischer Störungen in den gängigen Klassifikationssystemen ist hier von Vorteil. Auf diese Weise wird es möglich, mit der Familie offen über die Auffälligkeiten im elterlichen Erleben und Verhalten zu sprechen. Letztlich muss keine Diagnose benannt werden, falls sie der Elternteil für sich noch nicht akzeptieren kann (s. Tab. 2).

Tabelle 2: In der Beratung der Kinder und Eltern werden die Symptome einer psychischen Erkrankung übersetzt in die Wirklichkeit der Familie, um damit das offene Gespräch zu ermöglichen

Diagnosekriterien	Folgen für die Familie
<i>Die erkrankte Person:</i> ... leidet unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung.	<i>Das Kind:</i> „Meine Mama ist immer traurig.“ – „Nie spielt Papa mit mir, was habe ich bloß angestellt?“ – „Ich habe Angst, dass sie sich etwas antut.“ <i>Der Elternteil:</i> „Ich taue als Mutter nichts.“ – „Ich schaffe es nicht, mit dem Kind etwas zu unternehmen.“ – „Nur meine Kinder halten mich am Leben.“ <i>Die Familie:</i> Kind übernimmt Elternaufgaben (Parentifizierung). Die Depression bestimmt die Atmosphäre. Abschottung der Familie nach außen.
<i>Die erkrankte Person:</i> ... zeigt durchgängig emotionale Impulsivität. Impulse werden nur mangelhaft kontrolliert. Gewalttätiges und bedrohliches Verhalten sind häufig.	<i>Das Kind:</i> „Mal werde ich wie eine Prinzessin, dann wie ein Stück Dreck behandelt.“ – „Ich kann nie für mich sein.“ – „Ich habe Angst vor den Ausbrüchen.“ <i>Der Elternteil:</i> „Sophie ist mein Halt, sie darf nicht weggehen.“ – „Benny ist mit seinen drei Jahren ein gerissener Kerl, aber er wird mich kennenlernen!“ <i>Die Familie:</i> Kontinuität und Zuverlässigkeit fehlen. Das Kind erfüllt psychische Bedürfnisse des Elternteils, Ablösung und Selbstwerdung werden behindert.
<i>Die erkrankte Person:</i> ... leidet unter Verfolgungswahn und erlebt akustische Halluzinationen in Form befehlender oder bedrohlicher Stimmen.	<i>Das Kind:</i> „Mama ist manchmal wie abwesend, da versuche ich alles recht zu machen.“ – „Die Angst von meinem Papa hat mich angesteckt.“ <i>Der Elternteil:</i> „Ich weiß nicht, was mit mir los ist.“ – „Die Anderen sagen, ich muss ins Krankenhaus.“ – „So viele Gefahren, ich muss auf der Hut sein.“ <i>Die Familie:</i> Alle sind angestrengt und verängstigt. Die Probleme werden tabuisiert. Die Klinikbehandlung führt zur Entlastung, aber auch zur Trennung.

Kinder leiden nicht an den Diagnosen der Eltern, sondern an den krankheitsbedingten Verhaltens- und Beziehungsweisen des Elternteils und an der Veränderung im familiären System. Dies ist der Grund dafür, dass Fachkräfte diesen Dolmetscherdienst leisten und Diagnosen bzw. Diagnosekriterien in verhaltens- und erlebensnahe Beschreibungen übersetzen.

3 Vor-Ort-Präsenz von Erziehungsberatung in der Psychiatrie

Wenn sich betroffene Eltern nur schwer von einer Einrichtung zu einer anderen bewegen (lassen), müssen es folgerichtig die verschiedenen Dienste selbst sein, die sich auf den Weg zueinander begeben, um vor Ort eine koordinierte Hilfe anzu-

bieten. In den verschiedenen bundesdeutschen Projekten und Initiativen ist dies beispielsweise so realisiert worden, dass Fachkräfte korrespondierender Dienste in Fallbesprechungen zusammenarbeiten, dass eine wechselseitige Konsiliartätigkeit entwickelt wird, dass bestimmte Angebote wie Gruppen in gemeinschaftlicher Leitung durchgeführt werden oder dass der eine Dienst in Form von Sprechstunden in einer anderen Einrichtung aktiv wird.

Immer mehr Erziehungsberatungsstellen praktizieren diese vor-Ort-Präsenz in der Weise, dass sie mit eigenen Fachkräften eine regelmäßige Sprechstunde in den Räumen einer psychiatrischen Klinik durchführen. In Würzburg findet diese Kooperation zwischen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität und dem Evangelischen Beratungszentrum der Diakonie statt (s. Tab. 3). Dem familienbezogenen Ansatz entsprechend heißt das Angebot „Familiensprechstunde – rund um Kinder und Erziehung“.

Tabelle 3: Konzeptionelle Festlegungen zur Familiensprechstunde des Evangelischen Beratungszentrums in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg

Familiensprechstunde in Würzburg	
Zielgruppe	<i>Eingeladen sind:</i> alle Patienten, die Kinder haben, also Mutter bzw. Vater sind der jeweils andere Elternteil (ggfs. weitere Bezugspersonen wie Großeltern) die Kinder, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen selbst <i>Bei Bedarf:</i> weitere Fachkräfte, die mit der Familie zu tun haben <i>Alle Settings möglich:</i> Einzel-, Eltern- und Familiengespräche, Helfergespräche usw.
Angebot	<i>Information:</i> Möglichkeiten in der Familie mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils umzugehen. Aufklärung über mögliche Folgen für die Kinder und für die Erziehungsfähigkeit der Eltern <i>Beratung:</i> Beratung der Eltern (erkrankter oder gesunder Elternteil) im Hinblick auf allgemeine Erziehungsfragen oder auf spezifische Probleme infolge der psychischen Erkrankung. Beratung der Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen in Fragen des Alltagslebens, der familiären Rolle, der Ablösung bzw. des Kontakts zur sozialen Umwelt <i>Unterstützung:</i> Aufklärung der Familie über familienunterstützende oder -ergänzende Hilfen (Jugendhilfe, Familienpflege, ...) <i>Bei Bedarf:</i> Empfehlung an die Erziehungsberatungsstelle oder an andere Einrichtungen und Dienste (in Abstimmung mit dem Sozialdienst der Klinik). Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen Empfehlung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zugang	Hinweise auf den Stationen durch Flyer und Plakate Eigeninitiative des Patienten/der Patientin oder eines Angehörigen Vermittlung durch Fachkräfte der Klinik im Rahmen der Behandlung
Zeit, Umfang	Je nach Größe der Klinik und verfügbaren Ressourcen sind zwei oder vier Stunden pro Woche kontinuierlich über das Jahr vorzuhalten. Umfang beläuft sich auf einen oder mehr Kontakte mit Patienten bzw. den Angehörigen während der stationären Aufenthalts, ggfs. auch während einer tagesklinischen oder ambulanten Behandlung

3.1 Zu Konzeption und Durchführung einer Familiensprechstunde

Am Anfang stehen eine Verständigung über Ziele und Angebote der Familiensprechstunde und eine schriftliche Übereinkunft der Leitungen von Klinik und Beratungsstelle. Mit der aktiven Förderung durch die Klinikdirektion gelingt es am leichtesten, ein solches neues Angebot im System zu etablieren. In der Übereinkunft müssen auch Fragen nach Raum, Versicherungsschutz usw. geklärt sein. Frühzeitig sollten auch diejenigen Klinikmitarbeitenden benannt und einbezogen werden, die künftig als hausinterne Fürsprecher und Kooperationspartner fungieren. Auf Kontinuität ist zu achten, so dass z. B. Oberärztinnen oder Mitarbeiter des Sozialdienstes oder der psychologischen Abteilung dafür besonders infrage kommen. In der konkreten Durchführung muss geregelt werden, wie sich die Patientinnen und Patienten für die Sprechstunde anmelden können bzw. wie das Fachpersonal dies vermittelt.

3.2 Leistungen und Herausforderungen

Frau M., seit drei Wochen wegen Depressionen auf der offenen Station in Behandlung, wurde durch die Plakate auf die Familiensprechstunde aufmerksam. Sie stammt aus Marokko und hat einen muslimischen Hintergrund. Sie ist mit einem deutschen Mann verheiratet, gemeinsam haben sie vier Kinder, von denen zwei bereits erwachsen sind. Als Eröffnung wählt Frau M. eine Erziehungsfrage: Wie soll sie es den jüngeren Kindern beibringen, weniger Zeit vor PC oder Playstation zu sitzen?

Erst das ausführliche Gespräch bringt zutage, dass Frau M. oft nicht die Kraft dazu hat, den Kindern Grenzen zu setzen – hier spielen die krankheitsbedingte Antriebslosigkeit und ihre Selbstzweifel eine große Rolle. Mit Frau M. werden Strategien durchgespielt, wie sie in guten Momenten ihren Kindern klare Verhaltensregeln vermitteln kann, ohne viel Kraft dafür aufzuwenden. Zugleich erhält sie Verständnis dafür, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung – und nicht wegen einer etwaigen mangelnden elterlichen Eignung – manche Aufgaben nur teilweise erfüllen kann. Statt sich hierfür selbst zu verurteilen, solle sie Unterstützung z. B. durch den Partner, die großen Kinder oder pädagogische Dienste anfordern. Das sei kein Zeichen von Schwäche, sondern zeuge von Stärke und einem verantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung.

Als hätte die Erziehungsberaterin durch diese Gesprächspassage den Vertrauenstest bestanden, berichtet Frau M. von früheren stationären Behandlungen. Als die Kinder noch klein waren, hätten sie die Mutter nicht losgelassen. Sie hätte einmal die Klinikbehandlung um zwei Monate verschieben müssen, weil die Jüngste wieder ins Bett zu machen begann. Noch größer als die Probleme mit dem PC-Konsum der Kinder sei ihre Angst, dass sie viel fortgingen und in schlechten Umgang gerieten. Dann werde sie womöglich Vorwürfen ausgesetzt, keine gute Mutter zu sein ... Frau M. scheint erleichtert, diese Dinge aussprechen zu können, und will in der nächsten Woche wiederkommen.

Dieses Beispiel eines vergleichsweise einfachen Gesprächs zeigt einmal mehr, dass psychisch erkrankte Menschen ganz normale Erziehungsfragen haben (dürfen), die auch gesunde Eltern bewegen. Dass die Beraterin sich offenkundig Zeit für das Gespräch nimmt, führt dazu, dass die Patientin Vertrauen fasst und zunehmend schwierige, riskante Themen anschnidet (Es gibt allerdings auch Eltern mit hohem Problemdruck, die sofort ihre Schwierigkeiten offenlegen). Sehr viele Kontakte in der Familiensprechstunde werden durchzogen von der leidvollen Spannung zwischen den krankheitsbedingten Einschränkungen einerseits und den Bedürfnissen der Kinder bzw. den Anforderungen an Elternschaft andererseits. Häufig drehen sich die Gespräche darum, die Schuldgefühle, die die Eltern und oft auch die Kinder wegen der Probleme empfinden, auszusprechen und aufzulösen.

Für eine psychiatrische Klinik ist das Angebot einer Familiensprechstunde eine mehrfache Herausforderung. Zunächst muss sie sich dafür öffnen, dass damit vermehrt kind- und erziehungsbezogene Fragen thematisiert werden, während der Fokus in der psychiatrischen Versorgung bislang vor allem auf der Behandlung der erkrankten Person und in der Angehörigenberatung mit deren Partner oder Eltern liegt. Die Klinik muss Vertrauen aufbauen in die Kompetenz der Fachkraft aus der Beratungsstelle, dass sie zum einen die stationäre psychiatrische Versorgung kennt und respektiert und zum anderen ihre Interventionen so einbringt, dass es für die Patientinnen und Patienten annehmbar und hilfreich ist.

Die Herausforderungen für die Erziehungsberatungsstelle und die von ihr entsandte Fachkraft sind nicht minder groß. Leitung und Team der Beratungsstelle müssen in positiv-kritischer Weise das fachliche Verhältnis zur psychiatrischen Versorgung klären und die Zusammenarbeit bejahen. Sie unterstreicht damit die Gehstruktur von Erziehungsberatung, wie sie auch in den Sprechstunden an einer Schule oder am Familiengericht sichtbar wird.

Die beiden in Erziehungsberatungsstellen vertretenen Grundqualifikationen Psychologie und Sozialpädagogik sind für die Durchführung einer Familiensprechstunde geeignet, auch wenn sie unterschiedliche Profile mit sich bringen. Die Fachkraft benötigt darüberhinaus eine vielfältige Kompetenz sowohl in erziehungsberaterischen und jugendhilfetypischen Fragen als auch im Hinblick auf psychiatrische Krankheitsbilder und die Merkmale stationärer Versorgung. Sie muss umgehen können mit der Grundspannung zwischen der patientenbezogenen Herangehensweise einerseits und der kind- und familienbezogenen Sicht andererseits. Schließlich sollte sie fähig sein, sich in einem zunächst fremden System gut aufzustellen und als hilfreiche Ergänzung einzuführen.

Wenn das Angebot einer Familiensprechstunde in der Klinik neu aufgebaut wird, ist die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistung zu klären. Eine einheitliche Praxis dazu gibt es in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Entweder kann der Träger der Klinik die Personal- und Sachkosten übernehmen oder die Erziehungsberatungsstelle die entsprechenden Ressourcen dafür bereitstellen. Sinn und Nutzen einer solchen konkreten Kooperation ist in den beteiligten Fachgremien und politischen Strukturen zu vertreten, um entsprechende Finanzierungsanträ-

ge durchzusetzen. Mancherorts erfolgt die Abrechnung der Leistung im Rahmen der kassenfinanzierten Quartalspauschalen innerhalb der Institutsambulanz. Schließlich ist es oft möglich, Spenden und Zuwendungen von Stiftungen, wohltätigen Organisationen o. ä. zu erlangen.

3.3 Die Effekte familienbezogener Beratung in der Klinik

Für die Patientinnen – es handelt sich ganz überwiegend um Mütter – ist der Besuch der Familiensprechstunde in aller Regel ein großer Gewinn. Sie finden dort Raum und Zeit, um ihre Sorgen um die Kinder und deren Entwicklung sowie die Zweifel und Fragen hinsichtlich der eigenen Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit zu thematisieren. Sie profitieren davon zu erfahren, dass viele Familien in einer ähnlichen Situation sind und Hilfe grundsätzlich möglich ist. Einige Mütter greifen auf die angebotenen Materialien wie Kinderbücher oder Ratgeber zurück, da sie hoffen, dass ihnen dadurch das Aufklärungsgespräch mit Kind und Partner erleichtert werde. Anderen sind vor allem die Hinweise wichtig, auf welche Unterstützungsangebote seitens der Erziehungsberatungsstelle oder der Jugendhilfe sie nach einer Klinikentlassung zurückgreifen können.

Für die beratende Fachkraft ist es oft wesentlich leichter, in der Familiensprechstunde mit dem psychisch erkrankten oder labilen Elternteil in ein offenes Gespräch zu kommen als im Rahmen der Erziehungsberatungsstelle. Während der stationären Behandlung ist die Familie offen für jegliche Unterstützung und kann die Tatsache einer psychischen Erkrankung nicht verbergen. Die Tabuisierung ist für eine Zeitlang gelockert. Die in der Familiensprechstunde geknüpften Kontakte erleichtern es, nach der Klinikentlassung die Hilfe in der Beratungsstelle fortzusetzen und somit den Kontakt zur Jugendhilfe aufrechtzuerhalten.

Eine besondere Leistung des Beratungsangebots in der Klinik ist es, die Angst der Eltern vor dem Jugendamt zu bearbeiten. Die Mehrzahl der psychisch erkrankten Mütter und Väter ist in Sorge, die Kinder ohne ausreichenden Grund vom Jugendamt „weggenommen“ zu bekommen, auch wenn diese Angst kaum auf Tatsachen oder eigenen Erfahrungen beruht. Damit bringen sich die Eltern jedoch um die Chance, die von der Jugendhilfe angebotenen Leistungen wie Sozialpädagogische Familienhilfe, Heilpädagogische Tagesstätte, Hort, Mittagessensgeld usw. bewilligt zu bekommen. Hier kann in der Familiensprechstunde Beruhigung und Aufklärung geleistet werden, ohne dass die Eltern bereits die Schwelle zum Jugendamt übertreten müssen.

Kölch und Schmid (2008) haben herausgearbeitet, dass psychisch erkrankte Eltern ihre Elternschaft oft als anstrengend oder belastend erleben, vor allem wenn die Entwicklung der Kinder bereits schwierig geworden ist oder es Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung gibt. Dieser elterliche Stress wiederum ist für Betroffene, die nach ihrer Klinikentlassung noch psychisch labil sind, ein Hindernis auf dem Weg der Stabilisierung. Setzen sich die Erziehungsprobleme und -konflikte weiter fort, kann der Stress ein solches Maß erreichen, dass eine erneute psychische Krise entsteht. Die Ent-

lastung und Unterstützung von Patientinnen auch in ihren Elternaufgaben sind somit keine Kür, sondern sie können zu einem wichtigen Baustein werden bei der Stabilisierung der Patient/innen und zur Prävention von Rückfällen. Vergleichen lässt sich dies mit den Maßnahmen zur schrittweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben, die seit Jahrzehnten in der Versorgung psychisch Kranker eine positive Rolle spielen.

Es hängt von der örtlichen Versorgungslandschaft und den Standorten von Klinik und Beratungsstelle ab, ob die Arbeit mit den Partnern der erkrankten Eltern und die Hilfe für die Kinder ebenfalls im Rahmen der Familiensprechstunde stattfinden oder ob diese Kontakte in die Erziehungsberatungsstelle verlegt werden. Dieser Wechsel in den ambulanten Bereich steht auf jeden Fall an, wenn die Patientin entlassen wird und die Hilfe für sich bzw. die Kinder fortsetzen will. Da der Einzugsbereich einer Klinik meist wesentlich größer ist als der von kommunal finanzierten Erziehungsberatungsstellen, sind im Vorfeld Absprachen mit den benachbarten Städten und Kreisen über die Kostenbeteiligung zu empfehlen, wenn auch auswärtige Familien weiter unterstützt werden sollen. Auf diese Weise erhielten einzelne Beratungsstellen einen spezifischen Auftrag für eine größere Region.

Einige Kliniken identifizieren psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder dadurch, dass sie standardmäßig im Rahmen der Patientenaufnahme nach der Elternschaft und der Situation der Kinder fragen, sobald es die Befindlichkeit der Patientinnen zulässt. Hier ist es dann nur noch ein kleiner Schritt, den Patientinnen oder dem stabilen Elternteil den Besuch der Familiensprechstunde zu empfehlen. Es lohnt sich, die behandelnden Fachkräfte der Klinik wiederholt auf den präventiven Charakter des Angebots hinzuweisen. Es braucht für den Hinweis zur Familiensprechstunde (noch) keine Probleme bei den Kindern oder in der Erziehung zu geben. Auch bezüglich des Alters der Kinder gibt es keine Einschränkungen – die behandelte Mutter oder der Vater können von dem Gespräch in der Familiensprechstunde profitieren, ob es sich nun um ein Neugeborenes oder um einen jungen Volljährigen handelt.

Aufgrund der psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Ausrichtung des Angebots von Familiensprechstunde ist eine sensible Abstimmung mit den entsprechenden Fachdiensten der Klinik nötig. Im besten Fall wissen beide Seiten um die jeweiligen Kompetenzen und Ressourcen und arbeiten in der Unterstützung von Patientinnen bzw. Familien zusammen. Die Kooperation wird in dieser Form zu einem festen Bestandteil der Arbeitserfüllung und kann sowohl der psychiatrischen als auch der Beratungsstellenseite neue Lernerfahrungen verschaffen.

Die Frage der gegenseitigen Verschwiegenheit oder Informationsweitergabe zwischen Klinikteam und Familiensprechstunde ist nicht allgemein, sondern am besten auf den konkreten Fall bezogen zu beantworten. Die Patienten und ihre Angehörigen haben Anspruch auf Transparenz, wer welche Informationen erhält bzw. weitergibt, und können dies mit Schweigepflichtsentbindungen steuern. Manchen Klinikmitarbeitern ist es wichtig, der Beraterin in der Familiensprechstunde die notwendigen Informationen über eine Patientin bereits im Vorfeld zu geben, andere befürworten, dass die Kollegin sich zunächst selbst eine unvoreingenommene Meinung bildet. Re-

gelungen sollten existieren für den Fall von Selbst- oder Fremdgefährdung einer Patientin wie auch von Kindeswohlgefährdung.

Bei der Etablierung eines solchen Beratungsgebots ist es spannend, ob es als ein integraler Bestandteil der Klinikbehandlung implementiert wird oder ob eher die Eigenständigkeit und Andersartigkeit dieser Hilfe betont wird. Im ersten, „engeren“ Fall dürfte sich die psychiatrische Seite besonders leicht tun mit der Zuweisung von Patienten zur Sprechstunde oder der Übermittlung von Informationen oder Aufträgen an die Beraterin. Im zweiten, „loseren“ Fall werden sich eher diejenigen Patient/innen öffnen, die das Thema Kinder und Elternschaft bislang vermieden haben und einen geschützten Freiraum dafür benötigen. Die Stärke bei der Kooperation in Würzburg ist, dass je nach Situation zwischen der engeren und der loserer Verbindung gewählt werden kann, so wie die Hilfe am besten den betroffenen Elternteil erreicht.

4 Anforderung an Kooperation

Der Aufbau einer Familiensprechstunde ist hier beschrieben worden als ein geeignetes Beispiel, wie die oft getrennt agierenden Versorgungsbereiche Psychiatrie und Jugendhilfe die Hilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil durch eine funktionierende Kooperation verbessern können. Die konkrete Bewegung, dass eine Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle sich in die psychiatrische Klinik begibt und dort ihre Aufgabe erfüllt, ist Ausdruck für die inhaltlich-konzeptionellen Schritte, die zur Überwindung der Kluft zwischen den beiden Herangehensweisen „vom Erwachsenen her“ und „vom Kind her“ gegangen werden müssen.

Die Defizite in der Kooperation sind in den vergangenen Jahren ausführlich beschrieben worden und bis heute nicht flächendeckend überwunden (Schöne u. Wagenblass, 2001). Pluto, van Santen und Seckinger (2001) haben herausgearbeitet, welche Kooperationshindernisse an der Oberfläche der Arbeitsweise der jeweiligen Fachkräfte und Einrichtungen, aber auch in ihrem Untergrund – also in der Struktur und Kultur einer Organisation – existieren. Es ist oft dieser Untergrund, der nicht ausreichend reflektiert wird und daher eine gelingende Kooperation nachhaltig behindert.

4.1 Kooperationsverbund

Vom Evangelischen Beratungszentrum der Diakonie Würzburg initiiert, ist 2010 der Kooperationsverbund in Unterfranken „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ gegründet worden. Auf www.verbund-gzsz.de und in einer Broschüre, in Papier oder als Download erhältlich, stellt er sich der Fachöffentlichkeit sowie den betroffenen Familien vor. Im Wesentlichen ist der Kooperationsverbund ein regionales Netz von Einrichtungen, Kliniken und Diensten, die sich der Hilfe für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in besonderer Weise verpflichtet sehen. Ihnen gemeinsam ist, dass sie eine fachgerechte Form der Zugangsweise und Zu-

sammenarbeit verbindlich zusagen, was sich niederschlägt in den Aspekten Konzeption, Qualifizierung und Kooperation (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Einrichtungen oder Fachdienste, die sich im Kooperationsverbund Unterfranken vernetzen, erfüllen drei Kriterien hinsichtlich Konzeption, Qualifizierung und Kooperation

Merkmale fachlichen Handelns im Kooperationsverbund Unterfranken

Konzeption: Leitlinie der beteiligten Einrichtungen, Kliniken und Dienste ist, dass Kinder oder ihre psychisch erkrankten Eltern in einer familienbezogenen Weise unterstützt werden, die die Situation aller Familienmitglieder berücksichtigt.

Qualifizierung: Das Team bzw. einzelne Mitarbeiter haben sich spezifisch weiterqualifiziert für die Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

Kooperation: Die Fachkräfte suchen aktiv die Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Berufsgruppen, und tragen so die unterschiedlichen Kompetenzen insbesondere aus Jugendhilfe und (Sozial-) Psychiatrie zusammen.

Der Kooperationsverbund wird weiter entwickelt durch regelmäßige Vernetzungstreffen oder Fachtage. Ein Ziel ist dabei die Aushandlung von Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Diensten und Einrichtungen, ein anderes die Beschäftigung mit modellhaften Praxiserfahrungen oder Forschungsergebnissen.

Der Kooperationsverbund hilft die Frage zu beantworten, wie die beiden beteiligten Versorgungssysteme Psychiatrie und Jugendhilfe strukturell bessere Lösungen für den grundlegenden Zielkonflikt finden. Dieser Zielkonflikt zwischen dem Recht des Erwachsenen auf gelebte Elternschaft und einen selbstgestalteten Umgang mit der Erkrankung einerseits und dem Recht des Kindes auf eine gedeihliche Entwicklung und Erziehung und auf Schutz vor Gefährdung seines Wohls andererseits ist nicht auflösbar – die Beteiligten sind jedoch gehalten, konstruktiv mit ihm umzugehen und nach den besten Lösungen zu streben.

Wenn die professionellen Unterstützer und Fürsprecher erst im Streitfall zusammentreffen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die jeweiligen fachlichen Entscheidungen Mängel haben werden. Die Verabredung von regionalen interinstitutionellen Kooperationszusammenhängen (Lenz, 2005), die frühzeitig und fallunabhängig in Kraft gesetzt werden, hilft solchen Zuspitzungen vorzubeugen, bei der sich die beteiligten Professionen zum Beispiel erst vor dem Familiengericht begegnen.

4.2 Lösungen finden über die Zeit hinweg

Die psychische Erkrankung eines Elternteils zieht in einer Familie Fragen und Probleme nach sich, die beantwortet bzw. gelöst werden müssen. Merkmale einer gelungenen Lösung sind zum einen, dass die Kompetenzen sowohl aus der Jugendhilfe als auch aus der Erwachsenenpsychiatrie in ebenbürtiger Weise einbezogen sind. Ein weiteres Merkmal ist der kluge Umgang mit der Variable Zeit: In beiden Versorgungsbereichen ist man sich der Bedeutung von „Zeit“ bewusst. Auf der psychiat-

rischen Seite ist es selbstverständlich, dass die Diagnose einer psychischen Störung und erst recht ihre Behandlung und ihr Verlauf nur über die Zeit hinweg sicher bewertet werden können. Die Perspektive erstreckt sich auf Monate, wenn nicht auf Jahre. Entsprechend werden die diagnostische Einschätzung und die Behandlung immer wieder nachjustiert. Fachkräfte im medizinischen Bereich haben jedoch auch eine hohe Fähigkeit, zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Interpunktion vorzunehmen und eine Entscheidung zu treffen – eben zum aktuellen Stand der Erkenntnis.

Auf der Seite der Jugendhilfe ist die Zeitvariable ebenfalls grundlegend. Die Entwicklung des Kindes oder der Prozess der Erziehung sind Phänomene, die sich über Monate und Jahre erstrecken und deren Einschätzung eine Verlaufsbeobachtung erfordert. Fachkräfte aus der Jugendhilfe sehen es mitunter als kritisch an, eine belastbare Einschätzung für den aktuellen Moment abzugeben, wissen sie doch zu gut, dass sich die Dinge ändern können. Auch die Einschätzung einer aktuellen Kindeswohlgefährdung bezieht bei genauerer Hinsicht die Zeitperspektive ein, da zugleich ein zurückliegender Gefährdungsmoment festgestellt als auch daraus eine Prognose für künftige Gefährdungen abgeleitet werden muss.

Wenn im Zusammenwirken von Fachkräften aus Psychiatrie und Jugendhilfe, zusammen mit den betroffenen Familienangehörigen, Entscheidungen über Unterstützungs- oder Schutzmaßnahmen für den gegenwärtigen Moment getroffen werden müssen, sind diese jeweils mit einem potenziellen Irrtum bzw. Einschätzungsfehler versehen. Weder kann die psychiatrische Seite den Verlauf der Erkrankung und ihrer Bewältigung durch den Elternteil sicher vorhersagen, noch gelingt dies der Jugendhilfe bezogen auf die Entwicklung des Kindes angesichts seiner Belastungs- und Resilienzfaktoren. In diesem Sinne werden Entscheidungen stets vorbehaltlich unerwarteter Entwicklungen gefällt.

Dementsprechend ist zu fordern, dass die beteiligten Fachkräfte ihre Verantwortung für getroffene Einschätzungen und Entscheidungen auch nach einer Helferkonferenz beibehalten. Hier wird vorgeschlagen, dass in halbjährlichen Reviews überprüft wird, ob die getroffenen Regelungen ihre Erwartungen erfüllen oder ob sie nachjustiert oder korrigiert werden müssen.

In der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, die mehr als nur eine Krise oder Krankheitsphase erleben, sind zeitlich offen konzipierte Hilfeansätze jenen überlegen, die auf einen Bewilligungszeitraum beschränkt sind. In der psychiatrischen Versorgung – ambulant oder stationär – ist dies der Regelfall. Unter den Hilfen zur Erziehung sind etliche zeitlich befristet, hier ist es neben der langjährigen Fremdunterbringung in Heim oder Pflegefamilie vor allem das Angebot der Erziehungsberatungsstellen, das wiederholt und über mehrere Jahre hinweg erneut aufgesucht werden kann. In einigen Jugendämtern wird erfreulicherweise inzwischen auch die Sozialpädagogische Familienhilfe, die üblicherweise anderthalb bis zwei Jahre dauert, auf eine längere Zeit hin ausgelegt, so dass die Hilfe je nach dem phasenhaften Verlauf der elterlichen psychischen Erkrankung und des wechselnden Unterstützungsbedarfs unterschiedlich intensiv durchgeführt oder immer wieder ausgesetzt wird.

5 Entwicklungsimpulse für Erziehungsberatung

Als ambulantes freiwilliges Beratungsangebot können Erziehungsberatungsstellen einen wichtigen Beitrag in der Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil leisten. Niederschwelligkeit, Direktzugang ohne Diagnosestellung, Kostenfreiheit, psychosoziales Störungsmodell, Umgang mit Verschwiegenheit, Kompetenzvielfalt, breites Themenspektrum usw. sind die Vorteile, die dabei eine Rolle spielen (Schrappe, 2005, 2008, 2010). Es gibt aber auch Begrenzungen, bei denen andere, intensivere Hilfen wie Mutter-Kind-Behandlung, betreutes Familienwohnen oder Sozialpädagogische Familienhilfe zum Zug kommen müssen.

Dass Erziehungsberatungsstellen zum Brückenschlag zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe beitragen können, lässt sich auch durch folgende zwei Stärken begründen. Zum einen sind die Beratungsstellen wie kaum eine andere Hilfe zur Erziehung nach dem SGB VIII vernetzt mit einer Vielzahl von Einrichtungen der medizinischen oder psychosozialen Versorgung. Diese Vernetzung ist nötig, um die Erziehungsberatung kompetent durchzuführen und die Ratsuchenden zu weiteren Hilfen zu lotsen. Schon lange bevor die Erfordernisse eines effektiven Kinderschutzes zur Bildung von Netzwerken Frühe Hilfen führten, wie sie jüngst im Bundeskinderschutzgesetz festgeschrieben wurden, haben sich Beratungsstellen als Netzwerker betätigt und stoßen bei vielen Kooperationspartnern auch im medizinischen Bereich auf eine hohe Akzeptanz.

Das andere Argument hat mit der Geschichte von Erziehungsberatungsstellen zu tun. Auch wenn sie, zuletzt 1990 durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz, mittlerweile eindeutig in den Kanon der Hilfen zur Erziehung eingegliedert sind, leitete sich ihre Herkunft aus den drei Feldern „Jugendhilfe“, „Bildung“ und „Heilkunde“ ab. Durch diese Offenheit hin zur Heilkunde und zum medizinischen Versorgungsbereich kommt den Erziehungsberatungsstellen eine besondere Aufgabe in der Verbindung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen, hier vor allem der Psychiatrie zu.

Die Konsiliartätigkeit einer Kinderärztin oder eines Kinder- und Jugendpsychiaters ist in vielen Erziehungsberatungsstellen nach wie vor Standard. Um die Verbindung auch zur erwachsenenpsychiatrischen Seite zu verstärken und die Hilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu optimieren, wird empfohlen, auch mit einer erwachsenenpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz eine entsprechende Zusammenarbeit zu vereinbaren. Der Nutzen wäre auf beiden Seiten gegeben – der Psychiater könnte Patientinnen, die Kinder haben, im Bedarfsfall an die Erziehungsberatungsstelle verweisen, und die Beratungsstelle hätte kurze Wege zur psychiatrischen Untersuchung oder Behandlung psychisch auffälliger Eltern.

Dass sich Erziehungsberatungsstellen für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil einsetzen können und geeignete Hilfen anbieten sollen, ist nach den fachlichen Entwicklungen der letzten Jahre unumstritten. Es ist vor allem eine Frage der Ressourcen und ihrer Verteilung, welches Ausmaß dieses Engagement einnehmen kann. Die beschriebenen Beispiele einer Familiensprechstunde in einer psychiatrischen Klinik oder eines regionalen Kooperationsverbunds erfordern bereits einen

hohen Einsatz von finanziellen bzw. zeitlichen Mitteln. Die notwendige Annäherung der beiden Versorgungsbereiche über die tradierten Institutionsgrenzen hinweg gelingt jedoch bereits mit einfacheren Formen der Kooperation. Es werden vielerorts die Erziehungsberatungsstellen sein, die dazu den ersten Schritt machen.

Literatur

- Christiansen, H., Mattejat, F., Röhrle, B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, A. Lenz (Hrsg.), *Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 458-481). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kölch, M., Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 774-788.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (1998). ... nicht von schlechten Eltern. *Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (2008). *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Balance-Verlag.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern*. *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 413-418.
- Pluto, L., van Santen, E., Seckinger, M. (2001). Kooperation – Verhängnis oder Verheißung? In R. Schone, S. Wagenblass (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie* (S. 31-47). Münster: Votum.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2001). *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum.
- Schrappe, A. (2005). „Was wird aus den Kindern?“ Beratung als Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, 2, 28-30.
- Schrappe, A. (2008). Verantwortung übernehmen. Die Arbeit der Evangelischen Beratungsstelle Würzburg. In F. Mattejat, B. Lisofsky (Hrsg.), ... nicht von schlechten Eltern. *Kinder psychisch Kranker* (S. 156-163). Bonn: Balance-Verlag.
- Schrappe, A. (2010). Neuer Wein in gute Schläuche. Beratung für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. In A. Hundsatz, K. Menne, H. Scheuerer-Engelisch (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*, Band 8 (S. 143-164). Weinheim: Juventa.
- Schrappe, A. (2011). Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (S. 96-121). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wagenblass, S. (2011). *Kinder psychisch kranker Eltern. Ein Überblick über Forschungsstand und -bedarf*. In BAG der Kinderschutz-Zentren e. V. (Hrsg.), *Kindheit mit psychisch belasteten und süchtigen Eltern. Kinderschutz durch interdisziplinäre Kooperation* (S. 7-22). Köln: Selbstverlag.

- Wiegand-Greife, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.) (2011). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiegand-Greife, S., Ohntrup, J., Plass, A. (2011). Grundlagen, Anforderungen und Design von Evaluationen am Beispiel des Präventionsprojekts CHIMPs (Children of mentally ill parents). In S. Wiegand-Greife, F., Mattejat, A. Lenz (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 439-457). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Korrespondenzanschrift: Andreas Schrappe, Evangelisches Beratungszentrum der Diakonie Würzburg, Stephanstr. 8, 97070 Würzburg;
E-Mail: schrappe.ebz@diakonie-wuerzburg.de