

Evangelische Hochschule Nürnberg  
Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

**Bachelor-Thesis**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts (B.A.)

**Theoretische Überlegungen zu präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern – ein Vergleich bestehender Angebotsformen mit Empfehlungen für Planung und Veränderung von Gruppenangeboten in der Praxis**

**Heike Karl**

Erstgutachter: Prof. Dr. Markus Schaer  
Zweitgutachterin: Pro. Dr. Gertraud Müller

Abgabetermin 23.09.2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>I Einleitung</b> .....	1
<b>II Theoretische Grundlagen</b> .....	2
<b>1 Zur Lebenssituation von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern</b> .....	2
<b>1.1 Typische Belastungen betroffener Kinder</b> .....	2
1.1.1 Tabuisierung und Isolation.....	1
1.1.2 Scham und Stigmatisierung.....	2
1.1.3 Schuldgefühle.....	2
1.1.4 Parentifizierung.....	2
1.1.5 Ängste und traumatische Erfahrungen.....	3
<b>2 Epidemiologie</b> .....	3
<b>3 Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern</b> .....	5
3.1 Genetisch bedingte Verletzlichkeit.....	5
3.2 Kindbezogene Risikofaktoren.....	6
3.3 Einschränkungen der Erziehungskompetenz.....	6
3.4 Unsichere Eltern-Kind-Bindung.....	7
3.5 Elterliche Beziehungskonflikte.....	7
3.6 Psychosoziale Belastungen.....	8
<b>4 Resilienz und Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern</b> .....	8
4.1 Resilienz.....	9
4.2 Schutzfaktoren.....	9
4.2.2 Resilienzfaktoren.....	10
4.2.3 Besondere Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern.....	11
4.3 Bewältigungsstrategien von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern.....	11
<b>5 Gesundheit und Prävention</b> .....	12
5.1 Gesundheits- und Krankheitsbegriff.....	12
5.2 Diathese-Stress-Modell als Erklärung der Entstehung psychischer Störungen.....	13
5.3 Prävention.....	13
<b>6 Spektrum präventiver Angebote für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern</b> .....	14
6.1 Ambulante und stationäre Hilfen für psychisch Kranke und deren Kinder.....	14
6.2 Beratung.....	15
6.3 Gruppenangebote.....	15
6.4 Patenschaften.....	16
6.5 Kombinierte bzw. multimodale Angebote.....	16
6.6 Sonstige Angebote.....	16

<b>III Gruppenangebote für Kinder – Vergleich und Empfehlungen für die Praxis</b> .....	17
<b>1 Grundlagen präventiver Gruppenarbeit für betroffene Kinder</b> .....	17
1.1 Austausch mit Gleichgesinnten – Erleben von Solidarität .....	18
1.2 Erleben von Unbeschwertheit und Entspannung.....	18
1.3 Psychoedukation.....	19
1.4 Förderung der emotionalen Wahrnehmung.....	20
1.5 Förderung sozialer Kompetenzen.....	20
1.5.1 Förderung der Kommunikation.....	21
1.5.2 Stärkung im Umgang mit Belastungen und Krisensituationen .....	21
<b>2 Ausgewählte Ansätze präventiver Gruppenarbeit in Deutschland</b> .....	21
2.1 Beschreibung unterschiedlicher Ansätze anhand ausgewählter Beispiele .....	21
2.1.1 Gruppenangebote für Kinder am Beispiel von „Echt stark!“.....	22
2.1.3 Multimodale bzw. kombinierte Angebote am Beispiel von „Kanu“.....	26
<b>3 Vergleich der ausgewählten Angebote</b> .....	29
3.1 Tabellarische Übersicht.....	29
3.2 Vergleich und kritische Würdigung.....	30
<b>4 Exkurs: Hilfebedarf und Inanspruchnahme präventiver Gruppenangebote – Problem der Erreichbarkeit der Zielgruppe</b> .....	33
<b>5 Empfehlungen für die Gestaltung von präventiven Gruppenangeboten für Kinder mit psychisch kranken Eltern</b> .....	34
5.1 Empfehlungen für die Entwicklung von präventiven Gruppenangeboten.....	34
5.1.1 Professionalisierung und Qualität .....	35
5.1.2 Einbeziehung von Eltern und Familien .....	35
5.1.3 Niedrigschwelliger Zugang .....	35
5.1.3.1 Breites Angebotsspektrum „aus einer Hand“ .....	35
5.1.3.2 Hohe Bekanntheit des Angebots .....	36
5.1.3.3 Kooperationsbeziehungen pflegen.....	36
5.1.3.4 Attraktive Angebotselemente.....	36
5.1.4 Gesicherte Finanzierung.....	36
5.2 Überlegungen zur Versorgungssituation von Kindern psychisch kranker Eltern mit präventiven Gruppenangeboten im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen .....	37
<b>IV. Fazit und Ausblick</b> .....	39
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	41
<b>Persönliche Erklärung</b> .....	51

## **Vorwort**

An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich meinem Mann Robert Karl, meiner Tochter Johanna Karl, meiner Mutter Rosemarie Seidling sowie meinen Freundinnen Petra Range und allen anderen Freunden danken, die es mir überhaupt ermöglicht haben, diese Arbeit zu schreiben, indem sie in dieser Zeit viel für meine kleine Tochter Mara Karl da waren und mich bei Hausbau und Umzug, die ungeplant durch enorme Verzögerungen ebenfalls in diesen Zeitraum gefallen sind, stetig ermutigt und unterstützt haben.

## Zusammenfassung

Wie bereits aus dem Titel hervorgeht, setzt sich die vorliegende Abschlussarbeit im Fach Soziale Arbeit mit theoretischen Überlegungen zu präventiven Gruppenangeboten für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil auseinander.

Die Abschlussarbeit gliedert sich in vier Kapitel. Kapitel eins dient der Einführung in das Thema, geht auf die Fragestellung, die Zielsetzung der Arbeit sowie die eingesetzten Methoden ein und erläutert den Aufbau der Arbeit.

Kapitel zwei stellt den theoretischen Hauptteil dar, in dem die Grundlagen zu diesem Thema herausgearbeitet werden. Es befasst sich mit der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern, zeigt auf, wie viele Kinder in Deutschland von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und mit welchen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung dies verbunden ist. Davon ausgehend setzt sich die Arbeit mit dem Thema Resilienz und Bewältigungsstrategien auseinander und beleuchtet im Anschluss die Aspekte Gesundheit und Prävention. Abschließend wird das Spektrum der verschiedenen Formen von Präventionsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern beschrieben.

Das dritte Kapitel setzt sich vertieft mit der Angebotsform des präventiven Gruppenangebots auseinander. Hier werden zunächst die Grundlagen präventiver Gruppenangebote betrachtet. Davon ausgehend werden drei unterschiedliche Arten von präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern anhand von ausgewählten erfolgreichen Praxisbeispielen beschrieben. Im nächsten Schritt werden diese anhand der Bildung von Kategorien sowie durch Gegenüberstellung in einer Tabelle miteinander verglichen. Nach einem Exkurs, der sich dem Problem der Erreichung der Zielgruppe befasst, werden ausgehend vom Vergleich der beschriebenen Praxisbeispiele Empfehlungen für die weitere Gestaltung präventiver Gruppenangebote für Kinder mit psychisch kranken Eltern gegeben und Überlegungen zur Versorgungslage im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen angestellt.

Das vierte und letzte Kapitel dient dem Abschluss der Arbeit. Hier werden die Erkenntnisse und Ergebnisse der Arbeit dargelegt und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen zum Thema gegeben.

Hinweis: Auf geschlechterneutrale Formulierungen wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Im Text sind immer alle Geschlechter gemeint.

## I Einleitung

„Wenn Eltern psychisch krank sind, dann hat das Auswirkungen auf alle Familienmitglieder, und niemand kann sich dem entziehen, am wenigsten die Kinder“ (Schone & Wagenblast, 2006, S. 160).

Obwohl diese Tatsache in Forschungskreisen schon seit langem bekannt ist, findet erst seit der Jahrtausendwende eine verstärkte wissenschaftliche und politische Auseinandersetzung mit der Situation der Betroffenen und deren Versorgung mit geeigneten Unterstützungsangeboten statt. So berichten die Wissenschaftler Franz Mattejat, Albert Lenz und Silke Wiegand-Grefe (2011, S. 13f), die auf diesem Gebiet sehr bekannt sind und viele wichtige Forschungsbeiträge dazu geleistet haben, dass sowohl die Anzahl an wissenschaftlichen Studien als auch die Entwicklung von Präventionsansätzen seit der Jahrtausendwende deutlich zugenommen haben. Auch in der politischen Diskussion erreichte das Thema durch den Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/die Grünen, der am 20. Juni 2017 vom deutschen Bundestag angenommen wurde, erhöhte Aufmerksamkeit (Kauder et al., 2017). Daraufhin erfolgte die Gründung der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern, die damit beauftragt ist, Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu entwickeln (AFET, 2019). Galten Kinder psychisch kranker Eltern lange Zeit als die „vergessenen Angehörigen“ (Jungbauer, 2010, S. 15) unserer Gesellschaft, so scheint sich dies offenbar erfreulicherweise gerade zu ändern.

Mein Interesse am Thema wurde im Oktober 2017 durch das Sammeln von Projektideen im Rahmen des Studienschwerpunkts Gesundheitshilfen geweckt. In diesem Zusammenhang stieß ich auf den Film „Wo bist du?“ (Rothenburg, 2016), in dem junge Frauen über das Aufwachsen mit einem psychisch kranken Elternteil und damit verbundene Schwierigkeiten berichten. Davon ausgehend entwickelte ich folgende Fragen: Wie hoch ist die Anzahl betroffener Kinder? Welche Hilfen wünschen sie sich? Welche Formen von Hilfsangeboten gibt es in Deutschland und auf welchen Grundlagen beruhen sie? Da ich in Erlangen wohne, interessierte mich außerdem auch die Versorgungslage mit Hilfsangeboten in Erlangen und der Umgebung. Auf der Suche nach Antworten recherchierte ich zunächst im Internet und stellte fest, dass es zu diesem Zeitpunkt in Erlangen und Fürth abgesehen von Beratungsangeboten keine speziellen Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern gab und auch in Nürnberg nur drei Hilfsangebote existierten: ein Patenschaftsangebot vom Zentrum aktiver Bürger Nürnberg, ein Gruppenangebot für Kinder von 8 bis 12 Jahren von der Caritas und ein

weiteres Gruppenangebot für Jugendliche von 13 bis 17 Jahren von der Stadtmission. So entstand die Idee gemeinsam mit einer Kommilitonin im Rahmen der Projektarbeit der Studienschwerpunkte Gesundheitshilfen und Soziale Arbeit mit Familien ein präventives Gruppenangebot für diese Zielgruppe zu entwickeln und durchzuführen. Da diese Idee aus Mangel an Kooperationspartnern jedoch leider wieder aufgegeben werden musste, stand mein Entschluss fest, über das Thema präventive Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern meine Abschlussarbeit im Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit zu schreiben. Zunächst dachte ich dabei an die Entwicklung eines eigenen Angebots. Allerdings stellte ich schnell fest, wie schwierig es offenbar ist, mit präventiven Gruppenangeboten die Zielgruppe zu erreichen (Schmeußner, H. 2019; Schulze, Kliegl, Mauser, Rapp, Allroggen und Fegert, 2014, S. 20f). Daher erschien es mir sinnvoller, mich in meiner Abschlussarbeit intensiver mit den Hintergründen des Themas präventiver Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern zu befassen und eine theoretische Grundlagenarbeit darüber zu schreiben. Mich interessierten dabei vor allem die Fragen, welche gelungenen Gruppenangebote es für diese Zielgruppe bereits gibt, welche Faktoren zum Gelingen dieser Angebote beitragen und welche Empfehlungen sich dadurch für die Gestaltung derartiger Präventionsangebote ableiten lassen. Zudem interessierte mich, welche Überlegungen im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen angestellt werden sollten, um hier eine gute Versorgungslage zu erreichen. Ich möchte an dieser Stelle noch darauf hinweisen, dass unter Kindern in dieser Arbeit minderjährige Kinder zu verstehen sind.

## **II Theoretische Grundlagen**

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die relevanten Hintergründe des Themas Kinder psychisch kranker Eltern und über das breite Spektrum von präventiven Angeboten für diese Zielgruppe gegeben.

### **1 Zur Lebenssituation von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern**

Um einen möglichst direkten Eindruck von der Lebenssituation betroffener Kinder zu erhalten und diese selbst zu Wort kommen zu lassen, werden im Folgenden typische Belastungen von betroffenen Kindern genauer beschrieben und diese durch passende Aussagen minderjähriger Kinder aus empirischen Forschungsstudien ergänzt.

#### **1.1 Typische Belastungen betroffener Kinder**

Kinder psychisch kranker Eltern wachsen mit besonderen Beeinträchtigungen und Belastungen auf, die das Risiko für Entwicklungsstörungen und die Entwicklung psych-

ischer Erkrankungen deutlich erhöhen (Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe, 2011, S. 13). Zur Erfassung des subjektiven Erlebens von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern wurden in Deutschland bisher vor allem erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern befragt (Lenz, 2014a, S. 83). Demgegenüber wurden bislang nur wenige Studien durchgeführt, in denen noch minderjährige Kinder befragt wurden. Hervorzuheben sind hier die Studie „Schizophrenie und Elternschaft“ von der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG), deren Ergebnisse Kuhn, Lenz und Jungbauer (2011) vorstellen, sowie die Studie „Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern“ (Lenz, 2014a, S. 83ff). Diese beiden Studien dienen vor allem dazu, ein differenziertes Verständnis für die typischen Belastungen zu erhalten, die bei betroffenen Kindern zu Entwicklungsstörungen führen können, sowie dazu, konkrete Ansatzpunkte für die Entwicklung geeigneter Präventionsangebote zu finden (Lenz, 2014a, S. 83). Wie bereits angekündigt erfolgt nun eine Beschreibung typischer Belastungen der Zielgruppe, die durch Aussagen von Kindern aus diesen Studien ergänzt werden.

### 1.1.1 Tabuisierung und Isolation

Statt in der Familie offen über die Krankheit zu sprechen, wird diese häufig eher umschrieben (Lenz, 2014a, S. 99).

Ja, sie (Mutter, A.L.) hat mir nur gesagt, dass sie sich, dass sie so viel Stress hat und dass sie sich da manchmal so was vorstellt und dann. Und mehr hat sie mir nicht gesagt. (11 Jahre) (Lenz, 2014a, S. 128)

Auch nach außen hin herrscht in den Familien laut Lenz oft Redeverbot, sodass die Krankheit zu einer Art Familiengeheimnis wird, von dem die Kinder glauben, mit niemandem sprechen zu dürfen, um ihre Eltern nicht zu verraten (Lenz, 2014a, S. 101). Laut Lenz und Wiegand-Grefe (2017, S. 6) gibt es verschiedene Gründe für eine Tabuisierung der psychischen Erkrankung eines Elternteils. Sie reichen von gegenseitiger Rücksichtnahme bis zur Befürchtung eines Sorgerechtsentzugs (ebd.; Lenz, 2014a). Als Folge der Tabuisierung können Kinder laut Staets (2011, S. 135) auch mit Vertrauenspersonen oft nicht über die Erkrankung sprechen und erfahren dadurch oft wenig Hilfe.

*Wann war denn das letzte Mal, wo du jemanden um Hilfe gebeten hast? Och! Schon lange her. Ja? Ja. Schaffst du das alles so allein? (Zögerlich) Mhm. (Pause) Außer meine Hausaufgaben. Also so Schulsachen oder so. Oder so helfen oder putzen oder so. [...] Und das ist ja schon ein ganz schönes Problem [betrifft Erkrankung der Mutter]. Hast du schon mal mit jemandem darüber geredet? Nö. Mit wem kannst du da drüber reden? Mit fast gar keinem. (Bedrücktes Lachen) Nee? Nö. (13 Jahre) (Kuhn, Lenz & Jungbauer, 2011, S. 308)*



### 1.1.2 Scham und Stigmatisierung

Einerseits kommt es vor, dass betroffene Kinder oder deren Eltern Ausgrenzung bzw. Abgrenzung von anderen Personen wie zum Beispiel Klassenkameraden erleben (Jungbauer, 2010, S. 18), andererseits schämen sich die Kinder manchmal auch selbst so sehr für die psychische Erkrankung der Eltern, dass sie es beispielsweise vermeiden, Freunde mit nach Hause zu nehmen (ebd.).

[...] und irgendwie ist es dann an die ganze Klasse geraten, das war dann nicht so berauschend. Da gab's dann drei, vier Jungs, die einen andauernd damit aufgezo- gen haben. Ja. Und dann kamen irgendwelche Sprüche [...]. Ja, deine Mutter in der Klappe und du kannst ja sofort hinterher und so was. (15 Jahre) (Lenz, 2014a, S. 102)

### 1.1.3 Schuldgefühle

Gerade jüngere Kinder führen die psychischen Probleme ihrer Eltern oft auf eigenes Fehlverhalten zurück und meinen, sie seien schuld daran (Jungbauer, 2010, S. 18).

Ich glaube, es hat damit angefangen, weil wir uns vor Arbeiten gesträubt haben und wir wollten dann nie mitmachen und so [...]. Ja genau. Oder einkaufen, das musste sie immer alleine machen, und dann tat mir Mama auch manchmal ein bisschen leid, weil sie ja alles selbst machen musste. Dann ist sie daran erkrankt [...] (13 Jahre) (Lenz, 2014a, S. 122)

### 1.1.4 Parentifizierung

Mit Parentifizierung ist eine Form der Generationengrenzstörung gemeint, die in den meisten betroffenen Familien vorkommt und durch die es zu einer Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern kommen kann (Lenz & Wiegand-Greife, 2017, S. 8). Kinder übernehmen dadurch häufig Eltern- oder Partnerfunktionen (ebd.).

*Hattest du dann auch das Gefühl, dass du für sie [Mutter] Verantwortung übernehmen musstest? Wie hat das dann praktisch ausgesehen? [...]* Dass ich die Mutter bin und sie das Kind. (15 Jahre) (Kuhn et al., 2011, S. 309)

Betroffene Kinder kümmern sich in solchen Fällen beispielsweise um Haushaltstätigkeiten, betreuen kleinere Geschwister oder übernehmen sogar Verantwortung bei der Medikamenteneinnahme (Lenz & Wiegand-Greife, 2016, S. 27).

Wir haben manchmal auch selber gekocht [...], Nasi Goreng. Das schmeißt man einfach in die Pfanne [...], da habe ich dann gekocht und wenn es mal aus Versehen verbrannt war [...]. Und mein Vater hat mich dann angemockert, weil es dann verbrannt war. Meine große Schwester hat immer geputzt. (9 Jahre) (Lenz, 2014a, S. 108)

Jedoch zeigt die klinische Praxis, dass sich Parentifizierung nicht zwangsläufig negativ auswirken muss und Verantwortungsübernahme in Krisenzeiten auch einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl von Kindern haben kann (Lenz, 2014a, S. 67). „Erst das Gefühl emotionaler Dauerüberforderung, das dann entsteht, wenn Kinder sich in ihrer Fürsorgefunktion für einen kranken Elternteil allein- oder hauptverantwortlich fühlen, macht eine Parentifizierung des Kindes zu einem die eigene Entwicklung gefährdenden Stressor“ (Romer, Möller & Wiegand-Grefe. 2011, S. 35).

### 1.1.5 Ängste und traumatische Erfahrungen

Laut Jungbauer (2010, S. 18) haben viele betroffene Kinder Angst, dass sich ihr Vater oder ihre Mutter etwas antun könnte. So äußert ein 10-jähriges Kind:

[...] dass sie versucht sich umzubringen [...] dann habe ich schrecklich Angst und alles [...]. Wenn ich dann mich auf die Schule freue oder auf die Kindergruppe, und ich höre das, dann traue ich mich gar nicht mehr hin irgendwie, weil ich habe Angst, dass sie dann wirklich mal vor'n Zug springt oder mit 'nem Messer [...] (Lenz, 2014a, S. 94)

Jugendliche hingegen äußern laut Lenz (2014a, S. 97) häufig vor allem Angst vor einer eigenen Erkrankung:

Denn, wenn mein Vater das hat, das könnte ja auch sein, dass es andere genauso trifft aus unserer Familie. Vielleicht meinen Bruder oder mich selbst [...] (17 Jahre) (Lenz, 2014a, S. 97)

## 2 Epidemiologie

Im Folgenden wird erläutert, wie häufig in der Bevölkerung das Phänomen von Kindern mit psychisch kranken Eltern auftritt und inwiefern dies ein krankheitsverursachender Faktor sein kann. „Die hohe Zahl betroffener Kinder mit psychisch kranken Eltern steht in einem starken Kontrast zur Vorstellung vieler Kinder von psychisch kranken Eltern, die oft glauben, dass sie alleine in einer extrem ungewöhnlichen Situation leben, über die sie mit niemandem sprechen können“ (Mattejat et al., 2011, S. 17).

Zwar gibt es zum aktuellen Zeitpunkt noch keine konkreten Zahlen, wie viele Kinder in Deutschland mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, jedoch lassen sich auf der Basis mehrerer Studien zu diesem Thema Schätzungen erstellen (Mattejat 2014, S. 74f). Laut Jakobi (2009) erkrankten 31 % der Erwachsenen in Deutschland im Lauf eines Jahres an einer psychischen Störung. Dabei zählen Angststörungen (15,3 %), affektive Störungen (9,3 %) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7 %, ohne illegale Drogen) zu den häufigsten Störungsgruppen (Jacobi et al (2016).

Von den Erkrankten sind viele auch Eltern. Denn trotz großer Unterschiede bei den Ergebnissen deuten Studien darauf hin, dass psychisch kranke Menschen ebenso häufig Kinder haben wie Gesunde (Lenz, 2014a, S. 62). Daraus lässt sich nach Mattejat (2014, S. 74f) ableiten, dass innerhalb eines Jahres ungefähr drei Millionen Kinder in Deutschland eine psychische Störung eines Elternteils oder beider Eltern miterleben. Somit kann davon ausgegangen werden, dass 3 bis 4 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einen psychisch kranken Elternteil hat. Wie häufig betroffene minderjährige Kinder tatsächlich mit dem erkrankten Elternteil zusammenleben, lässt sich bisher noch nicht eindeutig feststellen. Die von Lenz (2014a, S. 62f) vorgestellten Studienergebnisse kommen hier auf unterschiedliche Zahlen. Demnach leben in Abhängigkeit von der elterlichen Erkrankung und den Untersuchungsgruppen 41 bis 97 Prozent der erkrankten Eltern mit ihren Kindern zusammen. Wobei sich nach der Studie „Schizophrenie und Elternschaft“ (Kuhn et al., 2011) zeigt, dass schizophrene Eltern im Vergleich zu Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen eher selten mit ihren Kindern zusammenleben (29 Prozent der Väter und 47 Prozent der Mütter).

Das Aufwachsen mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist laut Lenz (2014a, S. 23) für die Kinder mit einem erhöhten Risiko für eine fehlangepasste Entwicklung und psychische Störungen verbunden. So haben betroffene Kinder ein 2- bis 10-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Mattejat et al., 2011, S. 17). Dabei spielen sowohl die Art der elterlichen Erkrankung als auch krankheitsunspezifische Merkmale eine Rolle (Lenz, 2014a, S. 24). Lenz zeigt anhand mehrerer Studienergebnisse auf, dass bei betroffenen Kindern sowohl das Risiko deutlich erhöht ist, an derselben Krankheit wie ihre Eltern zu erkranken, als auch das Risiko, eine andere psychische Erkrankung als die Eltern oder sonstige Entwicklungsauffälligkeiten zu entwickeln (ebd., S. 24f). Auch wenn bisher noch keine gesicherten Aussagen vorliegen, ob bestimmte elterliche Erkrankungen mit einem besonders hohen Gefährdungspotential für die Kinder einhergehen, deuten mehrere Studien darauf hin, dass sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders nachteilig auf die kindliche Entwicklung auswirken kann (ebd. S. 26f). Abgesehen von der Art der elterlichen Erkrankung zeigt sich, dass das Risiko für Beeinträchtigungen und Störungen der Kinder umso höher ist, je länger die Krankheit der Eltern dauert, je schwerer sie verläuft und je mehr Krankheitsepisoden auftreten (Hammen et al., 1990, zit. nach Lenz, 2014a, S. 27).

### **3 Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern**

Bis zu 60 Prozent der Kinder psychisch kranker Eltern zeigen im Verlauf ihrer Kindheit irgendeine psychische Auffälligkeit oder Störung (Mattejat, 2014, S. 79). Somit kann bei ihnen von einer Risikogruppe gesprochen werden.

Da es sich bei der kindlichen Entwicklung um einen sehr komplexen Prozess handelt, bei dem sich biologische, soziale und psychologische Faktoren gegenseitig beeinflussen (Seiffge-Krenke, 2009; Trost, 2005, zitiert nach Reininghaus & Jungbauer, 2011, S. 94), vermuten die beiden Autoren auch für das erhöhte Entwicklungsrisiko von Kindern psychisch erkrankter Eltern ein Zusammenwirken genetischer, sozialer und psychologischer Belastungsfaktoren.

Im Folgenden werden einige bedeutsame Faktoren, die laut Lenz (2014b, S. 46) im Zusammenhang mit dem hohen Erkrankungsrisiko von Kindern psychisch kranker Eltern diskutiert werden, näher betrachtet. Da die genannten Faktoren die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen, können sie als Risikofaktoren bezeichnet werden (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 19). Besonders ungünstig und gravierend wirkt sich dabei laut Lenz (2014a, S. 43) ein Zusammenwirken mehrerer belastender Faktoren durch eine psychische Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung von Kindern aus, da sich dadurch deren negativen Effekte gegenseitig verstärken können.

#### **3.1 Genetisch bedingte Verletzlichkeit**

Die hohe Erkrankungsrate bei betroffenen Kindern spricht für eine genetische Komponente bei der Weitergabe von psychischen Störungen (Lenz, 2014b, S. 46). Jedoch wird inzwischen die determinierende Wirkung genetischer Faktoren ausgeschlossen (ebd.). Trotz eines deutlich erhöhten Risikos, eine andere psychische Störung wie die Eltern auszubilden, erkranken jedoch etwa 90 % der Kinder nicht an derselben psychischen Erkrankung wie ihre Eltern (Schmoranz & Müller, 2016, S. 38). Dies spricht dafür, dass in der Regel nicht ein bestimmtes Krankheitsgen vererbt wird, sondern vielmehr eine Verletzlichkeit (ebd. S. 39). Diese genetische Veranlagung muss jedoch nicht zwangsläufig vererbt werden (Deneke, Beckmann & Dierks, 2008, S. 66).

Wie Befunde aus der Zwillings- und Familienforschung zeigen, scheinen für das Auftreten einer psychischen Störung nicht allein genetische, sondern auch psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen (Lenz, 2014a, S. 39). Auch eine Reihe von Studien der letzten Jahre zeigen, dass die genetische Ausstattung lediglich mitbestimmt, ob sich belastende Lebensereignisse pathogen auswirken oder nicht (Lenz, 2014a, S. 46). Daher sind bei einer hohen erblich bedingten Verletzlichkeit sowohl po-

sitive als auch negative Umwelteinflüsse besonders relevant (ebd.). Mattejat et al. (2011, S. 18) führen daher an, dass es in diesen Fällen besonders wichtig sei, negative Umweltfaktoren zu reduzieren und positive zu stärken.

### **3.2 Kindbezogene Risikofaktoren**

Lenz (2014b, S 51) weist darauf hin, dass kindliche Entwicklungsstörungen nicht nur einseitig als Folge elterlicher Auffälligkeiten betrachtet werden dürfen, sondern sich auch in der Auseinandersetzung des Kindes mit Belastungsfaktoren entwickeln. Er merkt an, dass „Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Kinder abhängig von ihrem Temperament unterschiedlich auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern reagieren“ (ebd.). Demnach wären Kinder mit „schwierigem Temperament“, die sich z. B. schlechter an neue Situationen anpassen können, empfänglicher für Belastungen, die mit der Erkrankung verbunden sind, und würden diese durch entsprechende Rückwirkungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Konflikte der Eltern verstärken (ebd.).

### **3.3 Einschränkungen der Erziehungskompetenz**

Da die Erziehungskompetenz der Eltern laut Petermann und Petermann (2006) die entscheidende Basis für die Entwicklung von Kindern bildet, kann deren Einschränkung einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern darstellen. Dabei bildet feinfühliges elterliches Verhalten laut Ziegenhain und Deneke (2014, S. 16) den Kern elterlicher Erziehungskompetenzen. Neben der kontinuierlichen Unterstützung der körperlichen, emotionalen und Verhaltensregulation ist darunter besonders der Aspekt emotionaler Wärme zu verstehen (ebd.). Als weitere Aspekte von Erziehungskompetenz betrachten sie den Schutz des Kindes, dessen körperliche Versorgung, das Ermöglichen sozialer Beziehungen zu anderen Menschen sowie die Bereitstellung von Erkundungs- und Lernangeboten.

Besonders schwerwiegend dürften sich daher die laut Lenz (2014b, S. 48) in mehrere Studienergebnissen festgestellten Einschränkungen der elterlichen Feinfühligkeit von psychisch kranken Eltern auf deren Erziehungskompetenz auswirken. Dabei kann die Erziehungskompetenz betroffener Eltern vor allem in akuten Krankheitsphasen aufgrund schwieriger familiärer Lebensumstände, psychosozialer Belastungen und emotional-kognitiver Einschränkungen stark beeinträchtigt sein (Lenz 2014b, S. 47). Auch Deneke (2005, S. 145ff) stellt fest, dass psychische Erkrankungen der Eltern zu moderaten bis schwerwiegenden Einschränkungen in der Erziehungskompetenz führen können und – besonders in Situationen der Überforderung – mit verschiedenen Formen

körperlicher oder seelischer Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern verbunden sein können.

### **3.4 Unsichere Eltern-Kind-Bindung**

Bowlby (1982), der Begründer der Bindungstheorie, beschreibt Bindung als das emotionale Band, das sich zwischen dem sechsten und dem achten Lebensmonat eines Kindes zu einer Bezugsperson entwickelt. Laut Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) werden drei Bindungsqualitäten unterschieden: die sichere, die unsicher-vermeidende und die unsicher-ambivalente Bindung (ebd.) sowie die 1990 von Main und Salomon ergänzte desorganisiert-desorientierte Bindungsqualität.

Eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson entsteht nach Ainsworth et al. (1974) dann, wenn diese die kindlichen Signale konsistent wahrnimmt, richtig interpretiert sowie angemessen und umgehend darauf reagiert. Während zahlreiche Studien bestätigen, dass eine sichere Bindung in der Kindheit eine positive Entwicklung der Kinder gewährleistet (Carlson & Sroufe, 1995), gilt eine unsichere bzw. desorganisiert-desorientierte Bindung zu den Bezugspersonen als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 21). Da psychisch kranke Eltern oftmals nicht in der Lage sind, den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, entwickeln ihre Kinder oft unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster, die zu Fehlanpassungen und einem längerfristig erhöhten Erkrankungsrisiko führen können (Lenz, 2014b, S. 48). Die häufig unsichere, desorganisierte Bindung zum psychisch kranken Elternteil stellt demzufolge einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar.

### **3.5 Elterliche Beziehungskonflikte**

Eine psychische Erkrankung führt fast immer zu erhöhten Belastungen des Partners. So können länger andauernde Erkrankungen des Partners beispielsweise dazu führen, dass sich der gesunde Partner Sorgen über die familiäre Zukunft macht oder er – zumindest vorübergehend – zusätzliche Aufgaben und Verpflichtungen im Haushalt oder in der Erziehung übernehmen muss (Lenz, 2014b, S. 50). Bei zum Teil gravierenden Belastungen und Veränderungen kann es leicht zu Partnerschaftskonflikten und einem angespannten Familienklima kommen (ebd.). Somit überrascht es nicht, wenn Jungbauer (2002) feststellt, dass in Paarbeziehungen psychisch kranker Eltern das Risiko von Beziehungsstörungen, Konflikten sowie Trennungen mittel- und langfristige sehr hoch ist. Erhöhen elterliche Spannungen und Konflikte bereits bei Kindern, deren

Eltern nicht psychisch krank sind, das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung, können sich diese bei Kindern psychisch kranker Eltern, die erblich bedingt besonders verletzlich sind, noch gravierender auswirken (Lenz, 2014b, S. 50). Daher stellen Beziehungskonflikte für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern einen besonderen Risikofaktor dar.

### **3.6 Psychosoziale Belastungen**

Laut epidemiologischer Studien treten in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil fast alle psychosozialen Belastungen auf, die ausschlaggebend für ein erhöhtes Risiko von psychischen Störungen bei Kindern sind (Jakobi, 2009). So sind betroffene Kinder besonders häufig Faktoren wie Armut und unzureichenden Wohnverhältnissen, Arbeitslosigkeit und niedrigem Berufsstatus der Eltern, Verlust von wichtigen Bezugspersonen und einer bis zu fünffach erhöhten Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Missbrauch und sexuelle Gewalt ausgesetzt (Lenz, 2014b, S. 52). Können einzelne dieser Faktoren häufig noch kompensiert werden, wird es bei besonders schwerwiegenden oder bei einer Kombination mehrerer solcher Belastungsfaktoren für die Kinder jedoch fast unmöglich, keine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit oder Entwicklung zu erfahren (Schonen, 2008, S. 84f). Psychosoziale Belastungen machen demnach einen weiteren Risikofaktor für betroffene Kinder aus.

## **4 Resilienz und Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern**

Obwohl bei Kindern psychisch kranker Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Entwicklungsstörungen festgestellt werden kann, weist Lenz (2014a, S. 149) auf Studienergebnisse hin, die zeigen, dass immerhin ein Drittel (Rutter & Quintin, 1984) bis drei Viertel (Bleuler, 1972; zit. nach Anthony 1980, S. 13) der Kinder psychisch erkrankter Eltern trotz mehrfacher Belastungen gesund bleibt.

Erklärt werden kann dies mit dem Konzept der Resilienz, in dem neben Risikofaktoren Schutzfaktoren eine wichtige Rolle spielen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 19). Inzwischen ist bekannt, dass Resilienz in einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt entsteht und weitgehend erlernbar ist (Martens & Begus, 2018, S. 24). Da Ergebnisse der Resilienzforschung betonen, dass frühzeitige Unterstützung dazu beitragen kann, die Entwicklung von Kindern wesentlich zu beeinflussen, spielt die Förderung und Entwicklung von Resilienz auch für die Entwicklung von Präventionsprogrammen eine große Rolle (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 56).

Aus diesem Grund werden nun zuerst die Begriffe Resilienz und Schutzfaktoren näher betrachtet und anschließend typische Bewältigungsstrategien Betroffener aufgezeigt.

#### **4.1 Resilienz**

In der Literatur ist eine Vielzahl von Definitionen zum Begriff der Resilienz zu finden. Im Allgemeinen wird darunter „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann, 2004, S. 18) verstanden. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011, S. 9) betonen zudem den prozesshaften Charakter von Resilienz. Ihrer Ansicht nach kann von Resilienz gesprochen werden, wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln. Resilienz ist demnach keine angeborne Eigenschaft, sondern vielmehr ein variabler, kontextabhängiger Prozess. Welter-Elderlin und Hildenbrand wiederum heben hervor, dass die Entwicklung von Resilienz von den Ressourcen eines Individuums abhängig ist. „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (ebd. 2006, S. 13). Die Resilienzforschung befasst sich mit der Frage, welche Schutzfaktoren und Ressourcen Kinder vor negativen Belastungsfolgen bewahren (Habers, Stelling & Jungbauer 2010, S. 132). Daher wird an dieser Stelle zunächst genauer betrachtet, was unter Schutzfaktoren zu verstehen ist.

#### **4.2 Schutzfaktoren**

Schutzfaktoren im engeren Sinn sind Faktoren, durch die eine Risikosituation beseitigt oder abgepuffert werden kann und die streng genommen immer mit einer Gefährdungssituation verbunden sein müssen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 27). Allgemeiner gefasst werden unter Schutzfaktoren auch entwicklungsfördernde, protektive oder risikomildernde Faktoren bezeichnet (ebd.). Schutzfaktoren lassen sich in generelle Schutzfaktoren, die allgemein protektiv wirken, und besondere Schutzfaktoren, die für die spezielle Risikogruppe besonders relevant sind, einteilen (Jungbauer, 2010, S. 21). Kinder von psychisch kranken Eltern, die gesund bleiben, scheinen besonders resilient zu sein und über viele Schutzfaktoren zu verfügen (ebd.).



#### 4.2.1 Generelle Schutzfaktoren

Auf der Basis der Kauai-Studie (Werner & Smith, 1982) und anderer Studien wurden eine Reihe von generellen Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung gefunden, die sich in drei Gruppen – persönliche Schutzfaktoren des Kindes, familiäre und soziale Schutzfaktoren – einteilen lassen (Lenz, 2014a, S. 151f). In Anlehnung an Lenz (2014a, S. 160f) lassen sich diese wie folgt zusammenfassen und tabellarisch darstellen:

Persönliche Schutzfaktoren des Kindes	Familiäre Schutzfaktoren	Soziale Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausgeglichenes Temperament</li> <li>- gute Selbsthilfefähigkeiten</li> <li>- gute Problemlösefähigkeiten</li> <li>- Selbstvertrauen und hohes Selbstwertgefühl</li> <li>- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen</li> <li>- hohe Sozialkompetenz</li> <li>- ausgeprägtes Kohärenzgefühl</li> <li>- Planungskompetenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sichere Bindung</li> <li>- emotional positives, akzeptierendes und dabei grenzensetzendes Erziehungsklima mit altersangemessenen Verpflichtungen in der Familie</li> <li>- harmonische elterliche Paarbeziehung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fürsorgliche, zuverlässige Erwachsene außerhalb der engeren Familie, die Vertrauen fördern, Sicherheit vermitteln und als positive Vorbilder dienen (z. B. Erzieher)</li> <li>- unterstützende und anregende Freundschaften</li> <li>- positive Schulerfahrungen</li> <li>- Integration in Gruppen, Vereinen oder religiösen Vereinigungen</li> </ul>

#### 4.2.2 Resilienzfaktoren

Als Resilienzfaktoren werden folgende sechs Faktoren bezeichnet, die die Resilienz von Personen fördern: Selbststeuerung, Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und Problemlösen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 40). Sie werden den personalen Schutzfaktoren zugeordnet (ebd.).

### 4.2.3 Besondere Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Der Forschungsschwerpunkt der Resilienzforschung verlagert sich nach Lösel und Bender (1999) immer stärker von generellen Schutzfaktoren auf spezielle Schutzfaktoren für unterschiedliche Problemfelder. Bisherige Forschungsergebnisse sprechen auch bei Kindern psychisch kranker Eltern für die Existenz spezieller Schutzfaktoren (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017, S. 36), die daher auf der nächsten Seite dieser Stelle ebenfalls erfasst und tabellarisch dargestellt werden sollen.

(In Anlehnung an Lenz (2017, S. 36))

Beziehungsqualität (Umfang und Qualität des Beziehungsnetzes)	Krankheitsbewältigung (Eltern, Angehörige und Kind gehen angemessen mit der Erkrankung um)
<p>Tragfähige und Sicherheit vermittelnde Beziehungen zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erkranktem Elternteil und Kind</li> <li>- gesundem Elternteil und Kind</li> <li>- den Eltern (Paarbeziehung)</li> <li>- anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb und/oder außerhalb der Familie und dem Kind</li> <li>- anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb und/oder außerhalb der Familie und den Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einstellen auf die Erkrankung und Praktizieren angemessener Bewältigungsformen (= offener Umgang mit Krankheit und altersentsprechende Krankheitsaufklärung)</li> <li>-flexible Aufgabenteilung in der Familie</li> <li>- Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk</li> <li>- Kooperation mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachinstanzen und Einrichtungen der Jugendhilfe</li> </ul>

### 4.3 Bewältigungsstrategien von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern

Bewältigungsstrategien dienen dazu, die Persönlichkeit kurzzeitig schützen, und dürfen nicht mit Schutzfaktoren oder dem längerfristigen Prozess der Resilienz verwechselt und gleichgesetzt werden (Martens & Begus, 2018, S. 27).

Auf der Suche nach einer Antwort auf die Frage, wie Kinder und Jugendliche mit den Belastungen einer psychische Erkrankung der Eltern umgehen, zeigt sich, dass der Großteil betroffener Kinder dysfunktionale, wenig hilfreiche Bewältigungsstrategien wie Aggressivität, Rückzug, Ablenkung oder Flucht in Phantasiewelten einsetzt und dadurch eine aktive Auseinandersetzung mit Belastungen vermieden wird (Lenz, 2005 zit. nach Jungbauer, 2010, S. 19). Jedoch weist Lenz (2014b, S. 58) darauf hin, dass bestimmte Copingstrategien nicht prinzipiell als günstig oder ungünstig bewertet werden dürfen, sondern es vielmehr darauf ankommt, ob das eingesetzte Bewältigungs-

verhalten zur jeweiligen Situation passt. Mit Bezug auf Klein-Heißling und Lohaus (2002) stellt er fest, dass der Einsatz problemorientierter Bewältigungsstrategien vor allem in Situationen, die durch eigenes Handeln kontrolliert werden können, sinnvoll ist, wohingegen emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidung oder Suche nach Unterstützung insbesondere in unkontrollierbaren Situationen sinnvoll erscheinen (ebd.). Für eine gelingende Bewältigung ist es demnach wichtig, über ein möglichst breites Spektrum an Bewältigungsstrategien zu verfügen und diese situationsangemessen anwenden zu können (ebd.).

## **5 Gesundheit und Prävention**

Schwerpunkt dieser Arbeit sind Präventionsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern, die die Gesundheit betroffener Kinder fördern sollen. Daher soll an dieser Stelle eine geeignete Definition von Gesundheit und Krankheit gegeben werden. Außerdem wird ein Modell von Gesundheit und Krankheit vorgestellt, das sich als Basis für die Entwicklung präventiver Angebote besonders eignet. Daran anschließend wird kurz erläutert, was in diesem Zusammenhang unter Prävention zu verstehen ist.

### **5.1 Gesundheits- und Krankheitsbegriff**

Da zur Beurteilung, ob ein Mensch gesund oder krank ist, sehr unterschiedliche Aspekte herangezogen werden können (z. B. diagnostische Kriterien, subjektives Befinden, Abweichungen von der Norm), gibt es bis heute keine eindeutige Definition von Gesundheit und Krankheit (Franke, 2012, S. 24ff). Für die Zielgruppe Kinder von psychisch kranken Eltern scheint die Gesundheits- und Krankheitsdefinition nach Hurrelmann passend zu sein, da sie Gesundheit als Gleichgewicht verschiedener Faktoren und nicht als Optimalzustand betrachtet. Diese lautet:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann, 2000, S. 94).

Analog dazu wird Krankheit als Stadium des Ungleichgewichts dieser Faktoren betrachtet, das eintritt, wenn eine Bewältigung entsprechender innerer und äußerer Faktoren nicht gelingt und zu einer Beeinträchtigung von Wohlbefinden und Lebensfreude führt (ebd. S. 94f).

## 5.2 Diathese-Stress-Modell als Erklärung der Entstehung psychischer Störungen

Diathese-Stress-Modelle eignen sich sowohl zur Erklärung verschiedener körperlicher Störungen (z. B. Störungen des Immunsystems wie Allergien) als auch der Entstehung psychischer Störungen (Franke, 2012, S. 158ff). „Diathese-Stress-Modelle, auch Vulnerabilitäts-Stress-Modelle genannt, betrachten Krankheit als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen einer Person und äußeren Belastungsfaktoren“ (ebd.). Unter Diathese werden dabei alle anlagebedingten oder erworbenen Faktoren betrachtet, die die Person besonders verletzlich für eine bestimmte Erkrankung machen (ebd.).

Ein Mensch mit einer Diathese (besonderen Verletzlichkeit) für eine bestimmte Erkrankung (Heuschnupfen, Schizophrenie etc.) beispielsweise erkrankt laut Franke nicht automatisch an dieser Krankheit, sondern nur, wenn er durch äußere Belastungsfaktoren mit Stressoren konfrontiert wird, für die ihm keine gesunden Abwehrstrategien zur Verfügung stehen und diese somit seine Bewältigungskräfte überfordern (ebd.). Auch für Kinder psychisch kranker Eltern eignet sich dieses Krankheitsmodell nach Ansicht der Verfasserin gut, um zu erklären, warum manche betroffenen Kinder selbst an einer psychischen Störung erkranken, andere aber nicht. Um das Auftreten einer Erkrankung zu verhindern, müssten Menschen mit einer Diathese für bestimmte Erkrankungen demnach entweder von belastenden Stressoren ferngehalten werden oder sie müssten über ein möglichst breites Spektrum an gesunden Abwehrreaktionen verfügen. Hier setzt nach Ansicht der Verfasserin auch der Gedanke der Prävention an.

## 5.3 Prävention

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011, S. 56f) fassen die Bedeutung des Begriffs Prävention anschaulich und übersichtlich zusammen. Allgemein verstehen sie unter Prävention Folgendes: „Prävention versucht durch gezielte Maßnahmen, das Auftreten von unerwünschten Zuständen (z. B. Verhaltensauffälligkeiten) weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verhindern“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 56). Präventionsmaßnahmen lassen sich demzufolge nach Zeitpunkt, Zielgröße oder Zielgruppe unterscheiden (ebd.).

Hinsichtlich des Zeitpunkts lassen sich **primäre** (Krankheitsvermeidung), **sekundäre** (Früherkennung) und **tertiäre** (Vermeidung schwerer Folgen und Rückfällen) **Prävention** voneinander abgrenzen (ebd.).

Bezogen auf die Zielgröße werden **personale Prävention** (auf Einzelperson bezogen; z. B. Impfungen), **Verhaltensprävention** (Maßnahmen gegen riskantes Verhalten; z. B. Rauchen) und **Verhältnisprävention** (Vermeidung krankmachender Verhältnisse; z. B. Arbeitsschutz) unterschieden (ebd.).

Nach der Spezifität wird in **unspezifische Präventionsmaßnahmen** (Programme zur Verbesserung allgemeiner gesundheitsfördernder Faktoren), **selektive Präventionsmaßnahmen** (gezielte Vorbeugung gegen bestimmte Fehlentwicklungen) und **indizierte Prävention** (gezielte Vorbeugung gegen bestimmte Fehlentwicklungen bezogen auf eine bereits identifizierte Risikogruppe unterteilt (ebd.).

Wie auch Anding et al. (2014) in der Neuköllner Erklärung feststellen, sind Kinder psychisch kranker Eltern daher prädestinierte Adressaten für präventive und insbesondere selektiv-präventive Angebote, die dazu beitragen können, Entwicklungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten zu verhindern oder abzuschwächen.

Um einen Überblick über das aktuelle Spektrum präventiver Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern zu erhalten, werden in Kapitel 6 die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten kurz vorgestellt.

## **6 Spektrum präventiver Angebote für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern**

Aufgrund der politischen Diskussion über die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern wurden im Juni 2017 von der Bundesregierung drei Expertisen in Auftrag gegeben die 2019 veröffentlicht wurden. Eine davon, die Expertise „Good Practice“ (Schmenger & Schmutz, 2019), ermöglicht einen umfassenden aktuellen Überblick über das gesamte Spektrum präventiver Angebote für betroffene Kinder. In Bezug darauf und unter Einbeziehung anderer Arbeiten, die das Präventionsangebot für betroffene Kinder systematisieren, wird nun eine Übersicht über die unterschiedlichen Formen von Präventionsangeboten für die Zielgruppe gegeben und diese jeweils kurz erläutert.

### **6.1 Ambulante und stationäre Hilfen für psychisch Kranke und deren Kinder**

„Bundesweit bestehen einzelne Beratungs- und Behandlungsangebote für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder im ambulanten, teilstationären und stationären Setting“ (Reinisch, Heitmann & Griepenstroh, 2011, S. 64). In erster Linie geht es dabei darum, eine Behandlung der Mutter ohne eine Trennung vom Kind zu ermöglichen (ebd.). Das zentrale Therapieziel ist dabei die Entwicklung einer intakten Mutter-Kind-Beziehung, die durch die Förderung von mütterlichen Kompetenzen, Feingefühl und der Mutter-Kind-Interaktion aufgebaut werden soll (ebd., S. 65).

Beispiele dafür sind ambulante Mutter-Kind-Stationen für die Behandlung von postpartalen mütterlichen Erkrankungen oder auch der multimodale, familienorientierte Beratungsansatz CHIMPs (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011). Abgesehen davon gibt es vereinzelt auch reine Betreuungsangebote für Kinder, deren Eltern in stationärer psychotherapeutischer Behandlung sind, in Form von an Kliniken angeschlossenen Kindertagesstätten (Reinisch et al., 2011, S. 67).

## **6.2 Beratung**

Beratungsgespräche stellen besonders in Beratungsstellen ein Basiselement in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern dar (Gorspott, 2011, S. 125). Sie kann in unterschiedlichen Institutionen stattfinden, beispielsweise in einer Beratungsstelle, aber auch im klinischen Setting. Dabei werden meist Schwerpunktthemen wie das Aussprechen von Ängsten und Sorgen, Krankheitsaufklärung, Unterstützung bei der Erziehung, Konflikte und Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern oder der Aufbau sozialer Netzwerke besprochen (ebd.). Je nach Familiensituation können Beratungsgespräche in Form von Einzelgesprächen mit Kindern oder Erwachsenen, Paargesprächen oder mit der gesamten Familie stattfinden (ebd.). Auch bei kombinierten Präventionsangeboten (siehe 6.5) oder beim bereits erwähnten präventiven Beratungsansatz CHIMPs (Wiegand-Grefe et al., 2011) stellt Beratung eine wichtige Grundlage dar.

Beratung kann auf unterschiedlichen Konzepten beruhen. So basiert der Beratungsansatz CHIMPs beispielsweise auf der psychoanalytischen Familientherapie und wird durch psychoedukative Beratungselemente und verhaltensorientierte Therapieansätze ergänzt (Wiegand-Grefe et al., 2011, S. 87). Abgesehen davon gibt es inzwischen auch Onlineberatungsangebote, die sich gezielt an betroffene Kinder und Jugendliche richten (Reinisch et al., 2011, S. 69). Vorteile daran sind Niederschwelligkeit, zeitlich freier Zugang und Anonymität (ebd.).

## **6.3 Gruppenangebote**

Gruppenangebote stellen die häufigste Form präventiver Unterstützungsmaßnahmen für Kinder mit psychisch oder suchterkrankten Eltern dar (Lenz & Wiegand-Grefe 2017, S. 49; Schmenger & Schmutz, 2019, S. 29). Sie werden von verschiedenen Einrichtungen und Trägern angeboten, wobei es sowohl Gruppen speziell für Kinder und Jugendliche als auch Eltern-Kind-Gruppen gibt (ebd.).

Hauptziel dabei ist die Förderung von Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder (Christiansen, Anding & Donath, 2014, S. 96). Außerdem geht es in diesen Gruppen um eine Enttabuisierung der elterlichen Erkrankung, eine altersangemessene Informa-

tion über die Krankheiten, eine Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und des Selbstwertgefühls sowie eine Entlastung von Schuldgefühlen (ebd.). Auch die Vermittlung von sozialen Kompetenzen, Problemlösestrategien und ein gutes Stressmanagement können Ziele dieser Gruppen darstellen (Reinisch et al., 2011, S. 66). Zudem erhalten Kinder dadurch die Möglichkeit, sich auszutauschen und Solidarität zu erleben (Christiansen et al. 2014, S. 96).

#### **6.4 Patenschaften**

Inzwischen gibt es in mehreren deutschen Städten Patenschaftsprojekte für Kinder mit psychisch kranken Eltern, deren gemeinsames Ziel eine regelmäßige und langfristige Unterstützung durch einen gesunden erwachsenen Ansprechpartner darstellt (Reinisch et al., 2011, S. 68). Weitere Ziele für betroffene Kinder können Orientierung, das Erfahren von Normalität sowie die Entlastung und Unterstützung erkrankter Eltern sein (ebd.). Durch Patenschaften soll außerdem, wenn möglich, eine Fremdunterbringung von Kindern vermieden werden (ebd.). Gelingen kann dies, indem die Ansprechperson vor allem in Krisenzeiten Zeit mit dem Kind verbringt und Betreuungs- und Versorgungsaufgaben übernimmt (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 33).

#### **6.5 Kombinierte bzw. multimodale Angebote**

Unter kombinierten bzw. multimodalen Angeboten können Maßnahmen verstanden werden, die strukturell an einen gemeinsamen Ort angebunden sind (z. B. Beratungsstelle) und verschiedene Unterstützungsangebote, wie zum Beispiel Erziehungsberatung, Gruppen und Patenschaften bündeln (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 43). Sie setzen dadurch auf unterschiedlichen Unterstützungsebenen an und wenden sich an verschiedene Familienmitglieder. Beispiele dafür wären die Angebote „AURYN“ in Leipzig oder auch das „Kanu“-Präventionsprogramm, das unter III näher betrachtet wird.

#### **6.6 Sonstige Angebote**

Vereinzelt existieren verschiedene Wohn- und Betreuungsprojekte für Mütter mit psychischen Störungen und deren Kinder oder betreutes Wohnen für Familien, bei denen aufgrund von Mehrfachbelastungen psychische Probleme angenommen werden (Reinisch et al., 2011, S. 74f).

Neben den Unterstützungsangeboten, die erst ansetzen, wenn bereits eine psychische Erkrankung der Eltern vorliegt, gibt es außerdem primärpräventive Angebote an Schu-

len wie z. B. „Verrückt? Na und!“, die Kinder für das Thema psychische Erkrankung sensibilisieren und dadurch zu einer möglichst frühzeitigen Unterstützung der Kinder sowie zu einer allgemeinen Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen beitragen sollen (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 51).

Eine sehr wichtige Grundlage für das Gelingen von Präventionsangeboten für betroffene Kinder stellt außerdem die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Arbeitskreisen und Netzwerken dar (Jungbauer, 2010, S. 37ff).

### **III Gruppenangebote für Kinder – Vergleich und Empfehlungen für die Praxis**

Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Thema Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Zunächst werden dazu die Grundlagen derartiger Angebote beleuchtet. Im Anschluss daran werden verschiedene Arten von Gruppenangeboten anhand ausgewählter Positivbeispiele beschrieben und miteinander verglichen. Nach einer kritischen Würdigung wird in einem Exkurs das Problem der Erreichbarkeit der Zielgruppe dargestellt. Ausgehend davon erfolgen Empfehlungen für die weitere Entwicklung präventiver Gruppenangebote und Überlegungen zur Versorgungssituation von betroffenen Kindern mit präventiven Gruppenangeboten im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen.

#### **1 Grundlagen präventiver Gruppenarbeit für betroffene Kinder**

Präventive Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern basieren auf den Erkenntnissen der Präventions- und der Resilienzforschung (Schulze, Kliegl, Mauser, Rapp, Allroggen & Fegert, 2014, S. 14).

Die ersten präventiven Gruppenangebote für Kinder mit psychisch kranken Eltern in Deutschland fanden ab 1993 unter dem Namen „AURYN“ (benannt nach dem Schutzamulett im Buch „Die unendlichen Geschichte“ von Michael Ende, 1979) in Freiburg statt (Leidner, 1997). Diese Gruppen wurden für Kinder von 7 bis 14 Jahren konzipiert, die von einem fest angestellten Gruppenleiter und von Psychologie-Praktikanten betreut wurden, und beinhalteten auch Elternarbeit sowie Freizeit- und Ferienangebote (Deneke et al., 2008, S. 69). Auf dem Konzept der AURYN-Gruppen basiert die Mehrzahl von Gruppenangeboten im deutschsprachigen Raum (Lenz, 2017, S. 49).

Gruppenangebote sind die häufigste Form präventiver Angebote für betroffene Kinder (ebd.). Laut Schmutz (2010, S. 115), stellen sie für Kinder und deren psychisch kranken Elter wichtige Gelegenheitsstrukturen und Orte dar, um über die Erkrankung zu sprechen und sich mit damit verbundenen Gedanken, Gefühlen und Ängsten ausei-



inanderzusetzen. Durch den geschützten Rahmen kann eine Gruppe Sicherheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit bieten und sich durch verstärktes Feedback der Gruppenmitglieder positiv auf die Kinder auswirken (Lenz, 2014a, S. 296). Darüber hinaus sollen präventive Gruppenangebote eine gesunde Persönlichkeits- und Sozialentwicklung fördern (Schulze et al., 2014, S. 14).

Es gibt viele verschiedene Arten von Präventionsgruppen, beispielsweise reine Kindergruppen, Eltern-Kind-Gruppen, Kurzzeitgruppen und Gruppenangebote innerhalb multimodaler Angebote vom Kleinkindalter (Eltern-Kind-Gruppen) bis zum Jugendalter (Schmenger & Schmutz, 2019). Methodisch werden dabei Elemente wie z. B. Blitzlichtstunden, Spiele, Rollenspiele, Gruppenübungen, kreatives Gestalten, psychoedukative Angebote, Gesprächsrunden, Fantasiereisen, Erstellen eines Notfallplans etc. eingesetzt (Schulze et al. 2014; Schmoranz & Müller (2016). Betrachtet man die Arbeiten von Lenz (2014a), Deneke et al. (2008), Christiansen et al. (2014), Schmoranz & Müller (2016) und Schmenger & Schmutz (2019) sowie die Manuale der unter III beschriebenen Positivbeispiele „Echt Stark“, „Kanu“ und „KidsTime“, so kristallisieren sich bestimmte Schwerpunkte heraus, die nun genauer beschrieben werden.

### **1.1 Austausch mit Gleichgesinnten – Erleben von Solidarität**

Der Austausch mit Kindern, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, stellt einen wichtigen Aspekt des Gruppenangebots dar. So kann das Gruppensetting betroffenen Kindern laut Lenz (2014a, S. 289) einen Schutzraum bieten, der Sicherheit und ein Gefühl von Zugehörigkeit vermittelt. „Die Gruppe stellt einen Raum dar, der es den Kindern erleichtert, sich emotional zu öffnen, mit Gleichgesinnten über Erfahrungen und Probleme zu reden sowie neue Bewältigungsmöglichkeiten kennenzulernen“ (ebd.). Dadurch können sie die wertvolle Erfahrung machen, mit ihrer besonderen Situation nicht allein zu sein (Schulze et al. 2014, S. 14). Wichtige Voraussetzungen für die emotionale Öffnung der Kinder sind dabei ein hohes Maß an Vertrauen (z. B. durch Einhaltung der Schweigepflicht, Aufstellen von Gruppenregeln etc.) und die explizite Erlaubnis der Eltern, dass das Kind in der Gruppe über die Erkrankung der Eltern sprechen darf (Schulze et al. 2014, S. 36; Schmoranz & Müller 2016, S. 74ff).

### **1.2 Erleben von Unbeschwertheit und Entspannung**

Besonders zu Beginn benötigen Kinder ausreichend Zeit und Raum, um sich spielerisch kennen zu lernen, damit sie sich öffnen können (Schulze et al., 2014). Da viele Kinder psychisch erkrankter Eltern bereits früh Verantwortung übernehmen und „er-

wachsen“ sein müssen, können spielerische, musikalische oder kreative Angebote, bei denen Kinder unbeschwert Kind sein dürfen, kompensatorische Funktion erfüllen und die Kinder dabei unterstützen, ihre Bedürfnisse auszudrücken und ihre Stärken zu erfahren (Magolei & Jungbauer, 2010, S. 236). Der Aspekt, durch spielerische Aktivitäten Normalität zu erleben und dadurch einer eventuellen Parentifizierung entgegenzuwirken, wird auch im Präventionsangebot „Kanu“ betont (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 127). Das Erleben von Unbeschwertheit und Entspannung durch entsprechende Angebote kann demzufolge als wichtige Grundlage betrachtet werden.

### **1.3 Psychoedukation**

„Allgemein wird unter Psychoedukation eine Intervention verstanden, die dazu geeignet ist, Patienten und Angehörige über eine Krankheit und deren Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Lenz, 2010, zit. nach Lenz, 2014, S. 310). Wie bereits unter 4.2.2 ausgeführt, stellt das Verstehen und Bewältigen der elterlichen Erkrankung einen speziellen Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern dar und kann daher die Resilienz der Kinder fördern. Psychoedukation wird daher in fast allen Konzepten präventiver Gruppenangebote als ein Kernelement betrachtet.

Dabei geht es nicht um eine rein kognitive Wissensvermittlung, sondern darum, dass die Kinder durch einen dialogischen Prozess ein Verständnis für mit der Erkrankung verbundene Verhaltensweisen und Reaktionen ihrer Eltern entwickeln (Lenz, 2014a, - S. 309ff), denn das Verstehen der Krankheit kann die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung fördern, indem es Kindern Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen vermittelt und Möglichkeiten eröffnet, Situationen selbst beeinflussen zu können (ebd.). Außerdem kann sie zum Abbau von Ängsten sowie einer Verringerung von Scham- und Schuldgefühlen beitragen (ebd., Schulze et al., 2014, S. 14).

Schulze et al. weisen darauf hin, wie wichtig es ist, bei der Psychoedukation von Kindern darauf zu achten, diese nicht zu überfordern und ihnen nur so viele Informationen zu vermitteln, wie sie emotional verarbeiten können (2014, S. 60). Die wichtigsten Schwerpunkte für die Psychoedukation von Kindern fasst Lenz (2010, S. 32) folgendermaßen zusammen: „Für die Kinder ist von Bedeutung, wie sie sich im Alltag gegenüber dem erkrankten Elternteil verhalten sollen, inwiefern sich das Familienleben dadurch verändern wird, ob sie an der Entstehung der Krankheit schuld sind und, ins-

besondere bei älteren Kindern und Jugendlichen, ob diese Krankheit vererbt werden kann und ob sie selbst vielleicht einmal erkranken werden.“

In präventiven Gruppenangeboten erfolgt die Psychoedukation je nach Alter der Kinder und Konzept durch den Einsatz geeigneter Materialien und Arbeitsblätter sowie durch spezielle Kinderbücher (Schulze et al., 2014; Schmoranz & Müller, 2016).

#### **1.4 Förderung der emotionalen Wahrnehmung**

Kinder psychisch kranker Eltern haben aufgrund der elterlichen Erkrankung und damit verbundener Einschränkungen der Eltern-Kind-Interaktion häufig Probleme, eigene und fremde Gefühle richtig wahrzunehmen (Schulze et al., 2014, S. 78). Eine adäquate Wahrnehmung der eigenen Gefühle ist jedoch eine entscheidende Voraussetzung für die Entwicklung einer guten Selbstwahrnehmung und stellt einen wichtigen Resilienzfaktor dar (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2011, S. 40). Betroffenen Kindern sollte dabei außerdem vermittelt werden, dass Reaktionen ihrer Eltern häufig von deren Gefühlen und nicht allein vom Verhalten der Kinder abhängig sind (Schulze et al., 2014, S. 78). Zur Förderung der emotionalen Wahrnehmung werden verschiedene Methoden, wie zum Beispiel Foto- oder Begriffskarten, mit deren Hilfe die Kinder Gefühle erkennen und nachahmen sollen, eingesetzt (Schulze et al., 2014, S. 78ff). Aus diesen Gründen gehört die Förderung der emotionalen Wahrnehmung ebenfalls zu den zentralen Aspekten präventiver Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern.

#### **1.5 Förderung sozialer Kompetenzen**

Obwohl der Begriff der sozialen Kompetenz als entscheidender Resilienzfaktor benannt wird, wird er in der Literatur sehr unterschiedlich definiert (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2011, S. 48). Laut Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011, S. 49f) beinhalten soziale Kompetenzen die Wahrnehmung und Interpretation sozialer Situationen, emotionale Kompetenzen und Empathie, kommunikative Grundfähigkeiten, Fähigkeiten zur Konfliktlösung sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion. In Bezug auf Elemente präventiver Gruppenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern versteht die Verfasserin unter der Förderung sozialer Kompetenzen vor allem die Förderung der Aspekte Kommunikation und den Umgang mit Belastungen und Krisensituationen, die in verschiedenen Interventionsprogrammen unterschiedlich stark betont werden.

### **1.5.1 Förderung der Kommunikation**

Dieser Aspekt wird besonders im Konzept des präventiven Gruppenangebots „Echt Stark“ betont, dass sich in zwei von neun Modulen mit der Förderung der Kommunikation beschäftigt (Schulze et al., 2014, S. 99ff). In anderen Gruppenkonzepten wird dieser Aspekt nicht explizit betont und ist eher Teil übergeordneter Ziele wie beispielsweise „Förderung ihrer Lebenskompetenzen“ (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 126).

### **1.5.2 Stärkung im Umgang mit Belastungen und Krisensituationen**

In vielen Konzepten von präventiven Gruppenangeboten stellt auch die Förderung der Kinder im Umgang mit Belastungen und Krisensituationen einen wichtigen Aspekt dar. So wird beispielsweise in den Präventionsgruppen von Kanu und Kidstime durch theaterpädagogische Übungen der Umgang mit Belastungen und Krisensituationen geübt (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 128f; Spierling, 2016, S. 59ff).

Häufig wird auch gegen Ende eines Gruppenangebots gemeinsam mit den Kindern eine Art „Notfallplan“ erarbeitet (Magolei & Jungbauer, 2010, S. 239f; Schmoranz & Müller, 2016, S. 124; Schulze et al., 2014, S. 118ff). Solch ein Plan kann den Kindern Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, auf die sie im Fall einer Krise zurückgreifen können (Schulze et al., 2014, S. 118). Darin können z. B. Fragen beantwortet werden, was ein Kind in einer Krisensituation tun kann, an wen es sich wenden kann oder zu wem es gehen kann (Magolei & Jungbauer 2010, S. 239f).

## **2 Ausgewählte Ansätze präventiver Gruppenarbeit in Deutschland**

Im Folgenden werden drei unterschiedliche Formen von Gruppenangeboten anhand von gelingenden Praxisbeispielen beschrieben. Dadurch sollen möglichst viele unterschiedliche Faktoren ermittelt werden, die zum Gelingen von präventiven Gruppenangeboten beitragen und für die Weiterentwicklung von präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern bedeutungsvoll sind.

### **2.1 Beschreibung unterschiedlicher Ansätze anhand ausgewählter Beispiele**

Um eine möglichst hohe Qualität und Aktualität der Beispiele zu ermöglichen, wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass diese in der Liste der „Good Practice“-Expertise von Schmenger und Schmutz (2019, S. 70ff) aufgeführt sind. Dadurch erfüllen sie mindestens eines der Auswahlkriterien dieser Expertise: systematische Zusammenarbeit von Professionen und Leistungsträgern, Anbindung an kommunale Strukturen, (gesi-

cherte) Finanzierung, Einbeziehung des Gesamtsystems Familie (erkrankte Eltern und deren Kinder) sowie möglichst eine Evaluation des Angebots (ebd., S. 27f).

### **2.1.1 Gruppenangebote für Kinder am Beispiel von „Echt stark!“**

„Echt Stark!“ liegt als Manual für die Gestaltung präventiver Gruppenangebote für Kinder mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern vor. Es ging aus einem Projekt hervor, das von 2009 bis 2012 an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm durchgeführt wurde (Hoff & Pietsch, 2012, S. 142). Ziel war die Entwicklung und Durchführung eines präventiven Gruppenangebots für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern von 4 bis 17 Jahren sowie die Erstellung eines Manuals (ebd.). Das entwickelte Manual besteht aus zehn standardisierten Modulen mit systemisch-ressourcenorientiertem Ansatz auf der Basis von Ergebnissen der Risiko- und Resilienzforschung (Schulze et al., 2014, S. 14). Im Rahmen des Projekts wurden von 2009 bis 2012 sieben Gruppen durchgeführt, an denen insgesamt 41 Kinder teilnahmen (Hoff & Pietsch, 2012, S.143). Es wurde von der evangelischen Hochschule Freiburg evaluiert, indem demografische Daten und Fragen zum Krankheitsverlauf erfasst wurden sowie Prä- und Postmessungen erhoben wurden (Schulze et al., 2014, S. 12). Dabei konnte eine tendenzielle Verringerung der beschriebenen Probleme der Kinder während des Präventionsangebots und ein Anstieg der Lebensqualität ermittelt werden. Aktuell wird das Gruppenangebot „Echt stark!“ von der Caritas Ulm-Alb-Donau für Kinder von 7 bis 17 Jahren angeboten (Caritas Ulm-Alp-Donau, 2019).

Als Gruppengröße werden max. 6 bis 8 Teilnehmer empfohlen, die von zwei Gruppenleitern mit Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen begleitet werden sollten (Schulze et al., 2014, S. 14). Das Manual ist für die Durchführung einer präventiven Kindergruppe (6 bis 12 Jahre) und einer Jugendgruppe (13 bis 17 Jahre) geeignet und enthält getrennte Angebote für diese beiden Zielgruppen (Schulze et al., 2014). Da die Themen der Module aufeinander aufbauen, wird eine geschlossene Gruppe empfohlen (ebd. S. 14). Das Angebot besteht aus zehn Modulen, wobei die erste Einheit in Form eines Familiengesprächs stattfindet (ebd.). Im Anschluss daran sind neun Gruppeneinheiten vorgesehen, die je 1,5 Stunden dauern (ebd.). Nach dem 4. und 8. Modul wird die Durchführung einer Elterngruppe empfohlen, die über die Gruppenstimmung und aktuelle Themen informieren, Gelegenheit zum Austausch bieten und die Eltern in ihrer Elternrolle stärken soll (ebd.).

Die Schwerpunkte des Gruppenprogramms sind: altersentsprechende Psychoedukation, die Förderung der Affektwahrnehmung, die Stärkung der Kommunikationsfähigkeit, die Wahrnehmung von eigenen Stärken sowie der Umgang mit kritischen Situationen (Schulze et al., 2014). Die einzelnen Einheiten sind stark strukturiert und folgendermaßen aufgebaut: Auf die Einstiegsrunde in Form einer Stimmungsabfrage (ca. 10 min) folgt die Besprechung der Hausaufgabe (ca. 10 min), an die sich die Arbeitsphase (ca. 30 bis 65 min) anschließt (ebd.). Zur Auflockerung und Festigung des Gruppengefüges folgt darauf eine Kreativ- bzw. Spielphase (ca. 10 bis 45 min). Beendet wird jede Einheit mit einer Abschlussrunde, die einen Ausblick auf das nächste Modul beinhaltet (ebd.). Die erste Gruppenstunde ist von spielerischen und kreativen Elementen sowie der Besprechung der Gruppenregeln geprägt und dient der Öffnung, der Bildung von Vertrauen und dem Kennenlernen (ebd.).

Dem Schwerpunkt Psychoedukation ist in der Kindergruppe das nächste Modul gewidmet (ebd.). Dazu werden in der Kindergruppe strukturierte Gespräche geführt, in denen die Krankheiten erklärt und Arbeitsblätter zum Thema Schuld und Hilfe eingesetzt (ebd.) werden. In der Jugendgruppe findet dieser Schwerpunkt über zwei Einheiten hinweg vertieft statt. In der ersten davon wird ein Film angesehen (ebd.), in der zweiten wird darüber geredet und im Anschluss daran werden ebenfalls strukturierte Gespräche geführt und Arbeitsblätter bearbeitet (ebd.).

Die Wahrnehmung von eigenen und fremden Gefühlen wird in der Kindergruppe vertieft über zwei Module hinweg durch den Einsatz geeigneter Materialien und Übungen, wie zum Beispiel Mimikkarten gefördert (ebd.). In der Jugendgruppe findet zu diesem Thema nur eine Einheit statt, in der die Übungen aus den beiden Kindermodulen altersangepasst durchgeführt werden (ebd.).

Die Förderung der Kommunikation erfolgt vertieft und erstreckt sich sowohl im Kinder- als auch im Jugendprogramm über zwei Module (ebd.). Im ersten geht es jeweils um die Kommunikation mit Gleichaltrigen, im zweiten um die Kommunikation in der Familie (ebd.). Dazu werden Verhaltensweisen besprochen, erlernt und mithilfe von Rollenspielen eingeübt (ebd.).

Die Wahrnehmung und Stärkung der eigenen Ressourcen erfolgt in einer weiteren Einheit (ebd.). In der Kindergruppe werden dazu beispielsweise kreative Übungen (Schatzkiste) und eine Phantasiereise eingesetzt (ebd.). In der Jugendgruppe wird unter anderem mit der jeweiligen Lieblingsmusik gearbeitet (ebd.).

Um in einer Krisensituation vorbereitet zu sein, wird in der Kinder- bzw. Jugendgruppe im vorletzten Modul ein Hilfekärtchen (oder alternativ einen Notfallplan) angefertigt und

in der Jugendgruppe zusätzlich anhand einer Fallgeschichte über Bewältigungsstrategien gesprochen (ebd.).

Für die Umsetzung des Gruppenangebots wird die hohe Bedeutung einer engen Kooperation verschiedener Einrichtungen (z. B. Kliniken, Rehaeinrichtungen, Ärzte, Therapeuten, Beratungsstelle etc.) betont und Anbietern empfohlen, sich auf eine lange Anlaufzeit des Angebots einzustellen (Schulze et al., 2014, S. 20). Außerdem wird der Zugang zum Angebot über eine möglichst frühzeitige Information durch vertraute, fachlich kompetente Personen wie den behandelnden Arzt, Therapeuten oder Familienhelfer als effektivster Weg empfohlen, da die Hemmschwelle, sich direkt an den Anbieter des Gruppenangebots zu wenden, für die meisten Eltern, zu hoch sei (ebd.). Aktuell findet von der Caritas Ulm-Alb-Donau ein bis zweimal pro Jahr ein gleichnamiges präventives Gruppenangebot mit ca. acht Teilnehmern, auf der Basis des „Echt stark!“- Manuals statt (Weissinger, 2019).

### **2.1.2 Gruppenangebote für Eltern und Kinder am Beispiel von „Kidstime“**

„Kidstime“ ist ein niederschwelliges präventives Workshop-Angebot für Kinder mit psychisch kranken Eltern und deren Familien (Spierling, 2016a, S. 59f). Es wurde in den 1990er Jahren von A. Cooklin in London entwickelt und versteht sich als Angebot, das Kinder in erster Linie entlasten und die psychische Erkrankung der Eltern thematisieren soll (ebd.).

In einer externen Evaluationsstudie wurden Hinweise auf eine positive Wirkung auf Kinder und deren Eltern gefunden (z. B. Abbau von Isolation) (ebd., S. 63). Obwohl im Angebot verschiedene therapeutische Elemente wie Multifamilienarbeit, systemische Therapie, kreative Kindertherapie und Theaterpädagogik kombiniert und eingesetzt werden, auf die im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher eingegangen werden kann, wird betont, dass es sich um keine therapeutische Behandlung der Kinder handelt (ebd.). Vielmehr soll das „Kidstime“-Modell eine Mischung aus Spaß, Spiel und „social event“ (einschließlich Essen) darstellen und die Gelegenheit bieten, Neues zu lernen (Cooklin, Bishop, Francis, Fagin & Asen, 2012, S. 20, eigene Übersetzung). Auf der Basis einer Schulung durch das Londoner Team werden „Kidstime“-Workshops, die sich inhaltlich eng am Londoner Modell orientieren, seit 2015 auch in Deutschland – am Agaplesion Diakonieklinikum in Rotenburg – angeboten (Spierling, 2016, S. 59ff). Obwohl das Projekt in Rotenburg erfolgreich ist und das Team seit 2017 sogar deutschlandweit als einziges berechtigt ist, die zweitägige Ausbildung anzubieten – die Voraussetzung dafür ist, eigenständig „Kidstime“ Workshops anzubieten –, ist die Fi-

finanzierung von „Kidstime“ in Rotenburg nicht gesichert und das Projekt auf Spenden angewiesen (Klingbeil, 2019; Heemsoth, 2018). Auch an anderen Orten wie z. B. in Erlangen-Höchstadt (seit 2018) oder Bremen (seit 2017) werden inzwischen „Kidstime“-Workshops angeboten, die zum Teil, wie in Bremen durch das Jugendamt, sogar vollfinanziert werden (Gesundheitsregionen Plus, 2018; Caritas-Erlangen, 2019; Stürmann, 2017). Im Folgenden wird das Angebot „Kidstime“ in erster Linie am Beispiel des Workshop-Angebots in Rotenburg beschrieben, da dieser Standort in Deutschland über die längste Erfahrung verfügt. Die Rotenburger „Kidstime“-Workshops finden einmal im Monat nachmittags in Form einer halboffenen Gruppe für Familien statt und umfassen ca. 2,5 Stunden (Spierling, 2016a, S. 60f). Der Zugang erfolgt dort in erster Linie über das Sozialpädiatrische Zentrum und die Erwachsenenpsychiatrie des Agaplesion Diakonieklinikums (ebd.). Voraussetzung für die Teilnahme ist ein gemeinsames Vorgespräch zwischen der Familie und dem Leitungsteam (ebd.). Die Anzahl der Familien bei den Treffen kann variieren, da ein Ein- und Ausstieg jederzeit möglich ist, und liegt in Rotenburg, wo inzwischen zwei parallele Gruppen angeboten werden, zwischen 6 und 10 Familien (Spierling, 2016b). Geleitet werden die Workshops von einem multiprofessionellen Team bestehend aus 3 bis 4 Mitarbeitern (ebd.; Spierling, 2016a, S. 59). Ziele des Rotenburger Angebots sind bezogen auf die Eltern Entlastung, gegenseitige Vernetzung, Anregung der Kommunikation über die Erkrankung sowie die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Kinder (ebd., S. 64). Die Kinder sollen mithilfe des Angebots durch Benennung und Ausdruck von Gefühlen, Aufbau sozialer Beziehungen und das Setzen erreichbarer Ziele vor allem in ihrer Resilienz gestärkt werden (ebd., S. 64f). Zudem sollen sie Erklärungen für psychische Krankheiten erhalten, Wege aus der Isolation finden, kindliche Bedürfnisse ausleben und verlässliche Beziehungen zu nichtbetroffenen Erwachsenen erleben können (ebd.).

Die Treffen sind folgendermaßen aufgebaut: Nach dem Eintreffen aller Familien (mit Gelegenheit zu einem kurzen Austausch und etwas zu trinken) findet eine kurze gemeinsame Arbeitsphase aller Teilnehmer statt (ebd., S. 60f). Dabei wird auf das Thema psychische Erkrankungen und auf Beziehungsaspekte im Familienleben anhand von praktischen Übungen eingegangen (ebd., S. 60). Darauf folgt eine ca. einstündige Gruppenphase, in der die Familien in parallel stattfindende Kinder- und Erwachsenen-Gruppen aufgeteilt werden (ebd.). Durch spielerische und kreative Übungen werden die Kinder in der Kindergruppe ermutigt, Erlebnisse aus dem Familienalltag zu erzählen und diese in selbst entwickelten kurzen Theaterstücken darzustellen, die auf Video aufgezeichnet werden (ebd., S. 60f). Ein weiterer zentraler Aspekt der Kindergruppe ist



die Vermittlung von Informationen zu psychischen Erkrankungen (ebd., S. 65). Themen der Erwachsenengruppe sind vor allem der Umgang mit Alltagskonflikten und Stressbewältigung, wobei besonders die Rolle der Kinder in den Familien und ihre Bedürfnisse beleuchtet werden (ebd., S. 65). Auf die Phase in getrennten Gruppen folgt eine gemeinsame Pause, in der alle Familien zusammen Pizza essen (ebd., S. 60). Im Anschluss daran werden die Theaterstücke der Kinder gemeinsam mit den Eltern angesehen, reflektiert und diskutiert (ebd.). Zudem besteht die Möglichkeit, Themen aus der Elterngruppe zu besprechen (ebd.). Das Programm endet mit einer Abschlussrunde und der Verabschiedung (ebd., S. 66).

### **2.1.3 Multimodale bzw. kombinierte Angebote am Beispiel von „Kanu“**

Das multimodale Präventionsprogramm „Kanu“ (Bauer, Driessen, Heitmann und Leggemann, 2013) ging aus einem Forschungsprojekt hervor, das von 2008 bis 2012 stattfand (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 119). Ziele des Projekts waren ein möglichst niedrigschwelliger Zugang, die Förderung der Kooperation und die Unterstützung der Übernahme des Programms in die Regelversorgung bei Nachweis der präventiven Wirksamkeit (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 119f). Es entstand auf der Basis einer Literaturanalyse, Interviews mit Betroffenen zu deren Hilfebedarf und Expertenworkshops (ebd.). Zudem wurde es wissenschaftlich begleitet und evaluiert, indem die Teilnehmer davor und danach sowie sechs Monate nach Abschluss erneut befragt wurden und ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe erfolgte (ebd. S. 120). Dabei gab es Hinweise auf eine positive Wirksamkeit bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und kindlicher Verhaltenspathologien (Linthorst, Bauer, Rehder & Pinheiro, 2013, S. 11f; Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 119). Aktuell findet es vier Mal pro Jahr statt und erreicht durchschnittlich 36 Kinder Jährlich (Post, 2019).

Nach der Projektphase wurde das „Kanu“-Angebot durch die Finanzierung der Stadt Bielefeld und des Klinikums Bethel Bielefeld in die Regelversorgung übernommen (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 49f). Träger ist der Deutsche Kinderschutzbund Ortsverband Bielefeld e. V. (ebd. S. 47). Der Zugang erfolgt über die Klinik Bethel, das Jugendamt, ambulante erzieherische Hilfen, Beratungsstellen, Eingliederungshilfen, niedergelassene Psychotherapeuten, Hausärzte, die örtliche Presse und durch „Mund-zu-Mund-Infos“ zwischen psychisch belasteten Familien (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 50). Es findet in Kooperation zwischen dem Bielefelder Klinikum Bethel mit dem Deutschen Kinderschutzbund und dem Jugendamt in Bielefeld statt (ebd.).

Inhaltliche Ziele sind die Reduktion kindlicher Entwicklungsrisiken sowie die Stärkung von Familien bei der Bewältigung von Belastungen (ebd., S. 47). Es wurde für Familien

mit 6- bis 14-jährigen Kindern und einem psychisch kranken Elternteil entwickelt und besteht aus mehreren Bausteinen (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 120). Die Grundlagen und die einzelnen Themen der Stunden sind ausführlich im dafür entwickelten „Kanu“-Manual (Bauer et al., 2013) beschrieben. Den Kern des Angebots bilden laut Schmenger & Schmutz (2019, S. 47) die beiden parallel stattfindenden Elemente der Kindergruppe und Elterngruppe. Die Gruppen finden in geschlossener Form statt und treffen sich zeitgleich in zehn parallelen Sitzungen sowie einer gemeinsamen Abschlussitzung (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 126). Da in dieser Arbeit der Fokus auf präventiven Gruppenangeboten für betroffene Kinder liegt, erfolgt nun eine ausführliche Beschreibung der Kindergruppe. Danach erfolgt eine knappe Beschreibung der vier weiteren Elemente des multimodalen Angebots.

**Die Kindergruppe** orientiert sich am Präventionsprogramm „Kipkel“ (Steats, 2008), dessen Schwerpunkt auf der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder liegt, und den AU-RYN-Gruppen (Leidner, 1997; Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 129). Die Schwerpunkte von „Kanu“ sind Normalisierung, Umgang mit Gefühlen und die Bewältigung von Belastungen und Krisensituationen (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 126). Für die Durchführung wird aufgrund positiver Erfahrungen eine Gruppengröße von acht bis neun Kindern und eine Leitung durch 2 Gruppenleiter empfohlen (Griepenstroh & Thome, 2012, S. 144). Die Mindestteilnehmerzahl umfasst sechs Kinder (Post, 2019)

Der Aufbau jeder eineinhalbstündigen Einheit besteht aus einem zehnminütigen Eingangsritual, in dem beispielsweise Bewegungsübungen oder eine gemeinsame Befindlichkeitsrunde durchgeführt werden (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 126f). Daran schließt sich der Hauptteil von 45 Minuten an, in dem verschiedene Aktivitäten zum jeweiligen Thema der Stunde angeboten werden (ebd.). Nach einer Pause mit Getränken und Keksen findet ein Abschlussritual statt, bei dem zum Beispiel ein gemeinsames Spiel gespielt oder ein Wunsch für die Woche mitgeben wird (ebd.).

Um Normalisierung zu erreichen und Parentifizierungsprozessen entgegenzuwirken, werden in den Gruppentreffen spielerische und kreative Aktivitäten, wie zum Beispiel der Bau einer Maske oder die Anfertigung einer Collage angeboten, die es den Kindern ermöglichen, Kind zu sein (ebd.). Außerdem können die Kinder im Kontakt mit anderen, deren Eltern auch psychisch erkrankt sind, die entlastende Erfahrung machen, dass ihre Situation kein Einzelschicksal ist (ebd.). Bis 2012 erfolgte die Durchführung einer erlebnispädagogischen Einheit am Ende des Gruppenangebots, die dem Erleben

von Normalität dienen sollte (Bauer et al., 2013). Diese wurde jedoch laut Post (2019) zugunsten eines verstärkten Bedürfnisses nach Psychoedukation aufgegeben.

Damit Kinder lernen, auf ihre Gefühle zu achten und diese benennen zu können, werden verschiedene Emotionen besprochen und Übungen zur Wahrnehmung von Gefühlen (z. B. Hindernislauf mit verbundenen Augen, Hinweiskartenspiel) gemacht (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 128). Ein weiterer Schwerpunkt, der sich über fünf Module erstreckt (Bauer et al., 2013), ist die Förderung von Selbstreflexion und Selbstvertrauen. Dazu werden die drei Aspekte „Fähigkeiten haben“, „Anerkennung und Lob bekommen“ und „Verantwortung übernehmen“ gemeinsam besprochen (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 128f). Um die Widerstandsfähigkeit der Kinder im Umgang mit Belastungen und Krisensituationen zu stärken, werden außerdem theaterpädagogische Übungen eingesetzt, es wird ein Notfallplan erarbeitet und dessen Umsetzung in Rollenspielen eingeübt (ebd.).

Im letzten Modul wird sowohl in der Kinder- als auch in der Erwachsenengruppe ein Film gezeigt und besprochen, in dem es um die elterliche Erkrankung und die Übernahme von Verantwortung geht (ebd.; Bauer et al., 2013). Zum Abschluss findet ein elftes Treffen gemeinsam mit den Eltern statt (Reinisch & Schmuhl, 2012, S. 126).

Die **Elterngruppe** soll Eltern stärken und ermutigen (Lenz, 2017, S. 313). Dort werden Themen wie z. B. Erziehungsstile, Gesprächstechniken sowie Umgang mit Konflikten behandelt (ebd.). Die Themen der einzelnen Stunden sind ausführlich im „Kanu“-Manual beschrieben (Bauer et al. 2013, S.66ff).

In Form von **Eltern-, Kinder- und Familiengesprächen** gibt es für Familien die Möglichkeit, gemeinsam oder getrennt voneinander Gespräche mit den Kanu-Mitarbeitern zu führen (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 48). Dieser Baustein wurde laut Lenz (2017, S. 131) aus dem CHIMPs-Manual (Wiegand-Greve et al., 2011) übernommen. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, Unterstützung durch eine ehrenamtliche **Patenschaft** zu erhalten, die den Kindern langfristig eine gesunde Vertrauensperson zur Seite stellen soll (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 48).

Das „**Kanu**“-Café das (seit 2013) einmal im Monat für zwei Stunden stattfindet, dient zum Kennenlernen des Angebots und richtet sich in niedrighschwelliger Form an Interessierte und Ehemalige (Schmenger & Schmutz, 2019, S. 48; Post, 2019).

Seit 2015 wird zudem eine **Ferienwoche** in den Sommerferienangeboten.

Neu sind außerdem „**Eltern-Kind-Wohlfühlnachmittage**“, die seit 2019 in das Programm mit aufgenommen wurden und regelmäßig stattfinden sollen (Post, 2019).

### 3 Vergleich der ausgewählten Angebote

Im Weiteren erfolgt ein Vergleich ausgewählter Praxisbeispiele. Dazu werden Kategorien gebildet und Angebote tabellarisch gegenübergestellt. Danach erfolgt eine kritische Würdigung, in der Gelingensfaktoren und Stolpersteine hervorgehoben werden.

#### 3.1 Tabellarische Übersicht

Angebotsname	„Echt Stark!“	„Kanu“	„Kidstime“
Angebotsform	Gruppenangebot (in erster Linie) für Kinder	Multimodales Präventionsangebot	Familienzentriertes Gruppenangebot
Übertragbarkeit und Verstetigung	Manual von Schulze et al. auf Basis von Präventions- und Resilienzforschung	Manual von Bauer et al. auf Basis von Präventionsforschung	Manual von A. Cooklin et al. Voraussetzung: 2-tägige Schulung (in Rotenburg oder London)
Evaluationsstudie	Ja, durch Prä- und Postmessungen	Ja, durch Prä- und Postmessungen	Ja, mit Hinweisen auf positive Effekte
Anzahl erreichter Kinder bzw. Familien	Im Durchschnitt ca. 8 bis 16 Kinder pro Jahr	Durchschnittlich 36 Kinder u. Eltern jährlich	Durchschnittlich 16 Familien im Jahr => ca. 25 Kinder jährlich
Rahmenbedingungen:	Geschlossene Kindergruppe kostenfrei 6–8 Kinder (6–12, 13–17 J) Elterngroupe (2 Termine) 2 Gruppenleiter / Gruppe	2 parallele geschlossene Gruppen (Kinder-/Elterngroupe) kostenfrei 8–9 Kinder (6–14 J) jeweils 2 Gruppenleiter/ Gruppe	Halboffene Gruppe kostenfrei 6–10 Familien 3–4 Gruppenleiter für Gesamtgruppe (multiprofessionelles Team; 2-tägige Kidstime-Schulung Voraussetzung)
Anzahl der Termine und Dauer	Vorgespräch + 9 wöchentliche Treffen Dauer: 1,5 h	10 wöchentliche Treffen Dauer: 1,5 h	1 x monatliche unverbindliche Treffen (verbindliches Vorgespräch) Dauer: 2,75–3 h
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoedukation</li> <li>- Stärkung von Affektwahrnehmung</li> <li>- Förderung der Kommunikationsfähigkeit</li> <li>- Stärkung v. Ressourcen</li> <li>- Umgang mit kritischen Situationen</li> </ul>	<u>Kinder:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalisierung</li> <li>- Umgang mit Gefühlen</li> <li>- Bewältigung von Belastungen und Krisensituationen</li> </ul> <u>Eltern:</u> Stärkung und Ermutigung	<u>Kinder:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resilienzförderung</li> <li>- Erklärungen für psychische Krankheiten erhalten</li> <li>- Isolation aufgeben</li> <li>- kindliche Bedürfnisse ausleben können</li> <li>- Erleben verlässlicher Beziehungen zu gesunden Erwachsenen</li> </ul> <u>Eltern:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlastung</li> <li>- Vernetzung</li> <li>- Sprechen über Erkrankung</li> <li>- Aufmerksamkeit für Bedürfnisse der Kinder</li> </ul>
Eingesetzte Methoden, Mittel, Medien	Spiele, kreatives Gestalten, Arbeitsblätter, Mikrokarten, Kinderbücher, Begriffskarten, Hilfekärtchen, Phantasiereise, Film, Musik	Spiele, kreatives Gestalten, Notfallplan, theaterpädagogische Übungen, Rollenspiele, Erlebnispädagogik, psychomotorische Übungen (z. B. Blinder Hindernislauf, Film,...)	Elemente aus Multifamilienarbeit, systemischer Therapie, kreativer Kindertherapie und Theaterpädagogik, Videoaufzeichnung, Gespräche, gemeinsames Essen  Der Workshop soll jedoch keine therapeutische Behandlung sein

Angebotsstruktur	- Einstiegsrunde - Hausaufgabe - Arbeitsphase - Kreativ-/Spielphase - Abschlussrunde	- Eingangsritual - Hauptteil (45 min) - Abschlussritual (1. + 10. Treffen gemeinsam mit Elterngruppe (8. Treffen: erlebnispädagogische Aktion (Kindergruppe))	- Eintreffen der Familien - kurze gemeinsame Arbeitsphase (1/2 h) - parallele Eltern-/Kind-Gruppe (1 h) - Pause (mit Pizza ½ h) - gemeinsame Reflexion von Theaterstücken der Kinder (auf Video) (1/2 h) - Abschlussrunde
Zugangswege und Netzwerkstrukturen	Hinsichtlich des Zugangs wird große Bedeutung von enger Kooperation im Manual betont.  Empfohlener Zugang: frühestmögliche Information über fachlich kompetente Personen: behandelnder Arzt, Therapeut, Familienhelfer etc.	Zugangswege über: Klinik, Jugendamt, ambulante erzieherischen Hilfen, Beratungsstellen, Eingliederungshilfen, niedergelassene Psychotherapeuten, Hausärzte, örtliche Presse, „Mund-zu-Mund-Infos	Über Erwachsenenpsychiatrie und Selbstmeldung (Agaplesion Diakonieklinik Rotenburg)  Sozialpädagogisches Zentrum  Kontaktaufnahme über Dritte (z. B. Schulen)
Finanzierung	Finanzierung durch das Jugendamt Ulm	Finanzierung gesichert durch Stadt Bielefeld und Klinikum Bethel	Je nach Standort: in Bremen Finanzierung durch Jugendamt, in Rotenburg auf Spendenbasis

(Die Inhalte der Tabelle auf S. 35 beziehen sich auf die unter II 2 bis II 2.1.3 angegebenen Quellen: (Lenz, 2017), (Griepenstroh & Thome, 2012), (Linthorst et al.; 2013), (Reinisch & Schmuhl, 2012), (Bauer et al., 2013), (Gesundheitsregionen Plus, 2018), (Caritas-Erlangen, 2019), (Stürmann, 2017), (Klingbeil, 2019), (Heemsoth, 2018), (Cooklin, 2012), (Spierling, 2016a), (Caritas, 2019), (Schulze et al., 2014), (Hoff & Pietsch, 2012), (Schmenger & Schmutz, 2019) (Weissinger, 2019).

### 3.2 Vergleich und kritische Würdigung

Die Inhalte dieses Unterpunkts beziehen sich auf die unter II 2 bis II 2.1.3 angegebenen Quellen: (Lenz, 2017), (Griepenstroh & Thome, 2012), (Linthorst et al.; 2013), (Reinisch & Schmuhl, 2012), (Bauer et al., 2013), (Gesundheitsregionen Plus, 2018), (Caritas-Erlangen, 2019), (Stürmann, 2017), (Klingbeil, 2019), (Heemsoth, 2018), (Cooklin, 2012), (Spierling, 2016a), (Caritas, 2019), (Schulze et al., 2014), (Hoff & Pietsch, 2012), (Schmenger & Schmutz, 2019).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Leitgedanke, ein möglichst breites Spektrum an gelingenden Gruppenangeboten abzubilden, um daraus Empfehlungen für die künftige Gestaltung von Gruppenangeboten abzuleiten zu können, eine starke Heterogenität der Angebote mit sich bringt, was einen direkten Vergleich erschwert. Daher geht die Verfasserin anhand der obigen Tabelle zunächst auf Gemeinsamkeiten der drei ausgewählten Praxisbeispiele ein, die sich bei der Durchführung von Gruppenangeboten offenbar bewährt haben und als Gelingensfaktoren gewertet werden können. Im Anschluss werden die Unterschiede der Programme betrachtet, die entweder besonde-

re Gelingensfaktoren für das jeweilige Angebot darstellen oder als Stolpersteine identifiziert werden können.

Gemeinsam ist den drei ausgewählten Angeboten, dass es sich bei allen um präventive Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern handelt, in die die Eltern (unterschiedlich stark) einbezogen werden. Die Angebote beruhen alle auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Präventionsforschung, liegen jeweils in manualisierter, stark strukturierter Form vor und wurden hinsichtlich der Effektivität mit positiven Ergebnissen evaluiert. Zudem werden mit den Angeboten verhältnismäßig viele betroffene Kinder erreicht (siehe Tabelle 3.1). Dadurch können diese Gruppenangebote nach Meinung der Verfasserin als qualitativ hochwertig bezeichnet werden und sind zudem auch auf andere Standorte übertragbar.

Für die Durchführung der Gruppenangebote „Echt stark“ und „Kanu“ werden ähnliche Rahmenbedingungen empfohlen: eine Gruppengröße von sechs bis acht Kindern bei „Echt Stark!“ bzw. acht bis neun Kindern bei „Kanu“, zwei qualifizierte Gruppenleiter, zehn Treffen, ein gemeinsamer Beginn mit der Familie, geschlossenes Gruppenformat und eine Dauer von eineinhalb Stunden. Die Rahmenbedingungen der „Kidstime“-Workshops weichen stark von dieser Struktur ab. So stellen diese Workshops in sich abgeschlossene Einheiten dar, in die ein Ein- und Ausstieg jederzeit möglich ist (= halboffene Gruppe), die Gruppengröße ist mit ca. zehn teilnehmenden Familien deutlich größer und die Dauer der einzelnen Einheiten länger. Gemeinsame Ziele der verglichenen Praxisbeispiele sind die Stärkung und Entlastung von Kindern psychisch kranker Eltern und deren Eltern, die Förderung der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen, das Ausleben kindlicher Bedürfnisse im Kontakt mit Gleichgesinnten (Normalisierung), die Enttabuisierung der psychischen Erkrankung und die Entwicklung eines Krankheitsverständnisses sowie die Förderung der Bewältigung von kritischen Situationen. Dabei setzt „Echt Stark“ den Fokus eher auf den Aspekt der Psychoedukation, wohingegen der Schwerpunkt bei „Kanu“ und „Kidstime“ eher auf dem Wahrnehmen und dem Ausleben der eigenen Bedürfnisse der Kinder liegt.

Bezüglich des Zugangs zu den Angeboten wird deutlich, dass die Vernetzung und Kooperation verschiedener Einrichtungen und Professionen bei allen Angeboten stark betont wird und als wichtiger Faktor für das Erreichen der Zielgruppe betrachtet werden kann. So wird bei allen drei Angeboten die Bedeutung von Kooperation und Netzwerken betont, um über das Angebot zu informieren, es regional bekannt zu machen und Zugang zu den Familien zu finden. Dabei wird eine Vielzahl an Kooperationspartnern genannt (z. B. Jugendamt, Beratungsstellen, Kinderschutzbund, psychiatrische Klini-

ken, Ärzte, Therapeuten etc.). Als besonders günstiger Zugangsweg erweist sich eine möglichst frühe Information über (psychiatrische) Kliniken, Ärzte, Therapeuten etc. . Hinsichtlich der Finanzierung lässt sich feststellen, dass eine gesicherte Finanzierung präventiver Gruppenprogramme noch immer nicht die Regel ist und sogar diese Positivbeispiele nur zum Teil regelfinanziert werden.

#### Besondere Gelingensfaktoren der betrachteten Angebote:

„Echt Stark“: Verstetigung durch manualisierte Form gegeben, Einbeziehung der Eltern in die Gruppenarbeit (durch Vorgespräch und zweimalig stattfindende begleitende Elternarbeit), für eine große Altersspanne der Teilnehmer (6–17 Jahre) anwendbar.

„Kanu“: Verstetigung durch manualisierte Form möglich, breites Angebotsspektrum mit niederschweligen Elementen (z. B. Café-Angebot), wodurch die Hemmschwelle sinkt, Attraktivität der Angebote (erlebnispädagogische Elemente), Kommstruktur bei der Teilnehmergebung (Klinik geht auf Familien zu), hoher Bekanntheitsgrad durch starke Kooperation und Netzwerkarbeit, starke Einbeziehung der Eltern, Familienarbeit, gesicherte Finanzierung.

„Kidstime“: Verstetigung des Kidstime-Konzepts durch Manual und verpflichtende Teilnahme an zweitägiger Schulung (durch akkreditiertes Ausbildungsteam) möglich, niederschwelliger Zugang durch halboffene Gruppe mit Einbeziehung der gesamten Familie, hoher Bekanntheitsgrad durch starke Kooperation und Netzwerkarbeit, attraktive Programmpunkte (Theaterpädagogik, spielerische Elemente, Pizzaessen), attraktiver Charakter eines „social events“, zum Teil gesicherte Finanzierung.

#### Stolpersteine der betrachteten Angebote:

„Echt Stark“: Im Manual wird die Schwierigkeit betont, die Zielgruppe zu erreichen (dabei wird darauf hingewiesen, dass manche Familien bis zu einem Jahr benötigen, um sich für die Teilnahme zu entscheiden (Schulze et al., 2014, S. 20). Dies könnte damit zusammenhängen, dass stark kindzentrierte Gruppenangebote für Eltern oft mit einer besonders großen Hemmschwelle verbunden sind (Gorspott, 2011, S. 122). Ein geschlossenes Gruppenangebot bindet Kinder und Eltern für mindestens zehn Wochen an einem Wochentag zeitlich.

„Kanu“: Geschlossenes Gruppenangebot, das Kinder und Eltern für mindestens zehn Wochen zeitlich an einem Wochentag bindet, die Altersangabe 6 bis 14 Jahre führt zu einer Beschränkung der Zielgruppe.

„Kidstime“: Halboffenes Gruppensetting kann zu relativ kurzer Teilnahme führen und damit die Zielerreichung gefährden sowie ein tieferes Einlassen auf die Themen erschweren, häufig wechselnde Teilnehmer bieten keine vertraute Atmosphäre, Gefahr von Kontaktabbrüchen, viele hochgesteckte Ziele für einen dreistündigen Workshop ohne verpflichtende Teilnahme, altersgerechte Information erscheint ohne Altersbeschränkung der Kinder als Herausforderung.

#### **4 Exkurs: Hilfebedarf und Inanspruchnahme präventiver Gruppenangebote – Problem der Erreichbarkeit der Zielgruppe**

In diesem Exkurs werden Hilfebedarf und Inanspruchnahme von präventiven Gruppenangeboten gegenübergestellt und das damit verbundene Problem der Erreichbarkeit der Zielgruppe erörtert.

Wie im zweiten Kapitel erläutert, stellen Kinder psychisch kranker Eltern eine Hochrisikogruppe dar, die theoretisch von der Teilnahme an präventiven Unterstützungsangeboten profitieren würde. Vielen psychisch kranken Eltern ist in der Regel auch bewusst, dass ihre Kinder Hilfe benötigen (Jungbauer, 2010, S. 29), und auch die betroffenen Kinder selbst äußern, wenn sie danach gefragt werden, den Wunsch nach Unterstützung in Form von Krankheitsaufklärung, Einbeziehung in die Behandlung und Anti-Stigmatisierungskampagnen (Lenz, 2014a, S. 133ff). Die Mehrzahl der Kinder wünscht sich sogar explizit spezielle Gruppenangebote mit Austausch- und Kontaktmöglichkeiten zu anderen betroffenen Kindern (ebd.).

Geht man von den geschätzten Zahlen nach Mattejat (2014, S. 74f) aus, kommt man zudem auf die beträchtliche Anzahl von 3 Mio. betroffenen Kindern in Deutschland. Jedoch werden professionelle Unterstützungsangebote aus unterschiedlichen Gründen häufig von den Eltern nicht wahrgenommen (Lenz, 2014a, S. 76). Besonders Gruppenangebote gelten dabei als relativ hochschwellige Angebotsform (Deneke, 2011, S. 89).

Doch was sind die Ursachen für die geringe Erreichbarkeit der Zielgruppe? Die Hauptgründe für die mangelnde Versorgung der Zielgruppe sind laut Studienergebnissen Vorbehalte der Eltern gegenüber institutionellen Hilfen gepaart mit Ängsten vor Sorgerechtsentzug (30 % der Eltern suchen deswegen keine Hilfe) sowie die Angst vor Stigmatisierung (28 % der Eltern befürchten dies) (Lenz, 2014a, S. 76f). Zudem kennen viele Eltern die Unterstützungsangebote und ihre Rechtsansprüche nicht und fühlen sich mit der Suche danach auch überfordert (ebd.). Auch die Symptomatik der elterlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel Antriebsmangel oder Zweifel am Nutzen der



Angebote werden als Gründe genannt, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen (Griepentrost & Thome, 2012, S. 139), (Jungbauer, 2010, S. 29).

Davon abgesehen weisen Fegert, Kölch und Ziegenhain (2014, S. 108) darauf hin, dass viele Versorgungsprobleme betroffener Kinder auch dadurch entstehen, dass Zuständigkeiten bei verschiedenen Professionen und Systemen liegen. Das Problem daran ist folgendes: „Eine strukturierte Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist nirgendwo als verbindlich zu leistende Arbeit niedergelegt; sie ist strukturell im System [...] nicht vorgesehen (Kölch & Schmid, 2014, S. 123). Zwar wird Kooperation von den Beteiligten ein hoher Stellenwert beigemessen, gleichzeitig wird sie jedoch als zeitaufwändig betrachtet (Lenz, 2014a, S. 337). In der Praxis scheitert sie häufig auch an voneinander abweichenden fachlichen Vorstellungen und Handlungsweisen oder an Unterschieden in den gesetzlichen Aufträgen oder bei den Finanzierungsformen (Schone & Wagenblass, 2006, S. 96).

## **5 Empfehlungen für die Gestaltung von präventiven Gruppenangeboten für Kinder mit psychisch kranken Eltern**

Wie im Exkurs beleuchtet stellen Kinder psychisch kranker Eltern trotz Interesse und vorhandenem Hilfebedarf eine schwer zu erreichende Zielgruppe für präventive Gruppenangebote dar. Dennoch gelingt es den in dieser Arbeit beschriebenen Praxisbeispielen, aber auch anderen präventiven Gruppenangeboten erfolgreich, eine zufriedenstellende Anzahl an Teilnehmern zu gewinnen. Im Folgenden werden anhand der unter III 3.2 ermittelten Gelingensfaktoren Empfehlungen für die Gestaltung präventiver Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern gegeben. Im Anschluss erfolgen Überlegungen zur Versorgungssituation mit präventiven Gruppenangeboten im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen.

### **5.1 Empfehlungen für die Entwicklung von präventiven Gruppenangeboten**

Für die Gestaltung von präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern lassen sich nach Ansicht der Verfasserin durch den Vergleich von drei unterschiedlichen positiven Praxisbeispielen folgende Empfehlungen für die Praxis ableiten.

### **5.1.1 Professionalisierung und Qualität**

Um eine möglichst hohe Qualität und Professionalisierung zu erzielen, kann empfohlen werden, ein präventives Gruppenangebot auf Basis eines bereits bestehenden oder neu zu entwickelnden Manuals oder Konzepts durchzuführen.

### **5.1.2 Einbeziehung von Eltern und Familien**

Ein besonders wichtiger Faktor für das Gelingen von präventiven Gruppenangeboten stellt die Einbeziehung der Eltern in das Gruppenangebot dar. Dies spiegelt sich auch bei den unter III 2.1.1 bis III 2.1.3 beschriebenen Positivbeispielen wieder, in denen Elternarbeit ein wichtiger Bestandteil ist. Auch Schone und Wagenblaus (2006, S. 229) weisen darauf hin, dass die Teilnahme an Gruppenangeboten für Kinder der Zustimmung der Eltern bedarf und die Angebote nur dann erfolgreich und effektiv sein können, wenn zugleich Elternarbeit erfolgt.

Auch die direkte Zusammenarbeit von Familien bzw. Eltern und Kindern, wie dies phasenweise bei „Kidstime“ oder „Kanu“ erfolgt, kann empfohlen werden, weil dadurch auf Ressourcen der gesamten Familie zurückgegriffen werden kann. Zudem kann ein Setting, das die gesamte Familie miteinbezieht, für Familien, in denen Kinder stark parentifiziert und mit ihren Eltern verstrickt sind, passender sein als eine reine Kindergruppe, die gerade von jüngeren Kindern in Familien mit deutlichen Grenzstörungen schnell als trennend und bedrohlich erlebt werden kann (Lenz, 2014a, S. 298).

### **5.1.3 Niedrigschwelliger Zugang**

Die große Bedeutung eines möglichst niedrigschwelligen Zugangs zum Gruppenangebot wird in allen drei beschriebenen Angeboten hervorgehoben.

#### **5.1.3.1 Breites Angebotsspektrum „aus einer Hand“**

Empfehlenswert scheint auch ein möglichst breites Angebotsspektrum aus einer Hand zu sein, wie dies bei multimodalen bzw. kombinierten Angeboten wie z. B. „Kanu“ der Fall ist. Solche Angebotsformen sind nach Meinung der Verfasserin mit besonders vielen Vorteilen verbunden. Zum einen können hier bestimmte Angebotsbausteine Türöffnerfunktion haben, wie bei „Kanu“ z. B. das Café-Angebot, das einen besonders niedrigschwelligen Zugang ermöglicht. Betroffene Familien können so einzelne Angebote sowie Mitarbeiter schrittweise kennenlernen, Vertrauen fassen, Ängste abbauen und sich langsam annähern. Zudem kann ein multimodales Angebot wie z. B. „Kanu“ durch die größere Angebotspalette eine größere Zielgruppe ansprechen und einen höheren Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit erreichen als ein isoliertes Gruppenangebot.

### **5.1.3.2 Hohe Bekanntheit des Angebots**

Um betroffenen Kindern und deren Familien einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu den präventiven Gruppenangeboten zu ermöglichen, kann den Anbietern empfohlen werden, in regelmäßigen Abständen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken über ihre präventiven Gruppenangebote zu informieren. Als Informationsgrundlage für Kooperationspartner und Betroffene könnten ansprechend gestaltete Flyer dienen, die Ziele und Struktur der regionalen präventiven Gruppenangebote für betroffene Kinder kurz beschreiben und Kontaktdaten enthalten.

### **5.1.3.3 Kooperationsbeziehungen pflegen**

Sehr viel Wert sollte auf die Pflege von Kooperationsbeziehungen zu klinischen und niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten gelegt werden, da diese einen sehr guten und frühen Zugang zu betroffenen Eltern haben und daher besonders dafür geeignet wären, Betroffene frühzeitig über Präventionsangebote für ihre Kinder zu informieren. Dies hat sich auch bei den Angeboten von „Kanu“ und „Kidstime“ bewährt. Die Pflege von Kooperation und Netzwerkarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe, aber auch zu anderen Einrichtungen, die mit der Zielgruppe arbeiten, wird in allen hier beschriebenen Präventionsangeboten besonders betont und gilt als sehr empfehlenswert, da sie einen wichtigen Erfolgsfaktor für derartige Angebote darstellt.

### **5.1.3.4 Attraktive Angebotselemente**

Um die Zielgruppe besser anzusprechen, scheint auch die Integration attraktiver Angebotselemente wie z. B. erlebnispädagogische Einheiten, Theaterpädagogik oder kreative Angebote wie Videoarbeit vorteilhaft zu sein. Auch die Gestaltung des Angebots als „social event“ wie bei „Kidstime“ kann sich positiv auf die Gewinnung von Teilnehmern auswirken und kann daher empfohlen werden.

### **5.1.4 Gesicherte Finanzierung**

Um eine nachhaltige Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern zu gewährleisten, muss außerdem dringend empfohlen werden, die Finanzierung derartiger Angebote dauerhaft sicherzustellen und diese als festen Bestandteil in die Regelversorgung mitaufzunehmen, anstatt sie weiterhin über zeitlich befristete Projekte oder ausschließlich über Spenden zu finanzieren.

## 5.2 Überlegungen zur Versorgungssituation von Kindern psychisch kranker Eltern mit präventiven Gruppenangeboten im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen

An dieser Stelle soll auf die aktuelle Versorgungssituation im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen mit präventiven Gruppenangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern eingegangen werden. Davon ausgehend erfolgen Überlegungen, ob und – wenn ja – welche Schritte unternommen werden sollten, um das aktuelle Angebot zu optimieren.

Im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen mit ca. 750.000 Einwohnern existieren aktuell drei präventive Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern: zwei in Nürnberg und seit Anfang 2019 eines in Erlangen-Höchstadt.

In Nürnberg wird von der Erziehungsberatungsstelle der Caritas eine Gruppe für Kinder von acht bis zwölf Jahren mit je zehn Treffen angeboten, die laut Information der Gruppenleiterin Frau Schmeußner (2019), zweimal jährlich angeboten wird, jedoch nur einmal pro Jahr, mit drei bis sieben Kindern zu Stande kommt. Eine weitere Gruppe für Jugendliche von 13 bis 17 Jahren, mit drei bis vier je zweistündigen Treffen, wird von der Stadtmission Nürnberg, ebenfalls zweimal jährlich angeboten, findet jedoch ebenfalls seit Jahren nur einmal pro Jahr mit bis zu fünf Teilnehmern statt (Harder, 2019).

Seit Anfang 2019 hat sich die Anzahl erreichter Kinder im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen jedoch, durch das „Kidstime“-projekt, das im Rahmen der Gesundheitsregionen Nürnberg, Fürth und Erlangen-Höchstadt/ Erlangen von 2018 bis 2020 bewilligt wurde (Gesundheitsregionen Plus, 2018) und mit dem aktuell etwa sechs bis sieben Familien bzw. zehn Erwachsene und neun Kinder, erreicht werden (Kern, 2019) erfreulicherweise nahezu verdoppelt.. Hier bleibt zu hoffen, dass sich dieses Projekt etabliert und verstetigt wird.

Fasst man alle Angebote zusammen, wurden im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen folglich pro Jahr vor Anfang 2019 nur ca. acht bis zwölf betroffene Kinder und seit Anfang 2019, durch die Erweiterung der Angebote durch das „Kidstime“-projekt immerhin 17 bis 21 betroffene Kinder mit präventiven Gruppenangeboten erreicht.

Angesichts einer von der Verfasserin geschätzten Anzahl von 28.000 betroffenen Kindern im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen (orientiert an der Schätzung von Mattejat (2014, S. 74f), gibt die geringe Anzahl der erreichten Kinder in dieser Region jedoch trotz der positiven Entwicklung durch das „Kidstime“-projekt in Erlangen/ Erlangen-Höchstadt zu denken. Dies wird auch deutlich im Vergleich mit Angeboten in anderen Regionen, die mehr Teilnehmer erreichen. So werden beispielsweise mit dem „Kanu“-Angebot in Bielefeld (ca. 330.000 Einwohner) ca. 36 Kinder (Post, 2019), mit dem „Kidstime“ Angebot in Rotenburg (ca. 22.000 Einwohner) ca. 25 Kinder pro Jahr (Spierling,

2019) und mit dem multimodalen Angebot „Akisia“ in Aachen (ca. 250.000 Einwohner) im Jahr 2010 ca. 33 Kinder (Magolei & Jungbauer, 2010, S. 246) erreicht.

Doch welche Schritte müssten unternommen werden, um im Großraum Nürnberg-Fürth-Erlangen noch mehr betroffene Kinder mit präventiven Gruppenangeboten zu erreichen? Leider lässt sich diese interessante Frage aufgrund der Komplexität im Rahmen dieser Arbeit nicht beantworten. An dieser Stelle kann lediglich grob skizziert werden, welches Vorgehen dafür nach Ansicht der Verfasserin auf Grundlage der Ergebnisse des Vergleichs der positiven Praxisbeispiele empfohlen werden könnte.

Zunächst müssten nach Ansicht der Verfasserin die spezifischen Ursachen für die geringe Beteiligung ermittelt werden. Dazu scheint es sinnvoll zu sein, empirische Forschungsstudien durchzuführen, die die aktuellen präventiven Gruppenangebote analysieren, Betroffene zu ihrem Bedarf und ihrem Kenntnisstand bzgl. entsprechender regionaler Angebote zu befragen, Anbieter bzgl. der Voraussetzungen für die Durchführung der Gruppenangebote zu befragen und abzuklären, inwiefern sich wichtige Kooperationspartner (z. B. klinische und niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten) zuständig fühlen, Eltern und Kinder über regionale präventive Gruppenangebote zu informieren.

Je nachdem, welche konkreten Ursachen dabei ermittelt werden, könnten in weiteren Schritten dementsprechend geeignete Maßnahmen ergriffen und spezifische Empfehlungen gegeben werden, um die regionale Versorgungslage von Kindern psychisch kranker Eltern in der Region zu verbessern. Mögliche Maßnahmen in Abhängigkeit von den ermittelten Ursachen könnten zum Beispiel sein: Veränderung bestehender Konzepte und Strukturen, Verbesserung der Zugangswege, Einrichtung weiterer Gruppenangebote, Verbesserung von Kooperationsbeziehungen, Steigerung der Bekanntheit der regionalen Angebote (z. B. durch Informationsveranstaltungen, Zeitungsbeiträge, Flyer, Aktionstage etc.) oder Angebote möglichst „aus einer Hand“ (z. B. durch intensive Netzwerkarbeit oder Implementierung einer multimodalen bzw. kombinierten Angebotsstruktur). Nach der Durchführung der ermittelten Maßnahmen sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob diese erfolgreich sind und langfristig zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungslage in der Region führen.

#### IV. Fazit und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, wie vielschichtig und komplex das Thema Kinder psychisch kranker Eltern ist und dass mehr Kinder von dieser Situation betroffen sind, als häufig angenommen wird.

Einerseits können Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund der zahlreichen, sich gegenseitig verstärkenden Risikofaktoren (siehe II. 3) als Hochrisikogruppe bezeichnet werden und haben einen hohen Unterstützungsbedarf. Da sich Kinder psychisch kranker Eltern wie im Exkurs (siehe III. 4) beschrieben, explizit die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen wünschen, scheinen präventive Gruppenangebote grundsätzlich eine gute Möglichkeit zu sein, um eine angemessene Unterstützung zu bieten. Welche Faktoren dazu führen, dass sie dennoch eine schwer zu erreichende Zielgruppe für derartige Angebote darstellen, wurde ebenfalls in diesem Exkurs behandelt.

Bei der Beantwortung der Frage, welche Empfehlungen für die weitere Entwicklung präventiver Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern gegeben werden können, um die Zielgruppe damit möglichst gut zu erreichen, spielen aufgrund der komplexen Problematik ebenfalls unterschiedliche Faktoren eine Rolle. In dieser Arbeit konnten diesbezüglich durch die Beschreibung und den Vergleich von unterschiedlichen positiven Praxisbeispielen präventiver Gruppenangebote lediglich allgemeine Empfehlungen ermittelt werden, die zum Gelingen eines präventiven Gruppenangebots beitragen können. So kann empfohlen werden, präventive Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern auf der Basis eines qualitativ hochwertigen Konzepts oder Manuals durchzuführen und sowohl die Eltern als auch möglichst die ganze Familie miteinzubeziehen. Außerdem ist es zur Gewährleistung einer dauerhaften und flächendeckenden Versorgung wichtig, dass präventive Gruppenangebote durch eine geeignete Finanzierungsform Teil der Regelversorgung werden. Einen entscheidenden Faktor für das Gelingen von präventiven Gruppenangeboten stellt außerdem ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zu dieser schwer zu erreichenden Zielgruppe dar. Daher kommt der Pflege von Kooperationsbeziehungen und hier besonders zu Kooperationspartnern, die einen leichten Zugang zur Zielgruppe haben, wie beispielsweise Psychiater, Therapeuten etc. eine hohe Bedeutung zu. Des Weiteren kann für einen niedrigschwelligen Zugang empfohlen werden, den Bekanntheitsgrad des Angebots in der Region zu steigern, das Angebot gemeinsam mit anderen Angeboten für die Zielgruppe und deren Eltern „aus einer Hand“ anzubieten oder besonders attraktive Elemente wie beispielsweise erlebnispädagogische Einheiten in das Programm mitaufzunehmen.

Wie in dieser Arbeit gezeigt werden konnte, erfahren Kinder psychisch kranker Eltern heute in Wissenschaft und Forschung bereits deutlich mehr Aufmerksamkeit, als dies noch vor der Jahrtausendwende der Fall war. Auch gibt es inzwischen eine umfangreiche Fachliteratur, die sich mit vielen Fragen und Hintergründen dieses Themas auseinandersetzt. Zudem ist die Zielgruppe auch in der Praxis stärker beachtet worden und es existieren laut Schmenger und Schmutz (2019, S. 18) inzwischen eine Vielzahl an Präventionsangeboten für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Da es bisher jedoch keine verlässlichen Bezugsgrößen oder Kennzahlen gibt, ist noch ungeklärt, inwiefern das aktuelle Angebot den tatsächlichen Bedarf quantitativ und qualitativ decken kann (ebd.). Wünschenswert wären daher Studien, mit denen die jeweilige regionale Versorgungslage ermittelt und Versorgungsdefizite erkannt werden könnten, um darauf mit gezielten Maßnahmen eingehen zu können.

Wünschenswert wäre außerdem eine bessere Evaluation der präventiven Angebote. So kritisiert Albert Lenz, dass die Mehrzahl präventiver Angebote in Deutschland für diese Zielgruppe mit Ausnahme des Interventionsprogramms „Hoffnung, Sinn und Kontinuität“ von Beardslee (2009) nur hinsichtlich der Effektivität, jedoch nicht bezüglich der Effizienz evaluiert wurde und die Evaluation in diesem Bereich deswegen nur einem niedrigen Standard entspricht (Lenz, 2014a, S. 247f). Auch in diesem Bereich besteht also noch Forschungsbedarf.

Es bleibt zu hoffen, dass sich aufgrund der Ergebnisse der Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern, der hierzu veröffentlichten Expertisen und der weiteren Forschung auf diesem Gebiet möglichst bald in Deutschland eine flächendeckende Versorgung für Kinder psychisch kranker Eltern mit wirksamen Präventionsangeboten im Rahmen der Regelversorgung sicherstellen lässt.

## Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: Psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anding, J., Böge, I., Christiansen, H., Corpus, N., Demski-Minßen, W., Donath, L., Fegert, J. M., Franz, M., Kölch, M., Lenz, A., Munk, I., Salgo, L., Schepker, R., Schmid, M. und Ziegenhain, U. (2014). „Neuköllner Erklärung“. Interdisziplinär gestaltete Hilfen aus einer Hand und mischfinanzierte Versorgungsangebote – eine Utopie?. In M. Kölch & U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. (S. 40–79). Weinheim und Basel: Beltz.

Anthony E.J. (1980): Kinder manisch-depressiver Eltern. In H. Remschmidt (Hrsg.), Psychopathologie der Familie und kinderpsychiatrische Erkrankungen (S. 12–34). Bern: Huber.

Bowlby, J. (1982): Attachment and loss: Vol 1. Attachment (2. Edition). New York. Basic Books.

Bauer, U., Driessen, M., Heitmann, D. und Leggemann, M. (2013). Psychische Erkrankungen in der Familie. Das Kanu-Manual für die Präventionsarbeit. Arbeitshilfe 29. Köln: Psychiatrieverlag.

Beardslee, W.R. (Hrsg.). (2009). Hoffnung, Sinn & Kontinuität. Ein Programm für Familiendepressiv erkrankter Eltern. Tübingen: dgvt.

Carlson, E, & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachmenttheory to developemenal psychopathology. In D. Cicchetti D. J. Cohen (Hrsg.), Developmental psychopathology: Theory and methods (Vol.1, S. 581–617). New York: Wiley.

Cooklin, A., Bishop, P., Francis, D., Fagin, L. & Asen, E. (2012). The kidstime workshops. A multi-family intervention for the effects of parental mental illness. London: CMHS Publications.



Christiansen, H., Anding, J. und Donath, L. (2014): Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch & U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. (S. 80–106). Weinheim und Basel: Beltz.

Deneke, C. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 141 – 154). Göttingen: Hogrefe.

Deneke, C., Beckmann, O. & Dierks, H. (2008). Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte (S. 63–81). Tübingen: dgvt.

Deneke, C. (2011). Überblick über die Entwicklung und Projekte in Hamburg – SeelenNot, AURYN-Gruppen und Eltern-Baby-Arbeit. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 84–95). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

Ende, M. (1979). Die unendliche Geschichte. Thienemann: Stuttgart.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2011). Resilienz (2., neu bearbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Franke, A. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit (3., neu bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.

Fegert, J.M., Kölch, M, Ziegenhain, U. (2014). Rahmenbedingungen für eine bessere Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern – Ein Plädoyer zur Überwindung der Versäulung. In M. Kölch & U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. (S. 123–141). Weinheim und Basel: Beltz.

Gorspott, M. (2011). AURYN in Leipzig – vom Projekt zur Beratungsstelle. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S.121–132). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

Griepenstroh, J. & Thome, J. (2012). Das Kanu-Projekt: erste Erfahrungen zur Durchführung des Angebots. In U. Bauer & A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), Prävention mit psychisch kranken Eltern. Bedarf, Koordination, Praxisforschung (S. 139–148). Wiesbaden: Springer VS.

Habers, I., Stelling K. & Jungbauer J. (2010). Zwischen Autonomie und Verantwortung: Jugendliche mit psychisch kranken Eltern (überarbeitete Fassung). In J. Jungbauer (Hrsg.), Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die soziale Arbeit (S. 131–160). Opladen, Flamington Hills: Barbara Budrich.

Heinrichs, N. & Lohaus, A. (2011): Klinische Entwicklungspsychologie kompakt. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Weinheim, Basel: Beltz.

Hurrelmann, K. (2000). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.

Jungbauer, J. (2002). Partner schizophrener Patienten: Belastungslagen – Bewältigungsstrategien – Lebensentwürfe. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Jungbauer, J. (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind – Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In J. Jungbauer (Hrsg.), Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die soziale Arbeit (S. 14–46). Opladen, Flamington Hills: Barbara Budrich.

Kölch, M., Schmid, M. (2014). Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In U. Bauer & A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), Prävention mit psychisch kranken Eltern. Bedarf, Koordination, Praxisforschung (S. 139–148). Wiesbaden: Springer VS.

Kuhn, J., Lenz, A. & Jungbauer, J. (2011). Stressbewältigung bei Kindern schizophrene erkrankter Eltern. In F. Matthejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 299–314). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2014a). Kinder psychisch kranker Eltern (2., neu bearbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Lenz, A. (2014b): Kinder psychisch kranker Eltern. Risiken, Resilienzen und Interventionen. In M. Kölch & U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. (S. 40–79). Weinheim und Basel: Beltz.

Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2016). Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.

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

Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, & G. M. Fingerle & M. A. Freytag (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S. 37–58). München: Ernst Reinhardt.

Magolei, V. & Jungbauer J. (2010). Von der Theorie zur Praxis: AKisiA – ein Hilfsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern. In J. Jungbauer (Hrsg.), Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die soziale Arbeit (S. 201–252). Opladen, Flamington Hills: Barbara Budrich.

Main, M. & Salomon, J. (1990). Procedures of Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg & D. Cicchetti & E.M. Cummings (Hrsg.), Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention (p.121–182). Chicago: The University of Chicago.

Martens, J. & Begus, B.M. (2018). Das Geheimnis seelischer Kraft. Wie Sie durch Resilienz Schicksalsschläge und Krisen überwinden (2., neu bearbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Mattejat, F. & Lenz, A & Wiegand-Grefe, S. (2011). Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 13–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mattejat F. (2014). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Hrsg.), Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (4. Neubearbeitete Auflage). Köln: Balance buch + medien.

Reinisch, A. & Heitmann, D. & Griepenstroh, J. (2011). Präventionsangebote und -projekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland – ein Überblick. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 62–83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reinisch A. & Schmuhl M. (2012). Das Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern „Kanu – Gemeinsam weiterkommen“. In U. Bauer & A. Reinisch & M. Schmuhl (Hrsg.), Prävention mit psychisch kranken Eltern. Bedarf, Koordination, Praxisforschung (S. 118–138). Wiesbaden: Springer VS.

Romer, G., Möller, S. & Wiegand-Grefe, S. (2011). „Wenn Eltern zerstörbar werden...“ – Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 27–43). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmoranz M. & Müller J. (2016). Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ein Handbuch. Freiburg (Breisgau): Lambertus.

Schmutz, E. (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojekts. Mainz: ism.

Schone, R. & Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Weinheim und München: Juventa.

Schulze, U., Kliegl, K., Mauser, C., Rapp, M., Allroggen, M. & Fegert, J. (2016). Echt Stark! Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern. Heidelberg, Berlin: Springer.

Seiffge-Krenke, I. (2009): Psychologie und Entwicklungspsychologie . Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken (2., neu bearbeitete Auflage). Berlin: Springer.

Spierling , K. H. (2016a). Kids time Workshops – ein Projekt mit Multifamilienarbeit für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen. *Systeme*, 30 (1), 54–74.

Staets, S. (2011). KIPKEL – Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. In F. Mattejat & A. Lenz & S. Wiegand-Greife (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung (S. 133–142). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.

Trost, A. (2005), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: A.Trost, W. Schwarzer (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale Berufe. Dortmund: Borgmann, S. 69–136.

Welter-Enderlin R. & Hildenbrand, B. (2006). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg:Carl-Auer.

Werner, E. E. & Smith, R .S. (1982). Vulnerable but invincible. A study of resilient children. New York: McGaw-Hill.

Wiegand-Grefe, S. & Halverseid S. & Plass, A. (2011). Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe.

Wustmann C. (2004). Resilienz. Widerstandskraft von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelson.

Ziegenhain, U. & Deneke C. (2014). Entwicklungspathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In M. Kölch & U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderung für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. (S. 40–79). Weinheim und Basel: Beltz.

#### **Filme:**

Rothenburg, A. (Producer). (2016). *Wo bist du?* [Dokumentarfilm]. Berlin: PSYCHIATRIE FILME.

#### **Zeitschriften, Berichte, Broschüren**

Hammen, C., Burge, D., Burney, E. & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar disorder. *Archive of Genetic Psychiatry*, 47, 1112-1117.

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 16–28.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, U., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. und Wittchen, H.- U. (2016). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87, S. 88–90.

Klein-Heißling, J. & Lohaus, A. (2002). Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 29–37.

Leidner, M. (1997). Kinderprojekt AURYN – Abschlussbericht. Unveröffentlichtes Manuskript, Freiburg (Breisgau): Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e.V..

Petermann U. & Petermann F. (2006). Erziehungskompetenz. Kindheit und Entwicklung, 15, 1-8.

Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: Effects on children. Psychological Medicine, 14, 853–880.

### **Persönliche Mitteilungen:**

Harder, D. (2019). Persönliche Mitteilung, 03.07.2019.

Kern. L. (2019). Persönliche Mitteilung, 18.07.2019.

Post, B. (2019). Persönliche Mitteilung, 04.07.2019.

Schmeußer, H. (2019). Persönliche Mitteilung, 18.04.2019.

Spierling, H. (2019). Persönliche Mitteilung, 02.07.2019.

Weissinger, A. (2019). Persönliche Mitteilung, 12.09.2019.

### **Internetquellen:**

AFET (2019). Arbeitsgruppe. Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.: Hannover. <https://www.ag-kpke.de/> (aufgerufen am 20.06.2019)

Caritas-Erlangen (2019). KIDSTIME-Workshops für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien. Caritasverband: Erlangen  
<https://www.caritas-erlangen.de/index.php/de/hilfe-bei-psychischer-erkrankung/sozialpsychiatrischer-dienst/1157-kidstime-workshops-fuer-kinder-psychisch-kranker-eltern-und-ihrer-familien> (aufgerufen am 21.06.2019)

Caritas-Ulm-Alb-Donau (2019). Echt Stark! Gruppenangebot für Kinder. Ulm: Caritasverband.

<https://www.caritas-ulm-alb-donau.de/hilfe-und-beratung/familie-patnerschaft-ehe/kinder-sucht-oder-psychisch-kranker-eltern/kinder-sucht-oder-psychisch-kranker-eltern> (aufgerufen am 03.06.2019)

Gesundheitsregionen Plus (2018). Projekte. Gesundheitsregionen Plus: Erlangen-Höchstadt und Erlangen.

[https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/geofoerderte\\_regionen/doc/erlangen.pdf](https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/geofoerderte_regionen/doc/erlangen.pdf) (aufgerufen am 29.05.2019)

Heemsoth, A. (2018). Fortbildung Kidstime. Ausbildung zur Anleitung von Kidstime-Workshops. Agaplesion Diakonieklinikum: Rotenburg.

([https://www.diakoonline.de/fileadmin/DKH\\_Rotenburg/PDFs/Fortbildung/180202\\_Fobi\\_Kidstime\\_web.pdf](https://www.diakoonline.de/fileadmin/DKH_Rotenburg/PDFs/Fortbildung/180202_Fobi_Kidstime_web.pdf))

(aufgerufen am 29.05.2019)

Hoff, T. & Pietsch, S. (2012). Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern Ergebnisse der Projektevaluation. Stuttgart: Stiftung Kinderland.

[https://www.stiftung-kinderland.de/uploads/tx\\_news/Unterstuetzung\\_suchtkranke\\_Eltern.pdf](https://www.stiftung-kinderland.de/uploads/tx_news/Unterstuetzung_suchtkranke_Eltern.pdf) (aufgerufen am 03.06.2019)

Kauder, V. Hasselfeldt, G. und Fraktion, Oppermann, T. und Fraktion, Göring-Eckardt, K., Hofreiter, A. und Fraktion (2017). Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Deutscher Bundestag: Berlin.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812780.pdf> (aufgerufen am 28.06.2019)

Klingbeil, L. (2019). Kidstime braucht verlässliche Finanzierung.SPD: Niedersachsen.

<https://www.spdnds.de/2019/01/16/kidstime-braucht-verlaessliche-finanzierung/> (aufgerufen am 21.06.2019)



Linthorst, k., Bauer, U., Rehder, M., und Pinheiro, P. (2013). Kaun – Gemeinsam Weiterkommen. Abschlussbericht. Essen: Fakultät für Bildungswissenschaften.

[https://www.tib.eu/de/suchen/download/?tx\\_tibsearch\\_search%5Bdocid%5D=TIBKAT%3A779173880&cHash=e4d7c280fe562db12dd84b86bbbf01e#download-mark](https://www.tib.eu/de/suchen/download/?tx_tibsearch_search%5Bdocid%5D=TIBKAT%3A779173880&cHash=e4d7c280fe562db12dd84b86bbbf01e#download-mark)

(aufgerufen am 22.06.2019)

Reinisch, A. & Schmuhl, M. (2011). Kanu- ein wissenschaftlich begleitetes Präventionsangebot für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – erste Ergebnisse. In Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), KipE Rheinland Fachtagung. Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen. Präventive und vernetzte Hilfen für betroffene Kinder und deren Eltern. Köln: LVR Dezernat.

[https://publi.lvr.de/publi/PDF/609-KipE\\_Dokumentation-Fachtagung.pdf](https://publi.lvr.de/publi/PDF/609-KipE_Dokumentation-Fachtagung.pdf) (aufgerufen am 22.06.2019)

Schmenger, S., Schmutz, E. (2019, März). Expertise. Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism).

<https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/04/Gute-Praxis-öffentlicher-Bereich.pdf>, (aufgerufen am 23.05.19)

Spierling , K. H. (2016b). Ein Workshop-Programm für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Wümme: Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg.

<https://docplayer.org/42917455-Ein-workshop-programm-fuer-kinder-psychisch-krankter-eltern-am-agaplesion-diakonieklinikum-rotenburg-wuemme.html> (aufgerufen am 21.06.2019)

Stürmann, A. (2017). Workshop „Kidstime. Einfach nur mal Kind sein. Weser-Kurier: Bremen

([https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt\\_artikel,-einfach-mal-nur-kind-sein-\\_arid,1664355.html](https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-einfach-mal-nur-kind-sein-_arid,1664355.html)) (aufgerufen am 21.06.2019)

## Persönliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbst verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

---

Erlangen, den 23.09.2019