

# Kooperationsvereinbarung

„Netzwerk für Familien mit  
einem psychisch erkrankten Elternteil“  
für den Landkreis Ostallgäu  
und die Stadt Kaufbeuren



***Ki.Ps.E***

*Netzwerk für Familien mit einem  
psychisch erkrankten Elternteil  
für den Landkreis Ostallgäu und  
die Stadt Kaufbeuren*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>1. Zur Entstehung der Kooperationsvereinbarung</b>	<b>4</b>
<b>2. Problemaufriss und Veränderungsbedarf</b>	<b>5</b>
<b>3. Ziele und Zielgruppen der Kooperationsvereinbarung</b>	<b>6</b>
<b>4. Potentiell zu beteiligende Kooperationspartner/innen</b>	<b>8</b>
<b>Teil 1: Die Kooperationsvereinbarung</b>	<b>10</b>
<b>1. Gestaltung der Kooperation</b>	<b>10</b>
1.1 Grundsätze des interdisziplinären Netzwerks	10
1.2 Bestimmungen zu Schweigepflicht und Sozialdatenschutz	10
<b>2. Das Round-Table-Verfahren (Runder Tisch)</b>	<b>11</b>
2.1 Kurzüberblick zum Round-Table	12
2.2 Vorgehen im Round-Table	13
2.2.1 Die Vorbereitung des Round-Table-Verfahrens	13
2.2.2 Die Durchführung des Round-Table	14
2.2.3 Vorgehen bei Dissens	16
2.3 Grenzen der Kooperation im Round-Table-Verfahren	16
<b>3. Ergänzende Verfahren ohne Beteiligung der Familien</b>	<b>17</b>
<b>4. Implementierung und fachliche Weiterentwicklung der Kooperation</b>	<b>17</b>
4.1 Rahmenbedingungen	17
4.2 Fachliche und organisatorische Begleitung	18
<b>5. Fazit zur Kindeswohlgefährdung bei psychischer Erkrankung der Eltern und der Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation</b>	<b>18</b>
<b>Teil 2: Basisinformationen</b>	<b>20</b>
<b>1. Lebenslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern</b>	<b>20</b>
1.1 Überblick über psychische Störungen/ Erkrankungen	20
1.2 Behandlungsmöglichkeiten	22
1.3 Spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern (Gender Mainstreaming) und Menschen mit Migrationshintergrund	23
1.4 Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf Elternschaft und Erziehungsfähigkeit	25
1.5 Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf die Kinder (Risikofaktoren)	26
1.6 Schutzfaktoren für Kinder	27
<b>2. Aufgaben und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe</b>	<b>28</b>
2.1 Übersicht über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe für Eltern und ihre Kinder	30
2.2 Gefährdung des Kindeswohls	31
2.2.1 Rechtliche Grundlagen	31
2.2.2 Schutzauftrag der Jugendhilfe im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)	31

2.2.3 Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	33
<b>3. Fazit zur Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutionellen Kooperation</b>	<b>36</b>
<b>Anhang</b>	<b>37</b>
Einverständniserklärung	37
Protokoll Round-Table-Gespräch	39
<b>Glossar (in alphabetischer Reihenfolge)</b>	<b>42</b>
<b>Gesetzestexte</b>	<b>54</b>

Herausgegeben im März 2016

Arbeitskreis Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Kaufbeuren-Ostallgäu)  
Kontakt: [kipse@lra-oal.bayern.de](mailto:kipse@lra-oal.bayern.de)

Unterzeichnung am 29.06.2016, Kloster Irsee

# Einleitung

Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, haben vielfache Belastungen zu bewältigen. Das Kindeswohl kann dadurch beeinträchtigt oder gar gefährdet sein. Gleichzeitig haben auch psychisch erkrankte Eltern das Recht, ihre Elternschaft auszufüllen und aktive Eltern<sup>1</sup> ihrer Kinder<sup>2</sup> zu sein und weiterhin bleiben zu können. Um diesen Eltern und ihren Kindern wirkungsvoll helfen zu können, müssen Angebote gleichermaßen an den Bedürfnissen der Kinder, ihrer Eltern und der Familien als Ganzes ausgerichtet werden.

Der Landkreis Ostallgäu und die Stadt Kaufbeuren haben ein breites Spektrum an Jugendhilfeangeboten sowie an Angeboten und Einrichtungen für psychisch erkrankte Erwachsene im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Diese bergen Potenzial zur Unterstützung auch von Familien mit psychisch erkrankten Eltern.

Um den betroffenen Familien verlässliche Hilfen anbieten zu können und sicherzustellen, dass Kinder die notwendige Unterstützung erhalten, müssen die bestehenden Hilfesysteme untereinander vernetzt und verbindliche Verfahrensweisen vereinbart werden. Dies soll mit Hilfe der vorliegenden Kooperationsvereinbarung gewährleistet werden. Der Arbeitskreis „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ übernimmt in großen Teilen die über mehrere Jahre erarbeitete Kooperationsvereinbarung des Münchner Netzwerks.

## 1. Zur Entstehung der Kooperationsvereinbarung

Im Oktober 2006 hat sich die institutions- und referatsübergreifende Initiativgruppe „Münchner Netzwerk für Familien mit psychisch erkrankten Müttern/Vätern“ aus den jeweils beteiligten Fachkräften aus Jugendhilfe und psychiatrischer sowie gesundheitlicher Versorgung gebildet, um verbindliche Absprachen und Strukturen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Im Sommer 2010 wurde das Deutsche Jugendinstitut (DJI) mit der Entwicklung eines Münchner Netzwerks für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in Zusammenarbeit mit der erweiterten Initiativgruppe beauftragt.

Seit Herbst 2013 befasst sich der Arbeitskreis „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ bestehend aus vielen Kooperationspartnern der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens des Landkreises Ostallgäu und der Stadt Kaufbeuren mit der Vereinbarung.

Mit dieser Vereinbarung wurde nach intensiver fachlicher Auseinandersetzung der beteiligten Fachkräfte mit der komplexen Bedarfslage von Familien mit psychisch erkrankten Eltern ein verbindlicher Rahmen für die Kooperation der am Hilfenetzwerk beteiligten Institutionen geschaffen, indem Methoden zum Umgang mit betroffenen Familien definiert und vereinbart wurden.

---

1 Im folgenden Text wird aus Gründen der Lesbarkeit nur noch der Begriff „Eltern“ gleichermaßen für ein Elternteil oder beide Eltern sowie für andere Fürsorgeberechtigte verwendet.

2 Im folgenden Text wird der Begriff „Kinder“ verwendet im Sinne von „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ und umfasst die Altersgruppe 0 bis 18 Jahre, also auch Jugendliche.

Gleichzeitig dient die Vereinbarung dazu, allen beteiligten Fachkräften hilfreiche Informationen zur Situation der betroffenen Familien sowie zu den Hilfesystemen Jugendhilfe sowie psychiatrischer und gesundheitlicher Versorgung bereit zu stellen.

Zur besseren Übersicht besteht die Kooperationsvereinbarung aus zwei Teilen:

### **Teil 1: Kooperationsvereinbarung**

Zunächst wird kurz die Situation im Netzwerk zwischen Jugendhilfe und psychiatrischer Versorgung beschrieben, aus welcher sich der Bedarf für die vorliegende Kooperationsvereinbarung ergibt. Darauf aufbauend werden die Ziele der Vereinbarung erläutert. Es folgt die Beschreibung des Round-Table-Verfahrens als zentrales Instrument der Vereinbarung.

Im Kapitel „Ergänzende Verfahren“ werden zudem Verfahren benannt, welche z.B. auch ohne Einwilligung der Eltern angewendet werden können.

### **Teil 2: Basiswissen zur Kooperationsvereinbarung**

Dieser Teil bietet Basisinformationen als hilfreiches Hintergrundwissen für Fachkräfte, die mit Familien mit psychisch erkrankten Elternarbeiten. Er enthält grundlegende Informationen zur Lebenssituation von Familien mit psychisch erkrankten Eltern, zu psychischen Störungen und deren Auswirkungen, zur Situation der betroffenen Kinder, zu spezifischen Risiko- und Resilienzfaktoren (Widerstandsfähigkeit) und zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe mit Schwerpunkten auf den Aspekten Gefährdungseinschätzung und Hilfeangebote.

Außerdem befindet sich in diesem Teil eine Übersicht über die wichtigsten Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der Jugendhilfe. Der zweite Teil umfasst zudem Materialien wie z.B. Ablaufschemen, Vorlagen für Protokolle von Round-Table-Gesprächen sowie ein Glossar mit relevanten Gesetzestexten, psychiatrischen Diagnosen und Angeboten aus Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie.

## **2. Problemaufriss und Veränderungsbedarf**

Die Versorgung von Familien mit psychisch erkrankten Eltern lässt sich mit zwei Säulen beschreiben: Die eine Säule bildet das Gesundheitssystem, das aus ambulanten und/oder (teil-)stationären Versorgungsangeboten besteht. Die andere Säule umfasst die Kinder- und Jugendhilfe mit ihren vielfältigen Angeboten für Familien und den gesetzlichen Schutzauftrag für Kinder.

Insbesondere zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe ist eine systematische Kooperation mit geregelten Absprachen und Verfahren notwendig, um strukturelle Reibungs- und Informationsverluste zu vermeiden. Dabei sollen gezielt weitere relevante Kooperationspartner/innen (vgl. Kapitel 2.3.) einbezogen werden.

Da das Gesundheitssystem und die Jugendhilfe unterschiedlichen Handlungslogiken unterliegen, kommt es innerhalb von Kooperationen oftmals zu Unstimmigkeiten. Es können sich folgende Schwierigkeiten ergeben:

- fehlendes Wissen über Strukturen und Aufgaben der verschiedenen Institutionen, Kliniken und Fachbereiche mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und/oder gegenseitige Vorbehalte,
- unzureichende Kenntnisse der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe zur Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen,
- unzureichende Berücksichtigung der Elternschaft bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen,
- Schwierigkeiten, die Erziehungsfähigkeit psychisch erkrankter Eltern einzuschätzen,
- unzureichende Kommunikation über Zielvorstellungen im Hilfesystem, die zu Konflikten in der Kooperation führen,
- Unsicherheit im Umgang mit Schweigepflicht im Fall drohender Kindeswohlgefährdung,
- fehlende Ressourcen der medizinischen Fachkräfte, an Besprechungen, Fachteams und Arbeitsgruppen teilzunehmen, sowie
- Schwierigkeiten, die kindliche Entwicklung einzuschätzen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hilfesysteme noch nicht hinreichend vernetzt sind. Zudem bestehen zwischen den Versorgungsbereichen zu wenig verbindliche Standards. Die jeweiligen Hilfesysteme haben darüber hinaus nur ein begrenztes Wissen über Angebote, Aufgaben und Zuständigkeiten der jeweils anderen. Dieser Situation soll mit der vorliegenden Kooperationsvereinbarung begegnet werden.

### **3. Ziele und Zielgruppen der Kooperationsvereinbarung**

#### Ziele des Hilfenetzwerks

Das Netzwerk hat das Ziel, die Versorgungssituation von Kindern mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil zu verbessern und die Vernetzung der beiden Handlungsfelder Kinder- und Jugendhilfe sowie Gesundheitssystem zielgerichtet voranzubringen. Die vorliegende Kooperationsvereinbarung nimmt im Netzwerk für Familien mit psychisch erkrankten Elternteil im Landkreis Ostallgäu und in der Stadt Kaufbeuren eine zentrale Rolle ein. Sie soll die entwickelten Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit langfristig absichern und dafür sorgen, dass Angebote und Vorgehensweisen der psychiatrischen Versorgung mit jenen der Jugendhilfe besser aufeinander abgestimmt werden können.

Die Vereinbarung soll auf institutioneller Ebene einzelfallübergreifende Kooperationsstrukturen aufbauen. Dies geschieht im Wesentlichen durch die Akzeptanz der Inhalte und Verfahren der vorliegenden Kooperationsvereinbarung und deren Unterzeichnung. Das angestrebte Ergebnis ist, dass zeitnah kompetente Ansprechpartner/innen und wirksame Hilfen für die betroffenen Familien angeboten werden können.

Vorrangige Ziele der Kooperationsvereinbarung sind:

1. die Kinder zu schützen und ihnen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen.

Dies bedeutet:

- die kindliche Resilienz (Widerstandsfähigkeit) zu fördern und beratende, betreuende und ggf. therapeutische Begleitung der betroffenen Kinder und ihrer Familien zu initiieren und
- Entwicklungsrisiken, psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen bei den Kindern vorzubeugen bzw. ihnen entgegenzuwirken.

2. die betroffenen Mütter/Väter in ihrer Elternrolle zu unterstützen und ihre Erziehungsfähigkeit zu stärken.

Dies bedeutet:

- das Verständnis der Eltern für die Bedürfnisse der Kinder zu fördern,
- den Familien die Bedeutung der Erkrankung für alle (Betroffene, Partner/innen, Kinder, Bezugspersonen) nahezubringen und sie für die Problematik zu sensibilisieren,
- den erkrankten Müttern/Vätern psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe- oder Therapieangebote aufzuzeigen und sie ggf. bei der Inanspruchnahme dieser Hilfen, aber auch anderer Hilfeangebote zu unterstützen.

3. die Familie als Ganzes zu stärken und ihre gemeinsame Zukunft zu fördern.

Dies bedeutet:

- die Eltern-Kind-Beziehung und die familiäre Interaktion zum Wohle der Kinder und der Eltern zu stärken und damit ein gutes Zusammenleben in der Familie zu unterstützen und
- den betroffenen Familien im Fall einer Fremdunterbringung Unterstützung anzubieten, damit Kinder und Eltern regelmäßigen und für beide Seiten konstruktiven Kontakt haben können.

Der Fokus der Kooperationsvereinbarung liegt auf der Prävention. Dies bedeutet, dass ein gesundes Aufwachsen der Kinder in ihren Familien gefördert werden soll. Eltern sollen darin unterstützt werden, ihre elterliche Fürsorge wahrzunehmen. Dabei soll Unterstützung unabhängig von der aktuellen Erziehungsfähigkeit der Eltern angeboten werden. Darüber hinaus sollen Eltern auch außerhalb akuter Krisen Unterstützungsangebote erhalten.

Die Entwicklung der Kinder soll kontinuierlich begleitet und unterstützt werden, um das Risiko von entsprechenden sozialen und psychischen Folgewirkungen zu reduzieren. Hierfür ist auch bei den Fachkräften ein großes Wissen über mögliche Unterstützungs- und Hilfsangebote für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil notwendig. Falls Familien bisher noch nicht auf ein Helfersystem zurückgreifen können, ist es unabdingbar, die Familien an Hilfen heranzuführen und bei der Inanspruchnahme zu begleiten.

Das Wohl des Kindes ist in jedem Fall und in jeder Phase des Verfahrens, auch bei fehlender Mitwirkung der Eltern sicherzustellen. In Gefährdungsfällen ist das Jugendamt

(ASD) einzubeziehen (siehe Kapitel 8).

Alle Kooperationspartner/innen arbeiten an der Erreichung der angestrebten Ziele. Die vorliegende Kooperationsvereinbarung stellt damit einen verbindlichen fachlichen Standard dar, auf den sich die unterzeichnenden Institutionen und Personen verpflichten und den sie in ihrem Alltagshandeln verwirklichen. Sie stellt jedoch keine rechtsverbindliche Vereinbarung dar, die die Unterzeichnenden mit Ansprüchen und einklagbaren Verpflichtungen ausstattet.

Adressatinnen und Adressaten der Hilfen

Die Kooperationsvereinbarung hat das Ziel, die Lebenssituation folgender Personengruppen zu verbessern:

- Kinder und Jugendliche bis zur Volljährigkeit<sup>3</sup>, bei deren Müttern und/oder Vätern eine vermutete oder diagnostizierte psychische Erkrankung vorliegt,
- Mütter und Väter mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung,
- werdende Mütter und Väter mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung.
- die ganze Familie, in denen mindestens ein Elternteil eine vermutete oder diagnostizierte psychische Erkrankung hat.

Bei der Beurteilung, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, sind die Einschätzungen aller beteiligten Fachkräfte einzubeziehen und zu bewerten.

#### **4. Potentiell zu beteiligende Kooperationspartner/innen**

Sowohl die psychiatrische Versorgung, als auch das System der Kinder- und Jugendhilfe umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher, mehr oder weniger spezialisierter Angebote. Um einen Überblick über die Angebotsvielfalt zu vermitteln, werden im Folgenden die wichtigsten Institutionen und Hilfsangebote für Familien mit psychisch erkrankten Müttern und/oder Vätern in tabellarischer Form dargestellt. Dabei werden teilweise auch überregionale Angebote berücksichtigt

Weitergehende Erläuterungen zu den einzelnen Hilfsangeboten befinden sich im Glossar dieser Vereinbarung.

---

<sup>3</sup> Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihres Entwicklungsstandes zu beteiligen. Dabei sind die beschriebenen Verfahren zu modifizieren.



## Überblick über potentiell zu beteiligende Kooperationspartner/innen

Erwachsene	Kinder, Jugendliche und Familien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärzte/-ärztinnen</li> <li>• Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten/therapeutinnen</li> <li>• Frauenärzte/-ärztinnen und Hebammen/Entbindungs-pfleger</li> <li>• Geburtskliniken</li> <li>• Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)</li> <li>• Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)</li> <li>• Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)</li> <li>• Betreute Wohnformen und Tagesstätten</li> <li>• Angebote der Selbsthilfe</li> <li>• Psychiatrische Kliniken</li> <li>• Psychosomatische Kliniken</li> <li>• Medizinisch berufliche Rehabilitation</li> <li>• Psychiatrische Wohnheime</li> <li>• Suchtberatungs- und Behandlungsstelle</li> <li>• Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen</li> <li>• Kooperationspartner im Bereich Häusliche und Sexuelle Gewalt</li> <li>• Schuldnerberatung</li> <li>• Fachstelle zur Vermeidung von Obdachlosigkeit</li> <li>• Gesundheitsamt</li> <li>• Rechtliche BetreuerInnen</li> <li>• Schwangerenberatungsstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienhebammen</li> <li>• Kinderkrankenschwestern</li> <li>• Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen</li> <li>• Frühförderstellen</li> <li>• Kinder- und Jugendpsychiater/innen</li> <li>• Kinder- und jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten</li> <li>• Kinderkliniken</li> <li>• Kindertagesbetreuung, Kindertagespflege, Spielgruppen</li> <li>• Lehrkräfte</li> <li>• Schulpsychologen/-psychologinnen</li> <li>• Qualifizierte Beratungslehrkräfte</li> <li>• Mobile Sonderpädagogische Dienste (MSD)</li> <li>• Familienbildungsangebote von der Schwangerschaft an</li> <li>• Mütter-, Väter- und Familienzentren (vorwiegend 0 – 6 Jahre)</li> <li>• Patenschaftsprojekte</li> <li>• Psychologische Beratungsstellen für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung</li> <li>• Allgemeine und therapeutische Gruppenangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern</li> <li>• Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKi)</li> <li>• Allgemeiner Sozialer Dienst der Jugendämter (ASD)</li> <li>• Leistungserbringer nach SGB VIII in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form</li> <li>• Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS), Schulsozialarbeit</li> </ul>

Diese Darstellung dient einem Überblick über mögliche Kooperationspartner/innen. Im Einzelfall ist von der zuständigen Fachkraft abzuwägen, welche Kooperationspartnerinnen auch unter Berücksichtigung von Belastungsgrenzen der betroffenen Familie einzu beziehen sind.

Zur besseren Übersicht sind die oben genannten Angebote einem Leistungsträger zugeordnet: Die Kommunen vorwiegend für die Jugendhilfe und der Bezirk Schwaben sowie die Krankenkassen für die psychiatrische Versorgung. Es sind jedoch auch Mischfinanzierungen beider Bereiche möglich und wünschenswert.

# Teil 1: Die Kooperationsvereinbarung

## 1. Gestaltung der Kooperation

### 1.1 Grundsätze des interdisziplinären Netzwerks

Die teilnehmenden Institutionen und Fachkräfte vereinbaren eine interinstitutionelle Kooperation, die auf nachfolgenden Grundsätzen beruht:

- Verpflichtung der Institutionen auf die Ziele,
- wechselseitige Anerkennung der fachlichen Kompetenz,
- wechselseitige Beratung der Fachkräfte zu fachlichen Fragen,
- Transparenz über die jeweiligen Arbeitsansätze, Entscheidungswege und -voraussetzungen sowie Hilfeangebote,
- wechselseitiges Recht, eine konkrete Zusammenarbeit anzuregen,
- Bereitschaft, Vereinbarungen zur Erreichung der im Round Table (vgl. Kapitel I.2) festgelegten Ziele zu treffen,
- Abstimmung der Hilfeangebote mit den betroffenen Familien und den beteiligten Kooperationspartner/innen,
- Rückmeldung über geleistete Hilfe oder Behandlung an die beteiligten Kooperationspartner/innen sowie
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituationen und Bedürfnisse von Frauen und Männern (Gender Mainstreaming), sowie von Menschen mit Migrationshintergrund.

### 1.2 Bestimmungen zu Schweigepflicht und Sozialdatenschutz

Grundsätzlich unterliegen alle beteiligten Fachkräfte hinsichtlich der ihnen von den Klienten/Klientinnen anvertrauten Informationen der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Das heißt, zum persönlichen Lebensbereich gehörende, im persönlichen Gespräch anvertraute Informationen dürfen nur dann weitergegeben beziehungsweise im Rahmen der Kooperation ausgetauscht werden, wenn eine Schweigepflichtsentbindung des Klienten/der Klientin vorliegt.

Indem die Eltern die Einverständniserklärung (Muster siehe Anlage) unterschreiben, erklären sie sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Kooperation notwendigen Informationen zwischen den beteiligten Fachkräften im Hilfenetzwerk, insbesondere während des Round-Table-Verfahrens, ausgetauscht werden. Von der Möglichkeit der anonymen Form der Beratung einer Fachkraft durch eine andere kann jedoch unabhängig davon Gebrauch gemacht werden.

Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen neben der Schweigepflicht dem Sozialdatenschutz (§§ 67 ff. SGB X und §§ 61 ff. SGB VIII). Sozialdaten sind in diesem Zusammenhang Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer Person, die vom Sozialleistungsträger im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Diese Daten sind grundsätzlich bei den Betroffenen zu erheben. Genutzt und weitergegeben werden dürfen diese Daten nur zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Stellen oder die Verarbeitung dieser Daten ist nur sehr beschränkt zulässig und wird im Gesetz genau festgelegt. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung dürfen sie zur Erbringung der erforderlichen Leistungen, Hilfen oder anderer Aufgaben weitergegeben werden. Im Regelfall muss hierzu eine schriftliche Einwilligung der Betroffenen vorliegen. Gemäß § 65 SGB VIII gilt bei persönlicher und erzieherischer Hilfe zudem ein besonderer Vertrauensschutz. Im Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG), das ein Teil des Bundeskinderschutzgesetzes ist, werden Berufsgeheimnisträger/innen und wie z. B. Ärzte/Ärztinnen, Hebammen und Entbindungspfleger, Angehörige eines anderen Heilberufes, Psychologen/Psychologinnen, Berater/innen an Beratungsstellen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen und Lehrer/innen befugt, eine Mitteilung an das Jugendamt zu machen, sofern sie gewichtige Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung wahrnehmen und die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, Hilfen zum Schutz des Kindes/Jugendlichen anzunehmen oder dies nicht überprüfbar ist. Die Berufsgeheimnisträger/innen haben zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung Anspruch auf anonyme Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft des Jugendamtes. In Bayern sind Gesundheitsbehörden, Ärzte/Ärztinnen, Hebammen und Entbindungspfleger auch durch Art. 14 Abs. 6 des Bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) verpflichtet, Anhaltspunkte für Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

## **2. Das Round-Table-Verfahren (Runder Tisch)**

Die „Philosophie“ des Round-Table ist, dass keine Institution beziehungsweise keine Profession allein über ein so umfassendes Wissen verfügt, wie es für die Einschätzung und Abwendung einer Kindeswohlgefährdung in Familien mit psychisch erkrankten Eltern erforderlich ist. Des Weiteren hat keine Institution allein alle Handlungsmöglichkeiten, um das erhöhte Risiko der Vernachlässigung und Gefährdung von Kindern in Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu reduzieren und im Vorfeld den genauen Hilfebedarf zu erkennen. Erst durch die Kooperation der Einrichtungen und Fachkräfte, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte andere Blickwinkel einnehmen, entsteht ein differenziertes Bild. Angebote und Interventionen können so besser individuell angepasst und aufeinander abgestimmt werden. Ebenso können ungeeignete Maßnahmen oder Doppelbehandlungen leichter vermieden werden. Die professionelle Autonomie bleibt dabei erhalten.

Die Aufgaben, die sich aus der Arbeit mit dem „System Familie“ ergeben, sind komplex: Sie erfordern neben einem multiprofessionellen und abgestimmten Prozessmanagement auch die aktive Mitgestaltung des Hilfeprozesses durch alle Mitglieder der betroffenen Familie. Das bedeutet, dass die Fachkräfte Vorschläge der Familienmitglieder berück-

sichtigen und mitunter auch Strategien akzeptieren müssen, die nicht ihren idealen Lösungen entsprechen.

Grundsätzliche Vereinbarungen und Entscheidungen im Sinne der Kooperationsvereinbarung sollen außer bei akutem Handlungsbedarf nur im Round-Table-Gespräch getroffen werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Entscheidungen gemeinsam getragen werden und die erforderliche Transparenz zwischen den beteiligten Fachkräften und der Familie gewährleistet ist.

## 2.1 Kurzüberblick zum Round-Table

Der Round-Table kann einberufen werden:

- zur Prävention krisenhafter Zuspitzungen in der Familie,
- in einer unmittelbaren Krise, soweit dies möglich ist,
- zu Beginn und zur Begleitung des Hilfeprozesses sowie
- zur Nachsorge.

Das Verfahren soll nach Möglichkeit präventiv genutzt werden: Auf diese Weise können durch Einleiten geeigneter Hilfen krisenhafte Zuspitzungen vermieden werden.

Jede Fachkraft, die mit der Beratung, Begleitung oder Therapie der betroffenen Familie befasst ist, kann einen Round-Table einleiten. Die verbindliche und kontinuierliche Teilnahme aller am Round-Table-Beteiligten ist erforderlich. Im Ausnahmefall können bei Verhinderung eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin, Stellungnahmen auch schriftlich oder mündlich erfolgen.

Voraussetzung für die Einberufung eines Round-Table ist die Einverständniserklärung der Eltern (Muster siehe Anlage). Damit erklären sie ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit im Rahmen des Hilfenetzwerks und entbinden die beteiligten Fachkräfte und Institutionen von ihrer Schweigepflicht.

Dabei ist die jeweilige Situation der Familienmitglieder zu berücksichtigen. Besonders in akuten Krisen kann das Round Table für die Betroffenen eine zusätzliche psychische Belastung bedeuten. Auch wenn ein Round-Table in einer solchen Situation ungeeignet sein kann, ist es dennoch bzw. gerade dann besonders wichtig, dass die beteiligten Fachkräfte eng zusammenarbeiten und bei Bedarf weitere Hilfen hinzugezogen werden.

Falls die Eltern ihre Zustimmung nicht geben und sich die beteiligten Fachkräfte nicht in der Lage sehen, die Lebenssituation und den Hilfebedarf allein zu beurteilen, können anonyme Fallberatungen mit den jeweils anderen Professionen stattfinden. Auf die Zustimmung zu einem späteren Zeitpunkt soll hingewirkt werden.

Das Round-Table-Verfahren hat folgende Aufgaben:

- Verständigung auf eine gemeinsame Problemdefinition (z.B. Versorgungssituation und Entwicklung der Kinder, Störungsbilder und Erziehungsverhalten bei den Eltern),
- Aufklärung von Fachkräften und Eltern über kindbezogene Schutzfaktoren (z.B. altersangemessene Informationen für die Kinder über die elterliche Erkrankung),
- gemeinsame Reflexion der familiären Belastungen und Ressourcen,
- Austausch über Unterstützungsmöglichkeiten,
- konkrete Planung geeigneter Hilfen sowie
- kontinuierliche Kontrolle der Einhaltung und Passgenauigkeit von Hilfen.

Die Dauer des Round-Table-Verfahrens sowie die Häufigkeit der Termine müssen der Belastungssituation und dem Hilfebedarf der Familie angepasst werden.

Zusammengefasst bietet der Round-Table folgende Vorteile:

- Er bietet einen für Fachkräfte wie Klienten/Klientinnen stabilen und verlässlichen Rahmen, um Schwierigkeiten in der Familie infolge der psychischen Erkrankung eines Elternteils identifizieren zu können und an deren Lösung zu arbeiten.
- Die Selbstbestimmung der Eltern und das Recht auf Ausübung der elterlichen Sorge bleiben bestmöglich gewahrt.
- Die Zielsetzung und Verfahrensabläufe sind für alle Beteiligten transparent.
- Anstelle unkoordinierter, oft parallel laufender „Fallbearbeitung“ ermöglicht das Round-Table-Verfahren einen zu jedem Zeitpunkt des Beratungsprozesses identischen Informationsstand aller Beteiligten. Um dies zu ermöglichen, werden alle Ergebnisse des Beratungsprozesses sowie getroffene Entscheidungen protokolliert. Die Protokolle werden allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.
- Geplante Hilfen für Eltern, Kinder und die ganze Familie können den Eltern ausführlich vorgestellt und erläutert werden. Das Round-Table-Verfahren hat damit auch die Funktion einer Psychoedukation (Erweiterung des Krankheitswissens).

## 2.2 Vorgehen im Round-Table

### 2.2.1 Die Vorbereitung des Round-Table-Verfahrens

Die Entscheidung, einen Round-Table einzuberufen und ggf. weitere Institutionen einzubeziehen, wird im Beratungsprozess zwischen der erstbefassten Fachkraft und der Familie getroffen. Eine Voraussetzung ist, dass die Familie ihre schriftliche Einwilligung gibt (Muster siehe Anlage).

Falls die beratende Einrichtung oder Fachkraft nicht über spezifische Erfahrungen zum Thema psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder verfügt oder nicht in der Lage ist, die Federführung des Round-Tables zu übernehmen, stellt sie sicher, dass der Kontakt zu einer anderen Fachstelle hergestellt wird. Diese leitet dann ein Round-Table-Verfahren

ein und bereitet es mit der Familie vor. Die Zusammensetzung des Round-Tables, sein Ablauf und seine Zielsetzungen werden mit den Eltern vorbesprochen. Außerdem werden die Eltern darüber in Kenntnis gesetzt, dass auch ein/e Angehörige/r oder eine unterstützende Person aus dem Umfeld der Familie an dem Round-Table-Verfahren teilnehmen kann.

Die Fachkraft informiert die Eltern ferner darüber, welche Daten aus dem bisherigen Beratungs- und Therapieprozess im Round Table ausgetauscht werden sollen und welche vertraulich bleiben können. Eine Schweigepflichtsentbindung seitens der Eltern ist erforderlich, welche widerrufen werden kann (Muster siehe Anlage).

## 2.2.2 Die Durchführung des Round-Table

### **Die Zusammensetzung des Round-Table**

Der Round-Table setzt sich je nach Situation der Familie im Kern zusammen aus:

- der Mutter und/oder dem Vater bzw.
- den werdenden Eltern,
- dem/r aktuellen Partner/in,
- dem/n Kind/ern bzw. Jugendlichen
- der Fachkraft, welche den Round-Table angeregt hat,
- den bereits beteiligten und/oder hinzuzuziehenden Fachkräften aus Kinder- und Jugendgesundheit, Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe,
- der zuständigen Fachkraft der öffentlichen Jugendhilfe sowie
- weitere Angehörige und Vertrauenspersonen.

Ist eine persönliche Teilnahme nicht möglich, soll zum Round-Table ein fachlicher Beitrag - möglichst schriftlich - vorab eingeholt werden.

### **Einbeziehung der öffentlichen Jugendhilfe**

Die Vertreter/innen der öffentlichen Jugendhilfe müssen nicht zwangsläufig an einem Round-Table-Verfahren beteiligt sein. Sie muss jedoch in folgenden Fällen hinzugezogen werden:

- zur Abklärung, Einleitung und Finanzierung von Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 ff. SGB VIII sowie
- bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

Im Rahmen ihrer Verpflichtungen zur Abwendung von Kindeswohlgefährdung gem. § 8a Abs. 4 SGB VIII haben die Fachkräfte freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe vor einer Meldung an das Jugendamt bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme erforderlicher Hilfen hinzuwirken. Eine ähnliche - aber etwas abgeschwächte - Verpflichtung (Soll-Vorschrift) besteht auch für Vertreter/innen des Gesundheitsbereichs gem. § 4 Abs. 1 KKG.

Um diesen Verpflichtungen nachzukommen, kann die Einberufung eines Round-Table-Verfahrens ohne Beteiligung der öffentlichen Jugendhilfe sinnvoll sein.

### **Die Prozessverantwortung für das Round-Table-Verfahren**

Die Institution bzw. Fachkraft, die die Prozessverantwortung für das Round-Table-Verfahren inne hat, ist zuständig für:

die Einberufung der Round-Table (reguläre und außerordentliche),

- die Koordinierung der Hilfemaßnahmen,
- die Überprüfung von Angebot und Inanspruchnahme der vereinbarten Hilfen,
- die Erfassung der Rückmeldungen aller Prozessbeteiligten,
- das Krisenmanagement bei akuten Gefährdungssituationen,
- die Hinzuziehung der öffentlichen Jugendhilfe bei akuten Gefährdungssituationen sowie
- die Information der Netzwerkbeteiligten über den Hilfeprozess und die im Round-Table getroffene Vereinbarungen.

### **Der Ablauf**

Die konkrete Umsetzung eines Round-Table lässt sich in folgende Schritte gliedern:

- Austausch aller Beteiligten – Familie und Fachkräfte – zu ihrem Informationsstand und ihren Wahrnehmungen über die Situation des Kindes/der Kinder und der Familie.
- Gemeinsame Klärung des Hilfebedarfs der Familie sowie der jeweiligen Zielsetzungen und Erwartungen.
- Austausch über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten und -angebote und deren Zielsetzung.
- Austausch und Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen (Welche Hilfen werden vereinbart, für welchen Zeitraum und unter welchen Bedingungen?)
- Vereinbarung über die Häufigkeit der Round-Table.
- Benennung der/des Prozessverantwortlichen (beim ersten Round-Table).
- Absprachen und Vereinbarungen über ein Vorgehen in akuten Krisen (z.B. Krisen am Wochenende).
- Dokumentation der wichtigsten Absprachen und Vereinbarungen durch die prozessverantwortliche Fachkraft (Muster siehe Anlage). Dieses Protokoll wird allen Beteiligten am Round-Table-Verfahren zur Verfügung gestellt.
- Die Hilfe-Vereinbarungen stehen grundsätzlich und bei allen beteiligten Hilfesystemen unter einem Finanzierungsvorbehalt. Falls eine Hilfe nicht gewährt werden kann, verpflichten sich alle Teilnehmenden des Round-Table alternative Hilfen zu vereinbaren.

Sofern die Einleitung von Hilfen zur Erziehung oder Eingliederungshilfen nach dem SGB VIII durch die öffentliche Jugendhilfe vorgesehen ist, erfolgt eine amtsinterne Besprechung und Entscheidung über die geeignete und notwendige Hilfeform.

### 2.2.3 Vorgehen bei Dissens

Die Beteiligten können unter Umständen eine unterschiedliche Wahrnehmung der vorhandenen Ressourcen und des Grades einer Beeinträchtigung oder Gefährdung des Kindes haben. Daraus und aus den speziellen Aufgabenstellungen der jeweiligen Fachkräfte können sich im Einzelfall unterschiedliche Prognosen und angestrebte Vorgehensweisen ergeben. In dieser Situation ist ein ernsthaftes Bemühen aller Beteiligten gefordert, einen Konsens zu finden und ein gemeinsames Vorgehen zu entwickeln.

Misstrauen, Kritik oder ein Konflikt, der nicht die Familie, sondern den Beitrag einer oder mehrerer Fachkräfte im konkreten Hilfenetzwerk betrifft, können eine Konferenz unter den Helfer/innen zur Klärung der Situation erforderlich machen. Diese dient ausschließlich der Aussprache unter den Fachkräften und der (Wieder-)Herstellung einer gemeinsamen und belastbaren Arbeitsgrundlage. Eine solche „Helferkonferenz“ ist in keinem Fall dazu gedacht, um außerhalb des Round-Table eine Absprache unter den Fachkräften über das inhaltliche Vorgehen und die zu installierenden Hilfen ohne die Familien vor zu besprechen oder zu beschließen.

Die Fachkraft, die eine Helferkonferenz aufgrund einer Störung in der Kooperation als notwendig erachtet, informiert den/die Prozessverantwortliche/n hierüber und initiiert so den gemeinsamen Termin. Die Familie ist vor der Konferenz zu informieren, dass die Fachkräfte Themen zur Kooperation unter sich besprechen möchten und dass keine Inhalte des Round-Table besprochen werden. Sollten zur Lösung des Konflikts strukturelle Änderungen notwendig werden, sind diese im Anschluss mit der Familie zu besprechen und ihnen transparent zu machen.

## 2.3 Grenzen der Kooperation im Round-Table-Verfahren

Die Grenzen der Zusammenarbeit mit den Eltern im Round-Table sind vorläufig erreicht, wenn sie den Kontakt zu den Kooperationspartner/innen im Hilfesystem ganz meiden oder nicht die nötige Bereitschaft oder Fähigkeit zur Zusammenarbeit zeigen. Hierbei ist die Belastbarkeit der Eltern zu berücksichtigen. Eltern können in psychischen Krisensituationen eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit haben. Eine Dominanz der Fachkräfte innerhalb des Round-Table-Gesprächs kann für die betroffenen Eltern einen zusätzlichen Stressfaktor bedeuten.

Bei mangelnder Mitwirkungsfähigkeit oder –bereitschaft wird von der/m Prozessverantwortlichen eine Zusammenkunft der beteiligten Fachkräfte einberufen. Diese entscheidet abschließend über die notwendigen weiteren Schritte und benennt die Verantwortlichkeiten.

Ziehen die Eltern ihre Einwilligung zum Round-Table-Verfahren zurück, gilt es, alternative Verfahren zu finden. Die beteiligten Fachkräfte werden nur über den Abbruch des Round-Table-Verfahrens informiert. Für den Austausch weiterer Informationen besteht dann keine Legitimation mehr.



Bei einer akuten Gefährdung des Kindes/der Kinder werden die nach dem Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls erforderlichen Maßnahmen durch das Jugendamt eingeleitet.

### **3. Ergänzende Verfahren ohne Beteiligung der Familien**

Das Round-Table-Verfahren allein kann nicht für alle Herausforderungen in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und psychiatrischer Versorgung die optimale Lösung bieten. Die belastende Situation der Familien mit psychisch erkrankten Eltern stellt hohe Anforderungen an das professionelle Handeln der beteiligten Fachkräfte. Daher ist es wichtig, dass sie sich auch ohne Beteiligung der Eltern über Hilfsangebote und die betroffene Familie selbst austauschen können. Auf diese Weise können die Fachkräfte voneinander lernen und sich auch fallübergreifend vernetzen.

Folgende Methoden können das Round-Table-Verfahren unterstützen und ergänzen:

- die anonyme Fallberatung nach § 8 b SGB VIII,
- wechselseitige Fach- und anonyme Fallberatungen,
- interdisziplinäre, moderierte Fallkonferenzen,
- Supervision,
- Intervision,
- interdisziplinäre und interinstitutionelle Fachtagungen,
- interdisziplinäre und interinstitutionelle Fortbildungen und
- gegenseitige Hospitationen.

### **4. Implementierung und fachliche Weiterentwicklung der Kooperation**

Das Netzwerk für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Trägern, Einrichtungen und/oder eigenständigen Fachkräften. Die Zugehörigkeit zum Netzwerk wird hergestellt durch Unterzeichnung der vorliegenden Kooperationsvereinbarung auf einem dafür vorgesehenen eigenständigen Dokument. Damit verpflichten sich die Unterzeichnenden für die jeweilige Einheit, die sie verantworten, auf die Standards in der Arbeit mit psychisch erkrankten Müttern, Vätern und ihren Kindern, wie sie in dieser Vereinbarung beschrieben ist. Dazu zählen auch die folgenden Rahmenbedingungen und die Bereitschaft zur Mitwirkung im Netzwerk auf strategischer Ebene.

#### **4.1 Rahmenbedingungen**

Die Institutionen und Fachkräfte, die diese Kooperation zugunsten von Kindern und ihren Eltern mit psychischen Erkrankungen umsetzen, müssen in ihrer Arbeit geeignete struk-

turelle Rahmenbedingungen haben, um der Zielgruppe angemessene Grundlagen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit anbieten zu können und auch der interdisziplinären Kooperation gerecht zu werden. Diese Rahmenbedingungen beziehen sich auf:

- Räumlichkeiten, in denen ungestört mit den Müttern oder Vätern bzw. Eltern und ihren Kindern gearbeitet werden kann,
- geeignetes Informationsmaterial für Eltern, Kinder und Fachkräfte zu den Angeboten und der Kooperationsweise der Einrichtung,
- Teilnahme (von Mitarbeiter/innen) an Round-Tables oder entsprechenden Kooperationsaktivitäten,
- Teilnahme (von Mitarbeiter/innen) an themenspezifischen Fortbildungen,
- Fallbesprechungen und Supervision,
- Sicherstellung einer kontinuierlichen Kooperationsfähigkeit durch Qualitätsmanagement,
- Benennung von qualifizierten Ansprechpersonen und
- Erhebung von statistischen Daten zu den betreuten Müttern, Vätern, Familien und/oder Kindern und zu Umfang und Art der mit ihnen geleisteten Arbeit sowie Bereitstellung anonymisierter Daten für eine übergreifende Auswertung der Arbeit im Kooperationsnetzwerk.

Träger, die die Kooperationsvereinbarung unterzeichnen und damit dem Netzwerk für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beitreten, verpflichten sich darauf, die oben genannten Rahmenbedingungen herzustellen und langfristig zu sichern.

## 4.2 Fachliche und organisatorische Begleitung

Die fachliche und organisatorische Begleitung der interdisziplinären Kooperation und die Steuerung der aus ihr entstehenden Bedarfe der kooperierenden Fachbereiche werden vom Arbeitskreis „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ übernommen. Er setzt sich zusammen aus Fachkräften der relevanten Kooperationsbereiche, wie sie im Kapitel „potenziell zu beteiligende Kooperationspartner/innen“ aufgelistet sind.

Die Mitglieder des Arbeitskreises haben im Verlauf die Aufgabe, die Einrichtungen ihres Fachbereichs über die Themen und Ergebnisse des Arbeitskreises zu informieren und umgekehrt Fragestellungen aus der konkreten Kooperationsarbeit von diesen aufzunehmen und in den Arbeitskreis einzubringen.

Der Arbeitskreis trifft sich mindestens zweimal jährlich.

## **5. Fazit zur Kindeswohlgefährdung bei psychischer Erkrankung der Eltern und der Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation**

Bevor im zweiten Teil der Kooperationsvereinbarung näher auf die spezifische Lebenssituation von Familien mit psychisch erkrankten Eltern und entsprechenden Hilfeangeboten

eingegangen wird, soll im Folgenden kurz die Gefährdungseinschätzung thematisiert werden.

Inwiefern eine psychische Erkrankung von Eltern eine Gefährdung des Kindeswohls mit sich bringt, ist in der Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Jugendhilfe und psychiatrischen Versorgung ein viel und zum Teil ambivalent diskutiertes Thema.

Es besteht die Befürchtung, die Erziehungsfähigkeit der Eltern könnte voreilig in Frage gestellt und die erkrankten Eltern stigmatisiert werden. Gleichzeitig besteht die Sorge um ein gesundes Aufwachsen der Kinder.

Die Kooperationsvereinbarung geht von folgendem Verständnis aus:

Bei der Frage nach einer Gefährdung des Kindeswohls stellt die psychische Erkrankung von Eltern generell ein Risikofaktor dar. Obwohl sich ein nicht unerheblicher Anteil der betroffenen Kinder unauffällig entwickelt, sind diese gefährdet, Schaden in ihrer eigenen Entwicklung zu nehmen. Die jeweiligen Risiko- und Schutzfaktoren müssen im Einzelfall geprüft werden. Eine pauschale Beurteilung der Gefährdungssituation ohne Berücksichtigung dieser individuellen Bedingungen ist nicht möglich.

Dies bedeutet für alle Fachkräfte, dass sie die Auswirkungen der Erkrankung auf das Alltagsleben der Familie, das familiäre Klima, das Fürsorge- und Bindungsverhalten der Eltern und die Verfügbarkeit von Ressourcen sowohl bei den Familienmitgliedern, als auch im sozialen Umfeld im Einzelfall beurteilen müssen.

Wie bereits erläutert, ist dafür eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen unabdingbar, um im zweiten Schritt geeignete Hilfemaßnahmen einleiten zu können.

## Teil 2: Basisinformationen

### 1. Lebenslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern

Um die Situation von Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil besser verstehen zu können, ist es hilfreich, grundlegendes Wissen über psychische Störungen/Erkrankungen und deren Auswirkungen zu haben.

#### 1.1 Überblick über psychische Störungen/ Erkrankungen

Das im deutschsprachigen Raum gebräuchliche Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen ICD 10 (International Classification of Diseases) ordnet psychiatrische Erkrankungen im Wesentlichen nach phänomenologischen Gesichtspunkten, ohne – wie in früheren Versionen – Ursachen bzw. Entstehungsbedingungen zu berücksichtigen. Die Erkrankungen werden gemäß der Kriterien Symptomatik, Schweregrad und Verlauf beschrieben. Folgende Hauptgruppen benennt die ICD für psychische Störungen/Erkrankungen bei Erwachsenen:

- F0: körperlich begründbare psychische Störungen (bspw. bei Multipler Sklerose, Zustand nach Entzündungen des Gehirns, Zustand nach Schädelhirntrauma, bei Epilepsie oder schwerer Schilddrüsenfunktionsstörung),
- F1: Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Suchterkrankungen),
- F2: schizophrene Störungen, anhaltende wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen,
- F3: affektive Störungen (verschiedene Subtypen depressiver Störungen, bipolare Störungen, Dysthymie, Manien),
- F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: dazu gehören Angsterkrankungen wie Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung. Ferner Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen (mit übermäßiger Reaktion auf akute Stressoren, kritische Lebensereignisse), die posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen (mit wechselnden vielfältigen körperlichen Symptomen ohne definierbare organische Ursache) und die anhaltende Schmerzstörung,
- F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen (z.B. Anorexia nervosa, Bulimie),
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, wozu neben spezifischen Persönlichkeitsstörungen (wie dissoziale, histrionische, abhängige, ängstlich-vermeidende und Borderline-Persönlichkeitsstörung) auch abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle gehören (wie z.B. Kleptomanie) sowie
- F7: nicht erworbene Störungen der Intelligenz.

Die Symptomatik einer psychischen Erkrankung wird im psychischen bzw. psychopathologischen Befund erfasst. Zwingend ist bei jeglicher psychiatrischen Diagnostik auch eine somatische Untersuchung sowie –je nach Krankheitsbild – ergänzende Labordiagnostik und neuroradiologische Verfahren.

Im psychischen Befund werden Auffälligkeiten/Veränderungen im Erleben der Betroffenen sowie erkennbare Störungen ihrer Wahrnehmung, Kognition und Emotionalität dargestellt. Zudem werden Auffälligkeiten im Verhalten und in der sozialen Interaktion beschrieben. Der psychische Befund ist so individuell wie möglich zu erfassen, da die Ausprägung einer Störung oder Erkrankung sehr unterschiedlich sein kann: So können mehrere Diagnosen nebeneinander bestehen. Nur eine individuelle Erfassung der Symptomatik erlaubt eine Einschätzung der Erkrankung und ihrer Folgen. Eine übergeordnete Diagnose allein kann nur eine grobe Orientierung bieten.

Im Kontext psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder ist darauf hinzuweisen, dass eine psychische Störung/Erkrankung per se keine Gefährdung des Kindeswohls beinhaltet, wohl aber ein Risiko dafür. Risiken bestehen im Einzelfall bspw. in Abhängigkeit vom Alter des Kindes, von der Akuität versus Chronizität des Krankheitsbildes oder der Verlaufsform. Zudem sind Schutzfaktoren in und außerhalb der Familie zu berücksichtigen wie bspw. sozialer Status, bestehendes soziales Netz und Kooperationsbereitschaft der Eltern.

Im Kontext psychisch erkrankter Eltern sind vor allem folgende psychischen Erkrankungen/Störungen relevant:

- depressive Störungen,
- schizophrene Störungen,
- Zwangs- und Angststörungen,
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSB) sowie
- Persönlichkeitsstörungen.

Bei psychischen Störungen kommen psychosoziale Probleme im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung gehäuft vor: Vereinsamung und soziale Isolation, Partnerschaftsprobleme, Arbeitsstörungen, Arbeitsplatzverlust mit fehlender Tagesstruktur, Frühinvalidität (bspw. wurden in jüngerer Zeit ca. 15 % aller unter 40-jährigen schizophren Erkrankten in Deutschland früh berentet.<sup>4</sup>), wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten bei Mietverhältnissen bis hin zum Verlust der eigenen Wohnung.

Psychische Störungen können bspw. zu Beeinträchtigungen in der Bewältigung des Alltags oder des Haushalts führen sowie zu Schwierigkeiten im Kontakt zur Nachbarschaft und im Umgang mit Ämtern und Behörden. Allerdings sind diese oder auch andere Einschränkungen nicht zwingend bei einer psychischen Erkrankung vorhanden. Es gibt durchaus Betroffene, die von der Erkrankung unberührte Möglichkeiten und Fähigkeiten haben und ihr Leben auf diese Weise gut bewältigen können. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen phasisch verlaufen oder auch als einmalige Episode

---

<sup>4</sup>Clade, H. (2003): Fallbeispiel Schizophrenie: Hohe soziale Kosten. Deutsches Ärzteblatt 8, S. 353–354.

auftreten können. Dies bedeutet, dass die betroffenen Patienten/Patientinnen nicht dauerhaft in ihrer Alltagsbewältigung beeinträchtigt sind, sondern "gute wie schlechte Zeiten" erleben und leben.

Psychische Erkrankungen schränken nicht zwangsläufig alle Bereiche des Lebens ein. Es sind im Einzelfall stets Risiko- und Schutzfaktoren gleichermaßen wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Des Weiteren müssen bei der Einschätzung einer psychischen Erkrankung Coping-Strategien (Bewältigungs-Strategien) und andere Ressourcen des/r Betroffenen einbezogen werden, welche das Krankheitsbild formen und die individuelle Lebensführung prägen.

Nähere Erläuterungen wie zu Kernsymptomen der einzelnen Erkrankungen/Störungen befinden sich im Glossar der Vereinbarung.

## 1.2 Behandlungsmöglichkeiten

Nach heutigem Verständnis und Standard umfasst die Behandlung psychischer Erkrankungen zwei Hauptelemente: Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. Diese beiden Behandlungsformen schließen sich nicht gegenseitig aus, wie früher angenommen, sondern ergänzen sich vielmehr sinnvoll in Abhängigkeit von diagnostischer Zuordnung und Schweregrad einer Erkrankung. Eine sinnvolle Ergänzung stellt die Psychoedukation dar.

**Eine Therapie mit Psychopharmaka** greift in den Stoffwechsel des Gehirns ein: Sie beeinflusst die Konzentration von Neurotransmittern (Botenstoffen im Gehirn), welche bei einzelnen psychischen Erkrankungen erhöht oder erniedrigt sein können (bspw. Dopaminüberschuss bei akuten Psychosen oder Serotoninmangel bei depressiven Störungen).

Man unterscheidet grundsätzlich Antidepressiva (stimmungsaufhellend, angstlösend, antriebssteigernd), Neuroleptika (antipsychotisch, beruhigend, Behandlung von Unruhezuständen und schweren Schlafstörungen), Beruhigungsmittel bzw. Benzodiazepine (beruhigend, angstlösend, muskelentspannend) und Phasenprophylaktika bzw. Stimmungsstabilisatoren (stabilisieren insbesondere bei bipolaren Störungen die extremen Stimmungsschwankungen).

Die Auswahl und Dosis eines passenden Medikaments muss in enger Abstimmung zwischen Psychiater/in und Patient/in erfolgen. Psychopharmaka können neben den erwünschten Hauptwirkungen unerwünschte Nebenwirkungen haben. So hatten etwa Neuroleptika der ersten Generation erhebliche Nebenwirkungen die Motorik betreffend. Derartige unerwünschte Wirkungen können ein wichtiger Grund sein, warum Patienten/Patientinnen ihre Psychopharmaka absetzen. Dies muss von den beteiligten Fachkräften ernst genommen und - unter dem Aspekt der Vorrangigkeit erwünschter Wirkungen - einfühlsam besprochen werden.

In der Regel stellen Nebenwirkungen den Nutzen eines Medikaments aber nicht in Frage. Im Einzelfall müssen verschiedene Medikamente ausprobiert werden, um ein Präparat zu finden, das möglichst nebenwirkungsarm ist.

Die Behandlungsbereitschaft (sog. Compliance oder Adherence) muss als prozesshaft, als Teil der Auseinandersetzung mit der Erkrankung verstanden werden und ist abhängig von der sogenannten Krankheitseinsicht.

Psychopharmaka heilen eine Krankheit zwar nicht, doch sie tragen dazu bei, Symptome zu lindern oder sogar zum Verschwinden zu bringen. Somit können sie die Lebensqualität der Patienten/Patientinnen verbessern und ihnen bestenfalls eine normale Alltagsgestaltung ermöglichen.

**Psychotherapie** erfolgt ambulant oder stationär mittels verschiedener Verfahren, wie bspw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie/Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, systemischer Familientherapie oder Gestalttherapie. In den Praxen ambulant tätiger Psychotherapeuten/-therapeutinnen werden in der Regel nur die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie von den Krankenkassen übernommen.

Als **Psychoedukation** wird die Aufklärung der Patienten/Patientinnen und ihrer Angehörigen über physische und psychische Erkrankungen bezeichnet. Sie beinhaltet systematische und didaktisch aufbereitete Informationen und Interventionen, die meist in Gruppen angeboten werden. Sie soll das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die Krankheitsbewältigung fördern.

**Komplementäre Verfahren:** In psychiatrischen wie psychosomatischen Kliniken wird regelmäßig bspw. Bewegungstherapie, Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie, Gestaltungs- und Musiktherapie, Einübung in Alltagsbewältigung angeboten. Unter ambulanten Bedingungen ist es niedergelassenen Fachärzten/ärztinnen möglich, Soziotherapie zu verschreiben.

### 1.3 Spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern (Gender Mainstreaming) und Menschen mit Migrationshintergrund

Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt. Ein geschlechtsspezifischer Ansatz, der sowohl spezifische Aspekte der weiblichen, als auch der männlichen Entwicklung und Sozialisation erfasst, ist sinnvoll. So finden sich bestimmte psychische Störungen bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern. Essstörungen etwa treten vermehrt bei Mädchen bzw. Frauen auf da diese sich stark mit den Schönheitsidealen der westlichen Welt identifizieren. Ebenso treten affektive Störungen, bestimmte Angststörungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen vermehrt auf. Nicht zu vernachlässigen sind die komplexen Traumafolgestörungen durch spezifische Belastungen in der Biographie von Frauen wie seelischer und körperlicher Missbrauch und Gewalt. Psychische Erkrankungen bei Frauen erscheinen oft in der Postpartalzeit zum ersten Mal, also nach der Geburt eines Kindes.<sup>5</sup>

---

5 Riecher-Rössler, A., Rohde, A. (Hrsg.) 2001: Psychische Erkrankungen bei Frauen. Karger-Verlag, Basel-Freiburg.

Bei Männern hingegen treten gehäuft bestimmte Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen auf. Bei schizophrenen Störungen spielt das Geschlecht keinerlei Rolle.

Das Geschlecht des psychisch erkrankten Elternteils wirkt sich auch auf die Situation der Kinder aus: So sind psychisch kranke Mütter häufiger alleinerziehend als andere Frauen. Erkrankt der Vater, so leben nur mehr rund 57% der Kinder mit ihren Vätern zusammen. Bei den Müttern sind es noch ca. 71%. Die Erkrankung der Väter beeinflusst die Entwicklung der Kinder erfahrungsgemäß weniger stark, da diese meist noch in einer Partnerschaft leben. Ein weiterer Aspekt ist, dass psychisch erkrankte Mütter häufiger in Gewaltbeziehungen leben. Gleichzeitig verfügen sie über weniger soziale Netze und damit über geringere Ressourcen für eine Trennung als Männer<sup>6</sup>.

Der Unterstützungsbedarf der Mütter ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Häufig hindert sie ihr Verantwortungsgefühl für die Kinder daran, stationäre Einrichtungen aufzusuchen oder sie brechen einen Klinikaufenthalt vorzeitig ab. Psychisch kranke Mütter benötigen daher ein ambulantes Versorgungsnetz, Mutter-Kind-Stationen und Wohnmodelle mit sozialpsychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Betreuung.

Menschen mit Migrationshintergrund leben mehrheitlich unter erschwerten und sozial benachteiligenden Bedingungen. Aufenthaltsrechtliche Aspekte, Sprachprobleme, Anpassungsforderungen der aufnehmenden Gesellschaft sowie Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierungserfahrungen können besondere Belastungen hervorrufen. Diese Faktoren lassen eine entsprechend erhöhte Vulnerabilität für psychische und körperliche Störungen erwarten. Neben diesen migrationsspezifischen Belastungen können sowohl Kommunikationsprobleme und differierende Krankheitskonzepte als auch Informationsdefizite über bestehende Hilfestrukturen eine rechtzeitige Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten erschweren. Des Weiteren hindern Tabus und Angst vor Stigmatisierung viele Migranten daran, sich frühzeitig entsprechende Hilfe zu holen. Zudem sind Flüchtlinge aufgrund von Traumatisierungen häufig nicht in der Lage, aus eigener Kraft angemessene Hilfe aufzusuchen<sup>7</sup>.

Um Betroffene frühzeitig zu unterstützen, muss die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Beratungs- und Gesundheitsangeboten fortgeführt und ausgebaut werden. Dies kann zum einen durch Einstellung von Fachpersonal mit unterschiedlichen Muttersprachen, zum anderen durch mehrsprachiges Informationsmaterial geschehen. Weitere Maßnahmen hierzu sind interkulturelle Supervision, Dolmetscherdienste und Module zu Kultursensitivität in Aus- und Fortbildung.

---

6 Schone,R., Wagenblass, S. 2002: Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Votum, Münster.

7 Gavranidou, M. Dr.: Vortrag gehalten auf dem Fachtag „Familienentwicklung nach Trauma und Migration“, Refugio, 15.10.2009.



## 1.4 Auswirkungen psychischer Störungen/Erkrankungen auf Elternschaft und Erziehungsfähigkeit

Psychische Erkrankungen können die Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen. Je nach Art, Schwere und Verlaufsform der Erkrankung können Einschränkungen auf die Erziehungsfähigkeit unterschiedlich ausgeprägt sein. Bei phasischem bzw. schubförmigem Verlauf einer Erkrankung können Phasen der Stabilität – kognitiv wie emotional – und des adäquaten Realitätsbezugs wechseln mit floriden (d.h. voll ausgeprägten) Krankheitsbildern, in denen Denkfähigkeit, Sprache und Emotionalität stark beeinträchtigt sind. Insbesondere die Symptome akuter schizophrener Psychosen wie Wahnerleben, Halluzinationen und desorganisiertes Handeln lassen es nicht zu, die Bedürfnisse eines Kindes angemessen wahrzunehmen und zu befriedigen. Kinder können in das Wahnerleben einbezogen werden, was zu akuten Gefährdungen ihrer körperlichen Unversehrtheit und tiefer emotional-kognitiver Verunsicherung führen kann.

An einer schweren Depression erkrankte Eltern sind durch Antriebslosigkeit, tiefe Traurigkeit oder „versteinerte“ Gefühle und die Tendenz zum sozialen Rückzug nur eingeschränkt in der Lage, der Fürsorge und Erziehung ihrer Kinder gerecht zu werden.

Persönlichkeitsstörungen sind starke und starre Ausprägungen von Charaktereigenschaften, die Krankheitswert haben und die Umwelt und die Beziehungen eines Menschen belasten. Der Leidensdruck ist meist hoch und die soziale Stabilität eingeschränkt, insbesondere, wenn kein eigenes Krankheitsverständnis entwickelt wird. Im Kontakt mit Kindern können die Widersprüchlichkeit des Verhaltens und die Brüche in Beziehungen von diesen als belastend erlebt werden.

Die Empathiefähigkeit psychisch erkrankter Eltern kann krankheitsbedingt eingeschränkt sein, was sich insbesondere bei Müttern von sehr kleinen Kindern negativ auf deren Bindungsfähigkeit auswirkt. Auf diese Weise kann die frühkindliche Entwicklung negativ beeinflusst werden. Besonders prägnante Beispiele hierfür sind die postpartale Depression (Wochenbettdepression) und postpartale Psychose.

Eine stabile, bindungsfähige Bezugsperson ist insbesondere in den ersten achtzehn Lebensmonaten, in denen die neuronale Plastizität des Gehirns besonders hoch ist und somit die Bindungsfähigkeit und Entwicklung eines Kindes besonders störanfällig ist, von herausragender Bedeutung.

Je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung sind elterliche Zuwendung und Erziehungsverhalten wenig stabil und für die Kinder nicht einschätzbar. In gesunden Phasen kann die Beziehung herzlich, engagiert und fürsorglich sein, in Krankheitsphasen hingegen affektiv distanziert, abwesend oder abweisend. Psychisch erkrankte Menschen sind in der Regel weniger stresstolerant als gesunde Menschen und sie können in belastenden Situationen ihren Kindern oft nicht den Halt und die Sicherheit vermitteln, die sie brauchen. Zudem kann sich ein Kreislauf aus beiderseitigen Belastungen entwickeln, insbesondere dann, wenn die Kinder selbst soziale oder psychische Auffälligkeiten zeigen und auf Aufmerksamkeit, Stabilität und Engagement ihrer Eltern besonders angewiesen sind.

Häufig ist es für die psychisch erkrankten Eltern selbst sehr schwer zu beurteilen, inwieweit sie in der Lage sind, den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden und inwieweit ihre Erziehungsfähigkeit durch ihre Erkrankung eingeschränkt ist. Darüber hinaus sind soziale Kontakte oder die Inanspruchnahme von außerfamiliärer oder professioneller Unterstützung häufig reduziert oder nicht möglich. Zudem leiden viele dieser Eltern unter Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber, was zusätzlich zu instabilem Erziehungsverhalten führen kann. Verschärfen kann sich die Situation mancher Familien noch dadurch, dass zusätzliche Risiken wie Armut, alleinerziehende Elternschaft oder zusätzliche somatische Erkrankungen bestehen.

Bei einer Gesamteinschätzung der familiären Situation ist es aber wichtig, auch die Ressourcen der Familien angemessen zu berücksichtigen. Ein gesunder Elternteil oder auch eine der Familie nahestehende, gesunde erwachsene Person (Großeltern, enge Freunde, etc.) kann die Entwicklungsrisiken der Kinder mindern. Dies gilt gleichermaßen für eine ausreichende finanzielle Absicherung sowie feste und unterstützende soziale Strukturen, in die die Kinder eingebunden sind (Kindergarten, Schule, Jugendgruppen etc.).

Psychisch erkrankte Eltern leiden sehr häufig unter der Angst, ihre Kinder könnten ihnen „weggenommen“, also in Obhut genommen werden. Aus diesem Grund nehmen vor allem Mütter ärztliche bzw. psychologische Behandlung oder soziale Unterstützung nicht oder zu spät wahr. Oder aber sie verschweigen, dass sie Kinder haben oder wie diese versorgt werden. Zudem lässt sie die Sorge um das Wohl ihrer Kinder Behandlungen vorzeitig abbrechen oder beunruhigt sie - bspw. während eines stationären Aufenthalts - so sehr, dass sie sich nicht ausreichend auf ihre eigene Behandlung einlassen und konzentrieren können. Insofern ist Offenheit im Umgang mit der Situation der Kinder nicht nur für die gesunde Entwicklung dieser wichtig, sondern auch ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung der Mütter und Väter.

## 1.5 Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf die Kinder (Risikofaktoren)

Ein beträchtlicher Anteil von Kindern psychisch erkrankter Eltern entwickelt sich unauffällig, jedoch sind sie grundsätzlich gefährdet, durch die Erkrankung ihrer Eltern Schaden in ihrer eigenen Entwicklung zu nehmen. Dieses ist von vielen Faktoren abhängig: von der Konstitution des Kindes selbst, vom Alter des Kindes bei Ausbruch der Erkrankung der Eltern, von Dauer und Schwere der Erkrankung, vom weiteren familiären und sozialen Umfeld, genetischen und anderen Faktoren. Die Gefahr einer Beeinträchtigung ist umso höher, je jünger und abhängiger die Kinder von der erkrankten Bezugsperson sind.

Im Säuglingsalter stehen die körperlichen Symptome mit Gedeihstörungen im Vordergrund begleitet von Entwicklungs- und Regulationsstörungen. In dieser Entwicklungsphase des Kindes ist eine stabile emotionale Beziehung zu einem Elternteil oder zu einem nahen Verwandten erforderlich, damit das Kind eine sichere Bindung entwickeln kann. Die frühkindlichen Entwicklungs- und Regulationsstörungen können sich bis ins Kleinkindes- und Vorschulalter fortsetzen. Zu ängstlichem oder regressivem, aber auch aggressivem oder überangepasstem Verhalten, können im Schulalter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, psychosomatische Beschwerden, Lernstörungen und soziale Kontaktstörungen dazukommen. Wird im Umgang mit diesen Auffälligkeiten nicht erkannt, dass sie eine Bewältigungsstrategie der Kinder im Leben mit ihren psychisch erkrankten Eltern sind und bleibt adäquate Hilfe aus, kann das Kind in der Folge sowohl

psychische als auch soziale Beeinträchtigungen bis hin zu chronischen Störungen entwickeln.

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind aber auch in der Gefahr, sehr viel Verantwortung für ihre Eltern und Geschwister zu übernehmen oder aufgebürdet zu bekommen. Sie üben Elternfunktionen aus und können sich daher zum Teil nicht altersgerecht emotional und sozial entwickeln. Dies wird zudem häufig durch eine geringe Sensibilität der Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder verstärkt.

In den bisherigen Ausführungen wurde das allgemeine psychische Erkrankungsrisiko der Kinder beschrieben. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Kindheit ebenfalls eine psychische Auffälligkeit oder Störung<sup>8</sup> entwickeln, liegt bei ungefähr 60 %. Das bedeutet, dass das Risiko um den Faktor 3 - 4 höher liegt als bei Kindern allgemein. Das spezifische Erkrankungsrisiko, also das Risiko, dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln wie ihre Eltern, ist bei den Kindern ebenfalls erhöht: das Lebenszeiterisiko für Schizophrenie liegt bei 17 % gegenüber 1 % in der Gesamtbevölkerung, falls ein Elternteil erkrankt ist; sind beide Eltern schizophren erkrankt, steigt das Risiko auf 46 %. Die Rate depressiver Erkrankungen bei Kindern depressiver Eltern liegt bei 23 % bis 38 %<sup>9</sup> gegenüber 10 % (WHO) in der Gesamtbevölkerung. Auch wenn das Risiko hoch erscheint, zeigen die Zahlen doch auch, dass etwa ein Drittel der Kinder keine psychische Erkrankung und ein weiteres Drittel nur eine vorübergehende psychische Auffälligkeit entwickeln.

Ob Kinder Störungen oder Erkrankungen entwickeln, ist in hohem Maße abhängig von ihrem Alter und damit von ihrer Fähigkeit, ihre eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren. Die Fähigkeit, das Verhalten der Eltern als Krankheit zu verstehen und die Symptome nicht als Folge eigenen Fehlverhaltens zu interpretieren, ist ein wesentlicher Schritt in der Bewältigung der Situation für die Kinder. Kinder unter sechs Jahren sind hierzu noch nicht in der Lage. Gleichzeitig sind sie noch von der Zuwendung und Versorgung einer stabilen Bezugsperson abhängig und deshalb den Schwankungen der elterlichen Zuwendung besonders ausgeliefert.

Oft zeigt sich eine psychische Belastung/Störung erst in der späteren Kindheit oder Jugend. Auch diese Gruppe benötigt eine spezifische Diagnostik und spezielle, altersgerechte Unterstützung.

Neben dem Risiko, selbst eine Störung zu entwickeln, und der Notwendigkeit, die fehlende elterliche Fürsorge auszugleichen, sehen sich die Kinder psychisch erkrankter Eltern auch mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen konfrontiert. Dies macht es ihnen schwer, über ihre persönliche und familiäre Situation zu sprechen und sich Informationen und Hilfe zu holen. Sie geraten darüber in eine soziale und nicht selten auch emotionale Isolation. Da das psychiatrische System ebenso wie das System der Jugendhilfe zunächst keine ausdrücklichen Angebote an sie richtet, können sie kaum erleben, dass ihre Nöte und Ängste normal sind und dass sie einen Anspruch auf altersgerechte Information und Unterstützung in ihrer Situation haben.

## 1.6 Schutzfaktoren für Kinder

---

8 Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: [Balance Buch und Medien Verlag](#), S. 79.

9 Schone, R., Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsweisen. 2., unveränderte Auflage, Weinheim: Juventa Verlag, S. 11.

Kinder psychisch erkrankter Eltern müssen trotz eines erhöhten Risikos nicht zwangsläufig selbst erkranken oder die obengenannten Auffälligkeiten entwickeln. Unstrittig ist aber, dass sie unter den vielfältigen Belastungen und Problemen leiden, die die Erkrankung ihrer Eltern mit sich bringen und dies meist weit über ihre Kindheit hinaus. Je früher sie und ihre Eltern Unterstützung und Hilfestellung erhalten, umso eher können Belastungen in ihrer Ausprägung gemildert und in ihren Folgen für alle Beteiligten begrenzt werden.

Studien<sup>10</sup> zeigen, dass neben einer genetischen Disposition ebenso soziale und individuelle Schutzfaktoren eine große Rolle dabei spielen, ob ein Mensch im Laufe seines Lebens psychisch erkrankt. Unter die personalen Schutzfaktoren fallen ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament, kognitive Fähigkeiten, emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit, ein positives Selbstwertgefühl, Vertrauen in die Selbstwirksamkeit und ein aktives Bewältigungsverhalten.

Dazu kommen die sozial-familiären Schutzfaktoren wie die sichere emotionale Bindung an eine Bezugsperson, ein förderliches Erziehungsklima und eine gute Paarbeziehung der Eltern., Weiterhin zählen dazu ein angemessener Umgang des erkrankten Elternteils mit seiner Erkrankung, Umfang und Qualität des sozialen Netzwerks der Familie sowie eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung.

Schützend wirken auch ein hinreichendes Einkommen der Familie, eine geregelte Tagesstruktur, eine fördernde Tagesbetreuung sowie Erwachsene im familiären Umfeld, die als Rollenmodell vorbildhaft fungieren. Die Schutzfaktoren variieren stark mit dem Alter der betroffenen Kinder.

Das Wissen um solche Schutzfaktoren ermöglicht es den Hilfesystemen, entsprechende unterstützende und ausgleichende Hilfen für die Eltern und ihre Kinder zu entwickeln und einzusetzen, wie z.B. Paternal stabile Bezugspersonen für die Kinder außerhalb der Familie.

## **2. Aufgaben und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe**

Es ist die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, eventuelle Benachteiligungen abzubauen, ihre Teilhabe und Zugehörigkeit zu stärken sowie die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu beraten und zu unterstützen. Auf Hilfen bei der Erziehung und auf Eingliederungshilfen besteht ein Rechtsanspruch. Um viele der angebotenen Beratungs- und Unterstützungsangebote können sich die Eltern selbst bemühen. Diese werden in den Einrichtungen der öffentlichen und freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe angeboten wie z.B. Tagesbetreuung, Familienbildung und Erziehungsberatung (siehe Kapitel 2.1).

---

<sup>10</sup> Lenz, A., (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.

## **Der Allgemeine Sozialdienst in den Jugendämtern Kaufbeuren und Ostallgäu**

Die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe wird als Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) bezeichnet und durch die sozialpädagogischen Fachkräfte in den Jugendämtern geleistet. Grundsätzlich ist der ASD im Rahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern in der Stadt Kaufbeuren und dem Landkreis Ostallgäu zuständig. Je nach Wohnort der Kinder leitet sich die örtliche und sachliche Zuständigkeit ab.

Der Allgemeine Sozialdienst berät und unterstützt Eltern, Kinder und Jugendliche in persönlichen Notsituationen, bei familiären Konflikten, bei Schwierigkeiten in der Versorgung und Erziehung von Kindern, bei Fragen zu Trennung/Ehescheidung und Sorgerechtsregelung, in Lebenskrisen sowie bei psychischen Belastungen.

Wenn Entwicklungsdefizite vorliegen, das Kind oder der/die Jugendliche nur unzureichend gefördert wird oder bestimmte Einflüsse langfristig schädigend wirken, dann erarbeitet der ASD mit der Familie unter Hinzuziehung beteiligter Fachkräfte (z.B. Lehrer/innen, Ärzte/Ärztinnen, Erzieher/innen usw.) eine umfassende Problem- und Ressourcenanalyse. Dies geschieht durch den Aufbau einer Beziehung mit der Familie, durch Kontaktaufnahme mit deren Umfeld (z.B. Schule) und umfassende Beratungen gemeinsam mit den Eltern und wenn möglich, mit den Kindern und den Jugendlichen.

Die Mitarbeit der Eltern ist wesentlich für die Annahme und das Gelingen einer geeigneten Hilfe. Dieses Vorgehen ist ein zeitintensiver und aufwändiger Prozess. Bei Bedarf erfolgt – mit Zustimmung der Eltern – die Einleitung spezifischer Erziehungs- und Eingliederungshilfen nach dem SGB VIII durch den ASD, für die ein Hilfeplan notwendig ist (ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfe). Hilfen können nur in Zusammenarbeit von Fachkräften und den betroffenen Familien sinnvoll geleistet werden und sind an den individuellen Ressourcen und Risiken der Eltern sowie den Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ausgerichtet. Gemeinsam mit der Familie werden die Hilfeziele, Rahmenbedingungen und notwendige Kooperationen im Rahmen einer Hilfeplanung besprochen und festgelegt.

Im Falle mangelnder Bereitschaft oder Fähigkeit der Eltern, die Gefährdung selbstständig abzuwenden, ist das Jugendamt und ggf. das Familiengericht verpflichtet, den Schutz des Kindes zu gewährleisten.

Die Aufgaben des ASD bei einer Gefährdung des Kindeswohls sind im Teil 2, Kapitel 2.2 näher beschrieben.

## 2.1 Übersicht über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe für Eltern und ihre Kinder

Die Kinder- und Jugendhilfe lässt sich in folgende Angebote gliedern:

Angebote der öffentlichen und freien Jugendhilfe nach dem Prinzip der freiwilligen Annahme durch Kinder, Jugendliche und Personensorgeberechtigte, welche keinen Hilfeplan nach §36 SGB VIII erfordern:

- Familienbildungsangebote von der Schwangerschaft an,
- Familienhebammen,
- Kinderkrankenschwestern in Kooperationsprojekten wie Hausbesuchsdiensten und Frühen Hilfen
- Kindertagesbetreuung, Kindertagespflege, Spielgruppen,
- Familienstützpunkte
- Schulsozialarbeit / Jugendsozialarbeit an Schulen
- Erziehungsberatungsstellen, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen allgemeine und therapeutische Gruppenangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern.

Angebote, die eine Entscheidung im Rahmen des Hilfeplans nach § 36 SGB VIII erfordern und durch die öffentliche Jugendhilfe im Rahmen von Hilfe zur Erziehung (§§27ff. SGB VIII) und Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII eingeleitet werden:

- ambulante Hilfen für Kinder z.B. Legasthenietherapie, Dyskalkulietherapie, heilpädagogische Einzeltherapie Soziales Kompetenztraining
- ambulante Betreuungsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Mütter/Väter im betreuten Wohnen,
- ambulante Hilfen für Kinder und Familien (Erziehungsbeistandschaften/Sozialpädagogische Familienhilfen)
- teilstationäre Hilfen für Kinder und Familien z.B. Stütz- und Förderklassen, Heilpädagogische Tagesstätten, Schulbegleitungen
- Stationäre Hilfen z.B. gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder, Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder stationären Einrichtungen

## 2.2 Gefährdung des Kindeswohls

### 2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Das Kindeswohl ist ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff im Kindschafts- und Familienrecht (vgl. §1666 BGB), der inhaltlich in jedem Einzelfall detailliert belegt werden muss. Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass den Eltern das Wohl ihrer Kinder besonders am Herzen liegt und daher die Sicherung der Elternrechte gleichzeitig das Kindeswohl sichert (vgl. Artikel 6 Abs. 2 des Grundgesetzes). Aber nicht immer können Eltern ausreichend förderliche Entwicklungsbedingungen für ein Kind gewährleisten. Immer dann, wenn Eltern ihre Erziehungsverantwortung nicht oder in nicht ausreichendem Umfang wahrnehmen, ist das Jugendamt dafür verantwortlich, Maßnahmen zum Schutz der Kinder/der Jugendlichen anzubieten und zu veranlassen. Das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie der Schutz des Kindeswohls entsprechen dem Recht eines jeden Kindes und Jugendlichen auf körperliche, geistige und seelische Entwicklung und Entfaltung.

Die Rechtsprechung definiert die Kindeswohlgefährdung wie folgt: „Eine gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung, bei deren Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit vorhersehbar ist.“ (BGH FamRZ 1956. 350 = NJW 1956, 1434)

Das Gefährdungsrisiko ist also sowohl in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht zu beurteilen. Die zeitliche Einschätzung bezieht sich einerseits auf die Notwendigkeit bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben des Kindes unverzüglich zu handeln, was vor allem bei kleinen Kindern bedeutsam ist. Andererseits soll zuverlässig prognostiziert werden, ob Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung auftreten, die erst zeitlich verzögert sichtbar werden. Die sachliche Einschätzung bezieht sich auf die konkreten Umstände des Einzelfalles. Dabei lassen sich die folgenden Formen der Gefährdung unterscheiden:

- körperliche und seelische Vernachlässigung,
- körperliche Misshandlung,
- psychische Misshandlung,
- sexuelle sowie
- häusliche Gewalt (auch Miterleben von Gewalt).

### 2.2.2 Schutzauftrag der Jugendhilfe im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)

#### **Gefährdungseinschätzung in der Kinder- und Jugendhilfe**

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung liegt gemäß §8a SGB VIII beim Jugendamt, verpflichtet aber ausdrücklich auch die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Kindertagesstätten, Schulsozialarbeit usw.) durch den §8a Abs. 4, auf gewichtige Anhaltspunkte von Kindeswohlgefährdung unverzüglich zu reagieren: Das bedeutet; die Gefährdung abzuklären und diese abzuwenden sowie bei akuter Gefährdung Schutzmaßnahmen für das Kind zu veranlassen.

Der §8a Abs. 1-3 SGB VIII beschreibt für die öffentliche Jugendhilfe folgende Vorge-

hensweise: In einem ersten Schritt sollen gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen erkannt und das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abgeschätzt werden. Hierbei sind die Kinder bzw. Jugendlichen sowie die Erziehungsberechtigten in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen, soweit der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt wird. Wenn die fachliche Einschätzung dies erfordert, soll sich das Jugendamt einen unmittelbaren Eindruck des Kindes/Jugendlichen und von seiner persönlichen Umgebung verschaffen. Hält das Jugendamt die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, um Gefahren abzuwenden, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

Folgendes gilt, wenn das Jugendamt es als notwendig erachtet, das Familiengericht in den Fall einzubeziehen: „Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.“ (§8a Abs. 2 SGB VIII)

Die Komplexität des Schutzauftrages erfordert ein hohes Maß an Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte, die zudem gesetzlich vorgeschrieben ist. Innerhalb des ASD ist die Bearbeitung einer (vermuteten) Kindeswohlgefährdung durch ein standardisiertes Qualitätssicherungsverfahren festgelegt: Dies beinhaltet die Gefährdungseinschätzung im Vier-Augen-Prinzip, die verbindliche Bewertung der Gefährdungsmerkmale sowie die Erarbeitung eines Schutzkonzeptes.

Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, die nach dem SGB VIII Leistungen erbringen, müssen eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (§8a Abs. 4 SGB VIII) bei der Gefährdungseinschätzung hinzuziehen. Einrichtungen, die selbst nicht über eine entsprechend qualifizierte Person verfügen, haben gegenüber dem Jugendamt den Anspruch, bei der Gefährdungseinschätzung beraten zu werden. Die Falleingabe muss hierfür in anonymisierter Form erfolgen (§64 Abs. 2a SGB VIII). Bei der vorgeschriebenen Gefährdungseinschätzung durch Träger, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, sind die Betroffenen – also die Personensorgeberechtigten und die Kinder bzw. Jugendlichen – mit einzubeziehen. Das bedeutet, dass die Fachkräfte mit den Betroffenen über die Gefährdungsaspekte sprechen, soweit dadurch nicht der wirksame Schutz der Kinder und Jugendlichen in Frage gestellt wird und auf die Inanspruchnahme von geeigneten und notwendigen Hilfen hinwirken. Gelingt es bspw. der Kindertagesstätte nicht, die Eltern zur Annahme von Hilfen zu motivieren, muss das Jugendamt kontaktiert werden. In diesem Fall können gefährdungsrelevante Informationen an die zuständigen Fachkräfte des ASD weitergegeben werden.

In dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) wird die Prävention sowie Intervention im Kinderschutz gesetzlich gestärkt. Im §4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) wird festgelegt, dass alle Berufsgeheimnisträger/innen, wie Ärzte/Ärztinnen, Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Lehrer/innen, Erziehungsberater/innen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen etc. bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ebenso wie die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine „inso-



weit erfahrene Fachkraft“ gegenüber dem Jugendamt haben (vgl. hierzu auch §8b SGB VIII). Weiterhin sollen sie mit den Eltern und Kindern/Jugendlichen die Gefährdungsaspekte erörtern sowie bei den Eltern auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, sofern nicht der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Des Weiteren berechtigt dieses Gesetz die Berufsgeheimnisträger/innen trotz Schweigepflicht dazu, Mitteilungen an das Jugendamt zu richten, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Es ist gesetzgeberische Absicht, dass alle Berufsgruppen, die mit Kindern im Rahmen ihrer Tätigkeit regelhaft in Verbindung kommen, möglichst kompetent Gefährdungslagen von Kindern erkennen können. Des Weiteren sollen sie relevante Kooperationspartner/innen kennen und mit diesen entsprechende Schritte einleiten können, um Gefährdungslagen abzuwenden.

### **Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen – Die Inobhutnahme**

Öffentliche Hilfen sind vorrangig vor staatlichen Eingriffen in das Sorgerecht. Bei einer Kindeswohlgefährdung kann das Jugendamt nach §42 SGB VIII Minderjährige in Obhut nehmen, wenn akuter Handlungsbedarf besteht. Da es sich bei dieser Maßnahme um einen Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Sorgerecht der Eltern handelt, muss bei Widerspruch durch die Eltern die Maßnahme aufgehoben oder eine familiengerichtliche Entscheidung umgehend eingeholt werden. Dieses Vorgehen entspricht dem gesetzlichen Auftrag des Jugendamtes („Wächteramt“).

Bei einer Inobhutnahme muss bedacht werden, dass diese immer zusätzliche Belastungen für die Kinder und die Eltern zur Folge hat.

### **2.2.3 Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung**

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind Hinweise oder Informationen über Handlungen gegen Kinder und Jugendliche oder Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährden. Gewichtige Anhaltspunkte sind juristisch nicht abschließend definiert. Sie müssen daher aufgrund einschlägiger wissenschaftlicher Studien zur Kindeswohlgefährdung, mit Hilfe fachlicher Standards zu Voraussetzungen für die gesunde Entwicklung von Kindern sowie aus der Praxis der Jugendhilfe und der Gesundheitsberufe begründet werden.

Auf folgenden Ebenen können Anhaltspunkte auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen:

#### **a. Kindbezogene Ebene**

Anhaltspunkte für eine Gefährdung sind im körperlichen Zustand eines Kindes, in seinem Erleben und Handeln zu suchen. Wie stark ein Kind durch die psychische Erkrankung eines Elternteils belastet ist, hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren ab. Die folgende Aufzählung bietet lediglich einen Auszug und ist daher nicht abschließend. Zu diesen Faktoren zählen:

- das Alter des Kindes bei der Ersterkrankung der Eltern, wobei die gesundheitliche Beeinträchtigung umso größer ist, je jünger und damit abhängiger die Kinder von den erkrankten Bezugspersonen sind,
- das Ausmaß der genetischen Belastung,
- das Entwicklungsalter des Kindes und damit seiner Fähigkeit, die eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren,
- die Entwicklungsrisiken und -defizite des Kindes, wie z.B. Frühgeburt und Teilleistungsstörungen,
- die körperliche Konstitution und das Temperament des Kindes sowie
- das Nicht-Wahrnehmen der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

#### **b. Ebene der Eltern**

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- Wie ist die elterliche Entwicklungs- und Lebensgeschichte beschaffen? Gibt es bspw. eigene traumatische Trennungserfahrungen?
- Wie verhält es sich mit Intensität, Chronizität und Verlauf der Erkrankung sowie der Häufigkeit von Klinikaufenthalten?
- Besteht eine Doppeldiagnose, d.h. eine zusätzliche Suchterkrankung?
- Wie verhält es sich mit dem Krankheitsbewusstsein, der Empathie und Selbstreflexivität der Eltern?
- Wie groß ist das Wissen der Eltern über das Kind und können sie sich in seine Bedürfnisse einfühlen? Wie stabil ist das Erziehungsverhalten?
- Wie hoch ist die Mitwirkungsbereitschaft und Mitwirkungsfähigkeit bei angebotenen Hilfen?
- Gibt es Partnerschaftskonflikte oder Partnerschaftsgewalt?

#### **c. Eltern-Kind-Interaktion**

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- Ist das Kind unterstimuliert? Eltern, die an einer Depression erkrankt sind bspw. durch ihre eigene Antriebslosigkeit, flache Emotionalität und ihren sozialen Rückzug nur eingeschränkt dazu in der Lage, ihr Kind in seinem Spiel-, Explorations- und Leistungsverhalten zu fördern.

- Ist das Kind überstimuliert? Dies kann in manischen Phasen, bei Ängsten, bei Kontrollbemühungen oder bei offen oder verdeckt feindseligem Verhalten der Eltern auftreten.
- Liegt mangelnde Sensitivität und Responsivität vor? Beispielsweise können bei Schizophrenie in Phasen von Wahnerleben, Halluzinationen, eingeschränkter Affektivität und desorganisiertem Handeln die Bedürfnisse eines Kindes nicht angemessen wahrgenommen und befriedigt werden.
- Werden die Kinder in die Krankheitsinhalte wie Wahn, Ängste und Zwänge einbezogen?
- Liegt emotionaler Missbrauch vor? Übernehmen bspw. die Kinder Verantwortung für die elterliche Befindlichkeit (Parentifizierung), wobei die Eltern vom Kind abhängig werden?
- Gibt es Aggressionen und Entwertungen gegenüber dem Kind? Nehmen die Eltern das Kind in verzerrter Weise wahr?
- Fehlt den Eltern die Fähigkeit, die kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen?
- Fehlt die emotionale Zuwendung durch die Eltern?
- Ist die regelmäßige tägliche Versorgung des Kindes (z.B. geregelter Wach-Schlafrhythmus des Kindes, altersgemäße Ernährung, Körperhygiene, witterungsgemäße Kleidung) gesichert?
- Besteht ein angemessener Umgang mit einer eventuellen Behinderung des Kindes durch die Eltern und werden alle bestehenden Kompensationsmöglichkeiten ausgeschöpft?

#### **d. Lebensumfeld der Familie**

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- Lebt die Familie sozial isoliert und erleben die Kinder dadurch einen Mangel an Beziehungen?
- Gibt es für die Kinder Zeiten, in denen sie sich in unbelasteter, kindgerechter und fördernder Umgebung aufhalten (z.B. im Rahmen einer Tagesbetreuung)?
- Ist die Wohnsituation z.B. durch Vermüllung oder Wohnungslosigkeit belastet? Ist die Wohnung kindgerecht zum Schutz vor Unfällen ausgestattet?
- Ist angemessene Bekleidung und Spielzeug in der Wohnung vorhanden?
- Ist die finanzielle Existenz der Familie durch geregelte Einkünfte bzw. öffentliche Unterstützung gesichert?

Nach der Darstellung der Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung sei abschließend darauf hingewiesen, dass diese Risikofaktoren stets im Zusammenhang mit den Schutzfaktoren betrachtet werden müssen.

### **3. Fazit zur Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutionellen Kooperation**

Die Kooperationsvereinbarung geht von folgendem Verständnis aus:

Bei der Frage nach einer Gefährdung des Kindeswohls stellt die psychische Erkrankung von Eltern generell einen Risikofaktor dar. Ein nicht unerheblicher Anteil betroffener Kinder entwickelt sich unauffällig. Dennoch sind Kinder psychisch erkrankter Eltern gefährdet, Schaden in ihrer eigenen Entwicklung zu nehmen. Die Risiko- und Schutzfaktoren müssen im Einzelfall geprüft werden. Eine pauschale Beurteilung der Gefährdungssituation ohne Berücksichtigung dieser individuellen Bedingungen ist nicht möglich.

Dies bedeutet für alle Fachkräfte, dass sie die Auswirkungen der Erkrankung auf das Alltagsleben der Familie, das familiäre Klima, das Fürsorge- und Bindungsverhalten der Eltern und die Verfügbarkeit von Ressourcen bei den Familienmitgliedern und im sozialen Umfeld im Einzelfall beurteilen müssen.

Bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos sind unter anderem die Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes auf eine Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften angewiesen. Sie benötigen Informationen sowohl zu Hinweisen im Erleben, Verhalten oder körperlichen Zustand des Kindes (kindbezogene Ebene) als auch zu den Eltern (Ebene der Eltern), deren Entwicklungs- und Krankheitsgeschichte und deren Möglichkeiten im Umgang mit ihrem Kind (Eltern-Kind-Interaktion) sowie der familiären und außerfamiliären sozialen und beruflichen Lebenssituation (Lebensumfeld). Eine Kooperation unterschiedlicher Fachrichtungen und Institutionen ist daher unabdingbar.

Die Kooperationsvereinbarung, vor allem das Round-Table-Verfahren ist hierbei als „Handwerkszeug“ zu betrachten, das eine gelingende Kooperation aller beteiligten Fachkräfte gemeinsam mit den Familien ermöglichen soll.

# Anhang

## Einverständniserklärung

### Familie

Mutter: .....

Vater: .....

(andere)  
Sorgeberechtigte: .....

ggf. Jugendliche/r: .....

Über die Zusammenarbeit nach der Vereinbarung „Netzwerk für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil für den Landkreis Ostallgäu und die Stadt Kaufbeuren“ wurde ich/wurden wir informiert.

Hiermit gebe ich/geben wir mein/unser Einverständnis, dass die unten aufgeführten Institutionen und Personen ihre Zusammenarbeit im Rahmen des genannten interdisziplinären Hilfenetzwerks gestalten.

- ASD, vertreten durch:  
.....
- Sozialpsychiatrischer Dienst, vertreten durch:  
.....
- Medizinisch-psychiatrische Versorgung, vertreten durch:  
.....
- Institution der Kinder- und Jugendhilfe, vertreten durch:  
.....
- Weitere Partner:  
.....  
.....

Um diese Zusammenarbeit zu ermöglichen, erkläre ich mich/wir uns mit dem Austausch von notwendigen Daten, Unterlagen und Informationen zwischen den oben aufgeführten Stellen einverstanden.

Bei den Unterlagen und Informationen von den obengenannten Fachkräften handelt es sich insbesondere um Aussagen

zur Lebenssituation, Gesundheitszustand und Entwicklungsstand meines/unsere Kindes

zu Hilfen und Maßnahmen im Bereich der Jugendhilfe

zu meiner/unsere gesundheitlichen Situation

zu .....

sofern die Inhalte bedeutsam sind für die Arbeit im Rahmen des interdisziplinären Hilfe-netzwerks.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

---

Ort, Datum

---

ggf. Unterschrift der Jugendlichen/des Jugendlichen

Grundsätzlich gilt:

Es werden nur Daten weitergegeben, denen Sie oben zugestimmt haben/n oder deren Weitergabe nach dem Gesetz erlaubt ist. Nicht weitergegeben werden Inhalte aus Therapie- und Beratungsgesprächen auf deren Vertraulichkeit Sie ausdrücklich hingewiesen haben, sofern die vertrauliche Behandlung das Kindeswohl nicht gefährdet.

# Protokoll Round-Table-Gespräch

Datum

Ort

Teilnehmende:

**Familie:**

Mutter

Vater und/oder  
andere Sorgeberechtigte  
Kinder

➤ .....
➤ .....
➤ .....
➤ .....
➤ .....
.....

**Institutionen:**

Einladende Institution:

➤ ..... Vertreten durch: .....
-----------------------------------------

Sonstige Institutionen:

➤ ..... Vertreten durch: .....
➤ ..... Vertreten durch: .....
➤ ..... Vertreten durch: .....

Aktueller Stand:

(Einschätzung aller Beteiligten zu den Themen: Situation des Kindes, Verlauf der Erkrankung, Beratung/Therapie der Eltern, berufliche und finanzielle Situation der Familie, ....)

<b>Bericht/ Einschätzung von</b>	<b>Inhalte</b>



Ergebnisse und Vereinbarungen:

Wer macht was	Bis wann	Zusammenarbeit mit Rückmeldung an

Nächstes Round-Table-Gespräch findet am \_\_\_\_\_, bzw.  
in \_\_\_\_\_ Wochen / Monaten statt.

Ort des nächsten Round-Table-Gesprächs: \_\_\_\_\_

Die Prozessverantwortung liegt bei: \_\_\_\_\_

Protokoll erstellt von: \_\_\_\_\_

**Unterschriften:**

_____ Mutter	_____ Vater	_____ Personensorgeberechtigte
_____ Kind	_____ Kind	_____ Kind
_____ Institution	_____ Institution	_____ Institution
_____ Institution	_____ Institution	_____ Institution

## **Glossar (in alphabetischer Reihenfolge)**

Dieses Glossar bietet eine erste Orientierung zu wesentlichen Begrifflichkeiten. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

### **Allgemeiner Sozialdienst der Jugendämter Kaufbeuren und Ostallgäu**

Der ASD berät und unterstützt Eltern, Kinder und Jugendliche in persönlichen Notsituationen, bei familiären Konflikten, bei Schwierigkeiten in der Versorgung und Erziehung von Kindern, bei Fragen zu Trennung/Ehescheidung und Sorgerechtsregelung, in Lebenskrisen sowie bei psychischen Belastungen.

Wenn Entwicklungsdefizite, unzureichende Förderung oder langfristig schädigende Einflüsse auf das Kind oder den Jugendlichen vorliegen, erarbeitet der ASD mit der Familie unter Hinzuziehung beteiligter Fachkräfte (z.B. Lehrer/innen, Ärzte/Ärztinnen, Erzieher/innen usw.) eine umfassende Problem- und Ressourcenanalyse. Diese Ergebnisse fließen in eine sozialpädagogische Diagnose ein. Bei Bedarf erfolgt – mit Zustimmung der Eltern – die Einleitung spezifischer Erziehungs- und Eingliederungshilfen nach dem SGB VIII durch den ASD für die ein Hilfeplan notwendig ist (ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfe). Hilfen können nur in Zusammenarbeit von Fachkräften und den betroffenen Familien sinnvoll geleistet werden und sind an den individuellen Ressourcen und Risiken der Eltern sowie den Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ausgerichtet. Hierfür werden Hilfeziele, Rahmenbedingungen und notwendige Kooperationen im Rahmen einer Hilfeplanung mit den Eltern und Kindern/Jugendlichen besprochen und festgelegt.

### **Ambulante Maßnahmen**

Bei Entwicklungs- und Erziehungsproblemen bieten ambulante Erziehungshilfen betreuende, begleitende und unterstützende individuelle Hilfen für Kinder, Jugendliche und Heranwachsende in ihren lebensweltlichen Bezügen an. Unter ambulanter Erziehungshilfe versteht man z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, ambulant betreutes Wohnen oder Soziale Gruppenarbeit. Die Hilfen werden bedarfsgerecht, flexibel und sozialraumorientiert angeboten. Bei Bedarf und angemessener Mitwirkung werden die Personensorgeberechtigten in ihrem Erziehungsvermögen unterstützt, um die Stabilisierung des familiären Kontextes zu fördern. Die ambulante Erziehungshilfe soll die Entwicklung des jungen Menschen zu einer eigenverantwortlichen, selbst bestimmten Persönlichkeit und seine soziale Integration fördern sowie die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und Erziehungsverantwortung unterstützen. Ambulante Erziehungshilfen sollen den Verbleib des Kindes in der Familie sichern und rechtzeitig familieneigene Ressourcen mobilisieren.

Die Ambulante Erziehungshilfe wird im Rahmen des Hilfeplanverfahrens beraten, entschieden, vermittelt, vereinbart und überprüft. Falleinbringende und federführende Stelle im Hilfeplanverfahren ist in der Regel der ASD.

## **Betreuungen**

Eine rechtliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (§1896 BGB) ist die gesetzliche Vertretung eines volljährigen Menschen, der wegen einer psychischen Krankheit, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann. Eine rechtliche Betreuung wird nur eingerichtet, wenn diese notwendig ist und andere Hilfen nicht mehr ausreichen. Nur für den erforderlichen Aufgabenkreis bestellt das Amtsgericht auf Antrag einen gesetzlichen Betreuer. Die Wohlfahrtsverbände beraten und informieren zu Betreuungsbedürftigkeit von Angehörigen und Bekannten, bei der Führung einer ehrenamtlichen Betreuung, über Alternativen zur gesetzlichen Betreuung (Vorsorgevollmacht), über Betreuungsverfügung, über Patientenverfügung.

## **Betreute Wohnformen für psychisch erkrankte Erwachsene**

Die unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens sind z.B. das betreute Einzelwohnen und therapeutische Wohngemeinschaften. In den unterschiedlichen Angebotsformen gehen die Bezugsbetreuer/innen auf die individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme der Klienten/Klientinnen ein, um sie für eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu stärken und sie nach und nach zu selbständigem Leben anzuleiten.

Verschiedene Trägervereine und private Anbieter bieten betreute Wohnformen mit unterschiedlichen inhaltlichen und organisatorischen Schwerpunkten und unterschiedlicher Betreuungsintensität an. Das Angebot richtet sich an Menschen, die nicht ohne Hilfestellung leben können. Häufig stellen betreute Wohnformen den Übergang von einer Klinikbehandlung zum eigenständigen Leben dar. Betreute Wohneinrichtungen sind auch geeignet, Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Der Antrag auf betreutes Wohnen ist bei den jeweiligen Anbietern zu stellen. Beim zuständigen Sozialhilfeträger (Bezirk Schwaben) ist die Kostenübernahme zu beantragen. Ein Arztbericht sowie ein Sozialbericht müssen vorgelegt werden. Je nach Höhe des Einkommens bzw. des Vermögens übernimmt der zuständige Sozialhilfeträger die Kosten für betreute Wohnformen. Unterhaltspflichtige Angehörige müssen sich bei entsprechendem Einkommen an den Kosten beteiligen.

## **Depressive Störungen**

Bei depressiven Störungen sind psychische Symptome und begleitende körperliche Beschwerden (Vitalstörungen) zu unterscheiden. Die Trias von traurig-gedrückter Grundstimmung, psychomotorischer Hemmung und Antriebsminderung/Interessenverlust findet sich bei nahezu allen depressiven Störungen; in ihrer Ausprägung abhängig vom Schweregrad. Im Rahmen der Vitalstörungen spielen rheumaähnliche Beschwerden im Bewegungsapparat, Herzbeschwerden, Appetitmangel und vor allem Schlafstörungen eine große Rolle. Der Gesamtkomplex der Symptomatik kann bei den Betroffenen zu innerem wie sozialem Rückzug führen, was sich in der familiären Interaktion negativ auf alle Familienmitglieder auswirkt.

Ein spezifisches Problem in der Depression ist Suizidalität, wobei - wiederum in Abhängigkeit des Schweregrades - ein ernst gemeinter Todeswunsch bestehen kann oder „nur“ ein Hilferuf in ausweglos erlebter existentieller Notlage. In jeder Form ist Suizidalität ernst zu nehmen und bedarf rascher fachärztlicher Intervention.

Hinsichtlich des Erkrankungsverlaufs werden episodische, rezidivierende und langanhaltende depressive Störungen unterschieden. Eine besondere und schwere Form stellt die bipolare Störung mit Wechsel von depressiven und manischen Krankheitsphasen dar, in denen es auch zu wahnhaften Symptomen kommen kann. Im Intervall sind die Patienten/Patientinnen in der Regel symptom- und beschwerdefrei.

## **Essstörungen**

Bei Essstörungen handelt es sich um multifaktoriell bedingte Störungsbilder. Sie treten häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auf. Nach der ICD-10-Klassifikation werden im Wesentlichen drei Hauptformen unterschieden:

- Anorexia nervosa (Magersucht)
- Bulimia nervosa
- Binge-Eating-Störung (Essstörung mit Essattacken)

Die Erfahrungen zeigen, dass die Therapie von Essstörungen frühzeitig beginnen und einem Gesamtbehandlungsplan folgen sollte unter Einbeziehung der ambulanten und stationären Phasen.

## **Familienbildung**

Die Eltern- und Familienbildung will Familien bei der Erfüllung ihrer Erziehungsaufgabe helfen und sie durch konkrete Angebote unterstützen. Dabei sollen sowohl die Bedürfnisse und Interessen der Familie in den unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen berücksichtigt, als auch junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereitet werden.

Um die Familienbildung weiter voranzubringen nimmt der Landkreis Ostallgäu seit März 2014 am „Förderprogramm zur strukturellen Weiterentwicklung der Eltern- und Familienbildung und von Familienstützpunkten“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration teil. Hierfür wurde im Landratsamt Ostallgäu eine Familienbildungsstelle geschaffen, die im Jugendamt angesiedelt ist.

Grundlegende Bestandteile des Förderprogramms Familienstützpunkte sind:

- Durchführung einer Bestandsaufnahme der familienbildenden Angebote vor Ort,
- Durchführung einer Bedarfsanalyse (u. a. durch eine Elternbefragung) und
- Erstellung einer Konzeption der örtlichen Eltern- und Familienbildung.

Darauf aufbauend werden Familienstützpunkte als niedrighschwellige und wohnortnahe Kontakt- und Anlaufstellen geschaffen, die konkrete Angebote der Eltern- und Familienbildung vorhalten und mit anderen Einrichtungen gut vernetzt sind. Sie bieten für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Familien je nach Alter des Kindes und Familiensituation geeignete, passgenaue Hilfen an. Familienstützpunkte sollen an bestehende Einrichtungen vor Ort angegliedert werden.

Darüber hinaus erhalten alle Eltern im Landkreis Ostallgäu zur Geburt ein Willkommenspaket, in dem unter anderem die ersten drei Elternbriefe enthalten sind. Mit der beiliegenden Rückantwortkarte können sie sich in den Postverteiler für den Versand der Elternbriefe aufnehmen lassen. Durch Prävention sollen Entwicklungs- und Beziehungsstörungen, Suchtanfälligkeit und Gewalterfahrungen verhindert werden. Familienbildung unterstützt Familien, ihre Vorstellung von einem gelingenden Familienleben zu verwirklichen.

Das Angebot umfasst neben Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen vor allem Kurse, Seminare, Vorträge und Vortragsgespräche, Trainings, offene Gruppen, Feste und Freizeiten zu folgenden Themenbereichen: Vorbereitung auf die Geburt und Familienleben, Mutter/Vater-Kind-Gruppen, Kindergruppen, kreatives und musikalisches Gestalten, alle Themen der Erziehung und Beziehung, Elternschaft und partnerschaftliche Kommunikation, Gesundheit, Bewegung und Entspannung, Haushaltsführung und Ernährung und Familienerholung.

### **Familienergänzende Erziehungshilfen**

Teilstationäre Hilfen bietet das Jugendamt für schulpflichtige Kinder und Jugendliche nach der Schule in Sozialpädagogischen Tagesgruppen (Erziehungshilfe nach § 32 SGB VIII) und in Heilpädagogischen Tagesstätten (HPT) oder Integrationshorten (Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII) an.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche mit erzieherischem Unterstützungsbedarf, insbesondere in den Bereichen ihrer Schulentwicklung und ihrer sozialen Kompetenz sowie Kinder und Jugendliche, deren Teilhabe am Leben durch psychische Störungen, Entwicklungsstörungen, Lern- und (Teil)Leistungsstörungen und familiäre Belastungen erheblich beeinträchtigt ist. Ziel ist es, den Verbleib in der Familie zu sichern und Kinder und Jugendliche in ihrer Persönlichkeit so zu unterstützen, dass sie sich altersangemessen und gesund entwickeln können. Die Eltern werden im Hilfeprozess intensiv beraten und unterstützen die Hilfe durch eigene Mitwirkung.

Sozialpädagogische Tagesgruppen und Heilpädagogische Tagesstätten arbeiten in kleinen Gruppen (8-9 oder 12 Kinder/Jugendliche) und bieten ein Mittagessen, Hausaufgabenbetreuung, Lernhilfen, vielfältige Freizeitangebote und Elternarbeit an. Alle Angebote sind methodisch so angelegt, dass für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern (Personensorgeberechtigte) gewünschte Veränderungsprozesse angeregt und diese pädagogisch und therapeutisch begleitet werden. Alle Tagesgruppen-Plätze können individuell und nach Bedarf auch für weniger als 5 Tage/Woche vereinbart werden.

Die teilstationären, familienergänzenden Erziehungshilfen werden im Rahmen des Hilfeplanverfahrens beraten, entschieden, vermittelt, vereinbart und überprüft.

### **Frühe Hilfen**

Die Frühen Hilfen sind ein Angebot des präventiven Kinderschutzes und der frühzeitigen Unterstützung psychosozial belasteter Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis drei Jahren und in der Schwangerschaft. Durch Früherkennung von Risiken und gezielte Frühintervention soll eine gesunde Entwicklung des Kindes unterstützt werden. Die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi) Kaufbeuren und Ostallgäu sind Ansprechpartner

für die Vermittlung und das Netzwerk Frühe Hilfen. Sie bieten Familien mit besonderen Bedarfen ein umfangreiches Angebot aufsuchender Früher Hilfen an. Die Fachkräfte Frühe Hilfen werden von den Mitarbeiterinnen der KoKi beauftragt (nach §16 SGB VIII), koordiniert und finanziert. Dies geschieht ohne Hilfeplanverfahren. Die Frühen Hilfen unterliegen der Schweigepflicht. In der Regel wird von den Familien eine gegenseitige Schweigepflichtsentbindung von Früher Hilfe und KoKi (gegebenenfalls weiteren Kooperationspartnern) erteilt. Frühe Hilfen sind ein freiwilliges und kostenfreies Angebot an die Familien, die Familie bleibt in der Eigenverantwortung und kann die Hilfe jederzeit wieder absagen. Die Fachkräfte der Frühen Hilfen leisten in aufsuchender Arbeit adäquate, passgenaue psychosoziale Hilfen und unterstützen eine gelingende Mutter bzw. Vater-Kind-Interaktion. Insbesondere unterstützen die Frühen Hilfen Mütter und Väter, die kindlichen Bedürfnisse zu erkennen: Das bedeutet, die kindlichen Signale und die Perspektiven des Kindes wahrzunehmen, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und Mütter und Väter zu befähigen, bei anbahnenden Krisensituationen rechtzeitig Hilfen in Anspruch zu nehmen. Frühe Hilfen helfen bei Behördengängen oder begleiten die Familien zum Kinderarzt und anderen Fachstellen. Frühe Hilfen können auch konkrete Hilfen und praktische Unterstützung im Alltag sein, wie z.B. Haushaltshilfen, Familienentlastender Dienst und Nachbarschaftshilfe.

### **Frühförderung**

In der Frühförderung erhalten Familien mit entwicklungsauffälligen und/oder behinderten Kindern ein individuell abgestimmtes Förderangebot. Dort werden Eltern auch dann unterstützt, wenn sie selbst Fragen zur Entwicklung ihres Kindes haben. Die Kinder können von ihrer Geburt an bis zur Einschulung gefördert werden. Die Frühförderstellen sind in Kaufbeuren (Zweigstelle Buchloe) und Marktoberdorf (Zweigstelle Füssen) angesiedelt und in der Stadt Kaufbeuren und im gesamten Landkreis tätig und arbeiten sowohl ambulant in den Räumen der Frühförderstellen als auch mobil in der Familie oder in der Kindertageseinrichtung, die das Kind besucht. Die folgenden Leistungen können in Anspruch genommen werden: Offene Beratungsangebote, Entwicklungsdiagnostik, Therapie und Förderung, Beratung und Begleitung der Eltern und anderer Bezugspersonen. Bei allen Angeboten wird eng mit den Eltern zusammen gearbeitet. Deren multidisziplinären Teams setzen sich aus Fachkräften der Psychologie, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Sonderpädagogik/Sozialpädagogik und Kindheitspädagogik zusammen.

Zugangs-/Aufnahmevoraussetzungen:

Die Beantragung der interdisziplinären Frühförderung erfolgt in Abstimmung zwischen Eltern, Kinderarzt/ärztin und der Frühförderstelle. Als Komplexleistung wird sie über die gesetzlichen Krankenkassen und den Bezirk finanziert.

### **Heilpädagogischen Tagesstätten**

siehe familienergänzende Erziehungshilfen

## **Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-therapeutinnen**

Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/therapeutinnen diagnostizieren und behandeln psychiatrische Erkrankungen bei Kindern nach den 6 Achsen des ICD 10. Die Abklärung wird meistens durch verschiedene Berufsgruppen (Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Sprachtherapeuten/therapeutinnen) durchgeführt. D.h. in die Diagnostik fließen neben der Beurteilung des psychischen Erlebens auch die Beurteilung der sprachlichen und motorischen Entwicklung, der Intelligenz, der körperlichen Erkrankungen, der psychosozialen Bedingungen und Anpassung mit ein. In die Beurteilung werden die Angaben der Kinder; Eltern und anderen Bezugspersonen wie Lehrern/Lehrerinnen, Erziehern/Erzieherinnen etc. mit einbezogen.

Nach der ausführlichen Diagnostik wird ein differenzierter Behandlungsplan aufgestellt und mit den Bezugspersonen besprochen. Am häufigsten wird eine ambulante psychotherapeutische Behandlung oder manchmal auch eine medikamentöse Behandlung empfohlen. Möglich ist auch die Empfehlung für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kosten für die Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung übernimmt in der Regel die Krankenkasse.

## **Persönlichkeitsstörungen**

Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch ein relativ starres, „eindimensionales“ Erlebens- und Verhaltensmuster, jeweils unabhängig von der sozialen Situation. Es fehlt die Flexibilität eines situationsangemessenen Verhaltensrepertoires in sozialen Bezügen. Je nach hervorstechenden Merkmalen werden (in der ICD 10) unter anderem die abhängige, paranoide, zwanghafte, histrionische (früher hysterische) und die Borderline Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die Borderline Störung zeichnet sich aus durch eine „stabile Instabilität“; das heißt in sich widersprüchliche Erlebens- und Verhaltensweisen (bspw. rasch wechselnde Zustände von sozialem Rückzug und sozialer Überaktivität)

Persönlichkeitsstörungen sind spezifische Muster einer Persönlichkeitsorganisation. Auf ihrer Basis können sich (im Sinne der Komorbidität) unterschiedliche psychische Störungen entwickeln (bspw. Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen oder rezidivierende depressive Störungen).

## **Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSB)**

Ein psychisches Trauma ist: "(...) ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt"<sup>11</sup> Die Diagnose wird gestellt, wenn die folgende Symptomatik länger als einen Monat besteht, wobei sie nicht unmittelbar nach der traumatisierenden Situation sondern auch später auftreten kann: Allgemeine Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit (Hyperarousal), Intrusionen und Flashes (sich aufdrängende Bilder, Wiederholungen des Erlebnisses), emotionale Taubheitszustände und Vermeidungsverhalten. Die Diagnose ist relativ „jung“ und wurde aufgrund psychischer Störungen

---

11 Gottfried Fischer und Peter Riedesser (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart, Urban & Schwarzenberg.

gen bei Veteranen des Vietnamkrieges konzeptualisiert. In Deutschland wird sie gehäuft bei Bürgerkriegsflüchtlingen, aber auch bei Bundeswehrsoldaten nach einem Kampfeinsatz beobachtet.

Ursachen einer PTBS sind aber auch sexualisierte und körperliche Gewalterfahrungen. Komplexe Traumafolgestörungen entstehen häufig durch jahrelange Gewalt und sexualisierte Ausbeutung in der engeren Familie. Diagnostisch werden diese Störungen bis jetzt mit F43.9 bzw F62.0 und F 44. erfasst.

Da die Psychotherapie von PTBS und Traumafolgestörungen einer spezifischen Ausbildung bedarf, ist das Therapieangebot – auch in Großstädten und besonders bei Migranten – begrenzt.

### **Psychiater/innen**

Psychiater/innen sind Ärzte/Ärztinnen mit der Facharztausbildung Psychiatrie (meistens liegt auch eine psychotherapeutische Ausbildung vor),, die sich auf die Behandlung psychischer Störungen und Erkrankungen spezialisiert haben. Psychiater/innen arbeiten entweder in eigenen Praxen oder Praxismgemeinschaften oder sind in einer (psychiatrischen) Klinik, Institutsambulanz oder Tagklinik beschäftigt.

Vor jeder – insbesondere – psychiatrischen Behandlung veranlasst der/die behandelnde Arzt/Ärztin beim ersten Auftreten eines psychischen Krankheitsbefundes zunächst eine gründliche körperliche Untersuchung. Es muss immer ausgeschlossen sein, dass somatische Befunde Ursache psychischer Komplikationen sind.

Zugangs-/Aufnahmevoraussetzungen:

Die Kosten übernehmen die Krankenkassen in gleicher Weise wie in anderen Fällen fachärztlicher Behandlung. Über niedergelassene Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie informieren die kassenärztliche Vereinigung Bayern und die Servicestellen der Krankenkassen.

### **Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)**

Das Behandlungsangebot der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) richtet sich an Patienten/Patientinnen, die nach einer stationären Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen krankenhausnahen Angebotes bedürfen sowie an Patienten/Patientinnen, die nach Überweisung durch Fachärzte und Hausärzte (eigene Einschätzung) eine psychiatrische Notfallbehandlung benötigen. Darüber hinaus will die psychiatrische Institutsambulanz Rückfallaufenthalte in Krankenhäusern vermeiden, Krankenhausbehandlungszeiten verkürzen sowie die soziale Integration psychisch Kranker fördern.

Hauptmerkmal der PIA ist das multiprofessionelle Behandlungsteam, das den psychisch Kranken multimodal sowohl ärztlich als auch psychologisch, ergotherapeutisch, fachpflegerisch und sozialpädagogisch unterstützen und behandeln kann.

Die PIA kann auch von Patienten/Patientinnen mit einer Ersterkrankung in Anspruch genommen werden, wenn dieser bisher nicht in der Lage war, aus eigenem Antrieb eine notwendige kontinuierliche ambulante fachspezifische Behandlung in Anspruch zu nehmen.



Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Die Vermittlung an die PIA erfolgt überwiegend durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin einer Klinik, in der die Patienten/Patientinnen zuvor stationär untergebracht waren oder durch den/die Haus- oder Facharzt/-ärztin.

Die Kosten übernimmt die Krankenkasse. Psychiatrische Institutsambulanzen sind an psychiatrische Fachkliniken angegliedert.

### **Psychiatrische Kliniken**

In psychiatrischen Krankenhäusern werden zumeist mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder behandelt, häufig in getrennten Abteilungen, die nach den unterschiedlichen Formen psychischer Erkrankungen organisiert sind. Zudem gibt es Spezialkliniken z.B. für Kinder und Jugendliche, für besondere psychosomatische Erkrankungen und häufig auch für Suchterkrankungen.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann zeitweilig eine sogenannte geschlossene Unterbringung erforderlich sein. Darüber entscheidet der/die Facharzt/-ärztin im Einvernehmen mit dem/r Patienten/Patientin bzw. dessen Betreuer/in oder gegebenenfalls unter Einschätzung des Betreuungsgerichts. Aufenthalte unter geschlossenen Bedingungen sind überwiegend kurzfristig und vorübergehender Natur. Ziel der Krankenhausbehandlung ist die Akutbehandlung.

Zugangs-/Aufnahmevoraussetzungen:

Menschen mit akuten psychischen Störungen. Einweisung eines/r niedergelassenen Arztes/Ärztin, Anmeldung des/r Patienten/Patientin oder von Angehörigen aus eigener Initiative, Zuweisung durch eine andere Einrichtung oder Zwangseinweisung durch die Polizei. Kostenübernahme durch die Krankenkasse bzw. zuständigen Sozialversicherungsträger.

### **Psychiatrische und psychotherapeutische Tagesklinik**

Das Therapieangebot der Tagesklinik richtet sich an erwachsene Menschen ab 18 Jahren, bei denen eine ambulante Behandlung ihrer seelischen Erkrankung nicht ausreicht, eine vollstationäre nicht notwendig erscheint oder schwer möglich ist. Auch nach einem vollstationären Klinikaufenthalt ist eine stationäre Weiterbehandlung oft sinnvoll.

Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Depression und Erkrankungen nach schweren Lebensbelastungen eignet sich eine tagesklinische Behandlung. Der Therapieansatz ist eng auf den einzelnen Patienten und seine Situation abgestimmt. Um das Behandlungsangebot individuell anzupassen, wird mit allen Patienten ein Vorgespräch geführt.

### **Psychologische Beratungsstellen für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung**

Das Leben mit Kindern fordert von allen Beteiligten viele persönliche Fähigkeiten und große Flexibilität. Psychologische Beratungsstellen für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung bieten ihre Dienste an, um Familien bei Erziehungsfragen, kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensproblemen, familiären Konflikten, Trennung/Scheidung oder in anderen besonderen Problemlagen wie die psychische Krise eines Elternteils, zu beraten oder vorübergehend zu begleiten. Die Form der Unterstützung ist vielseitig und flexibel und orientiert sich an dem jeweiligen Bedarf der Familien.

Die Beratung umfasst ein weites Spektrum und kann von eher präventiven, familienbildenden Angeboten (Sauberkeitserziehung, Umgang mit Trotzphase, Übergangsphasen zur Kindertagesbetreuung und Schule, Pubertät, Sexualentwicklung etc.) bis hin zu sehr intensiven und hochfrequenten therapeutischen Beratungsprozessen reichen.

Gearbeitet wird mit dem ganzen Familiensystem und/oder den Eltern, Kindern und Jugendlichen alleine. Neben Diagnostik von Kindern und Jugendlichen stehen auch thematische Gruppen und andere präventive Angebote zur Verfügung wie z.B. Beratung von anderen Bezugspersonen und von Fachkräften, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

Neben vielen Anlässen, die zur Beratung führen können, sind auch die Zugänge vielfältig. Ein großer Vorteil ist, dass Ratsuchende sich selbst bei einer Beratungsstelle ihrer Wahl anmelden können. Sie werden aber auch über geregelte Kooperationen mit anderen Diensten (z.B. ASD, SPFH, JaS) oder in Zwangskontexten (z.B. Gerichtsauflagen) in die Beratung vermittelt. Wenn Eltern oder auch Jugendliche von sich aus die Angebote der Beratungsstelle wahrnehmen, dann oft aus dem Wunsch oder der Notwendigkeit heraus, etwas in der Familie ändern zu wollen. In einem gemeinsamen Prozess kann ein passendes Beratungskonzept entwickelt werden, dass durch die eigene Motivation dann auch so angenommen wird. Die niederschwellige, freiwillige und ohne Verwaltungsakt der öffentlichen Jugendhilfe gewährte Begleitung ermöglicht manchen Menschen sogar erst den Zugang zum Hilfesystem.

### **Psychosomatische Kliniken**

Psychosomatische Kliniken bieten stationäre therapeutische Unterstützung bei psychosomatischen oder psychischen Störungen. Überwiegend wird nach tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten behandelt. Im Gegensatz zu psychiatrischen Kliniken werden keine Notfälle (z.B. akute Selbst- oder Fremdgefährdung, akutes psychotisches Erleben, z.B. im Rahmen einer Schizophrenie oder Manie oder akute Pflegebedürftigkeit) behandelt. Einige Kliniken haben ein eigenes Profil mit einem ganzheitlichen integrativen Ansatz im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft. Hier werden teilweise auch Suchterkrankungen nach erfolgter Entgiftung mitbehandelt.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Menschen mit somatischen und leichteren psychischen Störungen. Überweisung/Attest eines/r niedergelassenen Arztes/Ärztin. Die Kosten übernimmt in vielen Fällen die Krankenkasse. Eine vorherige Klärung der Kostenübernahme mit der zuständigen Krankenkasse ist zu empfehlen.

### **Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind.

Die Selbsthilfegruppen wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung der persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in das soziale und politische Umfeld.

In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit wird Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe betont. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem nach ihren Mitgliedern. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements.

Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern/Helferinnen (z.B. Ärzten/Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, sowie Fachkräfte aus anderen medizinischen oder sozialen Berufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

Die Sucht-Selbsthilfe ist ein integraler und wichtiger Bestandteil des Hilfesystems, um eine Stabilisierung hinsichtlich der im stationären oder ambulanten Rahmen erworbenen Abstinenz zu erlangen.

Durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist die Chance deutlich erhöht, ein langfristig zufriedenes abstinentes Leben führen zu können.

### **Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)**

Das Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste umfasst einerseits Information und Beratung rund um psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Fragestellungen. Die Mitarbeiter/innen des SpDi bieten Einzel- und Familiengespräche an – auch in Form von Hausbesuchen. Andererseits helfen sie Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrer Alltagsbewältigung, sie begleiten und betreuen vor und nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik und ermöglichen die Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben in Form von freizeit-, therapie- und selbsthilfeorientierten Gruppen. Des Weiteren unterstützt der SpDi Selbsthilfeinitiativen und vermittelt zu anderen Diensten, Einrichtungen und Freizeit- und Kontaktangeboten.

Der SpDi bietet Beratungen und Hilfen ohne bürokratische Hürden. Durch stabilisierende Hilfen wird Menschen mit psychischen Erkrankungen ein selbstständiges Leben ermöglicht. Er bietet diesen Service auch dann an, wenn der psychisch erkrankte Mensch sich zeitweilig in einer Klinik aufhalten muss. Der Dienst ergänzt als gemeindenahes, ambulantes Angebot die fachärztliche Behandlung, macht diese jedoch nicht zur Bedingung. Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Alter in der Regel ab 18 Jahren, regionale Zuständigkeit des jeweiligen SpDi. Die Angebote des SpDi sind unentgeltlich und freiwillig. Der SpDi kann auch als Fachberatung von anderen Institutionen genutzt werden.

### **Schizophrene Störungen**

Schizophrenie ist ein Sammelbegriff für eine Gruppe psychischer Störungen, die sich nach Verlaufskriterien wie Akuität/Chronizität, Erkrankungsbeginn, Dauer und vollständige Remission bzw. Residualsyndrom unterscheiden lassen (der sogenannte schizophrene Formenkreis). Die Erkrankung umfasst nahezu alle Bereiche des Erlebens, Verhaltens und der sozialen Integration. Ein zentrales Symptom ist das Erleben der „Fremdheit in der Welt“, des Verlustes bisher gültiger Bezugssysteme sowie das Gefühl, für äußere Einflüsse „offen“ und diesen ausgeliefert zu sein. Dies kann sich konkret in Symptomen des Gedankenlautwerdens, der Kontrolle des Denkens durch Dritte und der generellen Fremdsteuerung darstellen. Für den Außenstehenden besonders auffallend sind Wahnbildungen in vielfältigster Form und vor allem akustische Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, Stimmen hören). Auch die Affektivität ist in der Regel verändert: Die Betroffenen

erleben meist düstere, angstvolle oder gereizte Verstimmungen. In Extremzuständen kann es auch zu akuter Selbst- und Fremdgefährdung kommen. Wobei laut Heinz Häfner, ehemaliger Direktor des Zentralinstituts für seelische Gesundheit mit Sitz in Mannheim „[d]as Risiko, eine Gewalttat zu begehen, bei psychisch Kranken im großen und ganzen nicht höher ist als bei Gesunden“.<sup>12</sup>

Ein Kernsymptom der schizophrenen Störungen ist die sogenannte Störung der Realitätsprüfung infolge des oben genannten Fremdheitserlebens. Dies kann zu einem mangelndem Verständnis für die eigene Erkrankungssituation führen und – in sich konsequent – zur Ablehnung einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Für professionelle Helfer/innen, speziell aus dem psychosozialen Bereich, stellt ein mangelndes Krankheitsverständnis, zumeist als „mangelnde Krankheitseinsicht“ bezeichnet, eine hohe Hürde dar, wenn eine Therapie notwendig erscheint bzw. indiziert ist. Im Rahmen und mit Hilfe kontinuierlicher psychosozialer wie ärztlicher Begleitung und Betreuung betroffener Patienten/Patientinnen gelingt es aber, ein besseres Krankheitsverständnis zu erreichen und die Behandlungsmotivation (Compliance) zu stärken.

### **Schuldnerberatung**

Wer in den Strudel von finanzieller Not und Verschuldung gerät, sieht oft die Lebensgrundlage für sich und seine Familie in Gefahr. Die Wohlfahrtsverbände bieten auf der Grundlage von Datenschutz und Verschwiegenheit im Rahmen der Schuldnerberatung kostenlos Hilfe und Anleitung an in z.B. Insolvenzverfahren oder/und der Erstellung eines Haushaltsetats, aber auch im Umgang mit Gläubigern, Gerichtsvollziehern, Banken und Behörden oder beim Aufzeigen von Ressourcen.

### **Suchterkrankungen**

Die internationale Qualifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO schafft die Voraussetzungen zum Verständnis des Abhängigkeitssyndroms. Wichtigste Kriterien für Abhängigkeit sind der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, das Suchtmittel zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums sowie Toleranzentwicklung. Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse oder das Verhalten selbst für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.

### **Suchtberatungs- und Behandlungsstellen**

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bieten sowohl für Betroffene als auch Bezugspersonen Information und Beratung bei allen Fragen, die mit einer Gefährdung durch psychisch wirksame Mittel, Essstörungen, Glücks-, Medien- und Computerspielsucht einhergehen, in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, Krisengesprächen, Vorbereitung auf ambulante und stationäre Behandlung, Durchführung ambulanter medizinischer Rehabilitationen, Vorbeugung und Aufklärung durch Informationsveranstaltungen und Semi-

---

<sup>12</sup> Der Spiegel, 43/1990. In: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13502572.html>., Zugriff am 15.05.2013.

nare z.B. zum Thema MPU-Vorbereitung für alkohol- und drogenauffällige Kraftfahrer, Betriebsprävention sowie psycho-soziale Begleitung für Substituierte. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen unterliegen der Schweigepflicht.

### **Zwangs- und Angststörungen**

Die Zwangsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene sich zu bestimmten Handlungen wider besseres Wissens gezwungen fühlen (bspw. sich übermäßig zu waschen oder Ordnungsrituale einzuhalten). Das Abnorme ihres Verhaltens ist ihnen – im Unterschied zu Wahnkranken – bewusst, doch sie können sich nicht dagegen wehren. Der Zwangshandlung liegt in der Regel eine Zwangsvorstellung zugrunde, bspw. sich mit Krankheitskeimen zu infizieren. Eine Sonderform ist das sogenannte Messie-Syndrom, das mit Störungen der Planung und Ausführung von eigenen Vorhaben in räumlicher und zeitlicher Hinsicht einhergeht (bspw. Wohnungsverwahrlosung oder krankhaftes Aufschieben). Von einigen Autoren<sup>13</sup> wird das Syndrom den Zwangsstörungen zugerechnet.

Bei Angststörungen sind die generalisierte Angststörung und begrenzte, auf einzelne Lebensbereiche bezogene Phobien zu unterscheiden. In jedem Fall ist das Gefühl der Angst die das Erleben beherrschende Emotion. Als Reaktion auf die Angst kommt es gehäuft zu Vermeidungsverhalten, was bedeutet, dass die Angst auslösende Situation gemieden wird (bspw. vermeiden es die Betroffenen eine Straße zu überqueren, wenn sie unter Agoraphobie (Angst vor Plätzen) leiden). Dies kann bei schweren Erkrankungsformen zu einer Einengung des sozialen Radius führen. Auch bei dieser Störung wissen die Betroffenen um ihr krankhaftes Verhalten, können sich aber – analog zum Zwang – aus eigener Kraft nicht dagegen wehren. Da sie unter erheblichem Leidensdruck stehen, suchen sie therapeutische Hilfe eher auf als bspw. Patienten/Patientinnen, die an einer depressiven oder schizophrenen Störung leiden.

---

13 Rehberger, R. (2007): Messies- Sucht und Zwang, Stuttgart, Klett-Cotta.

## Gesetzestexte

### Grundgesetz

#### Art 6

- (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.
- (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.
- (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

### Sozialgesetzbuch

#### SGB VIII (Kinder- u. Jugendhilfegesetz KJHG)

##### § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.
- (2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.
- (4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gesprächs zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

#### **§ 42 Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen**

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
  - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
  - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
3. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nummer 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

(2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen; § 39 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugend-

lichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.

(3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich

1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.

Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nummer 2 entsprechend. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.

(4) Die Inobhutnahme endet mit

1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

(6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.



## **Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)**

### **§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung**

#### (1) Werden

- Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
- Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
- Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
- staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
- Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

## **Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)**

### **§ 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls**

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge, die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.