



Forschungsbericht Modul II

**Kinder psychisch kranker Eltern:
Interprofessionelle Kooperation und
Unterstützungsbedarf**

**Kitty Cassée, Barbara Los-Schneider,
Barbara Baumeister, Silvia Gavez**

März 2008

Vorwort	4
1. Einleitung	6
1.1. Ein Projekt – zwei Zugänge zum Thema	6
1.2. Vom Stand der Forschung zu Themenschwerpunkten für Modul II	7
1.3. Von den Ergebnissen aus Modul I zur Fragestellung für Modul II	9
1.4. Aufbau des Berichts und Lesehilfe	10
2. Methodisches Vorgehen	11
2.1. Quantitative oder qualitative Forschung?	11
2.2. Gütekriterien	12
2.3. Die Methode der Wahl: Gruppendiskussion	15
2.3.1. Die Gruppendiskussion: eine Sonderform der Befragung	15
2.3.2. Die Moderation	16
2.3.3. Die Zusammenstellung der Gruppe	17
2.3.4. Die Auswertung	18
2.4. Unser Vorgehen	19
2.4.1. Wahl der Teilnehmenden für die Diskussionsgruppen	19
2.4.2. Gesprächsleitfaden	22
2.4.3. Durchführung der Diskussionen	23
2.4.4. Auswertung des Materials	23
3. Gruppendiskussionen: Ergebnisse	25
3.1. Einleitung	25
3.2. Leistungserbringer im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	25
3.2.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis	25
3.2.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf	38
3.2.3. Zusammenarbeit im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	47
3.2.4. Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Erwachsene	62
3.2.5. Konzepte für die Kooperation?	70
3.2.6. Weiteren Handlungsbedarf und Anregungen zum Thema	70
3.3. Leistungserbringer im Versorgungssystem für Erwachsene	72
3.3.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis	72
3.3.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf	78
3.3.3. Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	80
3.3.4. Weiteren Handlungsbedarf und Anregungen zum Thema	83
4. Ergebnisse im Überblick	85
4.1. Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	85
4.1.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis	85
4.1.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf	86
4.1.3. Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	86

4.1.4.	Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene	87
4.2.	Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem für Erwachsene	88
4.2.1.	Konfrontation mit dem Thema in der Praxis	88
4.2.2.	Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf	88
4.2.3.	Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	88
4.2.4.	Weiterer Handlungsbedarf	89
5.	Diskussion und Schlussfolgerungen	90
5.1.	Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche: aktueller Stand und Anregungen	90
5.2.	Interprofessionelle Kooperation zwischen den beiden Versorgungssystemen	93
5.2.1.	Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kliniken	94
5.2.2.	Interdisziplinärer Fachkreis KipE	95
5.3.	Unterstützungsbedarf: Verbesserung der Angebotspalette	95
5.4.	Methodenkritische Anmerkungen	100
5.5.	Ausblick	101
	Literaturverzeichnis	102
	Anhang	104
Anhang 1:	Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	104
Anhang 2:	Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene	106
Anhang 3:	Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene: Psychiatrische Klinik	108
Anhang 4:	Liste der Angebote: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion	110
Anhang 5:	Zusammenarbeitspartner Versorgung Kinder und Jugendliche: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion	111
Anhang 6:	Zusammenarbeitspartner Versorgung Erwachsene: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion	112

Vorwort

Psychisch kranke Menschen sind oft auch Eltern minderjähriger Kinder. Für die Schweiz lagen bis vor kurzem über diesen Tatbestand kaum verlässliche Daten vor. Die Forscherinnengruppe des Departements Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führte deshalb im Herbst 2005 in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für Familienpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) und des Sozialpädiatrischen Zentrums der Kinderklinik des Kantonsspital Winterthur eine Studie durch bei allen Stellen und Personen in den Versorgungssystemen für Erwachsene sowie im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche. In Kooperation mit dem Zentrum Inselhof Zürich und dank der finanziellen Unterstützung durch die Dora Maurer-Stiftung konnte dann im Sommer 2006 mit dem zweiten Modul dieses Forschungsprojekts, der qualitativen Studie in der Psychiatrieregion Zürich begonnen werden. Die Ergebnisse dieses zweiten Moduls werden in diesem Bericht präsentiert.

Das Forschungsteam entschied sich, den Fokus auf den direkten Kontakt mit involvierten Fachpersonen zu legen und die Daten der Winterthurer Studie für ausgewählte Themen zu vertiefen. Den Autorinnen ist mit ihrer Forschungsarbeit ein vertiefter Einblick in die praktische Arbeit mit betroffenen Eltern und Kindern gelungen. Sie führten Diskussionen mit Gruppen von Fachpersonen, die in ihrer täglichen Arbeit mit psychisch belasteten Menschen oder mit Kindern, Jugendlichen und Familien zu tun haben, die mit dem Thema psychisch erkrankter Eltern konfrontiert sind. Mit diesem Vorgehen konnten die Praktiker/innen bereits im Forschungsprozess für das Thema sensibilisiert und der fachliche Austausch angeregt werden. So machten die Autorinnen die gleiche Erfahrung, von der Schone & Wagenblass (2002) aus Deutschland berichteten: „Allein die Durchführung der Befragungen führte bei vielen Kooperationspartner/innen nach eigenen Aussagen zu einer bewussteren Auseinandersetzung mit einem bis dahin eher verdrängten Thema“ (ebd., S. 222).

Die Ergebnisse der Studie rütteln auf und regen mit konkreten Schlussfolgerungen zum Handeln an. Wir hoffen, dass die Schlussfolgerungen, die wir aus den beiden Modulen der Studie "Kinder psychisch kranker Eltern" gezogen haben, die nötige Beachtung in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit finden werden.

Wir danken den beteiligten Fachpersonen aus der Praxis für ihre Bereitschaft, an den Gruppendiskussionen teilzunehmen. Für uns war es nicht selbstverständlich, dass über 60 Personen sich einen halben Tag Zeit für das Thema genommen haben. Nur dank ihren Beiträgen konnte das Projekt wie geplant durchgeführt werden. Unser besonderer Dank geht an das Zentrum Inselhof, Zürich, und an die Dora Maurer-Stiftung, die diese Studie ideell unterstützt und finanziell ermöglicht

haben. Wir hoffen, dass das Zentrum Inselhof sowie weitere Leistungserbringer im Versorgungssystem für Kinder- und Jugendhilfe und im Versorgungssystem für Erwachsene die Anregungen dieser Studie für konzeptuelle Anpassungen und neue Kooperationsformen nutzen können.

Ruth Gurny
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Soziale Arbeit
Leiterin Forschung & Entwicklung

1. Einleitung

1.1. Ein Projekt – zwei Zugänge zum Thema

Lange Zeit waren die Kinder psychisch kranker Eltern die "vergessenen kleinen Angehörigen". Im Zentrum der Aufmerksamkeit standen die kranken Menschen selber und an zweiter Stelle die erwachsenen Angehörigen, denen man – oft auch aus Kostengründen – eine zunehmend wichtige Rolle in der Versorgung der Erkrankten zuerkannte. Erst langsam setzte sich die Erkenntnis durch, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils das gesamte Familiensystem stark in Mitleidenschaft zieht und eine erhebliche Belastung für die Kinder darstellen kann. Diese Kinder sind aus einsichtigen Gründen erhöhten Entwicklungsrisiken ausgesetzt.

Wie aus Untersuchungen in Deutschland bekannt ist, erfahren die Kinder von psychisch kranken Eltern seitens der Erwachsenenpsychiatrie kaum eine angemessene und nachhaltige Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben (Lenz, 2005; Schone & Wagenblass, 2002). Im Einweisungsverfahren, während des Aufenthalts sowie beim Austritt aus der Klinik und in ambulanten Therapien liegt der Fokus auf dem erkrankten Familienmitglied, kaum aber auf dem mit betroffenen Familiensystem und den involvierten Kindern. Auch im Bereich des medizinisch-psychiatrischen sowie psychosozialen Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche kann den spezifischen Bedürfnissen der betroffenen Kinder aus Ressourcen- oder fachlichen Gründen oft nicht genügend Rechnung getragen werden. Konkrete Unterstützung erhalten Kinder und Jugendliche meist erst dann, wenn sie selbst Verhaltensprobleme an den Tag legen oder psychische Störungen entwickelt haben.

Das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" hat in der Schweiz bis vor kurzem in Theorie und Praxis wenig Aufmerksamkeit erhalten. Das modular aufgebaute Forschungsprojekt "Kinder psychisch kranker Eltern (KipE)" will einen Beitrag leisten, die bestehenden Lücken zu schliessen.

Im ersten Modul wurden in der Psychiatrieregion Winterthur (Winterthurer Studie) Daten erhoben, die sich auf die deutsche Schweiz verallgemeinern lassen (Gurny, Cassée, Gavez, Los & Albermann, 2007a). Ziel dieser Arbeit war zu ermitteln, wie viele Kinder und Jugendliche von einer psychischen Erkrankung der Eltern betroffen sind, inwiefern die betroffenen Eltern in ihrer Elternrolle bzw. die Kinder Unterstützung erhalten und wie es um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stellen/Fachpersonen steht. Weiter interessierten soziodemografische Merkmale der betroffenen Patientinnen und Patienten und weitere familiäre Belastungen, die allenfalls zur psychischen Erkrankung dazu kommen. Diese Studie hatte einen primär quantitativen Charakter. Die quantitative Winterthurer Studie wird mit der vorliegenden Studie in der Psychiatrieregion Zürich um qualitative Daten erweitert. Im Fokus dieser zweiten Studie stehen die interprofessionelle Kooperation in und zwischen den Versorgungssystemen für Kinder und Erwachsene einerseits und

der Unterstützungsbedarf und die Angebotspalette für betroffene Eltern und ihre Kinder andererseits. Diese Themen haben sich aus den Befunden aktueller Forschung (siehe 1.2) sowie aus den Ergebnissen des ersten Studienmoduls ergeben (siehe 1.3).

1.2. Vom Stand der Forschung zu Themenschwerpunkten für Modul II

Das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" hat in den letzten Jahren im Ausland – vor allem in der englischsprachigen Forschungsliteratur – grosse Aufmerksamkeit erfahren. Es liegen Forschungsergebnisse zu verschiedenen Aspekten des Themas vor, die sich wie folgt systematisieren lassen:

- Studien zur Prävalenz psychisch kranker Eltern und zur Zahl der betroffenen Kinder
- Risikoforschung: Studien zum Risiko der elterlichen Erkrankung für die Entwicklung der Kinder
- Resilienzforschung: Studien zu kindzentrierten, familienzentrierten und sozialen Schutz- und Risikofaktoren
- Präventions- und Interventionsforschung: Studien zu präventiven Massnahmen und zu Interventionsprogrammen für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Eltern. Zu diesem Forschungstyp gehören auch Studien zur Ausgestaltung der Angebotspalette für die Zielgruppe und zu Kooperationserfahrungen und -anliegen in und zwischen den jeweiligen Hilfssystemen für Erwachsene und Kinder.

Wir stellen im Folgenden einige Befunde aus den nicht sehr zahlreichen Studien zu Prävention und Intervention und verweisen auf den Forschungsbericht des ersten Studienmoduls (Gurny et al., 2007a) sowie auf die Publikation von Sommer, Zoller und Felder (2001b) in der auch die englischsprachigen Studien (v. a. aus den USA und Australien) umfassend dargestellt sind.

Die Präventions- und Interventionsstudien befassen sich einerseits mit Fragen der Wirksamkeit von präventiven Massnahmen und von Interventionsprogrammen für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Eltern. Diese Studien gibt es primär im englischsprachigen Raum, und die Ergebnisse haben einige Programme im deutschen Sprachraum angeregt. Lenz (2008) hat den aktuellen Stand in einer neuen Übersichtspublikation zusammengefasst. Auf einige der dort erwähnten Interventionsmodelle verweisen wir im Kapitel 5. Im Weiteren gehören zu diesem Forschungstyp auch Studien zu Kooperationserfahrungen und -anliegen in und zwischen den jeweiligen Hilfssystemen für Erwachsene und Kinder sowie Studien zur Angebotspalette. Auch hier ist die Forschungsbasis im deutschen Sprachraum schmal.

Kooperation

Die Frage der Kooperation zwischen dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche und dem Versorgungssystem für Erwachsene wurde bis dato kaum untersucht. Schone und Wagenblaus (2002) präsentieren Ergebnisse ihrer Studie, in der in 18 leitfadengestützten Experteninterviews die Handlungsmuster und Kooperationsformen im System der Psychiatrie und der Jugendhilfe – neben anderen Themen – untersucht wird. Als zentrales Ergebnis dieses Teils der Studie halten die Autorin und der Autor fest, dass es an Kommunikation und Kooperation zwischen den beiden Systemen fehlt, und leiten daraus eine Forderung für die Zukunft ab (Schone & Wagenblaus, 2002 S. 222):

Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch krank sind, brauchen – wenn ihr familiäres Umfeld nicht hinreichend in der Lage ist, sie aufzufangen und ihnen beim Verständnis und bei der Verarbeitung der elterlichen Erkrankung zu helfen – eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit von Fachkräften der Psychiatrie und der Jugendhilfe.

Wagenblaus (2004) bemängelt nochmals, dass obwohl Schätzungen von einer hohen Anzahl Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ausgehen, die Lebenssituation und der Unterstützungsbedarf dieser Kinder bislang in den Systemen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe nicht hinreichend Gegenstand fachlicher Diskussionen und Kooperationen gewesen ist. Ihre Aussage kann ohne Einschränkung für die aktuelle Situation in der Schweiz übernommen werden (vgl. Gurny et al., 2007a).

Lenz (2005) interviewte in seiner Studie 29 Experten/innen aus den Bereichen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Die Haltung der befragten Fachpersonen gegenüber interinstitutioneller Kooperation war ambivalent. Sporadische Kooperationserfahrungen basierten auf persönlichen und fallbezogenen Initiativen und bestärkten eher die von Vorurteilen und Unkenntnis geprägte Wahrnehmung der anderen Institution.

- Auf der Basis dieser Einschätzungen befasst sich die vorliegende Studie mit dem Thema der Kooperation zwischen dem Versorgungssystem für Erwachsene und dem System für Kinder und Jugendliche.

Unterstützungsbedarf/Angebotspalette

Sommer et al. (2001a) führten 2000 in ihrer Studie in der Universitären Psychiatrischen Klinik Bern mit 44 Patientinnen/Patienten (mit einer Aufenthaltsdauer von über 3 Tagen) semistrukturierte Interviews durch, in denen ein deutliches Bedürfnis nach Hilfsangeboten artikuliert wurde. Die Autoren stellen fest, dass gewünschte Angebote fehlen, dass aber auch – aus Angst, das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren – die Notwendigkeit von Unterstützung verneint wird. In ihrer Untersu-

chungspopulation zeigte sich zudem, dass sozial kompetente Patientinnen/Patienten deutlich mehr Interesse an Hilfsangeboten zeigen als stärker belastete Personen. Dieses Ergebnis sollte für die Ausgestaltung von Hilfsangeboten berücksichtigt werden. Die Berner Studie brachte auch ein deutliches Informationsbedürfnis zu Hilfsangeboten sowohl bei den Betroffenen als auch bei den involvierten Fachkräften zu Tage.

Schone und Wagenblass (2002, S. 225-251) legen als Ergebnis ihrer Studie erstmals eine systematisch geordnete Liste von Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern (und ihre Eltern) vor. Die aktuelle Publikation von Lenz (2008) liefert einen weiteren Beitrag zur fachlichen Unterlegung und Ausgestaltung der Interventionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben.

- Die Ausgestaltung sowie die Nutzung der aktuellen Angebotspalette und der Bedarf an weiteren Angeboten sind Themen der vorliegenden Studie.

1.3. Von den Ergebnissen aus Modul I zur Fragestellung für Modul II

Von Anfang an war das Forschungsvorhaben mehrstufig angelegt. Im konkreten Forschungsprozess konnten wir aus zentralen Ergebnissen des Moduls I (Winterthur) Anschlussfragen und Vertiefungen für das Modul II (Zürich) ableiten.

Bezogen auf die Prävalenz weist die Winterthurer Studie nach, dass im Einzugsgebiet der Psychiatrieregion Winterthur ca. 700 minderjährige Kinder in Familien mit psychisch kranken Eltern aufwachsen. Hochgerechnet auf den Kanton Zürich, der sozialstrukturell in hohem Mass vergleichbar ist mit der Zielregion, sind das mindestens 4000 Kinder. Für die gesamte Schweiz kann konservativ geschätzt von 20-30'000 betroffenen Kindern ausgegangen werden, d.h. wir haben es auch in der Schweiz mit einer quantitativ bedeutsamen Gruppe von betroffenen Kindern und Familien zu tun.

- Im Modul II haben wir vertieft, wie stark die einzelnen Praxissegmente und Fachpersonen von dem Thema betroffen sind und was dies für ihr berufliches Handeln bedeutet.

Als zentraler Befund wird im Modul I weiter festgehalten, dass die Tatsache der Elternschaft und das Vorhandensein minderjähriger Kinder in der Behandlung resp. Beratung der Patientinnen und Patienten eine stark untergeordnete Rolle spielen. Umgekehrt gilt auch, dass die Erkrankung eines Elternteils im Versorgungssystem für Kinder und Jugendhilfe nur wenig Beachtung findet. Fachpersonen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, haben oft Schwierigkeiten, an die nötigen Informationen über die Erkrankung der Eltern heranzukommen oder verfügen nicht über genügend

Ressourcen oder Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten, um geeignete Massnahmen zu ergreifen. Insgesamt präsentierte sich die Zusammenarbeit zwischen Stellen und Fachpersonen im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit dem Versorgungssystem für Erwachsene als nur schwach ausgebildet. Die Kooperation zwischen involvierten Fachpersonen und Stellen wird als verbesserungsbedürftig und die Angebotspalette für betroffene Kinder und Familien als unzureichend eingeschätzt (Cassée, Los-Schneider, Gavez & Gurny, 2007).

- Im Modul II stehen die interprofessionelle Kooperation sowie der Unterstützungsbedarf/die Angebotspalette für betroffene Kinder und Familien aus der Sicht der direkt beteiligten Fachpersonen im Zentrum des Forschungsinteresses.

1.4. Aufbau des Berichts und Lesehilfe

Dieser Bericht enthält die Ergebnisse des zweiten Forschungsmoduls. Er skizziert im **Kapitel 2** das methodische Vorgehen und fasst im **Kapitel 3** die Ergebnisse der durchgeführten Gruppendiskussionen geordnet nach den jeweiligen Praxissegmenten übersichtlich zusammen. In diesem Kapitel 3 sind die Aussagen der Fachpersonen in verdichteter und kategorisierter Form wiedergegeben. Die Themenblöcke schliessen jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung ab. Das Kapitel ist in der vorliegenden Form ein umfangreicher Datenkörper, der die Basis für weitere Vertiefungen und Schlussfolgerungen liefern kann.

- Die **eiligen Leserinnen und Leser** erhalten die wichtigsten Informationen in den jeweiligen Zusammenfassungen.

Kapitel 4 rekapituliert die Ergebnisse und stellt sie im Überblick dar.

- Dieses Kapitel ist speziell **für eilige Leserinnen und Leser** gedacht, die sich weniger für die Einzelaussagen der Praxispartner/innen interessieren.

Im **Kapitel 5** werden die Ergebnisse diskutiert und erste Schlussfolgerungen gezogen, die auf der Basis der protokollierten Aussagen und angereichert durch Anregungen aus aktuellen Literaturquellen formuliert wurden. Sie sind als Diskussionsbeitrag für die Verbesserung der Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und den Hilfen für Kinder und Jugendliche sowie für die Verbesserung der Behandlung/Unterstützung betroffener Eltern und Kinder zu verstehen und sollen im Austausch mit Praxispartnerinnen und -partnern ausdifferenziert und konkretisiert werden.

2. Methodisches Vorgehen

In der empirischen Forschung stehen verschiedene methodische Verfahren zur Verfügung, die sich grob als qualitative resp. quantitative Verfahren charakterisieren lassen. Die Wahl einer geeigneten Methode soll sich an der Fragestellung ausrichten, das heisst es soll geprüft werden, welche Methode sich für die Bearbeitung der Problemstellung am besten eignet (vgl. Diekmann, 2006; Flick, 2002; Mayring, 2002). Für unser Vorhaben hatten wir drei methodisch bedeutsame Fragen zu klären:

- gehen wir im Modul II qualitativ oder quantitativ vor resp. wie können quantitative und qualitative Forschung verknüpft werden?
- wie sichern wir die Datenqualität resp. wie erfüllen wir die Gütekriterien der Forschung?
- welche konkrete Methode eignet sich für unser Vorhaben am besten?

2.1. Quantitative oder qualitative Forschung?

Während quantitative Methoden die Prägung des Prozesses durch Kommunikation und Interaktion mit hoch standardisierten Vorgaben möglichst klein halten wollen, wird beim Einsatz qualitativer Methoden das gegenseitige Aushandeln der Wirklichkeitsdefinition durch Kommunikation zwischen Forscher und Beforschten als konstruktiver Bestandteil des Forschungsprozesses verstanden (Lamnek, 2005b, S.20ff).

Quantitative Forschungsmethoden messen zählbare Ausprägungen sozialer Phänomene und Prozesse, die von den Forschenden in Dimensionen/Variablen im Voraus beschrieben werden können. Leitgedanken der Forschung sind die Operationalisierung von theoretischen Zusammenhängen, die Beschreibung von Merkmalsverteilungen und die Isolierung von Ursache und Wirkung. Die Datenerhebungen erfolgen in repräsentativen Stichproben resp. in Vollerhebungen. Die erhobenen Daten können mit standardisierten Verfahren bearbeitet werden, und die Ergebnisse lassen sich – falls Stichproben erhoben wurden – auf die jeweilige Grundgesamtheit schliessen. Der Forschungsprozess erfolgt im Wesentlichen linear und wird stark von den Forschenden gesteuert (vgl. Flick, 2002, S.13-16).

In der Winterthurerstudie wählten wir einen quantitativen Zugang und erhoben in einer Vollerhebung Daten mit Hilfe einer schriftlichen Befragung mit weitestgehend geschlossenen Fragen.

Qualitative Forschungsmethoden zielen ab auf die Rekonstruktion und Deutung von subjektiven Bildern über Ausschnitte der Wirklichkeit sowie von Handlungsmustern, wie sie in der Sprache und im Handeln der Untersuchungspersonen zum Ausdruck kommen. Der Forschungsgegenstand wird "dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem all-

täglichen Kontext untersucht" (Flick, 2002, S.17). Der Forschungsprozess bei Anwendung qualitativer Methoden verläuft interaktiv und ist nicht in allen Teilen linear planbar, da die Forschungspartner den Verlauf mitprägen. Im Gegensatz zu den hoch standardisierten Erhebungstechniken quantitativer Methoden, zielen qualitative Methoden darauf ab, neue Aspekte des Forschungsgegenstandes zu erschliessen (Hypothesengenerierung) statt Zusammenhänge zu verifizieren (Hypothesenprüfung).

Im Modul II standen die praktische Erfahrung und die Einschätzung des Handlungsbedarfs durch Fachpersonen im direkten Klientenkontakt im Zentrum. Der Forschungsgegenstand war wenig bekannt – der Fokus war das subjektive Erleben und die Sichtweisen als Fachkraft, was klar für einen qualitativen Zugang sprach. Die quantitative Studie (Modul I) lieferte uns weiterführende Fragen, die es mit der qualitativen Studie zu vertiefen galt. Flick (2002, S.384) erwähnt dies als eine der Möglichkeiten, qualitative und quantitative Forschung zu integrieren.

2.2. Gütekriterien

Wissenschaftliche Forschung – sowohl bei quantitativem wie bei qualitativem Vorgehen – soll bestimmte Gütekriterien erfüllen (vgl. Diekmann, 2006, S.216ff).

Objektivität

„Der Grad der Objektivität eines Messinstruments bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmass die Ergebnisse unabhängig sind von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet“ (Diekmann, 2006, S.216). Der Begriff der Objektivität umfasst sowohl Durchführungs- als auch Auswertungsobjektivität.

Würden zwei Anwender mit dem gleichen Messinstrument ein wesentlich anderes Antwortverhalten auslösen, wäre das auf einen Mangel der Durchführungsobjektivität zurückzuführen.

Die Auswertungsobjektivität hingegen wäre gering, wenn die beiden Anwender beim Auswerten von übereinstimmenden Antworten unterschiedliche Messergebnisse erzielen würden. Für qualitative Erhebungsmethoden ist nach Diekmann (2006, S.217) die Auswertungsobjektivität sehr gut herstellbar, während die Durchführungsobjektivität aus plausiblen Gründen nicht gegeben sein kann und muss.

Für die Optimierung der Durchführungsobjektivität bei qualitativen Studien gilt es folgende Punkte zu beachten:

- Offenheit gegenüber den Untersuchungspersonen

- gewährleisten eines Settings, in der Kommunikation gelingen kann
- Transparenz im Verfahren.
 - In dieser Studie liess das gewählte Setting (kleine Gruppe, persönliches Ansprechen in der Rolle als Expertin/Experte) eine offene Gesprächssituation entstehen, in der die Untersuchungspersonen sich frei äussern konnten. In allen Untersuchungsphasen wurde auf Transparenz bezogen auf die Ziele der Studie und den Zugang zu Ergebnissen grosser Wert gelegt.
 - Für die Gewährleistung der Auswertungsobjektivität wählten wir ein Verfahren, an dem alle Personen aus dem Forschungsteam beteiligt waren. Subjektiven Interpretationen konnten so entgegen gewirkt werden.

Reliabilität

Unter dem Begriff der Reliabilität wird die Zuverlässigkeit des Messinstrumentes verstanden. „Die Reliabilität eines Messinstrumentes ist das Mass für die Reproduzierbarkeit von Messergebnissen“ (Diekmann, 2006, S.217). Reliabilität ist demnach dann gegeben, wenn ein Messinstrument bei gleich bleibender Situation zu unterschiedlichen Zeitpunkten die gleichen Resultate aufweist. In qualitativen Studien ist dieses Kriterium bedingt erfüllbar. Die Offenheit gegenüber den Untersuchungspersonen führt zu nicht antizipierbaren Einflüssen in der Untersuchungssituation, die die Reliabilität reduzieren können.

Flick (2002, S.320ff) spricht von prozeduraler Reliabilität und meint damit, dass das Zustandekommen der Daten expliziert werden muss, damit überprüfbar wird, was Aussagen der Beforschten sind und wo die Interpretation des Forschungsteams beginnt. Durch Schulung und Überprüfung soll zudem die Vergleichbarkeit der Vorgehensweisen verschiedener Forschenden erhöht werden.

- In dieser Studie wurde die Reliabilität über einen gemeinsamen Leitfaden sowie eine gemeinsame Vorbereitung durch die beiden Moderatorinnen der Gruppendiskussionen optimiert.

Validität

Die Validität einer Methode (Diekmann, 2006, S.224). gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem das gewählte Messinstrument das, was gemessen werden soll, auch tatsächlich misst. Bei qualitativen Verfahren wird die Validität primär über die Kommunikation mit den Untersuchungspersonen im Prozess und durch Transparenz bei der Datensammlung und -interpretation hergestellt. Kernthema ist hier die Frage, ob Themen, Bilder, Wahrnehmung etc. tatsächlich beim Beforschten verankert sind, oder ob sie durch das Setting der Forschung hervorgerufen werden bzw. erst entste-

hen. Flick (2002, S.322ff) fordert, dass qualitative Forschung beim Zustandekommen der Daten sehr sorgfältig vorgehen muss, um authentische Aussagen zu gewährleisten. Die Einbeziehung der Beforschten im Sinne der kommunikativen Validierung ist eine Möglichkeit zur Bestimmung der Validität.

- In dieser Studie wurde der Validität Rechnung getragen, in dem die Untersuchungspersonen sich über ihre Erfahrungen und Einschätzungen aus der konkreten Alltagsarbeit äusserten, zu der die Forscherinnen keinen Zugang haben. Die Authentizität der Aussagen war so sehr wahrscheinlich – Unterschiede in den Einschätzungen wurden offen artikuliert und Tendenzen zu sozial erwünschten Aussagen konnten wir nicht feststellen. Am Schluss der Diskussionen fragten wir jeweils nach, ob die Untersuchungspersonen das Wichtigste zum Thema hatten sagen können, was bejaht wurde.

Triangulation

Die Triangulation (Einbezug von etwas "Drittem" neben dem Forschungsteam und den Beforschten) ist ein weiteres Kriterium für die Qualität der Forschung. Denzin (1989 zit. nach Flick 2002, S.330) unterscheidet verschiedene Typen der Triangulation:

- Daten-Triangulation: die Einbeziehung verschiedener Datenquellen, d.h. die Datensammlung bei z.B. verschiedenen Personen(-gruppen) oder an verschiedenen Orten (vergleichbar dem theoretischen Sampling nach Glaser und Strauss1998).
 - Forscher-Triangulation: Einsatz verschiedener Forschungspersonen, um Verzerrungen durch die Person aufzudecken resp. zu minimieren.
 - Theorien-Triangulation: Einbeziehung verschiedener theoretischer Sichtweisen, um ihre Nützlichkeit und Erklärungskraft zu prüfen.
 - Methodologische Triangulation: Kombination verschiedener Methoden (z.B. Fragebogen und offenes Interview).
-
- In dieser Studie (in Kombination mit der Winterthurer Studie) wurde trianguliert, in dem die Daten bei verschiedenen Personengruppen, zu verschiedenen Zeitpunkten und an verschiedenen Orten gesammelt wurden (Daten-Triangulation). Wir realisierten eine milde Forscher-Triangulation, in dem zwei Moderatorinnen die Gruppendiskussionen durchführten. Schliesslich erlaubt der Einbezug der Ergebnisse der Winterthurer Studie eine methodologische Triangulation (Fragebogen und Gruppendiskussion).

2.3. Die Methode der Wahl: Gruppendiskussion

Als Forschungsmethode bot sich für die Forschungsfragen des Moduls II die Diskussion in Gruppen an. Die Gruppendiskussion wird als Erhebungstechnik im Bereich der Sozialforschung – u. E. zu unrecht – wenig beachtet. Lamnek (2005b, S.408) sieht als mögliche Ursache für das Schattendasein dieser Methode im wissenschaftlichen Bereich deren häufige Anwendung in der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung. Die Stärke einer Gruppendiskussion betont Blumer (1973, S. 123) wie folgt:

Eine kleine Anzahl (...) Individuen, die zu einer Diskussions- und Informantengruppe zusammengebracht werden, sind ein Vielfaches gegenüber einer repräsentativen Stichprobe wert. Solch eine Gruppe, die gemeinsam ihren Lebensbereich diskutiert und ihn intensiv prüft, wenn ihre Mitglieder sich widersprechen, wird mehr dazu beitragen, die den Lebensbereich verdeckenden Schleier zu lüften als jedes andere Forschungsmittel, das ich kenne.

Wir wollen nachfolgend die – weniger bekannte – Methode der Gruppendiskussion kurz erläutern und dann das von uns gewählte Vorgehen skizzieren.

2.3.1. Die Gruppendiskussion: eine Sonderform der Befragung

Die Gruppendiskussion ist ein moderiertes Gespräch von mehreren Personen zu einem bestimmten Thema. Sie findet unter Laborbedingungen statt und dient der Informationssammlung (vgl. Flick, 2002; Lamnek, 2005a, 2005b; Mayring, 2002). Da die Methode der Gruppendiskussion nicht, bzw. nur in geringem Masse standardisiert ist, wird sie den qualitativen Methoden der mündlichen Befragung zugeordnet.

Formen: vermitteln und ermitteln

Es wird zwischen der vermittelnden und ermittelnden Formen der Gruppendiskussion unterschieden.

- Die vermittelnde Form der Gruppendiskussion wird vor allem in der Handlungs- und Aktionsforschung verwendet. Diese Form ist ausgerichtet auf die Problemerkennung im Rahmen einer Organisation und die Initiierung von Lösungen. Ziel dieser Methode ist, eine Veränderung bei den Forschungsobjekten zu bewirken (vgl. Lamnek, 2005a, S.30).
- Die ermittelnde Form der Gruppendiskussion, die in dieser Studie gewählt wurde, legt den Fokus auf verschiedene Erfahrungen, Meinungen und Einschätzungen der Teilnehmenden. Sie kann unterschiedliche Erkenntniszielsetzungen verfolgen und ist eine Methode, welche flexibel an das jeweilige Thema und die Erkenntnisabsichten angepasst werden kann.

- In dieser Studie verwendeten wir die ermittelnde Form, da es darum ging, Erfahrungen von Fachpersonen zu ermitteln und deren Meinungen und Einschätzungen zu erheben.

Strukturierung: Grundreiz und Leitfaden

Eine Gruppendiskussion kann mehr oder weniger stark strukturiert sein. Die offenere Form setzt einen so genannten *Grundreiz* (z. B. einen Filmausschnitt, eine Stellungnahme, einen Text), der helfen kann, die Diskussion in Gang zu bringen und allfällige Diskussionshemmungen abzubauen. Dieser Grundreiz kann unterschiedlich gestaltet werden und je nach Situation neutral, provokativ oder auch ambivalent sein (vgl. Lamnek, 2005a, S.149-150).

Durch einen *Diskussionsleitfaden* wird die Gruppendiskussion stärker strukturiert. Die Forschungsfragen werden in Form von Themenblöcken mit Unterfragen für die Diskussion aufbereitet. Der Diskussionsleitfaden dient als offene Struktur für die zu führende Diskussion und soll gewährleisten, dass alle zu beantwortenden Fragen diskutiert werden (vgl. Lamnek, 2005a, S.97). Lamnek (2005a) unterscheidet zwischen Diskussionsleitfäden, welche die Themen grob vorgeben (topic guide) und solchen, in welchen die Fragen in der zu stellenden Reihenfolge ausformuliert sind (questioning route). Die Ausarbeitung eines *differenzierten Leitfadens (questioning route)* erfordert einen – im Vergleich zum topic guide resp. zum offenen Gespräch – grösseren zeitlichen Aufwand, denn der Leitfaden muss auf der Basis von theoretischem Wissen und klaren Erkenntniszielen erfolgen. In der Durchführung ist der inhaltliche Spielraum für die Diskussionsteilnehmenden eingeschränkt. Der Einfluss durch die Moderation ist vergleichsweise gering, da die Fragen ausformuliert und in einer Reihenfolge vorgegeben sind. Die Unterschiede in der Moderation werden abgeschwächt und die Ergebnisse besser vergleichbar, was die Auswertung erleichtert. Die Auswertung wird zudem einfacher, weil Aussagen ausserhalb des Leitfadens nicht zu berücksichtigen sind.

- Die Variante "questioning route" wurde für diese Studie gewählt, um die Aussagen der Gruppendiskussion vergleichbarer und leichter auswertbar zu gestalten.

2.3.2. Die Moderation

Die Rolle der Moderatorin prägt den Forschungsverlauf wesentlich. Lamnek (2005b, S.442) erwähnt als Extrempositionen die absolute Zurückhaltung der Moderation und im Gegensatz dazu die aktive Teilnahme durch Einbringen der eigenen Meinung. Die moderierende Person sollte methodisch qualifiziert sein und vor allem über „...Erfahrung im lenkenden Umgang mit Menschen in Gruppensituationen...“ verfügen (Lamnek, 2005b, S.439). Ausserdem sollte sie über kommunikative Fähigkeiten verfügen, sich klar und verständlich ausdrücken können, Interesse zeigen, zuhören

können und offen gegenüber allen Verhaltensweisen und Einstellungen sein (vgl. Lamnek, 2005b, S.142-143).

Die Moderatorin/der Moderator sollte über eine gewisse Sachkompetenz verfügen und den Diskussionsgegenstand kennen. Nach Lamnek (2005a, S.145) darf, abgesehen von Extremfällen, die Person, welche eine Gruppendiskussion moderiert, dem Diskussionsthema nicht ahnungslos gegenüberstehen.

- Die Anforderungen an die Moderation wurden von den beiden Moderatorinnen in hohem Mass erfüllt (langjährige Dozentinnen mit Gruppenerfahrung und Sachkenntnis).

2.3.3. Die Zusammenstellung der Gruppe

Grösse und Homogenität/Heterogenität

Die Zusammenstellung einer Diskussionsgruppe erfolgt in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse. Nach Lamnek (2005b, S.438) liegt die optimale Grösse einer Gruppe bei 5 bis 12 Teilnehmenden, wobei sowohl künstlich gebildete als auch Realgruppen (d.h. Gruppen, die im Alltag in dieser Form interagieren, z.B. Teams oder Familien) geeignet sind.

Für jede Gruppendiskussion gilt, dass sich die Teilnehmenden untereinander in verschiedener Hinsicht unterscheiden, so zum Beispiel bezüglich Alter, Geschlecht, Praxishintergrund, Sachkompetenz, Motivation, Betroffenheit resp. Kommunikationsfähigkeiten. Die Fragestellung, der Gegenstand oder das Erkenntnisinteresse bestimmen das Ausmass der erforderlichen Homogenität der einzelnen Diskussionsgruppen. Zumindest in Bezug auf die zentralen Forschungsfragen sollten die Teilnehmenden in der Regel aber eine gewisse Homogenität aufweisen, denn sie sollten alle in der Lage sein, Auskunft über die Thematik zu geben (vgl. Lamnek, 2005a, S.104). Nur so kann die Stärke des Verfahrens – die Konstruktion eines gemeinsam geteilten Ausschnitts der Wirklichkeit im Diskurs – tatsächlich eingelöst werden.

- Unsere künstlich gebildeten Diskussionsgruppen setzten sich zusammen aus 5 – 8 Fachpersonen mit einem vergleichbaren Praxishintergrund. Die Gruppen waren – ausser in Bezug auf Alter und Geschlecht – recht homogen. Die Diskussionsgruppe in der Klinik war heterogen, d.h. interdisziplinär zusammengesetzt.

Gruppendynamik, Schweiger/-innen und Vielredner/-innen

Die Stärke des Verfahrens kann zugleich auch zur Hauptquelle für Probleme werden. In jeder Diskussionsgruppe entsteht eine eigene Gruppendynamik, die förderlich oder schwierig sein kann. Während einige Teilnehmende sich mit Freude in die Diskussion eingeben und ein grosses Mittei-

lungsbedürfnis haben, sind andere eher zurückhaltend und schüchtern. Schwierigkeiten bei der Datenerhebung können sich nach Lamnek (2005a, S.161) vor allem in einer unterschiedlichen Beteiligung an der Diskussion ergeben.

Schweiger/-innen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich zu einem bestimmten Aspekt, einem Thema oder während des gesamten Diskussionsverlaufs nicht äussern. Die Moderation sollte versuchen, zurückhaltende Teilnehmerinnen in die Diskussion einzubinden. Manchmal genügt bereits ein Blickkontakt. Es ist aber auch durchaus denkbar, direkt eine Stellungnahme einzufordern.

Vielredner/-innen auf der anderen Seite können auf andere Diskussionsteilnehmerinnen einschüchternd wirken, sodass diesen der Mut fehlt, sich einzubringen. Dominiert eine Person die Diskussion zu stark, muss die Moderation eingreifen und anhand verschiedener Strategien versuchen, den anderen Teilnehmenden den notwendigen Raum zu geben (vgl.Lamnek, 2005a, S.165-166).

- Die Beteiligung an den Diskussionen war in allen Gruppen recht ausgeglichen. Eigentliche Schweiger/-innen resp. Vielredner/-innen gab es nicht resp. kleinere Störungen konnten in der Moderation gut aufgefangen werden.

2.3.4. Die Auswertung

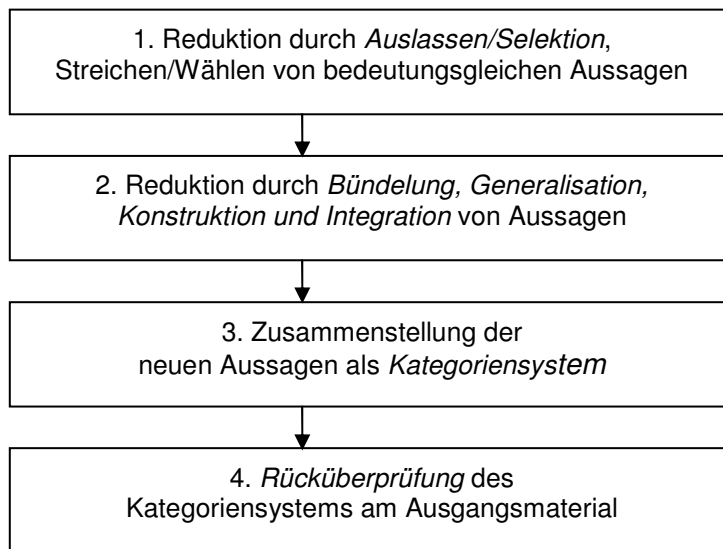
Der gesamte Verlauf einer Gruppendiskussion wird in der Regel auf Tonband oder Video aufgezeichnet und im Nachhinein transkribiert. Eine wörtliche Transkription ist eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials (Mayring, 2002, S. 89). Die Transkription kann auch in einer ersten Reduktion entlang eines differenzierten Leitfadens (questioning route) erfolgen. Diese Vorgehensweise wird als "zusammenfassendes Protokoll" bezeichnet und damit wird die Materialfülle schon bei der Aufbereitung reduziert (ebd., S.94). "Es wird nicht mehr alles im Protokoll festgehalten, weil dies zu aufwändig, zu uninteressant, vielleicht auch zu teuer wäre" (ebd., S. 94). Dieses Vorgehen ist vor allem dann geeignet, wenn ein primär inhaltlich-thematisches Erkenntnisinteresse besteht. Mayring beschreibt die konkrete Vorgehensweise in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse in sechs reduktiven Prozessen (2002S. 95):

- *Auslassen*
Aussagen, die an mehreren Stellen bedeutungsgleich auftauchen, werden weggelassen.
- *Generalisation*
Aussagen, die durch eine begrifflich übergeordnete, abstrakte Aussage impliziert werden, werden durch diese ersetzt.
- *Konstruktion*
Aus mehreren spezifischen Aussagen wird eine globale Aussage konstruiert, die den Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet und die spezifischen Aussagen überflüssig macht.
- *Integration*
Eine Aussage, die in einer bereits durch Konstruktion gebildete Kategorie aufgeht, kann wegfallen.

- *Selektion*
Bestimmte zentrale Aussagen werden unverändert beibehalten, da sie wesentliche generelle Textbestandteile darstellen.
- *Bündelung*
Inhaltlich eng zusammenhängende, im Text aber weit verstreute Aussagen werden in gebündelter Form wiedergegeben (leicht modifiziert nach Mayring, 2002, S.96):

Im Ablauf einer konkreten Auswertung ergeben sich folgende vier Schritte:

Abbildung 1: Schritte im reduktiven Prozess



Gegebenfalls müssen die oben dargestellten Schritte mehrmals durchlaufen werden, bis ein geeignetes Kategoriensystem formuliert ist, um das Datenmaterial zu bearbeiten.

2.4. Unser Vorgehen

2.4.1. Wahl der Teilnehmenden für die Diskussionsgruppen

Die Diskussionsgruppen wurden künstlich – d.h. für den Zweck der Untersuchung – zusammengesetzt aus ca. 5 – 8 Personen mit vergleichbarem Praxishintergrund. Wir bildeten also homogene Gruppen, die es uns möglich machen würden, bestimmte Aussagen als typisch für dieses Praxissegment zu charakterisieren und mit Aussagen aus anderen Praxisgruppen zu vergleichen (Daten-Triangulierung). Für die Auswahl der Personen für die Gruppendiskussionen gingen wir mehrstufig vor: wir bestimmten die Region, dann die Gemeinden in der Region und schliesslich Praxissegmente und konkrete Organisationen und Stellen, bei denen wir um Delegation einer Mitarbeite-

rin/eines Mitarbeiters an die Diskussionsrunde baten. Bei freischaffenden Fachpersonen gelangten wir in den ausgewählten Gemeinden direkt an diese.

Psychiatrieregion Zürich

Für die Bearbeitung der Fragestellung wählten wir die Psychiatrieregion Zürich und zwar aus folgenden Überlegungen:

- Eine Psychiatrieregion ist eine administrativ-organisatorische Einheit, in der bestimmte Formen der institutionalisierten Kooperation bestehen, die für eine Umsetzung der Forschungsergebnisse genutzt werden können.
- Modul I wurde in der Psychiatrieregion Winterthur durchgeführt. Die quantitativen Daten lassen sich aber auf den ganzen Kanton generalisieren, womit eine quantitative Prävalenzstudie in einer anderen Psychiatrieregion hinfällig wurde.
- Für eine qualitative Studie mit unserer Fragestellung drängte sich die Region Zürich auf. Zürich ist die bevölkerungsreichste Region mit einem breit gefächerten Angebot an Leistungserbringern im Versorgungssystem für Erwachsene sowie im Versorgungssystem für Kinder- und Jugendliche.
- Unser Praxispartner für das Projekt – das Zentrum Inselhof – befindet sich in der Stadt Zürich und kann mit den Ergebnissen der Studie in der Stadt und im nahen Umfeld der Stadt seine Angebotspalette auf festgestellte Bedürfnisse ausrichten.

Wahl der Praxissegmente, der Stellen und Personen

Die Praxissegmente wählten wir in Anlehnung an die involvierten Praxisbereiche aus dem Modul I (siehe die nachfolgenden Zusammenstellung der Diskussionsgruppen). Wir legten den Fokus stärker auf das Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche, weil unsere Studie konkrete Umsetzungsanregungen für diesen Bereich formulieren will. Nicht einbezogen wurden Leistungserbringer, die obligatorische Leistungen für Kinder erbringen (Schule und Kindergarten). Im Versorgungssystem für Erwachsene trafen wir eine Auswahl: wir bildeten Diskussionsgruppen für freischaffenden Psychiater/innen und Psychologen/innen sowie für Fachpersonen aus einer Klinik. Für das jeweilige Praxissegment wählten wir konkrete Organisationen, Stellen und Personen in den im Voraus bestimmten Gemeinden Zürich, Meilen/Küsnacht, Dietikon/Schlieren (Wahlkriterium: Vielfalt der Angebote). Als Hilfsmittel benutzten wir dazu den Katalog "Soziale Hilfe von A-Z", Fachverzeichnisse der Psychologen/innen, der Psychiater/innen sowie das Telefonbuch. Bei den einzelnen Organisationen/Stellen luden wir eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter als Fachexperte/in an das Gespräch ein – die Entscheidung, wer diese Aufgabe übernehmen sollte, überliessen wir den angefragten Organisationen/Stellen.

Das Interesse für die Studie war gross und i.d.R. erhielten wir die Zusage, sich an der Studie beteiligen zu wollen, ohne grosse Probleme. Bei den freischaffenden Fachpersonen war die Bereitschaft etwas eingeschränkter, aber auch hier gelang es mit einigem Aufwand, die entsprechenden Gruppen zusammen zu stellen. Die Terminkoordination war nicht ganz unproblematisch, aber alle geplanten Diskussionen konnten durchgeführt werden.

Sonderfall: Psychiatrische Klinik

In den Vorgesprächen und Kontakten mit Fachpersonen einer psychiatrischen Klinik, wurde bald klar, dass für die Klinik eine andere Zusammensetzung der Gruppe gewählt werden musste. In einer psychiatrischen Klinik beteiligen sich verschiedene Fachpersonen mit unterschiedlichen Rollen, Aufträgen und Zuständigkeiten an der Behandlung eines Patienten/einer Patientin. Diesem Umstand wollten wir mit einer fachlich und funktionsbezogen heterogenen Diskussionsgruppe in der Klinik Rechnung tragen. Aus Ressourcengründen konnte nur eine Diskussionsrunde in einer Klinik durchgeführt werden.

Die Diskussionsgruppen

Mit den folgenden 10 Diskussionsgruppen wurden im Zeitraum vom Oktober 2006 bis Frühsommer 2007 Diskussionen durchgeführt. Es beteiligten sich insgesamt 62 Fachpersonen (47 Frauen, 15 Männer).

Tabelle 1: Beteiligte Leistungserbringer

Praxissegment	Abkürzung¹	N Teiln
1. Krippe und Hort		8
2. Kleinkindberatungsstellen, Mütter und Väter-Berater/innen	KKB	7
3. Sozialzentren/Jugendsekretariate	SZ/JS	5
4. Kinder- und Jugendpsychiater/innen und -psychologen/innen (freischaffend)	Psych. K+J	8
5. Sozialpädagogische Familienhilfe	SPFH	8
6. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst/Schulpsychologischer Dienst	KJPD/SPD	6
7. Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	Stat. Einrichtungen	5
8. Kinderärzte/innen		5
9. Psychiater/innen und Psychologen/innen (für Erwachsene, freischaffend)	Psych. für Erwachsene	5
10. Psychiatrische Klinik (Erwachsene)	Psych. Klinik	5
Total Teilnehmende		62

¹ Diese Abkürzungen werden im Kapitel 3 jeweils für die Darstellung der Ergebnisse verwendet.

2.4.2. Gesprächsleitfaden

Die Diskussion wurde mit Hilfe eines strukturierten Leitfadens geführt, welcher für einzelne Praxis-segmente leicht angepasst wurde (vgl. für die verschiedenen Varianten Anhang 1-3). Die Themen des Leitfadens ergaben sich sachlogisch und wurden zeitlich so strukturiert, dass die Aufmerksamkeitsspanne über die ganze Gesprächsdauer von zweieinhalb bis drei Stunden erhalten blieb. Einzelne Themen oder Fragenblöcke wurden mit Hilfe eines Flipcharts im Raum visualisiert, um die Verständigung in der Gruppe zu optimieren. Während der ganzen Diskussion stand auf dem Flipchart der Hinweis, dass psychisch kranke Personen diejenigen sind, die nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1993) (ICD-10) sowie des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) (Sass, Wittchen, Zaudig & Houbon, 2003) diagnostiziert sind

Psychisch kranke Personen sind

Personen,

- die entweder gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 oder dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV entsprechend diagnostiziert

oder

- die innerhalb der letzten zwei Jahre wegen einer psychischen Erkrankung in (teil-) stationärer oder ambulanter psychiatrischer, psychotherapeutischer oder hausärztlicher Behandlung waren.

Personen, die eine psychische Störung in Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung aufweisen, werden nicht berücksichtigt.

Listen

Für drei Themenbereiche wurden den Gesprächsteilnehmenden Listen vorgelegt, mit Hilfe derer sie sich zuerst schriftlich vorbereiten konnten, um dann anschliessend ihre Einschätzungen mit den anderen Teilnehmenden zu diskutieren (methodologische Triangulierung, Listen siehe Anhang 4-6). Es sollten jeweils auch die Quantität und die Qualität der Zusammenarbeit mit den wichtigsten Kooperationspartnern definiert werden. Es handelt sich um die Auflistung und Bewertung von:

- Angeboten, die die Fachperson kennt resp. mit denen sie zusammenarbeitet
- Partnerorganisationen und Personen, mit denen im eigenen Versorgungssystem zusammengearbeitet wird. Diese Liste wurde nur den Fachpersonen im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche vorgelegt.

- Partnerorganisationen und Personen, mit denen im jeweils anderen Versorgungssystem zusammengearbeitet wird.

Pretest

Für den erfolgreichen Einsatz einer Methode ist es essentiell, dass das Vorgehen realisierbar und der Diskussionsfokus von den Teilnehmenden zur Formulierung eigener Erfahrungen und Anliegen anregen. Um dies sicher zu stellen, wurde ein Pretest durchgeführt. Es ging dabei darum zu überprüfen, ob folgende Forderungen an den Leitfaden als eingelöst betrachtet werden konnten:

- Verständlichkeit der Themen
- Klarheit der Rollen und Dynamik in der Gruppe
- Interesse und Aufmerksamkeit der Teilnehmenden bei einzelnen Themen
- Interesse und Aufmerksamkeit der Teilnehmenden während der gesamten Diskussion
- Authentizität der Aussagen resp. Erzeugung von Effekten sozialer Erwünschtheit
- Zeitliche Strukturierung und Dauer einer Diskussion

Der Pretest wurde mit Studierenden der berufsbegleitenden Ausbildung der ZHAW, Departement Soziale Arbeit durchgeführt, die in Praxisorganisationen der Kinder- und Jugendhilfe, aber nicht in den ausgewählten Praxisorganisationen angestellt waren. Zudem wurde das Forschungsdesign mit Verantwortlichen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich besprochen und auf seine Tauglichkeit für den Einsatz im Klinikalltag geprüft. Die Ergebnisse und Rückmeldungen aus diesem Pretest wurden mit den Teilnehmenden kollektiv validiert und im Forschungsteam ausgewertet. Es flossen einige geringfügige Änderungen in die endgültige Ausgestaltung des Leitfadens und des Gruppensettings ein.

2.4.3. Durchführung der Diskussionen

Die Gruppendiskussionen wurden in den Räumlichkeiten des Departements Soziale Arbeit der ZHAW durchgeführt. Die Diskussionsrunde mit Mitarbeitenden einer psychiatrischen Klinik fand in einem Raum der Klinik statt. Alle Gespräche wurden von den beiden Projektverantwortlichen Kitty Cassée oder Barbara Los-Schneider moderiert (Forscher-Triangulation). Eine der beiden Projektmitarbeiterinnen, Barbara Baumeister oder Silvia Gavez, war jeweils dabei und protokollierte den Gesprächsverlauf. Die Diskussionen wurden auf Tonband aufgezeichnet.

2.4.4. Auswertung des Materials

Die Auswertung erfolgte nach der von Mayring dargestellten Methode der "Zusammenfassenden Protokollierung" (siehe Kapitel 2.3.4, S.18). Die Gespräche wurden von den beiden Projektmitar-

beiterinnen entlang den Themen des Leitfadens protokolliert, wobei eine 1. Reduktion durch Auslassen von Aussagen ausserhalb des Leitfadens vorgenommen wurde. Zudem bedeuteten die Themenblöcke des Leitfadens eine erste Kategorisierung des Materials.

Die weitere Auswertung des umfangreichen Materials erfolgte über die Prozesse der Generalisation, Konstruktion, Integration und Bündelung. Das Material wurde in Aussageblöcke gebündelt, die dann in mehreren Durchgängen den im Prozess gebildeten Kategorien zugeordnet wurden. Die Aussagen wurden pro Praxissegment teilweise gekürzt/verdichtet, aber so gut wie möglich in der Sprache der Teilnehmenden belassen und unseren Kategorien zugeordnet.

3. Gruppendiskussionen: Ergebnisse

3.1. Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen nach Versorgungssystemen (Kinder und Jugendliche im Kap. 3.2, Erwachsene Kap. 3.3) und Praxissegmenten dargestellt und wo es möglich ist, auf Ergebnisse der Studie Modul I verwiesen. Wenn einige Praxissegmente zu bestimmten Fragen nicht aufgeführt werden, bedeutet dies, dass sie zum entsprechenden Thema keine Aussagen gemacht haben bzw. dass bei ihnen die Fragen nicht gestellt wurden.

Die Kapitel 3.2 und 3.3 sind entlang den Themen des Leitfadens gegliedert. Die Themen und Kategorien des Leitfadens erscheinen ***kursiv und fett*** im jeweils eingerahmten Themenkasten. Die von uns aus dem Material entwickelten Subkategorien erscheinen darin jeweils *kursiv*, aber nicht fett.

- Am Schluss eines Themenkastens erfolgt eine **kurze Zusammenfassung** der wichtigsten Ergebnisse, die auch von eiligen Leserinnen und Lesern als Kurzinformation genutzt werden kann.

3.2. Leistungserbringer im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Die Aussagen von Fachpersonen aus den jeweiligen Praxissegmenten werden stets in der gleichen Reihenfolge aufgeführt, nämlich nach Leistungserbringern im Bereich der Sozialen Arbeit (beratende Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien, Familien ergänzende und ersetzende Angebote) und nach solchen im psychiatrisch-psychologischen und medizinischen Bereich für Kinder und Jugendliche. Für die verwendeten Abkürzungen verweisen wir auf Tabelle 1, S. 21.

3.2.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis

Die Fachpersonen wurden gefragt, wie häufig sie es mit Kindern von psychisch kranken Eltern zu tun haben und welche speziellen Herausforderungen, Aufgaben oder Probleme sich ihnen in der Arbeit mit den betroffenen Kindern und Familien in ihrer Praxis stellen. Es folgen die Aussagen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussionen und in verdichteter Form.

SZ/JS	<i>Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt</i>
	Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist ein sehr häufiges Problem in der Praxis. Es wird geschätzt, dass es ca. zwei Drittel der Fälle sind. Dabei hat es – je nach Bevölkerungsstruktur des Klientels – einen grösseren (bis 50%) oder kleineren Anteil an fremdkulturellen Familien. Meist hat man es mit den Müttern zu tun, unter ihnen auch viele Alleinerziehende. Manchmal sind aber auch beide Elternteile betroffen. Oftmals ist das Thema – vor allem im Rahmen von Unter-

halts- und Vaterschaftsregelungen – sehr früh erkennbar, was im Sinne von präventiven Massnahmen auch eine Chance sein kann.

Gesicherte Diagnosen

Nur ein Teil der Diagnosen ist gesichert. Es ist einfacher mit Eltern zu arbeiten, bei denen die Diagnose klar ist, als mit denen, wo nur Vermutungen bestehen. Diese Eltern sehen oft das Problem nicht bei sich, sondern in der Umwelt.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Andere Stellen, vor allem diejenigen im Versorgungssystem für Erwachsene, haben oft mangelnde Kenntnisse über den Auftrag und die grosse Anzahl von Möglichkeiten und Angeboten der Sozialzentren/Jugendsekretariate.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Es werden Beispiele von geglückter und von schwieriger Zusammenarbeit mit den Eltern genannt. Es geht vor allem darum, aus einer Palette von Massnahmen die richtige zu finden. Oftmals haben die Eltern Angst, man nehme ihnen die Kinder weg. Wenn Eltern Sozialhilfe beziehen, sind sie mit einer Massnahme meist einverstanden, weil sie sie nicht selbst finanzieren müssen. Schwieriger wird es dort, wo die Eltern einen eigenen finanziellen Beitrag leisten müssen. Sie sind dann oft nicht zu einer Massnahme bereit oder machen sogar ihren Kindern Vorwürfe, weil es sie etwas kostet.

Verhalten des Kindes

Manche Kinder müssen schon sehr früh sehr viel Verantwortung übernehmen. Es handelt sich dabei oft um resiliente Kinder, die sich trotz Belastungen normal entwickeln. Manchmal wirken sie aber auch sehr angepasst.

Zeitliche Ressourcen

Die zeitlichen Ressourcen für einen Fall sind begrenzt. Die Befragten sind daher stark auf die Zusammenarbeit und den Informationsfluss anderer Fachpersonen, auch aus dem Versorgungssystem für Erwachsene angewiesen. Die nötigen Informationen zu bekommen ist manchmal schwierig.

Finanzierung

Bis zu einem bestimmten Betrag (CHF 6000.- in der Stadt Zürich) können die Mitarbeitenden der Sozialzentren/Jugendsekretariate selbst über eine Massnahme verfügen. Was diesen Betrag übersteigt, muss vor die Behörde. Massnahmen müssen dann sehr gut begründet sein, um bewilligt zu werden. Es scheint in letzter Zeit eher schwieriger geworden zu sein, dass die geforderten Massnahmen finanziert werden. Gerade bei der Kinderbetreuung wird bei den Gemeinden gespart.

KKB

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Je nach Klientel ist der vermutete Anteil von psychischen Erkrankungen von Eltern(teilen) sehr unterschiedlich. Während er in ländlicheren Gegenden, wo das Thema eher tabuisiert wird, und in Wohngebieten mit höheren sozialen Schichten nur eine von 7 bis 10 Familien betrifft, beträgt der Anteil betroffener Familien im städtischen Umfeld zwischen ein Viertel bis die Hälfte. Sehr schwierig abzu-

schätzen sind psychische Erkrankungen bei Ausländern/innen, da diese innerhalb ihres familiären Netzes "gedeckt" werden und nicht offen über psychische Probleme reden. Die Dunkelziffer scheint jedoch generell hoch zu sein.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Die Kleinkindberatungsstellen und Mütter/Väterberater/innen erhalten ihre Abklärungsaufträge häufig von den (Vormundschafts-) Behörden und kennen daher die Diagnosen. Je nach zuweisender Instanz ist jedoch die Informationslage unterschiedlich. Generell ist die Diagnose in ca. 50% der Fälle bekannt. Manche Spitäler oder Sozialdienste geben mit Einverständnis der Eltern die Diagnose weiter, andere nicht. Sie verweisen dabei auf den Datenschutz.

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Manchmal kommen die Informationen auch von den Eltern selber oder werden von den Mütter-/Väterberater/innen aufgrund von Beobachtungen generiert. Wenn z.B. Babies Auffälligkeiten zeigen, kann man durch entsprechendes Nachfragen Vieles erfahren. Es gibt Mütter, die erst bei der Geburt eines Kindes psychisch auffällig werden und andere, bei denen eine längere Krankheitsgeschichte besteht. Generell ist es einfacher mit Eltern zu arbeiten, bei denen die Diagnose bekannt ist und mit denen man offen darüber reden kann.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Mütter-/Väterberater/innen verfügen oftmals nicht über die entsprechenden Kompetenzen, um konkrete Schritte einzuleiten. Da es sich um ein freiwilliges Angebot handelt, haben sie – ausser bei einer klaren rechtlichen Grundlage (gestützt auf Art. 308) – keine Handhabe, um Eltern für eine regelmässige Beratung zu verpflichten. Es dauert oftmals lange, bis es zu einem entsprechenden Beschluss kommt. Auch fällt dieser nicht immer nach Antrag der Mütter-/Väterberater/innen aus. Als schwierig wird auch die Gewährleistung einer Kontinuität nach Abschluss der Mütter-/Väterberatung erachtet.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Bei Fällen, die sich auf eine rechtliche Massnahme stützen, gestaltet sich die Zusammenarbeit einfacher, weil klarer ist, dass es um das Kindeswohl geht und dass die Eltern eine Auflage für die Zusammenarbeit haben. Es gibt auch Zwischenlösungen, wenn man den Eltern klar machen kann, dass man bei einer unverbindlichen Zusammenarbeit Meldung erstatten müsste. Oftmals ist es aber ein Problem, schwierige Eltern verbindlich in ein Setting einzubinden, sei es bei der Mütter-/Väterberatung selbst oder an einer anderen Stelle. Die Gefahr, dass sie abspringen, ist gross – ein "Tanz auf Eiern".

Gefährdung des Kindes

Es ist oft schwierig, in Akutsituationen einen Platz für ein Kind zu organisieren, vor allem wenn es am Freitag ist. In der Stadt hat es in der Regel eine bessere Infrastruktur als in ländlichen Gebieten. In einem Notfall braucht es auch das Einverständnis der Eltern nicht, um ein Kind zu platzieren. Dies kann mit Hilfe des Notfallpsychiaters oder der Vormundschaftsbehörde geschehen. Die Behörden sind jedoch oft zu wenig im Bilde, welche Gefährdung eine psychische Erkrankung eines Elternteils für ein Kleinkind bedeuten kann.

Zeitliche Ressourcen

Die Stellenprozente werden anhand der Geburtenzahlen berechnet. In den letzten Jahren sind jedoch die Fälle komplexer und zeitaufwändiger geworden (z.B. durch vermehrte Administration, Sitzungen und Vernetzung mit anderen Fachpersonen).

Krippen/Horte ***Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt***

Jede der befragten Fachpersonen hat oder vermutet in ihrer Institution mehrere Kinder mit psychisch kranken Eltern – einige können dazu auch nichts Genaueres sagen. Prozentzahlen werden nicht genannt. Die Dunkelziffer wird als relativ hoch eingeschätzt.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Bei manchen Kindern ist die Diagnose der Eltern bekannt, bei andern nicht. Wenn Kinder von offiziellen Instanzen (z.B. Sozialdienste, Wohngruppen, Schulpsychologischer Dienst) als Massnahme überwiesen werden, ist die Diagnose eher bekannt als bei solchen, die durch die Eltern angemeldet sind.

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Es gibt Eltern, die in psychiatrischer Behandlung sind und selber offen über ihre Probleme reden. Manchmal bekommt man auch Klinikaufenthalte der Eltern mit. Durch Beobachtungen kann man vor allem Suchtprobleme von Eltern erkennen, wenn sie „verladen“ ihr Kind abholen. Vor allem kleinen Kindern sieht man vielfach die familiären Probleme an, da diese ein auffälliges Verhalten zeigen und bestimmte Aussagen machen. Oftmals findet man jedoch erst nach langer Zeit heraus, dass ein psychisches Problem vorhanden ist.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Krippen haben in der Regel wenig Kompetenzen und Befugnisse, wenn es darum geht, ein Kind zur Abklärung anzumelden oder sonstige Massnahmen zu treffen.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Die Zusammenarbeit mit den Eltern wird als sehr wichtig erachtet und es wird auch viel Zeit dafür investiert. Es geht darum zu schauen, dass es dem Kind nicht nur in der Krippe oder im Hort gut geht, sondern dass es auch zu Hause möglichst gut läuft. Es kommt immer wieder vor, dass Eltern die Zusammenarbeit aber schlicht verweigern. In einer Krippe/Hort, werden den Eltern konkrete Anweisungen bezüglich der Erziehung und Tagesstruktur gegeben. Schwierig wird es dann, wenn die Eltern nicht zur Zusammenarbeit bereit sind oder bei weiteren Massnahmen (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe) nicht kooperieren. Am einfachsten ist eine Massnahme für das Kind (z.B. Spieltherapie) durchzusetzen. Wenn jedoch die Eltern selbst davon betroffen sind, gibt es mehr Widerstand und oft wenig Verbindlichkeit. Vor allem bei psychisch kranken Eltern aus der Oberschicht kann die Zusammenarbeit schwierig sein, da diese ihre Probleme gerne totschweigen und bei Schwierigkeiten einfach die Krippe wechseln. Die Eltern müssen zudem einverstanden sein, dass andere involvierte Stel-

len und Personen Informationen weiter geben. Das ist jedoch oft nicht der Fall.

Aufklärung/Tabuisierung

Die Eltern sind oft hilflos und wissen nicht, wie und ob sie mit ihren Kindern über ihre Probleme sprechen sollen. Sie wollen aber auch nicht, dass in der Krippe/Hort darüber gesprochen wird. Das gibt grosse Spannungen bei den Kindern, die z.B. zu Aggressionen führen können. Am besten ist es, die Ressourcen von Kindern und Eltern zu stärken; das ist auf die Dauer am wenigsten verschleissend.

Verhalten des Kindes

Es gibt Kinder, die trotz der grossen Belastung erstaunlich unauffällig sind. Manche leiden eher im Stillen und bei denen wäre es wünschenswert, wenn sie ihre Gefühle besser zeigen könnten, auch wenn es dann für die Umgebung schwieriger würde. Im Hort wird sichtbar, dass sie keinen sicheren Boden unter den Füßen haben, nicht spielen können oder Entwicklungsrückstände zeigen. Es gibt aber auch Kinder, die aggressiv sind und quer schlagen.

Zeitlicher Mehraufwand

Die Arbeit mit diesen Familien ist zeitaufwändig. Die Mitarbeitenden im Hort müssen sich vermehrt mit anderen Fachpersonen vernetzen und Abmachungen überprüfen. Auch die Eltern brauchen mehr Unterstützung.

Mangelnde Infrastruktur/wenig Interventionsmöglichkeiten

Gerade in Akutsituationen ist es oft schwierig, fachliche Hilfe für die betroffenen Eltern zu organisieren. Z.T. fehlen entsprechende Angebote, z.T. sind die Zuständigkeiten unklar oder die entsprechenden Stellen nicht erreichbar. Sozialpädagogen/innen laufen Gefahr, sich in Situationen, in denen Eltern in akute Krisen geraten (z.B. psychotischer Schub) zu überfordern. Wichtig für sie ist es, das Kind möglichst im Setting Krippe/Hort behalten und dort optimal unterstützen zu können.

SPFH

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Die Häufigkeit wird auf die Hälfte bis zwei Drittel der Kinder geschätzt. Auch wird mehrheitlich die Meinung vertreten, dass dieses Problem zunimmt. Betroffen sind sehr oft Frauen, davon viele allein erziehende.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Oft ist die Diagnose nicht bekannt. Die Informationen der zuweisenden Instanzen oder von Psychiatern/innen sind vielfach unklar und helfen nicht wirklich weiter. Es gibt aber auch Fälle, wo die Diagnose im Auftrag klar benannt wurde. Viele sozialpädagogische Familienhelfer/innen fragen beim Erstgespräch konkret bei den Eltern nach, wenn die zuweisenden Instanzen keine diesbezüglichen Informationen geben konnten. Fachpersonen sollten auch vermehrt darauf hinweisen, dass sie ein Recht auf Informationen haben, wenn das Kindeswohl gefährdet ist.

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Eltern erzählen oft von sich aus, dass sie wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrischer Behandlung sind oder Medikamente nehmen. Es gibt aber

auch solche, die nicht in Behandlung sind oder keine Krankheitseinsicht haben. Psychische Störungen der Eltern lassen sich vielfach auch am auffälligen Verhalten ihrer Kinder, z.B. in der Schule, oder an Symptomen und Erziehungsschwierigkeiten der Eltern erkennen. Es wird damit zwar nicht klar, um welche Störung es sich handelt, jedoch wird die Behandlungsbedürftigkeit eines Elternteils deutlich. In der Sozialpädagogischen Familienhilfe wird zunächst mal das vordergründige Problem angegangen und erst später zeigt sich dann vielleicht, was alles dahinter steckt. Es kann für die Interventionsplanung zwar hilfreich sein, die Diagnose zu kennen, aber in der konkreten Arbeit rückt sie dann wieder in den Hintergrund.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Es ist wichtig, eine Vertrauensbasis mit der Familie aufzubauen. Das braucht Zeit, die oftmals fehlt, auch aufgrund von Sparrmassnahmen.

Die Familienarbeiterinnen haben vielfach den Auftrag, abzuklären, ob ein Kind in der Familie bleiben kann. Wenn Eltern wenig Krankheitseinsicht haben, ist dies schwierig. Es wäre einfacher, wenn man mit ihnen über ihre Symptome und deren Auswirkungen offen reden und dadurch die Kinder schützen könnte. Schwierig kann sich auch eine Zusammenarbeit gestalten, wenn der Auftrag unklar ist oder die Intervention auf freiwilliger Basis stattfindet. Sobald unangenehme Themen angeschnitten werden, ist die Gefahr eines Abbruchs gross.

Gefährdung des Kindes

In vielen Fällen ist es nicht einfach, das Kindeswohl abzuschätzen: Was ist noch zumutbar? Wie viel kann oder muss ein Kind aushalten? Viele Kinder können sich gut anpassen. Da fällt ein Entscheid schwer. Oftmals wird (zu) viel Zeit zur Stabilisierung der Eltern investiert und zu wenig an das Kindeswohl gedacht.

Zeitlicher Mehraufwand

Die Betreuung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ist meist sehr zeitaufwändig. Gerade in Krisensituationen ist es wichtig, dass verschiedene Fachpersonen am Ball sind und Verantwortung übernehmen.

Angemessene Interventionen

Es stellt sich in der Sozialpädagogischen Familienhilfe immer wieder die Frage wie schnell und intensiv man eingreifen soll und wo die Grenzen sind. Gerade bei psychisch Kranken können intensive Eingriffe destabilisierend wirken. Man darf aber zum Wohle des Kindes auch nicht zu lange warten oder zu wenig verlangen. Der bestehende Zeitdruck für die Familienarbeiter/innen, innert einer gewissen Frist etwas zu bewirken, wird erwähnt.

Stat. Einrichtungen

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Viele Kinder, die stationär platziert sind, haben psychisch kranke Eltern. Je nach Institution betrifft dies die Mehrheit oder etwas weniger als die Hälfte der Kinder. Wenn man es vor allem mit Versorgern und weniger mit den Eltern direkt zu tun hat, ist das Bild weniger klar.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen

In einer Institution gab es bei 72 Eintritten 30 Fälle mit Eltern mit einer gesicher-

ten Diagnose. In anderen Institutionen sind gesicherte Diagnosen eher seltener. Die Fachpersonen gehen davon aus, dass sehr viele Eltern irgendeine Art von psychischer Störung aufweisen, auch wenn sie keine offizielle Diagnose haben und nicht in Behandlung stehen.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Die Auftragsklärung ist essentiell. Der Hauptfokus sollte auf dem Kind liegen und erst in zweiter Linie auf dem Umfeld. Die Rolle gegenüber den Eltern ist manchmal unklar: in welcher Hinsicht hat man ihnen gegenüber einen Auftrag und wo kommen Informationen von verschiedenen Stellen zusammen?

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Gerade in Einrichtungen für Kinder im Vorschulalter ist die Zusammenarbeit mit den Eltern ein wichtiger Faktor. Die Fachperson muss mit ihnen zum Wohle des Kindes an verschiedenen Themen arbeiten. Dabei ist die Verständigung nicht immer einfach. Verständigungsschwierigkeiten und Konflikte zeigen sich oft auch innerhalb der Familie, gerade wenn es dort zusätzliche Stressfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Platzierung des Kindes) gibt. Es kann schwierig sein, eine gemeinsame Sprache zu finden. Dies betrifft nicht nur Fremdsprachige, aber auch dort kann es aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse zu Verständigungsproblemen kommen. Je nach psychischer Störung (z.B. Schizophrenie) ist eine angemessene Kommunikation kaum möglich.

Aufklärung/Tabuisierung

Die Kinder sollen die Möglichkeit haben, über die Erkrankung ihrer Eltern zu sprechen und informiert zu werden. Dazu werden in manchen Institutionen Gesprächsgruppen oder therapeutische Gespräche angeboten und Ärzte zu Informationszwecken aufgebeten. Für manche Kinder ist es sehr schwierig, die psychischen Schwankungen ihrer Eltern und die Ungewissheit, ob sie wieder nach Hause können, zu ertragen. Viele Kinder und vor allem Jugendliche möchten jedoch nicht über die Krankheit ihrer Eltern sprechen. Sie schützen ihre Eltern regelrecht und errichten eine Fassade. Sie lehnen Hilfe von aussen ab. Es gilt auch, deren Abwehr zu respektieren.

Verhalten des Kindes

Es gibt sehr angepasste Kinder, die ihre Eltern schützen und erzählen, dass Zuhause alles in Ordnung sei. Diese übernehmen meist auch sehr viel Verantwortung gegenüber ihren Eltern. Da sie keine Hilfe von aussen annehmen, können sie überfordert werden und andere Probleme entwickeln (z.B. in der Schule oder in der Lehre). Andere werden verhaltensauffällig und aggressiv. Bei denen wird meist früher interveniert, da sie mehr auffallen als Kinder mit internalisierenden Verhaltenweisen.

Angemessene Interventionen

Die Ressourcen, um mit den Eltern arbeiten zu können, sind knapp und es ist auch nicht der primäre Auftrag der stationären Einrichtungen. Eine Vernetzung mit anderen Stellen und Fachpersonen ist jedoch oft mangelhaft. So fehlen vielfach wichtige Informationen. Auch die Kinder sind oft sehr isoliert. Es fehlen weitere Bezugspersonen. Wenn sie sich eine Fassade aufgebaut haben, ist es schwierig, an sie heranzukommen. Es kann hilfreich sein, wenn man ihnen sa-

gen kann, dass sich jemand um den kranken Elternteil kümmert.

KJPD/SPD

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Bei den befragten Schulpsychologischen Diensten zeigt sich ein unterschiedliches Bild: bei den einen ist die psychische Krankheit eines Elternteils ein seltenes und unausgesprochenes Phänomen, bei anderen kommt es in ca. ein Viertel der Fälle vor. Auch in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten wird von ca. einem Viertel der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ausgegangen. Es kommt vor, dass man dies erst im Laufe der Behandlung feststellt. Daher wird diese Information inzwischen bei der Anmeldung systematisch erhoben.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst hat der grösste Teil der psychisch kranken Eltern bereits eine Diagnose und befindet sich auch in Behandlung. Nicht immer jedoch wird die psychische Erkrankung bei der Anmeldung genannt, und nur selten erfolgt eine Anmeldung über einen/eine Erwachsenenpsychiater/in. Es kann eine Aufgabe sein, dem kranken Elternteil zum Wohle des Kindes einer geeigneten Behandlung zuzuführen. Bei Anmeldungen von einem Jugendsekretariat kann die psychische Erkrankung eines Elternteils jedoch auch ein expliziter Anmeldegrund sein. Bei den Schulpsychologischen Diensten sind gesicherte Diagnosen eher selten und werden nicht bei der Anmeldung genannt, da die Leistung des Schulpsychologischen Dienst primär kindzentriert ist. Es liegt an den zuständigen Psychologen/innen, die Familie in den Abklärungs- oder Behandlungsprozess einzubeziehen

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Ob Eltern über ihre psychische Erkrankung informieren, hängt oft von deren Störung ab. Wenn z.B. ihr Kind eine Aufmerksamkeitsstörung (ADHD) hat, können sie leichter sagen, dass sie das als Kind auch gehabt hätten. Auch Burnout oder Depressionen werden genannt. Manchmal spricht der gesunde Elternteil über die psychische Erkrankung des Ehepartners resp. der Ehepartnerin. Es hängt zudem davon ab, wie explizit Eltern danach gefragt werden und wie stark die ganze Familie in den Abklärungsprozess einbezogen wird. Dabei kann die psychische Erkrankung schon im Erstgespräch zum Thema und allenfalls auch beobachtet werden. Ein Indiz kann sein, wenn ein Elternteil immer nur alleine kommt. Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann eine Ursache von Verhaltensauffälligkeiten oder Lernschwierigkeiten der Kinder sein. Nicht immer wird diese jedoch nach erfolgter Abklärung explizit Thema.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Eine Auftragsklärung ist oft schwierig, da die involvierten Personen (Eltern, Kind, Lehrer) sehr unterschiedliche Vorstellungen und Ansprüche haben können.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern:

Ein Mitarbeiter eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes beschreibt verschiedene Kategorien von Eltern: Manche erscheinen gar nicht oder sind aufgrund ihrer Erkrankung zur Kooperation nicht fähig. Bei denen wird es

schwierig, einen Auftrag auszuführen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Andere haben eine ähnliche Störung wie ihr Kind (z.B. ADHD) und sind daher auch schwierig in die Behandlung einzubeziehen. Es gibt Eltern, die ihre Probleme dem Kind zuschreiben und ihre eigenen Anteile nicht wahrhaben wollen. Daneben gibt es aber auch solche, die sich mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt haben und sehr gut reflektieren können. Informationen dürfen nur im Einverständnis der Eltern weiter gegeben werden. Es hängt dann viel davon ab, wie man mit den Eltern kooperieren kann. Manche Eltern sind in der Lage, die wichtigen Informationen selbst weiter zu leiten, andere jedoch, vor allem diejenigen aus einem anderen Kulturkreis, haben selbst zu wenig gut verstanden, worum es geht. Bei diesen ist es wichtig, dass man direkt mit den beteiligten Personen im Hilssystem kommunizieren kann.

Bei den Schulpsychologischen Diensten sind die Eltern bezüglich ihrer Erkrankung eher zurückhaltend. Sie kommen primär wegen dem Kind und möchten sich nicht "outen". Dort ist man auf Vermutungen angewiesen. Nur in seltenen Fällen stehen die Eltern zu ihrer Erkrankung und sprechen offen darüber.

Gefährdung des Kindes

Es ist oft schwierig abzuschätzen, ob das Kindeswohl gefährdet sei und ob man eine Gefährdungsmeldung machen soll. Wenn die Eltern in eine Behandlung einwilligen, wird meist auf eine solche Meldung verzichtet. Beim Schulpsychologischen Dienst findet in unklaren Fällen oft eine Überweisung an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst statt.

Verhalten des Kindes

Kinder von psychisch kranken Eltern müssen oft sehr viel (Eigen-)Verantwortung übernehmen. Die Eltern sind nicht in der Lage, sie zu unterstützen und ihnen einen Rahmen zu geben.

Psych. K+J

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Alle Befragten haben es in Ihrer Praxis mit einer mehr oder weniger grossen Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern zu tun. Manche schätzen deren Anteil auf ca. ein Viertel, andere finden es eher weniger. Es hängt auch von der Art und Schwere der Erkrankung ab. Fälle mit leichteren psychischen Erkrankungen sind eher häufiger als solche, wo ein Klinikaufenthalt nötig war. Es kommt auch darauf an, welches spezifische Klientel man behandelt – das spricht sich dann herum. Jemand betont, dass es schwierig ist zu quantifizieren, weil im Prinzip jede Person in Behandlung eine Diagnose bekommt, weil damit die Behandlung von der Krankenkasse übernommen wird.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Selten ist eine psychische Erkrankung der Eltern ein wichtiger Anmeldegrund zur therapeutischen Behandlung eines Kindes. Obschon es Fälle gibt, in denen gesicherte Diagnosen vorliegen, überwiegen doch diejenigen, in denen die Diagnose unklar ist und die Eltern auch nicht in Behandlung sind. Manchmal erfährt man auch erst im Laufe der Behandlung von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils.

Erwähnt wird in einem Fall ein mehrseitiges Gutachten einer Krankenkasse mit der Diagnose der Mutter.

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Es gibt Fälle, in denen von Anfang an seitens der Eltern deren psychische Erkrankung klar deklariert wurde. Meistens erfährt man es jedoch nebenbei. Rücksprachen mit den behandelnden Erwachsenenpsychiatern/innen sind selten. Diagnosen können vermutet werden anhand des Verhaltens der Eltern in der Praxis und im Zusammenhang mit der Störung des Kindes (z.B. ADHD oder Angststörungen).

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen

Manchmal wird klar, dass Familien neben der Psychotherapie des Kindes Unterstützung brauchen (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe). Manchmal geht aber auch alles so schnell, dass eine präventive Intervention nicht möglich ist. Für die Befragten ist es nicht immer einfach, abzuschätzen, was andere involvierte Stellen (z.B. psychiatrische Klinik) unternehmen, um die Familie zu unterstützen.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Mit manchen Eltern ist eine konstruktive Zusammenarbeit möglich. Diese nehmen Hilfe von aussen an und haben auch eine Krankheitseinsicht. Ob das der Fall ist, hängt oft von der Art ihrer Störung ab. Andere Eltern jedoch verhalten sich nicht kooperativ und wollen, dass nichts nach aussen dringt. Dies kann sich auf die Entwicklung der betroffenen Kinder schädlich auswirken. In solchen Fällen ist die Zusammenarbeit mit anderen Stellen nötig. Es wäre wünschenswert, wenn der betroffene Elternteil selbst an einem Gespräch mit involvierten Fachpersonen teilnehmen könnte. Je nach Störungsbild ist dies jedoch nicht immer möglich und kann auch kontraproduktiv sein.

Gefährdung des Kindes

Es ist meistens eine Gratwanderung, wann man einschreiten soll, da das Kindeswohl gefährdet ist. Ein Indiz kann sein, wenn von mehreren Stellen (z.B. Schule) Hinweise kommen.

Aufklärung/Tabuisierung

Eine wichtige Aufgabe der Befragten ist es, ein Kind seinem Entwicklungsstand gemäss über die Erkrankung seiner Eltern zu informieren und ihm wenn nötig Erklärungen zu geben. Das kann auch heissen, dass man das Kind beim Besuch in der Klinik begleitet. Nicht einfach ist es, den Kindern wahrheitsgetreue aber nicht beunruhigende Informationen über das Risiko, selbst zu erkranken, zu geben. Dabei ist es wichtig, nicht nur auf die Risiko- sondern auch auf protektive Faktoren und eigene Fähigkeiten hinzuweisen.

Manche Kinder schützen ihre Eltern und verleugnen die Pathologie ihrer Eltern. Es ist wichtig, für diese Kinder einen Ort zu finden, wo die Familie über ihre Probleme reden kann.

Angemessene Interventionen

Die Therapeutinnen/Therapeuten versuchen dafür zu schauen, dass ein Kind nebst dem psychisch kranken Elternteil noch andere Bezugspersonen hat, die es unterstützen.

Geschildert werden im Weiteren Erfahrungen mit dem Notfalldienst. In einem Fall wurde vorbildlich dafür gesorgt, dass die Kinder versorgt sind. In einem an-

deren jedoch waren die Kinder tagelang alleine Zuhause, während die Mutter in der Klinik war.

Kinderärzte/
innen

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Informationen über eine psychische Erkrankung von Eltern sind sehr schwierig zu erhalten, u.a. auch deswegen, weil die Abstände zwischen den Behandlungen der Kinder gross sind. Vermutet wird jedoch eine grosse Dunkelziffer.

Gesicherte bzw. ungesicherte Diagnosen und Informationen der zuweisenden Instanzen

Es gibt Fälle, in denen man von der psychischen Erkrankung weiss und andere, in denen man es nicht weiss. Wissen ist oft dann vorhanden, wenn es sich um postpartale Depressionen handelte und man als Kinderärzte/innen von Anfang an relativ stark einbezogen wurde. Nach Abschluss des Impfprogramms sind Kinderärzte/innen nicht mehr so stark involviert. Informationen von offiziellen Stellen fliessen eher spärlich. Manchmal erfährt man etwas wegen Inkassoproblemen.

Informationen durch die Eltern oder über Beobachtungen

Es gibt Eltern, die mit ihrer Diagnose offen umgehen und solche, die sie verleugnen und bei denen man erst später davon erfährt. Von einem grossen Teil der Eltern erfährt man aber eine Diagnose nie. Es gibt sehr verschlossene Familien, und von vielen wichtigen Familienereignissen erfährt man nichts oder nur durch Zufall. Manche Kinderärzte/innen wenden für die Anamnese eine Checkliste an, in der sie auch nach psychischen Erkrankungen in der Familie fragen. Nicht immer werden diese Fragen offen beantwortet.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien

Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen:

Es ist oft sowohl für die Kinderärzte/innen selber als auch für die Eltern unklar, was genau der Auftrag der Kinderärzte/innen sein soll. Sollen sie nur Krankheiten behandeln oder auch Anlaufstelle für psychosoziale Probleme sein? Es ist wichtig, dass man seine Rolle gegenüber den Eltern klar deklariert.

Zusammenarbeit mit den Eltern/Compliance der Eltern

Informationen dürfen nur mit dem Einverständnis der Eltern eingeholt oder gegeben werden. Es wird seitens der Kinderärzte/innen erwähnt, dass Berichte nur nach Einsicht und mit Unterschrift der Eltern weiter gegeben werden. Es sei das Recht der Eltern, zu wissen, was über sie geschrieben steht. Es stellt sich auch jeweils die Frage, wie viele Informationen nötig sind. Manchmal wäre es jedoch wünschenswert, wenn man etwas mehr über die Vorgeschichte wüsste. In den Geburtskliniken ist man nach einer Klage mit der Weitergabe von Informationen an die Kinderärzte/innen zurückhaltender geworden. Am einfachsten ist die Zusammenarbeit mit Eltern, die offen über ihre Diagnose reden und Hilfe suchen. Mit solchen, die ihre Probleme nicht wahrhaben und auch keine Hilfe annehmen wollen, ist es schwieriger. Dies ist vor allem bei Suchtpatienten der Fall. Manchmal bricht auch der Kontakt ab. Je schlechter die Situation ist, desto weniger Kontakt besteht. Es kann für die Eltern bedrohlich sein, wenn man nachfragt. Ein Problem für die Kinderärzte/innen kann auch sein, wenn sie Eltern unter Druck setzen müssen, zum Wohle des Kindes etwas zur Lösung ihres Prob-

lems zu unternehmen. Es kann dann unklar sein, auf welcher Seite man steht, vor allem wenn man die Familie gut kennt. Es kann aber auch gut sein, wenn man andere Stellen involviert, um die Familie zu unterstützen. Viele kommen dann doch wieder zurück. Bei den Gesundheitschecks in verschiedenen Altersstufen des Kindes wird von manchen Kinderärzten/innen routinemässig nach der familiären Situation gefragt.

Gefährdung des Kindes

Manche Kinderärzte/innen haben schon Gefährdungsmeldungen gemacht, vor allem in akuten Situationen oder wo sie einen Verdacht hatten, dass es dem Kind nicht gut gehe und sich die Eltern nicht angemessen um ihr Kind kümmern.

Verhalten des Kindes

Eine Intervention ist schwierig, wenn es dem Kind gut geht und es keine offensichtlichen Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen zeigt. Manche Kinder entwickeln aber oft erst später massive Störungen. Daher wäre es fast besser, wenn es den Kindern schon früh nicht so gut ginge, damit man entsprechend intervenieren könnte.

Zeitlicher Mehraufwand

Innerhalb der normalen Sprechstunde ist es oft nicht möglich auf die psychischen Probleme der Eltern einzugehen. Die meisten Kinderärzte/innen machen dazu einen zusätzlichen Termin ab oder sprechen das Problem in einer Situation an, in der sie mehr Zeit haben. Trotzdem kann es sein, dass man in Akutsituationen die Zeit aufbringen muss.

Angemessene Interventionen

Als Kinderarzt/ärztin ist man auf ein gutes Netzwerk angewiesen. Dieses Netzwerk muss man sich aufbauen und pflegen. Der Austausch ist wichtig. Wenn man weiss, dass ein Kind oder eine Familie an einer anderen Stelle gut betreut wird, ist das entlastend. Oft passiert es jedoch, dass man Informationen nicht erhält oder dass trotz Meldung nichts passiert. Man fühlt sich dann alleine gelassen.

3.2.1.1. Die häufigsten Diagnosen (unabhängig von den Leistungserbringern)

Die Frage nach den häufigsten Diagnosen, mit denen Fachpersonen in der Praxis konfrontiert sind, brachte keine nennenswerten Unterschiede zwischen den verschiedenen befragten Leistungserbringern zu Tage. Die qualitativen Aussagen decken sich mit den statistisch gesicherten Ergebnissen aus Modul I unserer Studie (vgl. Gurny et al., 2007a, S.27f). Es wurden am häufigsten Depressionen, Sucht sowie Posttraumatische Belastungsstörungen genannt, gefolgt von psychotischen Störungen/Schizophrenien, Angststörungen/Phobien und Persönlichkeitsstörungen. Die Antworten zeigen zudem auf, dass die meisten Leistungserbringer mit einer breiten Palette von psychischen Störungen von Eltern(teilen) konfrontiert sind, wobei die Diagnosen nicht immer klar und medizinisch-psychologisch abgesichert sind.

3.2.1.2. Zusammenfassung

Alle befragten Leistungserbringer haben es in mehr oder weniger grossem Umfang mit psychisch kranken Eltern(teilen) zu tun. Die Schätzungen basieren in der Regel nicht auf gesicherten Diagnosen. Die Angaben schwanken je nach Leistungserbringer zwischen einem von zehn Müttern oder Vätern bis zu zwei Dritteln der Eltern, die psychische Störungen aufweisen. Vermutet wird generell eine relativ hohe Dunkelziffer. Die Informationslage betreffend Diagnose ist nicht bei allen Leistungserbringern gleich gut. Viele sind auf Vermutungen und eigene Beobachtungen angewiesen. Auffälliges Verhalten von Müttern oder Vätern oder auch von deren Kindern können Indizien für psychische Störungen sein. Andere werden von zuweisenden Instanzen oder von den betroffenen Eltern selbst informiert. Es gibt Eltern, die relativ offen über ihre psychischen Probleme berichten, und andere, die sie tabuisieren und nicht darüber reden wollen.

In der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern werden vor allem folgende Herausforderungen und Probleme genannt:

- *Compliance (Mitarbeitsbereitschaft) der Eltern*
Wenn Eltern Krankheitseinsicht haben und offen über ihre Probleme sprechen, ist eine konstruktive Zusammenarbeit zum Wohle des Kindes einfacher. Es kann auch ein Vorteil sein, wenn Eltern im Rahmen einer Massnahme zur Kooperation verpflichtet sind, weil dann das Thema offener angesprochen werden kann. Da psychische Erkrankungen immer noch ein gesellschaftliches Tabu-Thema sind, wollen viele Betroffene nicht darüber sprechen und auch ihre Kinder nicht informieren. Manchmal ist es auch die Krankheit selbst, die eine Zusammenarbeit erschwert. Psychisch Kranke haben oft eine andere Wahrnehmung und vor allem in einer akuten Krankheitsphase keine ausreichende Krankheitseinsicht.
- *Abschätzung des Kindeswohls*
Es ist oft schwierig, präzise abschätzen zu können, wann das Kindeswohl gefährdet ist und einschneidende Massnahmen (z.B. eine Fremdplatzierung) nötig wären. Gerade Kinder, die trotz familiären Belastungen gut funktionieren und viel Verantwortung übernehmen, können gefährdet sein, ohne dass man es merkt. Durch ein konfrontatives Vorgehen oder gar eine Gefährdungsmeldung kann zudem die Kooperation mit den Eltern aufs Spiel gesetzt werden.. Dies ist vor allem ein Problem für Leistungserbringer, deren Angebot von den Eltern freiwillig in Anspruch genommen wird (z.B. Kinderärzte/innen, Krippen, Kleinkindberatungsstellen). Abzuschätzen, wann das Kindeswohl gefährdet ist und man einschreiten muss und wann man lieber auf Kooperation setzt, ist daher eine schwierige Gratwanderung.
- *Mangelnde Ressourcen/Angebote*
Fälle mit psychisch kranken Eltern sind oft sehr komplex und benötigen einen grossen Ressourcenaufwand: Nebst dem eigenen Mehraufwand zur Betreuung der betroffenen Familien ist auch mehr Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Fachpersonen nötig (z.B. Helferkonferenzen, Überweisungen). Manchmal fehlt es auch an Mitteln, um notwendige Massnahmen zu realisieren (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Krippenplatz).

3.2.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf

Die Leistungserbringer wurden aufgefordert, die ihnen bekannten Angebote für Kinder von psychisch kranken Eltern und deren Familien aus ihrer Region auf einem Blatt einzutragen.

Es wurde eine breite Palette von bekannten Angeboten genannt. Im Folgenden werden die jeweils am häufigsten genannten Angebote pro Leistungserbringer aufgeführt.

Bei den Sozialzentren/Jugendsekretariate werden die sozialpädagogischen Familienbegleitungen am häufigsten genannt, während es bei den Kleinkindberatungsstellen in erster Linie Psychologen, Therapeuten und in zweiter Linie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sind. Den Mitarbeitenden der Krippen/Horte sind vor allem die Sozialzentren und Sozialdienste neben dem Schulpsychologischen Dienst und der Kinderschutzgruppe bekannt.

Bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe werden folgende Angebote am häufigsten genannt: Hort, Krippe, Mittagstisch, Elternnotruf, 147, Notfalltelefon. Die stationären Einrichtungen kennen in erster Linie Therapeutinnen/Therapeuten (für Spiel-, Mal-, Musik-, und Familientherapie) in ihrer Region. Von den Schulpsychologinnen/-psychologen wird der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst genannt. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst selber erwähnt am häufigsten die Jugendberatungen sowie Therapeutinnen/Therapeuten.

Den Psychiatern/innen und Kindertherapeuten/innen sind vor allem der Schulpsychologische Dienst und die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste bekannt. Die Kinderärzte/innen nennen die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste gefolgt vom Kinderspital und den Jugendsekretariaten.

Insgesamt kennen sich die Leistungserbringer wenig untereinander und sind wenig miteinander vernetzt. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst ist am bekanntesten gefolgt von den Therapeutinnen/Therapeuten.

Die Leistungserbringer wurden zudem befragt, ob es ihrer Meinung nach noch mehr spezifische Angebote geben müsste und ob sie für sich bzw. für ihre Praxis spezifischen Unterstützungsbedarf sähen.

Es folgen die mündlichen Aussagen zum Bedarf an spezifischen Angeboten und Unterstützungsbedarf geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form.

SZ/JS	<p>Spezifische Angebote</p> <p><i>Coachings/längerfristige Begleitung für Mütter mit kleinen Kindern</i> Mütter von kleinen Kindern sollten mittels Trainings und enger Begleitung in ihrem Alltag besser unterstützt werden. Sie müssten üben, wie sie mit ihren Kindern umgehen sollen, und die kindlichen Bedürfnisse kennen lernen. Manche brauchen auch längerfristige Begleitung. Es wäre wichtig, dass die Betreuungspersonen eine gewisse Konstanz aufweisen und nicht ständig wechseln.</p> <p><i>Gruppenangebote für Kinder</i> Es sollte Gruppenangebote für Kinder geben, damit diese entlastet und richtig informiert werden können.</p> <p><i>Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote</i> Bestehende Angebote, z.B. Krippen oder Schulsozialarbeit, sollten sich auf das Thema spezialisieren, um die betroffenen Kinder sowie deren Eltern professionell und längerfristig betreuen zu können. Es besteht bei vielen Stellen die Möglichkeit, Mütter- oder Erziehungsberater/innen bei zu ziehen oder sich in Form von Supervision oder Intervention bei schwierigen Fällen auszutauschen.</p> <p>Unterstützungsbedarf für Professionelle <i>Weiterbildungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei einem selber bzw. in der eigenen Praxis</i> Es sollte mehr Möglichkeiten für Weiterbildung geben. Es stellt sich allerdings die Frage, ob Spezialisierungen zu bestimmten Themen sinnvoll sind oder nicht. Der Trend in den Sozialzentren/Jugendsekretariaten ist im Moment eher gegenläufig. Es wäre jedoch wünschenswert, wenn es intern eine Stelle gäbe, bei der man sich in solchen Fällen coachen lassen könnte. Ein Austausch mit Kollegen/innen könnte ebenfalls unterstützend sein.</p> <p><i>Weiterbildungsbedarf bei anderen Fachpersonen</i> Fachpersonen für die wirtschaftliche Sozialhilfe sollten besser für das Thema sensibilisiert sein und teilweise auch mehr Wissen darüber haben.</p>
KKB	<p>Spezifische Angebote</p> <p><i>Entlastung in Akut-/Notsituationen:</i> Es fehlen Angebote für etwas grössere Kinder in Krisensituationen.</p> <p><i>Niederschwellige Angebote</i> Es gibt – ausser den Beratungsnachmittagen der Kleinkindberatungsstellen in der Gemeinde – keine niederschweligen Angebote. Möglich wären z.B. Eltern-Kind-Kaffees. Allerdings haben Eltern mit Problemen sowieso eher Mühe dorthin zu gehen und mit anderen in Kontakt zu kommen.</p> <p><i>Gruppenangebote für Kinder und Erwachsene</i> Es gibt verschiedene Selbsthilfegruppen, die sind jedoch nicht oder nur teilweise begleitet. Gerade das wäre aber nötig, denn eine Gruppe mit psychisch Kranken ist anforderungsreich. Ausserdem wird es von den Befragten mehrheitlich als ungünstig angesehen, wenn mehrere Mütter mit gleichen Problemen zusammen</p>

sind. Es bräuchte dabei vor allem auch gesunde, tragfähige Mütter. Man müsste ihre Ressourcen als Mutter stärken und nicht das Kranke betonen.

Mutter-Kind-Station

Es gibt wenige Möglichkeiten, Mütter in Krisen zusammen mit ihrem Kleinkind zu platzieren, damit sie ein Time-Out haben und sich erholen können. In Spitälern kann man nur Mütter mit Säuglingen platzieren, aber nicht mit Kleinkindern. Manche haben enge Auflagen für eine Platzierung, die von der Mutter nicht erfüllt werden können. Es bräuchte auch Plätze für Familien in Akutsituationen. Es gibt Mutter-Kind-Stationen in der PUK und in Basel. Es müssten aber spezialisierte Angebote mit spezialisierten Fachpersonen sein. Ein solches Angebot ist aber gerade eingegangen.

Finanzierung

Zur Entlastung von Familien leistet die Sozialpädagogische Familienhilfe sehr gute Arbeit. Leider ist dort die Finanzierung oft ein Problem. Bei Sozialhilfebezüglern wird sie von den Gemeinden übernommen, die anderen müssen diese Hilfe voll oder teilweise selbst bezahlen, was sehr teuer sein kann. Manche verzichten daher aus finanziellen Gründen auf diese Unterstützung. Ausserdem ist die Finanzierung je nach Gemeinde sehr unterschiedlich. In der Stadt Zürich können die Mütter-/Väterberater/innen eine Sozialpädagogische Familienhilfe beantragen und bekommen sie in den meisten Fällen auch zugesprochen.

Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote

Krippen sind für die betroffenen Kinder und Eltern sehr gute Angebote. Sie sollten jedoch professionell geführt werden. Das Problem ist, dass es in manchen Gemeinden zu wenig Krippen hat oder dass es dort nur unprofessionelle Kinderbetreuungs-Angebote gibt. Auch die Chrabbelgruppen sind wichtig. Man muss aber auch dort für professionelle Standards sorgen und schauen, dass sowohl gesunde als auch kranke Mütter dieses Angebot wahrnehmen.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Weiterbildungsbedarf bei anderen Fachpersonen

Speziell Fachpersonen im Versorgungssystem für Erwachsene sollten für die Bedürfnisse von (Klein-)Kindern besser sensibilisiert werden und über mögliche Gefährdungen für deren Entwicklung Bescheid wissen. In der Behandlung von Erwachsenen gehen die Kinder oft vergessen.

Weiterbildungsbedarf für die eigene Stelle

Die Befragten sehen keinen aktuellen Bedarf. Sie können sich Wissen und Unterstützung bei psychiatrischen Fachpersonen oder Stellen holen, wenn dies nötig ist.

Krippen/Horte **Spezifische Angebote**

Entlastung in Akut-/Notsituationen

Kinder sollten auch in Akutsituationen in der Familie bleiben und dort betreut werden, damit sie nicht aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen werden. Manchmal ist es aber unumgänglich, dass Kinder in Notsituationen fremdplatziert werden müssen, vor allem im Fall von Alleinerziehenden.

Niederschwellige Angebote

Es sollte möglichst niederschwellige Angebote geben.

Mutter-Kind-Station

Es wäre wichtig, dass Mütter mit ihren Kleinkindern zusammen sein können. Dazu braucht es spezialisierte und professionelle Angebote. Die Stationen in der Psychiatrie sind oft nicht geeignet für Kinder, da man dort den Bedürfnissen der Kinder zu wenig Rechnung trägt.

Abklärung

Es wäre gut, wenn es Stellen für eine psychiatrische Beratung oder Abklärung gäbe; quasi als offene Sprechstunde.

Fachstelle

Es bräuchte sowohl für betroffene Familien als auch für Professionelle eine auf psychische Erkrankungen spezialisierte Fachstelle, die schnell erreichbar ist. Diese sollte Beratungen anbieten, wie man in bestimmten Situationen vorgehen kann, wenn man es mit solchen Familien zu tun hat und konkrete Handlungsanweisungen geben können. Über die Fachstelle sollten auch Dinge weitergeleitet und übernommen werden, z.B. die Beratung von betroffenen Familien oder Angehörigen.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Weiterbildungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei einem selber bzw. in der eigenen Praxis

Es wird ein Weiterbildungsbedarf formuliert. Eine mögliche Unterstützung ist z.B. die Supervision bei einem Psychiater für das Team oder auch für Einzelne.

Wissen vernetzen

Wenn man es mit betroffenen Kindern zu tun hat, sind oft Zusatzabklärungen nötig oder die Zusammenarbeit mit anderen Stellen. Eine gute Vernetzung ist daher von grosser Bedeutung.

SPFH

Spezifische Angebote

Entlastung in Akut-/Notsituationen

Es bräuchte Angebote für Notsituationen, damit die Kinder nicht aus der Familie geholt und die Familien auseinander gerissen werden müssen, so quasi eine Notmutter. Viele betroffene Familien sind sehr isoliert und haben kaum ein soziales Netz.

Mutter-Kind-Station

Es sollte in der Psychiatrie Angebote geben, in denen die Mutter behandelt und das Kind betreut wird, damit es nicht fremdplatziert werden muss. Gut funktionierende Mutter-Kind-Stationen gibt es kaum.

Mehr Informationen gesellschaftliche Enttabuisierung:

Es sollte Stellen geben, wo die Kinder über die Erkrankung der Eltern informiert werden können und ihnen auch aufgezeigt wird, wie sie sich verhalten können. Für manche Kinder wäre es wichtig, die Diagnose ihrer Eltern zu kennen.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Weiterbildungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei einem selber bzw. in der eige-

nen Praxis

Die Befragten äussern einen spezifischen Weiterbildungsbedarf an psychiatrischem Wissen. Dieses sollte aber auf ihren konkreten Alltag bezogen sein. Man muss die Möglichkeit haben, bei Spezialisten nachzufragen.

Man merkt manchmal bei Berufseinsteigern/innen, dass diese in Bezug auf psychische Störungen wenig Wissen haben.

Wissen vernetzen

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen (z.B. Therapeuten/innen) sind sehr wichtig. Dazu gehört auch Öffentlichkeitsarbeit, die auf die Angebote und das Wissen der Sozialpädagogischen Familienhilfe aufmerksam macht. Diese sind bei anderen Fachpersonen oft zu wenig bekannt oder werden zu wenig geschätzt.

Kein Bedarf

Einige der Befragten sind der Meinung, dass sie bereits viel Wissen über psychiatrische Erkrankungen haben, insbesondere wie diese sich im Alltag auswirken. Zu viel (theoretisches) Wissen sei jedoch manchmal auch nicht gut.

Stat. Einrichtungen

Spezifische Angebote

Gruppenangebote für Kinder und Erwachsene

Kinder sollten die Möglichkeit haben, mit anderen betroffenen Kindern zu sprechen und sich auszutauschen. Sie sollten möglichst grosse Unterstützung erhalten und ihr Selbstvertrauen stärken können. Die Gefahr, dass sie sich isolieren und Schamgefühle entwickeln, ist gross.

Solche Gruppen bräuchte es auch für die Eltern, aber nicht mit dem Fokus auf ihre Krankheit, sondern um sie in ihrer Erziehungskompetenz und Elternschaft zu unterstützen.

Auf der anderen Seite wird darauf hingewiesen, dass es bereits verschiedene solche Angebote gebe, die aber von den Betroffenen nicht genutzt würden.

Abklärung

Es bräuchte eine klare Bedarfsabklärung, was es für das Kind und die Eltern braucht. Oft werden bei einer Hilfeplanung vor allem die äusseren Umstände berücksichtigt und die psychische Erkrankung wird dabei nicht berücksichtigt.

Case Management

Nach einer sauberen Abklärung braucht es eine Fachperson, die das Case Management übernimmt. Es ist für die Betroffenen wichtig eine klare Ansprechperson zu haben.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Weiterbildungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei einem selber bzw. in der eigenen Praxis

Es besteht ein Bedarf an Wissen vor allem im konkreten Umgang mit den Eltern.

Wissen vernetzen

Es sollte mehr Möglichkeiten für einen interdisziplinären Austausch geben. Ebenso sollte bei Bedarf eine Fachperson (z.B. Psychiater/in) beigezogen werden können.

Kein Bedarf

Manche der Befragten sehen keinen spezifischen Bedarf, da sie bereits sehr viel Wissen haben und auch wenn nötig von Psychologen/innen gecoacht werden. Die Eltern sind zudem oft zu weit weg, als dass spezifisches Wissen um deren Störung nötig wäre.

KJPD/SPD

Spezifische Angebote

Entlastung in Akut-/Notsituationen

Familien müssen in Notsituationen schnell und unbürokratisch entlastet werden. Manchmal dauert es zu lange, bis etwas passiert. Das hängt oft auch mit der Überlastung der zuständigen Stellen zusammen.

Case Management

Schnittstellen sollten besser strukturiert sein. In Holland wird z.B. bei einer Hospitalisierung immer vor Ort abgeklärt, wie die Kinder betreut sind und ob ein Betreuungsnotstand besteht. Danach wird ein vorgedrucktes Formular ausgefüllt. In der Schweiz ist es klinikabhängig, wie gut man sich um die Kinder kümmert.

Sensibilisierung der Erwachsenenpsychiatrie

Es müsste ein Automatismus geben, dass man bei der Behandlung von psychisch Kranken nachfragt, ob sie Kinder haben und wie es diesen gehe. Die Patienten/innen sollten dann automatisch an eine Fachstelle überwiesen werden, die sowohl präventiv als auch für Notfälle zuständig ist. Viele Erwachsenenpsychiater setzen den Fokus auf ihren Patienten/innen und sehen das Risiko für die betroffenen Kinder zu wenig. Manchmal spielen auch Interessenskonflikte eine Rolle. Oftmals kommen Massnahmen für die Kinder zu spät, nämlich dann, wenn die Kinder bereits Symptome entwickelt haben.

Mehr Informationen gesellschaftliche Enttabuisierung

Wie bei einer körperlichen Erkrankung sollte es auch bei einer psychischen Krankheit möglich sein, die Kinder über die Krankheit und deren Auswirkung zu informieren. Das sollte durch fachkompetente Personen geschehen.

Gruppenangebote für Kinder und Erwachsene

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst hat bereits Gruppen für betroffene Jugendliche angeboten, diese aber dann mangels Nachfrage wieder eingestellt. Es ist sehr schwierig, solche Gruppen zusammen zu bringen. Dies hängt einerseits mit der Zurückhaltung der Eltern zusammen, die ihr Kind nicht auch noch psychiatrisieren möchten, andererseits aber auch mit dem Schulsystem, das den Jugendlichen wenig Zeit lässt. Eine solche Gruppe muss dann am Abend stattfinden, denn die meisten Kinder haben keine Lust, den freien Nachmittag für eine Psychotherapiegruppe herzugeben.

Es wird ein therapeutisches Angebot erwähnt, welches innerhalb der Schule stattfinden konnte und daher rege genutzt wurde. Allerdings handelte es sich nicht um ein spezialisiertes Angebot.

Bei störungsspezifischen Gruppen besteht die Gefahr, dass sich nicht genügend Kinder/Jugendliche anmelden.

Fachstelle

Es wäre wünschenswert, wenn eine spezialisierte Fachstelle Beratung und Su-

pervision zu diesem Thema anbieten könnte.

Finanzierung

Präventive Angebote wären sehr wichtig. Gerade bei diesen ist die Finanzierung jedoch schwierig. Unser System finanziert primär dann erst, wenn jemand schon krank ist. So sollte z.B. die Finanzierung eines Hortes möglich sein, wenn die Eltern in der Erziehung überfordert sind.

Dass gespart wird merkt man auch an der Verkleinerung der Sozialen Dienste in den Kliniken.

Spezialisierte Familienbegleitung

Eine Familienbegleitung, die auf das Thema spezialisiert ist, kann präventive Arbeit leisten. Es gibt dazu Modelle aus Amerika.

Im Moment geht der Trend zu störungsspezifischen psychotherapeutischen Interventionen. Für die betroffenen Kinder handelt es sich aber um einen Risikofaktor im familiären Milieu – die Behandlung sollte deshalb die Familie mit einbeziehen.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Weiterbildungs- bzw. Unterstützungsbedarf bei einem selber bzw. in der eigenen Praxis

Eine Fachperson des Schulpsychologischen Dienstes formuliert Bedarf an vertiefterem Wissen zu diesem Thema, vor allem auch in Bezug auf gesicherte empirische Daten (z.B. Genetik, familiäre Häufung, mögliche Folgen).

Weiterbildung weitestgehend abgedeckt

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst selbst hat schon mehrmals Weiterbildungen angeboten zu diesem Thema (z.B. in Kinderheimen oder in der Psychiatrischen Universitätsklinik PUK). Es gibt auch andere Stellen, die dies tun, z.B. Pro Mente Sana, die Vereinigung für Angehörige psychischer Kranker (VASK) oder Pro Juventute, welche Informationsbroschüren für Kinder herausgegeben hat. Es ist jedoch ein Thema, das man immer wieder aktiv bearbeiten muss da es sonst aus der Aufmerksamkeit verschwindet.

Psych. K+J

Spezifische Angebote

Entlastung in Akut-/Notsituationen

Es sollte für solche Kinder SOS- oder Göttifamilien geben, zu denen sie in Notfällen oder Akutsituationen gehen können.

Case Management

Es ist ungünstig für ein Kind, wenn es an zwei bis drei verschiedene Stellen kommt. Es sollte klar sein, dass ein solches Kind belastet ist und Unterstützung braucht. Wenn viele Stellen etwas machen, besteht die Gefahr, dass ein Kind von einer zur anderen Stelle gereicht wird und alle "etwas" machen.

Niederschwellige Angebote

Die Kinder sollten sich selbst dorthin wenden können (z.B. Schulsozialarbeit, Jugendberatung). Sie wenden sich eher an solche Angebote als an Privatpraxen.

Mehr Informationen/gesellschaftliche Enttabuisierung

Psychische Erkrankungen sollten gesellschaftlich enttabuisiert werden und man sollte offen darüber reden und informieren können. Das würde die Kinder aus ihrer versteckten Position herausholen. Dazu können auch öffentliche Veranstaltungen gehören. Ausserdem sollte man über mögliche Symptome von betroffenen Kindern informiert sein.

Tagesangebote für Kinder

Hilfreich wären Tagesangebote für diese Kinder (z.B. Tagesschulen, Krippen, Horte). Sie könnten so ihren Tag in unbelasteten Verhältnissen verbringen und wären erst am Abend zu Hause. Wichtig wäre, dass sich diese Angebote im regulären Umfeld befinden, damit das Kind nicht daraus herausgerissen wird. Man würde damit auch Kosten sparen.

Im schulischen Bereich könnten Kinder durch sog. Coaches unterstützt werden. Dabei handelt es sich um Freiwillige, meist Pensionierte. Sie könnten mit diesen Kindern Hausaufgaben machen oder ihnen anderweitig schulisch helfen.

Gruppenangebote für Kinder und Erwachsene

Es wird über eine positive Erfahrung mit einer Gruppe für kleinere Kinder von alkoholkranken Eltern berichtet. Auch die Jugendberatung hat eine Gruppe, jedoch für Jugendliche angeboten.

Keine spezifischen Angebot/Integration in bestehende Angebote

Für die meisten Kinder braucht es keine neuen resp. spezifischen Angebote. Viele können ihr Leben auch ohne professionelle Unterstützung gut meistern, auch wenn sie Belastungen ausgesetzt sind. Die Schule ist oft ein Ort von grosser Bedeutung. Wenn es dort gut läuft, kann dies eine grosse Ressource für ein Kind sein. Wichtig ist auch das Vorhandensein von guten Bezugspersonen, die Kontinuität und eine positive Beziehung anbietet. Es müssen nicht Professionelle sein.

Wenn es Schwierigkeiten gibt, ist die Schulsozialarbeit eine gute Möglichkeit und diese sollte weiter ausgebaut werden. Schulsozialarbeiter/innen könnten die Kinder bei ihren Problemen unterstützen.

Es braucht auch Information und Schulung der bereits bestehenden Stellen, damit diese das Thema ernst nehmen aber auch nicht übertreiben.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Wissen vernetzen

Für freischaffende Psychotherapeut/innen ist die Vernetzung immer ein Thema. Es wäre wünschenswert, mehr aktiv einbezogen zu werden. Dabei ist jedoch der Datenschutz oft ein Problem.

Kinderärzte/
innen

Spezifische Angebote

Entlastung in Akut-/Notsituationen

Es fehlen (stationäre) Angebote in Notsituationen. Diese müssten kurzfristig verfügbar sein und auf die Bedürfnisse dieser Kinder zugeschnitten sein. Das Problem ist auch, dass man solche Plätze nicht allzu oft braucht und daher Aufgebautes beim nächsten Mal schon wieder nicht mehr vorhanden ist.

Case Management

Da Eltern und Kinder oftmals bei verschiedenen Stellen anhängig sind, bräuchte

es eine bessere Vernetzung, die stärker institutionalisiert und weniger personenabhängig ist.

Gruppenangebote für Kinder und Erwachsene

Gruppenangebote entsprechen oft nicht den Bedürfnissen der Betroffenen. Entweder sie beginnen zum falschen Zeitpunkt, sind schon ausgebucht oder es gibt sie bereits nicht mehr. Sie werden daher eher skeptisch beurteilt.

Finanzierung

Die Finanzierung von Therapien bei Psychologen/innen ist ein Problem, wenn die Leute keine Zusatzversicherung haben. Man muss daher schauen, Kinderpsychiater/innen zu finden.

Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote

Im Limmattal gibt es verschiedene Angebote, die mit dem Jugendsekretariat gut verlinkt sind. Auch im Furttal gibt es ein funktionierendes Netz. In der Stadt Zürich ist es schwieriger, weil man die Leute nicht so gut kennt. Manche Angebote entsprechen nicht dem, was man sich wünschte.

Unterstützungsbedarf für Professionelle

Wissen vernetzen

Es besteht ein grosser Bedarf an Wissen über aktuelle Angebote und Stellen, an die man sich wenden kann. Dies könnte in Form einer Website geschehen, welche jedoch auch immer wieder aktualisiert werden müsste.

Kein Bedarf

Für Kinderärzte/innen gibt es bereits ein grosses Weiterbildungsangebot, auf das sie zurückgreifen können.

3.2.2.1. Zusammenfassung der Aussagen zur Angebotspalette

Je nach Leistungserbringer werden unterschiedliche Angebote genannt, die es speziell für diese Problematik geben sollte. Sehr oft erwähnt wird folgender Bedarf:

- *Entlastung in Akut-/Notsituationen*
Es fehlen Unterstützungs- und Entlastungsangebote in Akutsituationen. Kinder sollten wenn möglich nicht aus der Familie herausgerissen, sondern innerhalb ihres gewohnten Umfelds kurzfristig und unbürokratisch betreut werden können (z.B. Göttifamilien).
- *Gruppenangebote für betroffene Erwachsene und/oder Kinder*
Es wäre wichtig, dass sich Betroffene in Gruppen austauschen und informieren könnten. Gerade für Kinder ist es aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung oft schwierig, angemessen informiert zu werden und sich durch den Austausch mit ebenfalls Betroffenen zu entlasten.
- *Mutter-Kind-Stationen/Mutter-Kind-Begleitung*
Für Familien mit Kleinkindern bräuchte es mehr Mutter-Kind-Stationen, die kindsgerecht ausgestattet sind. Auch Plätze für Familien in Akutsituationen fehlen. Für belastete Mütter braucht es Trainings und enge Begleitung in ihrem Alltag
- *Case Management*
Verlangt wird eine Fachperson, die für die Betroffenen eine klare und verlässliche Ansprechperson ist. Die Gefahr, dass ein Kind resp. eine Familie in einer Kette von Hilfsangeboten "weitergereicht" wird, ist sonst gross.

- *Information/gesellschaftliche Enttabuisierung*
Über psychische Erkrankungen sollte mehr in der Öffentlichkeit sowie für die Betroffenen informiert werden. So kann das Thema enttabuisiert und die Kinder aus ihrer Isolation geholt werden.
- *Sozialpädagogische Familienbegleitung*
Die Möglichkeiten der Sozialpädagogischen Familienhilfe sollten dank einer verbesserten Finanzierung vermehrt genutzt werden können.
- *Fachstellen für Beratung und Abklärung*
Es sollte spezialisierte Fachstellen geben, an die sich sowohl Professionelle als auch Betroffene zur Beratung oder auch zur Abklärung wenden könnten. Gerade Professionelle, die nicht medizinisch-psychiatrisch ausgebildet sind, wären froh, wenn sie bei Bedarf an eine solche Stelle gelangen könnten.
- *Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote*
Viele der Befragten sind der Ansicht, dass es keine neuen und spezifischen Angebote geben, sondern dass die bestehenden z.T. ausgebaut werden müssten. Es wäre auch wichtig, dass vorhandene Angebote sich auf das Thema spezialisieren und sich ein grösseres fachliches Wissen zum Thema aneignen würden.

3.2.2.2. Zusammenfassung der Aussagen zum Unterstützungsbedarf

Zur Frage nach Unterstützungsbedarf für sich oder andere Professionelle werden unterschiedliche Ansichten geäussert:

- *Weiterbildung:*
Vor allem Professionelle der Sozialen Arbeit würden für sich aber teilweise auch für andere Professionelle spezifische Weiterbildungen zum Thema wünschen, um sich im Umgang mit psychisch kranken Eltern sicherer zu fühlen. Fachpersonen im Versorgungssystem für Erwachsene sollten zudem besser für die Bedürfnisse von Kindern sensibilisiert werden.
- *Wissen vernetzen:*
Es wird der Wunsch geäussert, dass vorhandenes Wissen besser vernetzt und disziplin- und stellenübergreifend zur Verfügung steht (z.B. Online). Dieses Wissen müsste auch stets aktualisiert werden.
- *Kein Bedarf:*
Viele der Befragten, vor allem aus dem psychologisch-psychiatrisch-medizinischen Bereich, sehen keinen Unterstützungsbedarf für sich selbst oder ihre Stelle. Sie finden, dass sie durch Weiterbildungsangebote, Supervision oder interne Ressourcen genug Wissen zu diesem Thema haben bzw. sich aneignen können. Leistungserbringer im sozialarbeiterisch- sozialpädagogischen Bereich artikulieren Wissenslücken, für die sie geeignete Weiterbildungen wünschen.

3.2.3. Zusammenarbeit im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Die Leistungserbringer wurden gebeten, ihre wichtigsten Zusammenarbeitspartnern innerhalb des Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche für sich auf einem Blatt zu notieren sowie die 2-3 wichtigsten zu bezeichnen und die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit zu beurteilen. Die Frage der Zusammenarbeit bezog sich auf die spezifische Zielgruppe (Kinder von psychisch kranken Eltern und deren Familien) und nicht auf generelle Zusammenarbeitspartner. Im Anschluss wurde in der Gruppe diskutiert, wie die Zusammenarbeit mit den wichtigsten Zusammenarbeitspartnern in Bezug auf Art, Häufigkeit und Qualität konkret aussieht.

3.2.3.1. Allgemeine Aussagen

Im Folgenden werden einige allgemeine Aussagen der befragten Leistungserbringer geordnet nach den Praxissegmenten dargestellt. Diese Aussagen sind nicht einzelnen Zusammenarbeitspartnern zuzuordnen.

SZ/JS	<p><i>Allgemeine Aussagen</i></p> <p>Die Sozialzentren/Jugendsekretariate sehen sich als Case Manager/innen, Vernetzer/innen. Diejenigen, die diese Arbeit schon mehrere Jahre machen, haben in der Regel ein grosses Netz von Stellen und Personen, mit denen sie regelmässig zusammenarbeiten. Manchmal würden Fälle jedoch zu spät zugewiesen, nämlich dann, wenn schon etwas passiert ist.</p> <p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Eine personelle Konstanz, damit man die Leute kennt, mit denen man zusammenarbeitet, wird sowohl für einen selbst als auch für die betroffenen Familien als wichtig erachtet. Leider ist dies aufgrund einer relativ hohen Personalfuktuation – auch bei den Sozialzentren/Jugendsekretariaten selbst – oft erschwert.</p>
KKB	<p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Die Zusammenarbeit hängt in grossem Masse von den persönlichen Kontakten und der räumlichen Nähe ab.</p>
Krippen/Horte	<p><i>Allgemeine Aussagen</i></p> <p>Die Zusammenarbeit dient vor allem einer Bestandesaufnahme und dem Austausch, wie ein Kind sich in anderen Systemen verhält. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist dabei auch sehr wichtig und bei Bedarf sehr intensiv.</p>
SPFH	<p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Die Zusammenarbeit ist oft auch von persönlicher Sympathie zwischen den involvierten Fachpersonen bestimmt. Je nachdem kann man mehr oder weniger erreichen.</p>
Stat. Einrichtungen	<p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Die Zusammenarbeit beruht primär auf persönlichen Kontakten.</p>
KJPD/SPD	<p><i>Allgemeine Aussagen</i></p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst: Die Zusammenarbeit steht vor allem im Zusammenhang mit der Diagnostik. Es geht darum, wichtige Daten zu erheben. Bei Interventionen ist die Zusammenarbeit weniger zentral. Oftmals geht es nur darum, Vereinbarungen zu treffen. Man hat allgemein wenig Zeit für eine Zusammenarbeit, weil viele Stellen unter Druck stehen und schwer zu erreichen sind.</p> <p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Die Qualität der Zusammenarbeit gestaltet sich weniger institutions- als vielmehr personenabhängig. Man versucht, bei den Stellen möglichst mit denjenigen Personen zusammen zu arbeiten, die man kennt und mit denen man gute Zusammenarbeitserfahrungen hat.</p>

Psych. K+J	<p><i>Allgemeine Aussagen</i></p> <p>Eine Zusammenarbeit findet oft im Rahmen von Fördersitzungen oder Standortgesprächen statt. Das ist für die Therapie hilfreich. Man kann vorher mit dem Kind dessen Anliegen und was man sagen darf besprechen und nachher auf ein bestimmtes Ziel hinarbeiten. Wenn man in schwierigen Fällen ein gutes Netz hat, kann man damit viel halten.</p>
------------	---

Kinderärzte/ innen	<p><i>Persönliche Kontakte</i></p> <p>Der persönliche Kontakt ist sehr wichtig. Wenn ein Kind überwiesen wird, ist es besser, wenn man die Person kennt. Leider gibt es an verschiedenen Stellen oftmals eine hohe Personalfuktuation, was persönliche Kontakte erschwert.</p>
-----------------------	--

Zusammenfassung

Auffallend ist, wie stark die Zusammenarbeit in der Diskussion als personenbezogen und personenabhängig beurteilt wird. Die therapeutischen Fachpersonen erwähnen strukturierte Formen der Zusammenarbeit (Diagnostik, Fördersitzungen, Standortgespräche), aber auch für sie gestaltet sich die Zusammenarbeit stark personenabhängig. Diese Aussagen werden im Weiteren durch Aussagen zu konkreten Zusammenarbeitspartnern differenziert.

3.2.3.2. Zusammenarbeitspartner sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit

Es folgen die Aussagen zu den wichtigsten Zusammenarbeitspartnern sowie zur Art und Qualität der Zusammenarbeit geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form. Wo Leistungserbringer nicht erwähnt sind, haben diese keine Aussagen zu den jeweiligen Zusammenarbeitspartnern gemacht.

➤ Lesehilfe

Es folgen die Beurteilungen der einzelnen Praxissegmente bezogen auf die Zusammenarbeit mit einem wichtigen Zusammenarbeitspartner (jeweils **fett** im Tabellenkopf)

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Sozialzentren/Jugend- und Familienberatungen/Jugendsekretariaten/Sozialdiensten	
KKB	Die Kleinkindberatungsstellen haben eine recht intensive Zusammenarbeit mit diesen Stellen. Je nach räumlicher Nähe und Organisationsform läuft die Fallführung und Koordination bei den zuständigen Sozialarbeitern/innen. Wenn die Kleinkindberatungsstellen einen Teil der Jugend- und Familienberatung darstellt, ist die Zusammenarbeit ganz selbstverständlich und institutionalisiert.
Krippen/Horte	Die Qualität der Zusammenarbeit wird je nach zuständiger Stelle und Person als sehr unterschiedlich empfunden. Während es mit der einen Stelle einen verbindlichen Austausch und angemessenen Informationsfluss gibt, funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen nur sehr unbefriedigend. Folgende kritischen Punkte werden genannt: Überlastung und mangelnde Ressourcen (vor allem

	<p>seit Einführung der Fallpauschale), schlechte Erreichbarkeit (vor allem bei Teilzeitarbeitenden), mangelnde Informationen der involvierten Krippen und Horte, Leerläufe und fehlende Koordination. Immer wieder versanden wichtige Anliegen.</p>
SPFH	<p>Die Sozialpädagogische Familienhilfe arbeitet intensiv mit den Sozialdiensten/Sozialzentren zusammen. Diese finanzieren ihre Leistungen und müssen Kostengutsprachen machen. Es wird z.T. als schwierig empfunden, dass man den Sozialdiensten/Sozialzentren detaillierte Rechenschaft über die eigene Arbeit abgeben muss. Es scheint auch unklar, warum die einen Sozialarbeiter/innen Kosten problemlos bewilligen, während es bei den andern lange dauert oder gar nicht geht. Es entsteht hier der Eindruck einer gewissen Willkür. Von anderer Seite her wird jedoch betont, dass kurze und gut begründete Empfehlungen meist zum Erfolg führen. Es werden auch positive Zusammenarbeits Erfahrungen erwähnt.</p>
Stat. Einrichtungen	<p>Sozialzentren, Jugendsekretariate und Jugend- und Familienberatungsstellen sind als einweisende Instanzen wichtige Zusammenarbeitspartner der stationären Einrichtungen. Es ist daher wichtig, dass diese mit ihnen in regelmässigem Kontakt stehen und an wichtigen Gesprächen (z.B. Standortgesprächen) dabei sind. Dies scheint jedoch nicht in allen Fällen gewährleistet zu sein. Bei manchen Stellen muss man richtig gehend Druck aufsetzen, damit sie kommen. Die Überlastung dieser Stellen wird auch in ihrer Funktion gegenüber den Eltern deutlich. Vielfach mangelt es an Ressourcen, die Eltern der platzierten Kinder regelmässig und intensiv zu betreuen und ihre Erziehungsfähigkeiten längerfristig zu verbessern. Sind die Kinder einmal platziert, fehlen die Mittel und Möglichkeiten, sich um die Eltern zu kümmern. Die Qualität der Zusammenarbeit wird im insgesamt als unterschiedlich und oftmals personenabhängig beurteilt. Zudem scheinen die Stellen auf dem Land mit fachlichen und zeitlichen Ressourcen eher besser ausgestattet zu sein als die in der Stadt.</p>
SPD/KJPD	<p>Auch für die Schulpsychologischen und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sind die Sozialzentren sehr wichtige Zusammenarbeitspartner. Seitens des KJPD wird jedoch moniert, dass die Zusammenarbeit aufgrund einer hohen Personalfuktuation und einem damit verbundenen Verlust an fachlichem Know-how schwierig ist. Dazu kommen hohe Fallbelastungen und ständig wechselnde Abläufe, die sich in der Zusammenarbeit ungünstig auswirken. In den Sozialzentren arbeiten die Sozialarbeiter/innen polyvalent. Dies kann zu einer ungünstigen Dynamik mit den Klienten und zu Überlastung führen. Es wäre wünschenswert, wenn es wieder mehr Spezialisierungen gäbe und Ansprechpersonen in der Kinder- und Jugendhilfe wirklich kompetent wären. Es ist vor allem in der Stadt Zürich sehr schwierig, zweimal hintereinander mit der gleichen Person zu tun zu haben. Das erschwert die Zusammenarbeit.</p>
Psych. K+J	<p>Die Zusammenarbeit mit den Sozialzentren wird als personenabhängig beurteilt. Die Qualität der Zusammenarbeit ist demnach je nach involvierter Fachperson unterschiedlich.</p>
Kinderärzte/innen	<p>Auch von den Kinderärzten/innen wird die Qualität der Zusammenarbeit als sehr unterschiedlich und teilweise personenabhängig geschildert. Während die einen prompt und zuverlässig reagieren, hört man von den anderen lange Zeit nichts mehr. Abhilfe kann es dadurch geben, dass man den Betreffenden wichtige Gesprächsinhalte schriftlich zukommen lässt. Beklagt wird auch die teilweise schlechte Erreichbarkeit der Sozialarbeiter/innen. Hilfreich sein können persönliche Kontakte zu den zuständigen Stellen oder Personen.</p>

Zusammenfassung

Für die meisten der Befragten stellen die Sozialzentren/Jugend- und Familienberatungsstellen/Jugendsekretariate/Sozialdienste als Zuweiser, Finanzierer oder als Case Manager wichtige Zusammenarbeitspartner dar. Die Qualität der Zusammenarbeit wird oftmals als stark personenabhängig erlebt. Es wird betont, dass persönliche Kontakte für die Zusammenarbeit meist förderlich sind. Dies wird jedoch erschwert durch eine relativ hohe Personalfuktuation, bei der auch fachliches Know-how verloren geht. Die hohe Fallbelastung vieler dieser Stellen kann sich ebenfalls negativ auf die Zusammenarbeit auswirken. Vielfach wird gewünscht, dass die Sozialzentren/Jugend- und Familienberatungsstellen/Jugendsekretariate/Sozialdienste ihre Funktion als Case Manager intensiver und klarer wahrnehmen würden.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Beiständen	
SZ/JS	Es wird erwähnt, dass in der Stadt Zürich die Beistände sehr oft wechseln können, z.T. alle sechs Monate. Das ergibt keine Konstanz in der Zusammenarbeit und auch für die betroffenen Familien.
KKB	Vormundschaftliche Mandatsträger kommen in letzter Zeit aktiver auf die Kleinkindberatung und Mütter/Väter-Berater/innen zu. Dies wird als positiv erachtet.
Krippen/Horte	Die Qualität der Zusammenarbeit mit Beiständen wird unterschiedlich erlebt. Es werden sowohl positive (mit einem freiwilligen Beistand) als auch negative Beispiele (mit amtlichem Beistand) genannt. Beistände wären wichtig zur Unterstützung von Krippen und Horten, wenn sie mit einem Fall nicht weiter wissen. Oftmals sind die Beistände jedoch schlecht erreichbar und in ihrer Funktion wenig spürbar.
SPFH	Die Zusammenarbeit mit Beiständen ist sehr wichtig und wird in den meisten Fällen als positiv geschildert. Beistände stützen sich auf die Informationen der Sozialpädagogischen Familienhilfe ab und unterstützen sie in ihrem Auftrag. Es gibt aber auch Fälle, in denen Beistände ihre Funktion weniger gut wahrnehmen.
SPD	Es wird ein Fall geschildert, in dem die Zusammenarbeit mit dem Beistand eines Kindes mit einer psychisch kranken Mutter viel Stabilität bewirkt hat.
Psych. K+J	Die Zusammenarbeit mit Beiständen wird als stark personenabhängig beschrieben.

Zusammenfassung

Auch bei den Beiständen wird die Qualität der Zusammenarbeit oft als personenabhängig erlebt. Es gibt Beistände, die sehr unterstützend wirken, aber auch solche, die ihre Funktion zu wenig aktiv wahrnehmen. Auch hier wirkt sich eine personelle Fluktuation negativ auf die Zusammenarbeit aus.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Vormundschaftsbehörden	
SZ/JS	Die Zusammenarbeit mit der VB ist für die Sozialzentren/Jugendsekretariate sehr wichtig, da sie von der VB viele Aufträge erhalten. Die Zusammenarbeit wird einerseits als positiv, andererseits jedoch auch als sehr personenabhängig

	<p>geschildert. Wenn man persönliche Kontakte hat, kommt dies meist der Zusammenarbeit zugute. Leider ist aber auch bei der VB die Personalfuktuation hoch.</p>
SPFH	<p>Die Zusammenarbeit wird als unterschiedlich erlebt. Es gab Situationen, in denen sich keiner zuständig fühlte und die Informationen nicht liefen.</p>
KJPD/SPD	<p>Wenn es etwas kostet, ist es besser, die Fallführung beim Jugendsekretariat oder der Vormundschaftsbehörde zu lassen, weil diese die Kompetenz haben, Mittel zur Verfügung zu stellen. Wenn in einem bestimmten Fall regelmässige Standortgespräche stattfinden und die Termine vom Schulpsychologischen Dienst koordiniert werden, läuft die Zusammenarbeit besser. Sonst gibt es manchmal eine fehlende Verbindlichkeit seitens der Vormundschaftsbehörde. Die Mitarbeiter/innen haben aufgrund der Personalfuktuation manchmal auch mangelnde Kenntnisse der formalen Abläufe.</p> <p>Die Befragten des Kinder – und Jugendpsychiatrischen Dienstes wünschen sich, dass die Vormundschaftsbehörde für Notfälle stets erreichbar sein sollte, 24 Std. am Tag und auch über die Feiertage. Es müssen manchmal schnelle Entscheide getroffen werden können. Durch die Grösse der Vormundschaftsbehörde ist es zudem schwierig, dass sich persönliche Zusammenarbeitserfahrungen aufbauen können, da man es meist nicht zweimal hintereinander mit der gleichen Person zu tun hat.</p>

Zusammenfassung

Die Vormundschaftsbehörde ist als finanzierende, Massnahmen einleitende und zuweisende Instanz ein wichtiger Zusammenarbeitspartner. Auch hier werden eine personenabhängige Zusammenarbeitsqualität und eine hohe Personalfuktuation erwähnt. Als schwierig wird die bei Notfällen z.T. mangelhafte Erreichbarkeit der Vormundschaftsbehörde erachtet.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Kinderärzte/innen Kinderpsychiatern/innen resp. Kinderkliniken	
KKB	<p>Kinderärzte/innen sind wichtige Zusammenarbeitspartner der Kleinkindberatungsstellen. Die Zusammenarbeit wird jedoch in Bezug auf Quantität und Qualität als sehr unterschiedlich beurteilt. Mit manchen Kinderärzten besteht ein häufiger und guter Kontakt, so dass man sich über schwierige Fälle austauschen und ein gemeinsames Vorgehen festlegen kann. Manche Kinderärzte weisen – gerade schwierige Eltern – explizit auf die Kleinkindberatungsstellen hin. Mit anderen hingegen läuft die Zusammenarbeit harziger und unbefriedigender. Die Kleinkindberatungsstellen müssen selbst Informationen holen oder es ist nicht möglich, ein gemeinsames Vorgehen zu planen.</p>
SPFH	<p>Die Zusammenarbeit mit Kinderärzten/innen gestaltet sich unterschiedlich. Die einen sind offen und aufgeschlossen für eine Zusammenarbeit, die anderen geben sich eher verschlossen. Die Zusammenarbeit mit Kinderärzten/innen wird vor allem bei Helferkonferenzen gut erlebt und weniger bei individuellen und unvorbereiteten Anfragen.</p>
Stat. Einrichtungen	<p>Die Kontakte und die Zusammenarbeit mit dem Kinderspital werden als positiv geschildert. Es gibt dort auch immer Ansprechpartner. In Bezug auf Kinderärzte/innen wird ein Beispiel genannt, in dem der Arzt sich – aus der Sicht der verantwortlichen Person – zu wenig für das Wohl des Kindes einsetzte. Es wird auf der anderen Seite ein positives Beispiel einer Zusammenarbeit mit einem Therapeuten eines Jugendlichen genannt.</p>

Psych. K+J	Die Zusammenarbeit mit Kinderärzten/innen ist bedeutungsvoll. Einerseits, weil Kinderärzte/innen Fälle zur Therapie delegieren und andererseits, weil sie, wenn es notwendig erscheint, weitere Massnahmen in die Wege leiten und auch mit verschiedenen Stellen oder auch Behörden zusammenarbeiten können, was für Therapeuten aufgrund ihres therapeutischen Auftrags schwieriger ist. Es findet ein regelmässiger Austausch über die überwiesenen Fälle statt.
Kinderärzte/innen	Die Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatern/innen, an die Fälle überwiesen wurden, funktioniert sehr gut. Man tauscht sich von Zeit zu Zeit aus und informiert sich über Wichtiges. Zuweiser/innen sind teilweise auch Schulärzte/innen, mit denen eine mehr oder weniger intensive Zusammenarbeit gepflegt wird.

Zusammenfassung

Die Qualität der Zusammenarbeit mit Kinderärzten/innen und -Therapeuten/innen wird unterschiedlich erlebt. Mit den einen findet ein intensiver fachlicher Austausch statt, während andere eher weniger dazu bereit sind. Von Bedeutung ist hier auch die ärztliche Schweigepflicht, die einem interdisziplinären Austausch in manchen Fällen entgegensteht, während der Austausch unter Therapeuten und Ärzten als vergleichsweise problemlos dargestellt wird.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Schule und Kindergarten, mit Lehrpersonen und Schulsozialarbeiter/innen	
SZ/JS	Schulen und Schulsozialarbeiter/innen sind wichtige Zusammenarbeitspartner. Die Zusammenarbeit wird meist als gut erlebt. Man hat persönliche Kontakte, die Rollen und gegenseitigen Erwartungen sind geklärt.
Krippen/Horte	Die Horte arbeiten vor allem mit den Schulen und teilweise mit dem Schulpsychologischen Dienst zusammen. Je nach Rahmenbedingungen und Schulstruktur sind die Schulleiter/innen oder auch einzelne Lehrpersonen die wichtigen Ansprechpersonen. Mit den erwähnten Stellen und Personen gestaltet sich die Qualität der Zusammenarbeit oftmals stark personenabhängig. Ein Problem sind auch die unterschiedlichen Arbeitszeiten und mangelnden zeitlichen Ressourcen der Lehrkräfte und der Hortmitarbeiter/innen. Hier braucht es viel Flexibilität und Engagement, um gemeinsame Sitzungen durchführen zu können. Erwähnt wird seitens der Horte auch ein Beispiel einer positiven Zusammenarbeit mit einer Schulsozialarbeiterin. Für die Krippen ist vor allem die Zusammenarbeit mit den Kindergärten und z.T. mit dem Schulpsychologischen Dienst von Bedeutung. Da sie Kinder nicht direkt beim SPD anmelden können, muss dies über die Kindergärtner/innen geschehen. Es wird beklagt, dass diese oftmals nicht von sich aus auf die Krippen zukommen, sondern man sich ihnen fast aufdrängen muss. Wenn der Sinn einer Zusammenarbeit erkannt wird, läuft sie jedoch besser.
SPFH	Lehrpersonen, Kindergärtner/innen und Schulsozialarbeiter/innen sind wichtige Zusammenarbeitspartner der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Die Qualität der Zusammenarbeit wird unterschiedlich erlebt. Es scheint jedoch auch davon abzuhängen, wie gut die Sozialpädagogische Familienhilfe ihre Anliegen und Ziele formulieren konnte.
Stat. Einrichtungen	Die Stationären Einrichtungen arbeiten je nach internem Angebot mit internen oder externen Lehrpersonen und Kindergärtnern/innen zusammen. Diese werden teilweise als sehr engagiert und fähig beschrieben, während bei anderen wenig Verständnis für die schwierigen Schüler/innen vorhanden sei.

Psych. K+J	Die Zusammenarbeit mit Lehrpersonen erfolgt je nach Indikation. Bei manchen Störungsbildern (z.B. ADHD) ist es wichtig, die Lehrperson einzubinden, bei anderen (z.B. internalisierenden Störungen) ist es weniger wichtig. Manchmal können auch Lehrpersonen aus Ressourcengründen Vereinbarungen nicht einhalten. Manchmal handelt es sich aber auch um mangelnde Verlässlichkeit.
Kinderärzte/ innen	Die Zusammenarbeit mit Lehrpersonen, Kindergärtnern/innen und Schulsozialarbeitern/innen funktioniert in den meisten Fällen problemlos. Diese kommen bei Problemen oft auf die Kinderärzte/innen zu, vor allem wenn ein entsprechendes Netz vorhanden ist. Je nach Ort der Praxis ist es jedoch anonym und die Kontakte finden nur punktuell statt. Die Kinderärzte/innen müssen, um Informationen weiter zu geben, von ihrem Berufsgeheimnis entbunden werden.

Zusammenfassung

Da das schulische Umfeld für Kinder von grosser Bedeutung ist und sich ihre Probleme oft auch dort manifestieren, sind Lehrpersonen, Kindergärtner/innen und Schulsozialarbeiter/innen für die Befragten wichtige Zusammenarbeitspartner für einen fachlichen Austausch oder um ein gemeinsames Vorgehen zu planen. Die Zusammenarbeit wird in vielen Fällen als positiv geschildert, in manchen – v.a. in Krippe und Hort – aber auch als schwierig.

Einzelaussagen

Zu den folgenden Stellen und Personen wurden nur noch vereinzelte Aussagen gemacht, welche im Folgenden dargestellt werden.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Horten und Krippen	
SZ/JS	Horte und Krippen sind wichtige Zusammenarbeitspartner. Die Zusammenarbeit wird meist als gut erlebt. Man hat persönliche Kontakte, die Rollen und gegenseitigen Erwartungen sind geklärt.
KKB	Je nach Stelle findet eine intensive oder gar keine Zusammenarbeit mit Krippen statt. Die Zusammenarbeit wird insofern als wichtig erachtet, als man sich gegenseitig bei Krisen oder Gefährdung des Kindeswohls informieren kann. Bei manchen Stellen wird die Zusammenarbeit von den Sozialarbeitern/innen übernommen.
SPFH	Horte können wichtige Zusammenarbeitspartner sein. Die Erfahrungen bezüglich Zusammenarbeit werden von sehr positiv bis sehr negativ geschildert.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit Heimen	
SZ/JS	Vielfach wird in Heimen lösungsorientiert gearbeitet und die Defizite der Eltern werden nicht gesehen. Das ist vor allem bei Rückplatzierungen ein Problem. Es wäre wichtig, dass eine gute Elternarbeit geleistet wird.
SPFH	Es besteht wenig Zusammenarbeitserfahrung. Zudem wird formuliert, dass der Eindruck entsteht, dass die Heime von der Sozialpädagogischen Familienhilfe erwarteten, dass diese Dinge übernehmen sollten, die sie selbst nicht schafften, die aber ihre Aufgabe gewesen wären.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit dem KJPD/SPD	
SZ/JS	Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst werden als nicht sehr ein-

	fach geschildert. Beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst wird oftmals als hinderlich empfunden, dass nur die Eltern anmelden können und alles in deren Einverständnis geschehen muss. Das macht die Zusammenarbeit kompliziert. Es wird moniert, dass auch bei den Schulpsychologischen Diensten Informationen nur dann zurückkommen, wenn sie selbst nicht mehr weiter wissen.
SPFH	Es werden sehr gute bis sehr schlechte Kontakte mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst geschildert. Schwierig war, dass keine Rücksprache genommen wurde. Die Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst wird als positiv bewertet.
Kinderärzte/ innen	Es wird eine positive Zusammenarbeitserfahrung mit einem Schulpsychologischen Dienst erwähnt. Die Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst verläuft je nach Region unterschiedlich. Während in einigen Bezirken die involvierten Kinderärzte/innen einen Abklärungsbericht erhalten, ist dies in anderen Bezirken nicht der Fall.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit der KKB	
SZ/JS	Die Kleinkindberatungsstellen sind wichtige Zusammenarbeitspartner. Die Zusammenarbeit wird meist als gut erlebt. Man hat persönliche Kontakte, die Rollen und gegenseitigen Erwartungen sind geklärt.
KKB	Es wird die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung mit der internen Erziehungsbereiterin erwähnt, die aufgrund der örtlichen Nähe sehr gut erreichbar ist.
Krippen/Horte	Die Zusammenarbeit mit einer bestimmten Stelle wird als sehr gut beschrieben. Es gibt einen regelmässigen Austausch bei gemeinsamen Fällen.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit der SPFH	
SZ/JS	Die Sozialpädagogische Familienhilfen sind sehr wichtige Zusammenarbeitspartner. Es besteht meist eine lange Zusammenarbeitserfahrung, die in der Regel positiv erlebt wird. Es ist wichtig, dass jeweils klare Ziele und Termine schriftlich festgelegt werden, damit Informationen nicht erst dann zurückkommen, wenn es schwierig wird.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit Jugendanwaltschaften	
Stat. Einrichtungen	Die Zusammenarbeit mit der Jugendanwaltschaft wird übereinstimmend als positiv und professionell erlebt.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit Pflegefamilien/Tagesmüttern	
SZ/JS	Es bestehen gute Zusammenarbeitserfahrungen mit professionellen Pflegefamilien. Nichtprofessionellen Pflegefamilien und Tagesmütter sind jedoch bei solchen Familien eher überfordert. Das Angebot in der Stadt Zürich wird als ungenügend bezeichnet.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit Time-Out-Stellen	
SZ/JS	Es bestehen gute Erfahrungen mit Time-Out-Platzierungen. Gerade für Jugendliche mit psychisch kranken Eltern ist das eine gute Möglichkeit, neue Rollenmodelle kennen zu lernen. Es sind zwar meist Nicht-Professionelle, die solche Plätze anbieten, sie werden jedoch von den Time-Out-Stellen professionell gut begleitet.

3.2.3.3. Erwartungen an die Zusammenarbeit

Wir fragten weiter, welche Erwartungen die Leistungserbringer an die Stellen und Personen, mit denen sie zusammenarbeiteten, hätten. Ausserdem wurde nach den Kriterien für eine gute sowie für eine schwierige Zusammenarbeit gefragt.

Es folgen die Aussagen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form.

KKB	<p><i>Wertschätzung/Respekt</i> Der gegenseitige Respekt und das Ernstnehmen der Fachlichkeit werden in der Zusammenarbeit als wichtig erachtet. Wenn man sich als Fachperson nicht ernst genommen oder übergangen fühlt ist keine konstruktive Zusammenarbeit möglich. Es wird in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit Spitälern erwähnt, von denen den Kleinkindberatungsstellen manchmal Aufträge ohne vorherige Absprache erteilt werden.</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Es braucht Wissen um die Existenz und fachlichen Möglichkeiten der Kleinkindberatungsstellen, damit die Eltern von anderen Fachpersonen auf dieses Angebot aufmerksam gemacht werden können. Transparenz in Bezug auf den Auftrag und dessen Zielsetzung ist sowohl gegenüber den Stellen als auch gegenüber den Eltern wichtig. Es müssen klare Abmachungen getroffen und auch eingehalten werden. Auch das Weitergeben von Informationen sollte transparent sein. Schwierig wird es, wenn wichtige Informationen nicht fließen oder aber Informationen gegeben werden, ohne dass die Betroffenen davon wissen. Die ärztliche Schweigepflicht in den Geburtskliniken wird in diesem Zusammenhang als Hindernis genannt, um an wichtige Informationen heranzukommen, die es in der Zusammenarbeit mit den Eltern bräuchte. Dabei werden meist nicht die Eltern als primäres Hindernis angeschaut, sondern die Ärzte selber. Die Eltern wären oft froh, wenn sie von der Kleinkindberatungsstelle z.B. über Diagnosen, die sie nicht verstanden haben, besser informiert werden könnten.</p> <p><i>Klare Arbeitsteilung Koordination/Case Management</i> Wenn mehrere Fachpersonen oder Stellen involviert sind, braucht es eine klare Arbeitsteilung und definierte Zuständigkeiten. Dazu braucht es Koordinationssitzungen. Wenn kein klarer Auftrag besteht, ist die Koordination schwierig.</p> <p><i>Gemeinsame Ziele/Einigkei</i> Verschiedene Fachpersonen sollten mit ihren verschiedenen Fähigkeiten ein gemeinsames Ziel verfolgen und Prioritäten setzen. Es braucht Absprachen untereinander. Dabei sollte man in der Lage sein, sich selber als Person zurückzunehmen und nur seine Fachlichkeit einzubringen. Gerade psychisch Kranke können verschiedene Fachpersonen gegeneinander aufbringen, so dass kein gemeinsames Ziel da ist.</p> <p><i>Vernetzung</i> Die Kleinkindberatungsstellen sehen sich als Vernetzungsstellen und wären oftmals froh, wenn andere Stellen sich auch mehr darum bemühen würden. Für</p>
-----	--

	<p>die Arbeit der Kleinkindberatungsstellen ist eine gute Vernetzung von grosser Bedeutung. Diese sollte einerseits stärker institutionalisiert sein, muss aber auch informell stattfinden. Sie kann fallbezogen oder auch fallübergreifend sein. Die Vernetzung findet in der Regel innerhalb der Quartiere statt. Oft fehlt es an den Ressourcen für institutionalisierte Treffen oder es ist aufgrund von Personalfluktuationen schwierig, sich längerfristig zu vernetzen.</p>
Krippen/Horte	<p><i>Wertschätzung Respekt</i> Die Meinung aller beteiligten Fachpersonen soll gehört werden. Die Horte/Krippen sollten in ihrem Auftrag wahrgenommen und ihre Ansichten sollten einbezogen werden. Dies passiert oft nicht im gewünschten Ausmass, es kann vorkommen, dass sich Mitarbeitende in Krippen und Horten mit ihren Anliegen nicht ernst genommen fühlen</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Es sollte für die Betroffenen klar sein, welche Informationen an welche Stellen weiter gegeben werden. Es kann für betroffene Eltern belastend sein, wenn sie bei verschiedenen Stellen immer wieder das Gleiche erzählen müssen und nicht wissen, wer wie involviert ist.</p> <p><i>Klare Arbeitsteilung/Koordination/Case Management</i> Eine klare Fallführung ist unbedingt notwendig. Es muss klar sein, wer zuständig ist und an wen man sich bei einem Problem wenden kann. Ein häufiger Personalwechsel, z.B. auf dem Sozialamt, kann dabei hinderlich sein. Die Krippen und Horte machen oftmals die Erfahrung, dass ihre Anliegen versanden oder dass sie selbst Dinge in die Hand nehmen müssten, die nicht ihrem Auftrag entsprechen. Es entsteht der Eindruck, dass Aufgaben von anderen Stellen gerne an Krippen/Horte abgeschoben werden.</p> <p><i>Gemeinsame Ziele/Einigheit</i> Gemeinsame Ziele sind sehr wichtig. Die betroffenen Eltern sollen spüren, dass die einbezogenen Stellen zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele verfolgen.</p> <p><i>Genügend Ressourcen</i> Es müssen genügend Stellenprozente vorhanden sein, um die Zusammenarbeitsfunktionen abdecken zu können. Fälle werden oft nur behandelt, wenn es brennt. Das Präventive kommt aufgrund mangelnder Ressourcen zu kurz.</p>
SPFH	<p><i>Wertschätzung/Respekt</i> Die Sozialpädagogische Familienhilfe sollte in ihrer Fachlichkeit wahr- und ernst genommen werden. In der Zusammenarbeit sind ein intensives Zuhören und das Wahrnehmen von anderen Sichtweisen und evtl. eigenen blinden Flecken unabdingbar. Es geht auch darum, Wertschätzung und Respekt gegenüber den betroffenen Familien zu zeigen. Die Art und Weise, wie über Klienten geredet wird, zeigt Vieles auf.</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Transparenz ist wichtig, um zu wissen, worauf der andere hinarbeitet und welche Ziele er verfolgt.</p> <p><i>Klare Arbeitsteilung/Koordination/Case Management</i> Es muss klar sein, wer das Case Management hat und welche Funktionen und Aufgaben andere involvierte Stellen und Personen haben. Die Sozialpädagogische Familienhilfe sollte eigentlich nicht fallführend sein, aber sie hat oft das</p>

	<p>grösste Interesse an einem Standortgespräch und ist daher oft die Stelle, die ein solches einberuft. Vieles wird ihnen von den zuweisenden Stellen zugeschoben.</p> <p><i>Vernetzung</i> Es werden Fälle von intensiver Zusammenarbeit innerhalb des Helfersystems und zusammen mit den Eltern genannt, die sehr befriedigend waren. Obschon dies oft zeitaufwändig ist, kann es doch Kosten sparend sein. Es können z.B. Krisen vermieden werden.</p>
Stat. Einrichtungen	<p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Stationäre Einrichtungen verfügen manchmal über eher wenig Informationen durch die zuweisenden Instanzen. Sie sehen es aber nicht als ihre Aufgabe, alle möglichen Informationen einzuholen, sondern möchten von Anfang an besser informiert sein. Als befriedigendes Beispiel erwähnt wird der Informationsfluss mit den Kindertherapeuten/innen.</p> <p><i>Vernetzung</i> Man sollte vermehrt Netzwerkarbeit betreiben. Alle beteiligten Stellen sollten zusammenarbeiten und sich austauschen, damit man nicht aneinander vorbei arbeitet.</p>
SPD/KJPD	<p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Man sollte über die nötigen Informationen verfügen. Das wird vor allem seitens der Schulpsychologischen Dienste verlangt, deren Arbeit erschwert wird, wenn sie nicht über wichtige Ereignisse informiert werden (z.B. über Familienereignisse oder wenn eine Stelle ihre Arbeit abschliesst). Es sollte Transparenz herrschen, welche Informationen ausgetauscht werden, aber Fachpersonen sollten sich auch untereinander austauschen können, ohne dass immer alle alles wissen. Dies primär, um einen gemeinsamen Weg zu finden. Seitens des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ist die Weitergabe von Informationen oft eine Erschwernis, wenn die Eltern das nicht wollen. Dann kann es keinen Austausch geben.</p> <p><i>Klare Arbeitsteilung/Koordination/Case Management</i> Gerade bei Problemfamilien ist ein klares Case Management gefragt, da diese Familien oft bei verschiedenen Stellen anhängig sind. Es ist nicht von Bedeutung, welche Stelle es ist, aber es muss klar sein, wer es ist. Dabei sollten die Sozialzentren klarer sein in ihrer Zuständigkeit. Es wird ein Fall von befriedigender Zusammenarbeit erwähnt, bei dem die Aufgaben klar aufgeteilt wurden und es eine transparente Kommunikation darüber gab. Manchmal passiert es auch, dass sich Stellen oder Fachpersonen zuständig fühlen, die es gar nicht sind (z.B. Krippen oder Horte) und nicht verstehen können, dass sie keine Kinder anmelden oder Informationen erhalten können.</p> <p><i>Gemeinsame Ziele/Einigheit</i> Wenn sich die Fachpersonen einig sind, kommt man besser zum Ziel. Dabei ist es wichtig, dass man gemeinsame Interessen im Auge hat, nämlich das Wohl des Kindes. Das kann helfen, von eigenen Gewohnheiten ein Stück weit abzurücken und flexibler zu sein. Es gibt aber manchmal Machtkämpfe und Interessenskonflikte zwischen den Beteiligten, bei denen das Kindeswohl aus den Augen verloren geht. Dies kann z.B. seitens der Schule der Fall sein, die ein Kind aus der Schule entfernen möchte und schon vor der eigentlichen Abklärung ohne Wissen der Betroffenen Massnahmen in die Wege geleitet hat. Wenn Vereinbarungen getroffen werden, sollten diese verbindlich sein und nicht bilateral</p>

	<p>geändert werden. Wenn es zu Änderungen kommt, sollten die Beteiligten dies zusammen entscheiden. Alles Andere ist unergiebig für das Kindeswohl.</p> <p><i>Genügend Ressourcen</i> Für Notfälle müssten gewisse Stellen (z.B. Vormundschaftsbehörde) stets erreichbar sein. Das ist oft nicht der Fall. Es entsteht der Eindruck mangelnder Ressourcen. Die Fachpersonen kennen ihre Klienten/innen nicht mehr persönlich. Sie erwarten viele Informationen, hatten aber vielleicht nur einmal Kontakt mit einer Familie.</p> <p><i>Fachkompetenz</i> Es braucht Fachkompetenz und Erfahrung. Häufig gerät man an Leute, die mangelnde Kenntnisse von formalen Abläufen und möglichen Massnahmen haben. Man gerät oft an Anfänger, die mit so schwierigen Fällen überfordert sind.</p>
Psych. K+J	<p><i>Wertschätzung/Respekt</i> Die Arbeit der verschiedenen Fachpersonen sollte respektiert werden und nicht auf Kosten der eigenen Profilierung gehen. Man sollte auch die gegenseitigen Grenzen respektieren, z.B. wenn man keine Informationen geben darf, und nicht einfach Anderen Aufträge erteilen.</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Man muss über wichtige Dinge informiert sein. Auch für die Eltern muss es klar sein, wer was macht. Die Psychotherapie ist aber auch ein geschützter Rahmen für das Kind. Der Auftrag kommt oft von den Eltern. Somit können nur wenige Informationen weiter gegeben werden und die Zusammenarbeit passiert nur dort, wo sie nötig ist.</p> <p><i>Klare Arbeitsteilung/Koordination/Case Management</i> Es muss klar sein, wer die Fäden in der Hand hat. Das muss nicht ein Arzt, sondern kann auch ein/e Sozialarbeiter/in sein. Manche Leute geben aber nicht gerne die Zügel aus der Hand. Es muss auch klar sein, wer welchen Auftrag hat. Dieser muss respektiert werden, auch wenn man selbst einen anderen hat. Aufträge sollten auch nicht zwischen den Involvierten hin und her geschoben werden. Das passiert manchmal im Zusammenhang mit schulischen Fragen. Manche Sitzungen sind uneffizient. Viele Personen sitzen zusammen und man hat das Gefühl, man mache etwas. In Wirklichkeit aber passiert nichts. Oft herrschen auch unrealistische Vorstellungen darüber, was ein/e Kindertherapeut/in bewirken kann. Bei manchen Störungsbildern geht es nur mit einer intensiven Vernetzung und klare Strukturen.</p> <p><i>Fachkompetenz</i> Die Fachpersonen sollten ein angemessenes Engagement zum Wohl des Kindes zeigen, aber sich nicht mit dem Fall überidentifizieren.</p> <p><i>Genügend Ressourcen</i> Manche Stellen, z.B. Sozialzentren, sind überlastet und können bei schwierigen Fällen wenig Unterstützung geben. Dies hat meist strukturelle Gründe. Man muss sich dann Hilfe suchen bei Stellen, die Ressourcen haben.</p>
Kinderärzte/ innen	<p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Ein schneller Informationsfluss ist wichtig, damit man Hintergründe besser versteht oder auch Rücksprache nehmen kann für den nächsten Schritt. Manche Stellen rufen an und geben Informationen, wie es mit der Familie weiter geht,</p>

mit der Bitte, genauer hinzuschauen. Manchmal überweist man aber auch ein Kind, z.B. an den Kinder- und Jugendpsychologischen Dienst, und erhält einen Bericht erst Jahre später und auf Nachfrage. Man muss auch den Eltern gegenüber transparent sein und mit ihnen sprechen, wem man Informationen weiter geben möchte.

Klare Arbeitsteilung/Koordination/Case Management

In Bezug auf die Rolle der Kinderärzte/innen stellt sich die Frage, ob sie überhaupt noch in den Fall involviert sind. Wenn der letzte Kontakt mehrere Jahre zurückliegt, dann sind die zuständigen Kinderärzte/innen zu wenig mit dem Fall vertraut. Es ist daher wichtig, dass zunächst eine Auftragsklärung vorliegt und die Eltern gefragt werden, wer ihrer Meinung nach wichtig ist.

Verbindlichkeit/Verlässlichkeit/Erreichbarkeit

Das Herstellen eines Kontakts kann bereits schwierig sein. Manchmal versanden Dinge, man erhält kein Feedback von der involvierten Stelle. Es wird gesagt, man mache etwas, aber es passiert nichts. Es ist für sie auch schwierig, wenn sie Anträge stellen aber keine Informationen über Massnahmen bekommen.

Vernetzung

Die befragten Kinderärzte/innen wünschen vielfach, früher oder offizieller einbezogen und informiert zu werden, wenn sie für einen Fall von Bedeutung sind (z.B. einen IV-Antrag unterzeichnen müssen). Manche Stellen arbeiten ihrer Meinung nach zu wenig vernetzt und interdisziplinär. Eine gute Zusammenarbeit sollte zudem nicht nur bei persönlicher Bekanntschaft der Involvierten möglich, sondern besser institutionalisiert sein.

Zusammenfassung

Aus den Gruppendiskussionen wird deutlich, dass die Vernetzung mit anderen Fachpersonen und Stellen in der Zusammenarbeit mit Kindern und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil als sehr wichtig erachtet wird. Es müssen dafür allerdings auch genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Die meisten der Befragten haben sehr klare Vorstellungen, worauf eine gute Zusammenarbeit basiert und welches mögliche Hindernisse dabei sind. Nebst den von ihnen genannten Kriterien wird des Öfteren betont, dass für eine fruchtbare Zusammenarbeit auch persönliche Kontakte von grosser Bedeutung sind. Es gilt als einfacher, mit jemandem zu kooperieren, den man kennt und von dem man weiss, was man voneinander erwarten kann. Dies ist jedoch vor allem im städtischen Gebiet und wegen einer hohen Personalfuktuation an bestimmten Stellen oftmals erschwert. Es ist nicht einfach, ein persönliches Netzwerk an professionellen Kontakten aufzubauen und zu pflegen.

Folgende Aspekte guter Zusammenarbeit wurden sehr häufig genannt:

- *Klare Arbeitsteilung Koordination/Case Management*
Da die Fälle oft komplex und mehrere Fachpersonen darin involviert sind, braucht es nach Meinung von vielen der Befragten ein klares Case Management, um Doppelspurigkeiten und Verzögerung der Hilfe zu vermeiden. Wenn unklar ist, wer die Fallführung hat, drohen Massnahmen zu versanden oder von verschiedenen Stellen her unterschiedlich ausgeführt zu werden. Dies kann zu einer Verunsicherung und mangelhaften Kooperation der betroffenen Familien führen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch gemeinsam definierte Ziele und klare Aufträge, wer welche Aufgaben zur Zielerreichung übernimmt. Dazu braucht es eine Verlässlichkeit und Verbindlichkeit der involvierten Fachpersonen.
- *Transparenz, Informationen geben*
Die involvierten Fachpersonen sollten über die für ihren Auftrag nötigen Informationen verfügen. Dies ist oft aus Datenschutzgründen erschwert. Es gilt zu respektieren, dass Informationen nur mit Einwilligung der Eltern weiter gegeben werden können. Transparenz sollte aber auch gegenüber den betroffenen Familien selbst hergestellt werden. Es muss für sie klar sein, wer wem welche Informationen weiter gibt und wer welche Informationen und welchen Auftrag hat.
- *Wertschätzung/Respekt*
Vor allem Fachleute der Sozialen Arbeit erachten es als notwendig, dass sie als Fachpersonen ernst genommen und in Entscheidungen einbezogen werden. Im Zentrum der professionellen Hilfe sollte das Wohl der Betroffenen und nicht die persönliche Profilierung stehen.

3.2.3.4. Bedarf an Intensivierung der Kooperation

Zum Schluss wollten wir wissen, ob es Stellen und Personen im Versorgungssystem gibt, mit denen die jeweilige Stelle resp. Organisation in Bezug auf die Zielgruppe besser oder intensiver zusammenarbeiten sollten.

Es folgen die Aussagen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form.

SZ/JS	keine Aussagen
KKB	keine Aussagen
Krippen/Horte	<p><i>Kindergarten</i> Es wird teilweise eine engere Zusammenarbeit mit dem Kindergarten gewünscht. Gleichzeitig wird auch darauf hingewiesen, dass die Weitergabe von Daten heikel sein kann und der Datenschutz gewährleistet sein muss. Es muss vor allem auch gegenüber den Eltern transparent gemacht werden, welche Informationen wem weiter gegeben werden sollen.</p> <p><i>Kinderärzte/innen:</i> Von manchen der Befragten wurde eine intensivere Zusammenarbeit mit Kinderärzten/innen gewünscht, da diese z.T. umfassendere Handlungsmöglichkeiten – auch gegenüber den Eltern – haben als Krippen oder Horte.</p> <p><i>Case Manager</i> Es wäre wünschenswert, wenn es Case Manager gäbe, die die nötigen Stellen miteinander vernetzen würden.</p>

SPFH	<i>Kleinkindberatungsstellen</i> Es wäre gut, wenn man im Kleinkindbereich mit den Kleinkindberatungsstellen enger zusammenarbeiten würde, damit diese die Mütter persönlich beraten könnten.
Stat. Einrichtungen	keine Aussagen
SPD/KJPD	<i>Sozialzentren</i> Die Sozialzentren sollten verbindlicher sein und ihre Zuständigkeit klarer deklarieren
Psych. K+J	<i>Kinderschutzzentrum</i> Bei Gefährdung des Kindeswohls ist eine Besprechung mit dem Kinderschutzzentrum gut, da man sein Anliegen dort anonym besprechen kann, wie eine Art Supervision.
Kinderärzte/innen	keine Aussagen

3.2.4. Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Erwachsene

Die Leistungserbringer wurden gebeten, ihre wichtigsten Zusammenarbeitspartner im Versorgungssystem für Erwachsene für sich auf eine Liste zu schreiben, die 2-3 wichtigsten zu bezeichnen und die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit zu beurteilen. Die Frage der Zusammenarbeit bezog sich auf die spezifische Zielgruppe (Kinder von psychisch kranken Eltern und deren Familien) und nicht auf generelle Zusammenarbeitspartner. Im Anschluss wurde diskutiert, wie die Zusammenarbeit mit den wichtigsten Zusammenarbeitspartnern in Bezug auf Art, Häufigkeit und Qualität konkret aussieht.

3.2.4.1. Allgemeine Aussagen

Im Folgenden werden einige allgemeine Aussagen der befragten Fachpersonen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion dargestellt. Diese Aussagen sind nicht den einzelnen Zusammenarbeitspartnern zuzuordnen.

SZ/JS	<i>Allgemeine Aussagen</i> Die Zusammenarbeit mit Stellen und Personen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene wird sehr oft als nicht sehr intensiv und eher als schwierig erlebt. Manche der befragten Stellen haben wenig regelmässige, institutionalisierte Kontakte. Meist kommen sie nur dann zu den Sozialzentren/Jugendsekretariaten, wenn sie etwas mitteilen wollen oder etwas brauchen. Einige Befragte haben auch im Versorgungssystem für Erwachsene ein Netz für die Zusammenarbeit.
KKB	keine Zusammenarbeit
Krippen/Horte	Wenig bis keine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene. Es ist kaum möglich bzw. nicht vorgesehen, mit einem behandelnden Psychiater eines Elternteils in Austausch zu kommen.

SPFH	Wenig bis keine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene. Ein Kontakt mit Stellen und Personen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene findet – wenn überhaupt – nur sehr punktuell statt. Das liegt z.T. auch daran, dass die Elternteile dies nicht wollen.
Stat. Einrichtungen	Wenig bis keine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene.
SPD/KJPD	Wenig bis keine Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene. SPD: Man hat selten einen Austausch mit einem behandelnden Arzt/Psychiater eines kranken Elternteils. Der Auftrag des Schulpsychologischen Dienstes und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Kontakt mit den Eltern ist die Arbeit an seinen Elternfunktionen. Die zuständige Fachperson aus dem Erwachsenenbereich arbeitet an der Persönlichkeit des Elternteils.
Psych. K+J	keine Zusammenarbeit
Kinderärzte/innen	keine Zusammenarbeit

Zusammenfassung

Den obigen Ausführungen ist zu entnehmen, dass alle Fachstellen und Personen der Kinder- und Jugendhilfe wenig Zusammenarbeit mit Stellen und Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene haben. Dies liegt z.T. an der Schweigepflicht dieser Fachpersonen aber auch am mangelnden Einverständnis der betroffenen Eltern(teile) resp. an den unterschiedlichen Aufträgen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen der Winterthurer Studie. Auch aus der Studie von Gurny et al. (2007a, S.63ff) geht hervor, dass eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern aus den beiden Versorgungssystemen weniger häufig stattfindet als zwischen den Leistungserbringern innerhalb des eigenen Versorgungssystems.

3.2.4.2. Zusammenarbeitspartner sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit

Es folgen die Aussagen zu den wichtigsten Zusammenarbeitspartnern geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form. Wo Leistungserbringer nicht erwähnt sind, haben diese keine Aussagen zu den jeweiligen Zusammenarbeitspartnern gemacht.

➤ Lesehilfe

Es folgen die Beurteilungen der einzelnen Praxissegmente bezogen auf die Zusammenarbeit mit einem wichtigen Zusammenarbeitspartner (jeweils **fett** im Tabellenkopf)

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Kliniken	
SZ/JS	Die Kliniken geben oft keine Auskünfte, auch nicht z.B. über ein Austrittsdatum eines/einer Patienten/in, und scheinen für eine Zusammenarbeit nicht sehr motiviert.

KKB	Es gibt sowohl gute als auch schlechte Zusammenarbeitserfahrungen mit psychiatrischen Kliniken. Die Kleinkindberatungsstellen wünschen – wenn nötig – informiert und einbezogen zu werden. An die Kinder wird z.T. zu wenig gedacht. Sie drohen, zu therapeutischen Zwecken des Elternteils missbraucht zu werden.
SPFH	Es werden positive Zusammenarbeitserfahrungen mit psychiatrischen Kliniken geschildert. Diese haben zusammen mit dem Elternteil sehr gut informiert. Meist genügt es, zu wissen, woran der/die Psychiater/in arbeitet. Manchmal waren Kliniken jedoch auch mit der Kooperationsaufgabe überfordert.
Stat. Einrichtungen	Es wurde die Erfahrung gemacht, dass psychiatrische Kliniken oftmals wenig Verständnis für die Situation der Kinder ihrer Patienten/innen haben. Sie befürworten z.B., dass ein Kind nach Hause kommt, weil dies gut für den kranken Elternteil sei. Dies ergibt ein grosses Spannungsfeld zwischen den Empfehlungen der Klinik und der für die Kinder zuständigen stationären Einrichtungen. Auch sind die stationären Einrichtungen oftmals nicht über einen Klinikaufenthalt eines Elternteils informiert und erfahren es nur per Zufall. Oft fehlen klare Ansprechpersonen, und es braucht viel Engagement seitens der stationären Einrichtungen, mit den behandelnden Fachpersonen in den Kliniken in Austausch zu treten. Ein wichtiges Thema, welches als problematisch erlebt wird, sind Besuche von Kindern in der Klinik. Es gibt dort meistens keine Aufenthaltsräume, in denen die Kinder ihre Eltern sehen können und die Kliniksituation, vor allem in geschlossenen Abteilungen, kann auf die Kinder traumatisch wirken. Zudem wird von den für die Kinder zuständigen Fachpersonen oftmals verlangt, bei Aufhalten ausserhalb der Klinik auch noch Verantwortung für den kranken Elternteil zu übernehmen. Es ist nur mit grosser Mühe möglich, eine zuständige Begleitperson für den/die Patienten/in zu finden (z.B. bei Besuchen des Elternteils im Heim).
SPD/KJPD	Die psychiatrischen Kliniken kommen mit Anfragen zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Sie melden dort Kinder an, deren Situation man ihrer Meinung nach abklären muss.
Psych. K+J	Die Kliniken denken manchmal zu wenig an die Situation der Angehörigen ihrer Patienten/innen. Kontakt aufgenommen wird meist im Auftrag des/der Patienten/in selbst oder des gesunden Elternteils. Von sich aus Kontakt aufzunehmen wird als eher schwierig betrachtet. Informationen werden eher spärlich oder mit Verzögerung gegeben. Eine Zusammenarbeit wird nur bei Gefährdung des Kindeswohls als nötig erachtet.

Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit der Klinik hat nicht für alle Befragten die gleiche Bedeutung. Diejenigen, für die eine Zusammenarbeit wichtig ist, schildern diese meistens als eher schwierig: Es ist nur mit viel Eigeninitiative möglich, an wichtige Informationen zu kommen. Zudem scheinen die behandelnden Ärzte primär das Wohl ihrer Patienten/innen und kaum das der Kinder im Blick zu haben. Kinder werden teilweise auch als wichtige Unterstützung für den therapeutischen Prozess gesehen.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene	
SZ/JS	Die behandelnden Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen haben oft keinen Blick dafür, wie ihre Patienten/innen ihre Rolle als Eltern wahrnehmen

	können. Oftmals existiert das Kind in ihrer Wahrnehmung gar nicht, vor allem bei denen, die analytisch arbeiten. Sie sind zudem aus Gründen des Berufsgeheimnisses nur schwer für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.
KKB	Es findet eine punktuelle, nicht sehr häufige Zusammenarbeit mit behandelnden Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen statt, vor allem wenn es um Abklärungen geht oder das Kindeswohl gefährdet ist. Es werden einerseits positive Zusammenarbeitserfahrungen, andererseits auch eine grosse Zurückhaltung seitens der behandelnden Fachpersonen geschildert.
SPFH	Seitens der Eltern gibt es oft Widerstände gegen einen Austausch mit ihrem/ihrer Psychiater/in/Psychotherapeut/in. Es ist oft nicht einfach, den Eltern klar zu machen, dass man für die eigene Arbeit auf Informationen angewiesen ist. In gewissen Fällen wäre es wünschenswert, wenn das Arztgeheimnis im Interesse der Kinder auch gegen den Willen der Patienten/innen gelockert werden könnte.
SPD/KJPD	Die Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes besteht oft darin, dem kranken Elternteil zu einem Therapieplatz für sein Kind zu verhelfen. Dies beinhaltet dann auch eine gewisse Distanz zu den psychischen Problemen dieser Person. Eine Zusammenarbeit mit dem/der behandelnden Psychiater/in/Psychotherapeuten/in findet daher nur sehr selten und bei spezifischer Indikation statt. Seitens der Schulpsychologischen Dienste wird erwähnt, dass eine Zusammenarbeit oft störungsspezifisch sei. Bei weniger tabuisierten Störungsbildern, wie z.B. affektiven Störungen oder PTBS, ist eine Zusammenarbeit leichter möglich als bei einer stärker tabuisierten.
Psych. K+J	Der Austausch zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiater/innen und – psychotherapeuten/innen wird bezüglich Quantität und Qualität unterschiedlich geschildert. Es werden zum einen Beispiele einer geglückten Zusammenarbeit genannt und zum anderen eher negative Erfahrungen geschildert. Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene haben oft einen anderen Blickwinkel und eine andere berufliche Sozialisation als ihre Kollegen/innen, die mit Kindern arbeiten. Sie denken weniger systemisch und haben eher wenig Bewusstsein für die kindlichen Entwicklungsprozesse. So gelingt es ihnen auch nicht immer, die Kinder altersgemäss über die Krankheit ihrer Eltern zu informieren. Manchmal verstehen sie sich auch zu stark als Anwalt ihrer Patienten/innen und vergessen dabei das Kindeswohl. Der Austausch wird jedoch seitens der Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Kinder in den meisten Fällen auch nicht stark gesucht und ist sowieso nur im Einverständnis mit den betroffenen Eltern(teilen) möglich. Oftmals ist es besser, die Informationen beim gesunden Elternteil zu holen. Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene sind auch im Sinne von gegenseitigen Zuweisungen Zusammenarbeitspartner.

Zusammenfassung

Das Berufsgeheimnis, aber auch die spezifische Perspektive der Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene erschweren oder verhindern eine intensive Zusammenarbeit. Diese ist nicht in allen Fällen gleichermassen wichtig. Für manche der Befragten wäre jedoch ein gegenseitiger Informationsaustausch für ihre Arbeit von grosser Bedeutung. Es wird erwähnt, dass manche Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene wenig systemisch denken und

arbeiten und sich auch der Auswirkung einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf ein Kind und dessen Entwicklung zu wenig bewusst sind.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Ärzten/innen	
SZ/JS	Mit einigen Ärzten/innen läuft es gut, mit anderen weniger. Die Ärzte/innen wissen zum Teil wenig über den Alltag ihrer Patienten/innen. Sie fokussieren primär auf die medikamentöse Behandlung. Zudem kommen sie meist erst auf die Sozialzentren/Jugendsekretariate zu, wenn sie etwas von denen brauchen (wenn z.B. Patientinnen/Patienten ihre Rechnungen nicht bezahlt).
KKB	In der Psychiatrie gibt es viele Ärzte/innen aus Deutschland. Diese haben oft ein fehlendes Wissen über das Schweizer Gesundheitssystem und die vorhandenen Fachstellen. Hier wäre Aufklärung wichtig.
Stat. Einrichtungen	Die Ärzte sind oftmals nicht bereit mit Sozialpädagogen/innen in Austausch zu treten. Sie fühlen sich fachlich überlegen. Da die Ärzte der Schweigepflicht unterstehen, ist es wichtig, sich genau zu überlegen, welche Fragen (z.B. alltagsbezogene) man stellen kann. Dann ist ein Informationsaustausch manchmal trotz Schweigepflicht möglich.
Psych. K+J	(Haus)Ärzte/innen überweisen manchmal Kinder zur Therapie, wenn sie das Gefühl haben, dass Eltern überfordert sind. Diese Zusammenarbeit verläuft positiv.

Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit Ärzten/innen wird von den Befragten unterschiedlich geschildert. Von den einen werden ähnliche Probleme genannt wie in der Zusammenarbeit mit Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen für Erwachsene, von anderen hingegen wird die Zusammenarbeit als positiv bewertet.

Einzelaussagen

Zu den folgenden Stellen und Personen wurden nur noch vereinzelte Aussagen gemacht, welche im Folgenden dargestellt werden. Einige weitere Leistungserbringer wurden erwähnt ohne weitere Aussagen.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Kulturvermittlern/innen	
SZ/JS	Kulturvermittler/innen werden in der Zusammenarbeit mit diesen Familien oft gebraucht. Sie leisten Übersetzungshilfe nicht nur im wörtlichen Sinn.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit dem Betreuten Wohnen	
Psych. K+J	Es wird eine positive Zusammenarbeitserfahrung geschildert. Eine Jugendliche erhielt über die Behandlung der Mutter wichtige Informationen, die sie entlasten konnten.
Beurteilung der Zusammenarbeit mit Anwälte/innen	
SZ/JS	Es gibt Anwälte/innen mit einem ideologischen Überbau, was die Zusammenarbeit durch zu starke Parteilichkeit erschwere.

SPFH	Anwälte, die nicht mediativ arbeiten, vertreten oftmals nur die Interessen ihre Mandanten/innen und denken nicht an das Kindeswohl. Sie holen keine Informationen bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe ein und melden sich auch auf Anfragen nicht.
------	--

3.2.4.3. Erwartungen an die Zusammenarbeit

Wir fragten weiter, welche Erwartungen die Leistungserbringer an die Stellen und Personen, mit denen sie zusammenarbeiteten, hätten. Ausserdem wurden die Kriterien für eine gute sowie für eine schwierige Zusammenarbeit diskutiert.

Es folgen die Aussagen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form.

SZ/JS	<p><i>Wertschätzung/Respekt</i> Sozialarbeiter/innen werden von der Erwachsenenpsychiatrie oft herablassend behandelt und in ihren professionellen Kompetenzen nicht ernst genommen. Es herrscht vielfach ein Hierarchiedenken und es werden kaum Aufgaben an Fachpersonen der Sozialen Arbeit delegiert, für die diese mehr Fachwissen hätten (z.B. in Bezug auf das Kindeswohl). Hier ist ein Umdenken erwünscht.</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Es ist schwierig, an wichtige Informationen heranzukommen. Die behandelnden Ärzte/innen und Therapeuten/innen beziehen sich auf die ärztliche Schweigepflicht und unternehmen kaum Anstrengungen, die Einwilligung ihrer Patienten/innen zu bekommen. Für die Arbeit mit den Familien wäre es aber sehr wichtig, Informationen zu erhalten.</p> <p><i>Wahrnehmung des Kindeswohls</i> Kliniken und Therapeuten/innen haben vielfach keinen Blick für die kindlichen Bedürfnisse und haben Angst, dass ihre Patienten/innen zusätzlich destabilisiert würden, wenn man ihnen das Kind wegnähme. Es wäre wünschenswert, wenn das Kindeswohl auch in der Behandlung von Erwachsenen einen grösseren Stellenwert bekäme.</p>
KKB	<p><i>Wertschätzung/Respekt</i> Man muss als Fachperson mit seinem spezifischen Wissen ernst genommen und einbezogen werden. Es ist frustrierend, wenn Fachpersonen, deren Wissen auf einem anderen Gebiet liegt, das Gefühl haben, sie wüssten besser, wie man mit einem kleinen Kind umgehe und was es brauche. Gegenseitige Wertschätzung ist sowohl personen- als auch berufsgruppenabhängig.</p> <p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Fehlende oder nicht weiter gegebene Informationen (z.B. auf den Geburtsmeldekarten) erschweren die Zusammenarbeit und brauchen viel Energie seitens der KKB.</p>

	<p><i>Genügend Ressourcen/Erreichbarkeit</i> Es sollte sowohl von der Erreichbarkeit als auch von den Ressourcen her möglich sein, eine Unterstützung oder Entlastung für eine Familie kurzfristig organisieren zu können.</p> <p><i>Häufiger Personalwechsel</i> Durch den häufigen Personalwechsel in den Kliniken ist es oft sehr schwierig, ein gemeinsam geplantes Vorgehen umzusetzen und Informationen auszutauschen. Man muss daher Vieles schriftlich machen.</p> <p><i>Wahrnehmung des Kindeswohls</i> Die Erwachsenenpsychiatrie sollte die Bedürfnisse der betroffenen Kinder besser wahrnehmen. Es wäre auch wichtig, dass sich das Bewusstsein etabliert, dass alle das Gleiche wollen, nämlich das Wohl des ganzen Familiensystems.</p>
Stat. Einrichtungen	<p><i>Wahrnehmung des Kindeswohls</i> Wenn die Therapeuten/innen der Eltern wie Anwälte hinter diesen stehen, dann wird die Zusammenarbeit schwierig, weil die Therapeuten/innen dann keinen objektiven Blick mehr haben.</p>
SPD/KJPD	<p><i>Genügend Ressourcen</i> Für eine Kooperation des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes mit der Erwachsenenpsychiatrie, bei der ein/e Psychiater/in vorbei käme und Fragen der betroffenen Kinder beantworten könnte, mangelt es dort an Ressourcen. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Frage der Finanzierung. Die verschiedenen Fachpersonen sind vielmehr mit ihren eigenen Fällen so ausgelastet, dass sie nicht noch neue Aufgaben übernehmen wollen.</p> <p><i>Wahrnehmung des Kindeswohls</i> Es wäre wünschenswert, wenn die Therapeuten/innen der Eltern auch das Kindeswohl im Blick hätten und dieses in die Therapie einfließt. Die Ziele in der Therapie der Eltern können den Interessen eines Kindes entgegenlaufen. Für bessere Kenntnisse der kindlichen Bedürfnisse und deren Berücksichtigung in der Therapie wäre ein Austausch mit den für das Kind involvierten Stellen und Personen nötig.</p>
Psych. K+J	<p><i>Transparenz, Informationen geben</i> Wenn ein Austausch stattfindet, sollte nachher klar sein, wie es weiter geht. Man sollte trotz Arztgeheimnis auch nach dem Erstkontakt Informationen erhalten.</p> <p><i>Verbindlichkeit/Verlässlichkeit</i> Wenn ein Kontakt stattfindet, sollte dieser verbindlicher und verlässlicher sein.</p>
Kinderärzte/innen	<p><i>Wahrnehmung des Kindeswohls:</i> Stellen und Personen im Versorgungssystem für Erwachsene sollten daran denken, dass noch ein Kind da ist, und sich darum kümmern, wie es versorgt wird und wie es ihm geht. Die Angehörigen selber als auch die sozialen Netzwerke um ein Kind herum werden oft schlecht informiert.</p>

Zusammenfassung

Für eine konstruktive Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene – damit sind meist Ärzte/innen, Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen sowie Kliniken gemeint – werden von den meisten der Befragten folgende Anliegen genannt:

- *Wahrnehmung des Kindeswohls*
Viele der Befragten sind der Ansicht, dass Fachpersonen, die mit Erwachsenen arbeiten, primär deren Interessen wahrnehmen und vertreten und wenig systemorientiert handeln. Das Kindeswohl und die kindlichen Bedürfnisse sollten vermehrt auch in ihrem Fokus sein.
- *Transparenz, Informationen geben*
Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht dürfen Informationen ohne Einverständnis der Betroffenen nicht weiter gegeben werden. Dies kann die Zusammenarbeit erschweren. Einige der Befragten sind der Meinung, dass die Fachpersonen aus dem Erwachsenenversorgungssystem manchmal zu wenig darauf hinarbeiten, die Einwilligung für einen Informationsaustausch zu bekommen. Für eine transparente Zusammenarbeit braucht es auf beiden Seiten auch entsprechende Ressourcen und Verbindlichkeiten.
- *Wertschätzung/Respekt*
Vor allem Professionelle der Sozialen Arbeit fühlen sich in ihrer Fachlichkeit oftmals nicht ernst genommen und genügend einbezogen und äussern ihren Unmut recht deutlich. Es wäre wünschenswert, wenn beide Seiten aus ihrer fachlichen Perspektive und ihrem spezifischen Wissen dazu beitragen könnten, betroffene Kinder und Familien optimal zu unterstützen.
- *Genügend Ressourcen/Erreichbarkeit*
Für eine professionelle Fallführung braucht es genügend Ressourcen und eine gute Erreichbarkeit der fallführenden Fachkraft.

3.2.4.4. Bedarf an Intensivierung der Kooperation

Zum Schluss wollten wir wissen, ob es Stellen und Personen im Versorgungssystem für Erwachsene gibt, mit denen die jeweilige Stelle resp. Organisation in Bezug auf die Zielgruppe besser oder intensiver zusammenarbeiten sollte.

Es folgen die Aussagen geordnet nach den Praxissegmenten der jeweiligen Gruppendiskussion und in verdichteter Form.

Krippen/Horte	<p>Kliniken Wenn ein Elternteil eine stationäre Massnahme hat, wäre es wichtig, mit der Fallführenden oder behandelnden Person in der Klinik einen Austausch zu haben, um zu wissen, wie lange der Aufenthalt geplant ist und wann ein Kind wieder in den Hort kommt, wenn es z.Zt. nicht zu Hause lebt.</p> <p>Fachstelle Wenn es eine Anlaufstelle für psychisch kranke Eltern gäbe, dann wäre eine Kooperation mit dieser wünschenswert.</p>
SPFH	<p>RAV's Es müsste eine engere Zusammenarbeit mit den RAV's geben. Diese sind z.T. so komplex unübersichtlich organisiert, dass gerade Migranten/innen damit überfordert sind.</p>
Stat. Einrichtungen	<p>Kliniken/behandelnde Psychiater/innen/Psychotherapeuten/innen Die Zusammenarbeit mit der Klinik sollte intensiviert werden. Bei Standortgesprächen wäre es zudem wünschenswert, wenn auch Fachpersonen, die mit den Eltern arbeiten, teilnehmen würden. Dann müsste die Problematik allerdings transparent sein. Die betroffenen Eltern müssten damit einverstanden sein. Es wäre dann einfacher, einen gemeinsamen Boden zu erarbeiten.</p>

3.2.5. Konzepte für die Kooperation?

Die Schlussfrage zum Themenblock Kooperation lautete, ob es in der jeweiligen Praxisorganisation Leitlinien oder Konzepte in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Stellen oder Personen gäbe. Diese Frage wurde nur denjenigen Leistungserbringern gestellt, die in Praxisorganisationen arbeiteten und nicht als Selbständige in eigener Praxis.

SZ/JS	Keine der befragten Stellen verfügt über ein entsprechendes schriftliches Konzept oder Leitlinien. Von einer Stelle wurde genannt, dass es im Rahmen einer Retraite zu einem Austausch bezüglich Methoden und Haltungen kam, bei dem grosse Übereinstimmung festgestellt wurde.
KKB	Es existiert eine Liste mit Adressen und es sollte auch ein kantonales Merkblatt für einen gemeinsamen Standard geben. Dieses ist jedoch noch nicht fertig. Es sind Konzepte bekannt in Bezug auf drogenabhängige Eltern, aber nicht generell für psychisch Kranke. Es gibt Projekte im Kanton, die die Zusammenarbeit koordinieren sollten, aber sie sind noch nicht schriftlich ausgearbeitet.
Krippen/Horte	In manchen Krippen/Horten gibt es generelle Richtlinien für die Zusammenarbeit, jedoch nicht speziell zu diesem Thema. In anderen Krippen/Horten gibt es gar keine entsprechenden Richtlinien.
SPFH	Es liegen keine konzeptuellen Grundlagen vor.
Stat. Einrichtungen	Es liegen keine konzeptuellen Grundlagen vor.
SPD/KJPD	In den Schulpsychologischen Diensten existieren keine solchen Richtlinien. Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gibt es welche für grobe Abläufe, z.B. für die Zusammenarbeit mit den Schulpsychologischen Diensten, den Jugendsekretariaten oder Sozialzentren. Wie es dann konkret in der Praxis läuft, ist eine andere Frage. In Bezug auf Kinder von psychisch kranken Eltern gibt es keine konkreten Richtlinien.

Zusammenfassung

In den befragten Institutionen gibt es keine konkreten Richtlinien für die Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Personen, wenn es um die Arbeit mit Kindern von psychisch kranken Eltern und deren Familien geht. Es gibt allenfalls Listen mit Adressen oder allgemeine Richtlinien, die nicht speziell auf die Problematik ausgerichtet sind. Abstimmungen passieren teilweise im mündlichen Austausch, sind jedoch nicht schriftlich festgelegt.

3.2.6. Weiteren Handlungsbedarf und Anregungen zum Thema

Als letztes konnten die Leistungserbringer Äusserungen zu weiterem Handlungsbedarf in ihrer Praxis(organisation) sowie Bemerkungen und Anregungen zum Thema machen.

Die formulierten Anregungen sind nachfolgend geordnet nach den Praxissegmenten der Gruppendiskussion dargestellt.

SZ/JS	<ul style="list-style-type: none"> - Es sollte mehr Pflichtveranstaltungen innerhalb der Stelle geben, bei denen man auf die belastete Situation der Kinder hinweist. - Die Früherfassung (z.B. in Spitälern) sollte nach überregionalen Standards besser gewährleistet sein. - Die Strukturen einer Stelle sollten so sein, dass die Leute möglichst lange dort bleiben und so das vorhandene Know-how erhalten bleibt.
KKB	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Sensibilität in der Öffentlichkeit für das Thema „Säuglingsalter“ schaffen.
Krippen/Horte	<ul style="list-style-type: none"> - Wünschen sich mehr Unterstützung bei der Betreuung betroffener Kinder. - Austausch mit anderen Horten. - Auf politischer Ebene vermehrt im Frühbereich investieren.
SPFH	<ul style="list-style-type: none"> - Gefässe schaffen für eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus anderen Bereichen. - Sensibilität für das Thema „psychische Krankheiten“ fördern.
Stat. Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit zwischen den beiden Versorgungssystemen verbessern (Versorgungssystem für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche). - Case Management klären. - Es sollten psychosoziale Diagnosen durchgeführt werden. - Vermehrt Öffentlichkeitsarbeit leisten.
SPD/KJPD	<ul style="list-style-type: none"> - Das Thema „psychische Krankheiten“ enttabuisieren. - Die Schule vermehrt in die Früherkennung einbeziehen. - Spezifisches Angebot für betroffene Kinder anbieten.
Psych. K+J	<ul style="list-style-type: none"> - In der therapeutischen Arbeit könnte man vermehrt mit der Familie Notfallpläne für eine allfällige Krise erarbeiten. - Netzwerke fördern bei den Familien.
Kinderärzte/innen	<ul style="list-style-type: none"> - Netzwerke fördern bei den Familien. - Seitens Klinik sollte auch die Familie des Patienten/der Patientin einbezogen werden. - Im Kleinkindbereich vermehrt Angebote zur Verfügung stellen für finanzschwache Familien. - Gewährleisten, dass betroffene Kinder verlässliche Bezugspersonen haben.

Zusammenfassung

Die von mehreren Leistungserbringern formulierten Anregungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Sensibilisierung der Öffentlichkeit/politische Akzente für die Prävention**
Dieses Thema wurde in fast allen Gruppendiskussionen am Schluss nochmals als wichtiges Anliegen formuliert. Die vermehrte Information und Diskussion in einer breiteren Öffentlichkeit könne zur Enttabuisierung beitragen.
- **Diagnostik/Früherfassung**
Die Bedeutung einer guten und frühen Erfassung betroffener Familien mit Hilfe geeigneter Standards wird hervorgehoben. Die Schule könnte vermehrt in die Früherkennung einbezogen werden.
- **Austausch**
Der fachliche Austausch unter Fachkräften wird gewünscht.
- **Spezifische Angebote/Netzwerke**
Für Familien und für betroffene Kinder sollen Netzwerke gefördert und spezifische Angebote bereitgestellt werden.

3.3. Leistungserbringer im Versorgungssystem für Erwachsene

Die nachfolgenden Kapitel beziehen sich auf die Themenblöcke, zu denen die Leistungserbringer für Erwachsene, d.h. freischaffende Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen sowie die Mitarbeitende einer psychiatrischen Klinik befragt wurden (für die Leitfäden siehe Anhang 2 und 3).

3.3.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis

Die Fachpersonen wurden befragt, wie verbreitet sie mit dem Thema in ihrer Praxis konfrontiert sind und welche speziellen Herausforderungen, Aufgaben oder Probleme sich ihnen in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten resp. mit den betroffenen Kindern und Familien stellen.

Es folgen die Aussagen geordnet nach der Gruppendiskussion mit Psychiatern/innen/Psychotherapeuten/innen für Erwachsene sowie für die psychiatrische Klinik und in verdichteter Form. Die Themen und Kategorien des Leitfadens erscheinen **kursiv und fett** im jeweils eingerahmten Themenkasten. Die von uns aus dem Material entwickelten Subkategorien erscheinen darin jeweils *kursiv*, aber nicht fett.

Psych. für Erwachsene	<p>Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt</p> <p>Alle Befragten haben es in ihrer Praxis mit einer mehr oder weniger grossen Anzahl Patienten/innen zu tun, die minderjährige Kinder haben. Während es sich bei den einen um ca. die Hälfte handelt, sind es bei den anderen bedeutend weniger. Es hängt stark von der jeweiligen Klientel ab. Oft handelt es sich um Mütter, die z.T. allein erziehend sind.</p> <p><i>Gesicherte Diagnosen</i></p> <p>Die Befragten sind der Ansicht, dass nicht primär die Art der Diagnose, sondern vielmehr das persönliche Leiden ausschlaggebend für die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung sei. Um mit Patienten/innen zu arbeiten, braucht es weniger eine ICD-10-Diagnose als vielmehr das Wissen um deren psychische Struktur und Dynamik. Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion und Introspektionsfähigkeit sind wichtige Voraussetzungen für die Therapie.</p> <p>Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien</p> <p><i>Auftragsklärung, Befugnisse und Kompetenzen</i></p> <p>Wenn man in der Therapie erfährt, dass es den Kindern schlecht geht, kann es sein, dass man sich mitverantwortlich fühlt. Entlastend ist es zu wissen, dass die Kinder selbst in Therapie sind oder betreut werden. Die Mehrzahl der Befragten sieht es nicht als ihre Aufgabe, auf der Ebene der Kinder oder der Familie intervenieren zu müssen.</p> <p><i>Zusammenarbeit mit den Patientinnen/Patienten als Eltern/Compliance</i></p> <p>Die Konfrontation von Patienten/innen mit ihrer Elternrolle und den damit ver-</p>
-----------------------	---

bundenen Problemen für die Kinder kann zu einem Therapieabbruch führen; ebenso das aktive Einbeziehen von Angehörigen.

Verhalten des Kindes

Kinder widerspiegeln die Störungen ihrer Eltern oft in ihrem Verhalten oder auf körperlicher Ebene. Sie sind das schwächste Glied und werden oft zu Symptomträgern in der Familie, wenn sich die Eltern nicht mit ihren eigenen Störungen auseinandersetzen.

Psych. Klinik

Häufigkeit, mit der im Praxisbereich das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" vorkommt

Die Prävalenz liegt laut Schätzungen zwischen 9-17%. Es gibt in der Klinik je nach Abteilung unterschiedliche Datenerfassungsprogramme. Dem einen kann man entnehmen, dass 10% der stationären Patienten/innen minderjährige Kinder haben, im anderen Programm wird dies nicht explizit erfasst. Dort liegen aktuell keine gesicherten Daten vor sondern nur solche aus länger zurückliegenden Untersuchungen.

Spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in Bezug auf diese Kinder bzw. Eltern und Familien:

Zusammenarbeit mit den Patientinnen/Patienten als Eltern/Compliance

Patienten/innen, die minderjährige Kinder haben, haben oft Angst, dass man ihnen die Kinder wegnimmt. Sie haben oft auch weniger Geduld für eine Behandlung und möchten so schnell als möglich wieder nach Hause. Eine sehr kurze Behandlungszeit bringt aber oft nicht den nötigen Erfolg. Bei Streitigkeiten um das Sorgerecht kann ein Klinikaufenthalt des Partners/der Partnerin vom gesunden Elternteil als Trumpf ausgespielt werden, was die Situation erschwert. Meist sind die Eltern(teile) mehrfachen Belastungen ausgesetzt, oftmals auch finanziellen Problemen.

Zusammenfassung

Sowohl freischaffende Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen als auch die Mitarbeitenden der psychiatrischen Klinik betreuen Patienten/innen, die minderjährige Kinder haben. In den verschiedenen Abteilungen werden unterschiedlich viele Patienten/innen mit Kindern behandelt. Auf einer Abteilung in der Klinik werden anhand eines Erfassungstools Statistiken geführt, die Aussagen über die Häufigkeit von Patienten/innen mit minderjährigen Kindern machen. Es sind dies in genannter Abteilung 10% der Patienten/innen. Das Thema Elternschaft kann sich auf verschiedene Arten auswirken. Bei ambulanten Behandlungen kann eine Konfrontation damit zu einem Therapieabbruch führen, während bei stationären Aufenthalten die Patienten/innen mit minderjährigen Kindern die Klinik möglichst bald wieder verlassen möchten. Dies kann die Behandlung beeinträchtigen und zu Rückfällen führen. Psychisch kranke Elternteile, die stationär behandelt werden müssen, haben oft Angst, dass man ihnen die Kinder wegnimmt.

Die Winterthurerstudie ermittelte in diesem Zusammenhang bei 8 Kliniken und Ambulatorien eine Punkt-Prävalenz (bezieht sich auf einen Stichtag) der psychisch kranken Patienten/innen mit minderjährigen Kindern von 12%. Bei den freischaffenden Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen wurde eine Punkt-Prävalenz von 27% ermittelt.

3.3.1.1. Die häufigsten Diagnosen

Die Frage nach den häufigsten Diagnosen gibt für die Gruppen, die dieses Thema diskutiert haben ein nicht leicht interpretierbares und sicher nicht generalisierbares Bild. Die freischaffenden Therapeutinnen und Therapeuten und die Mitarbeitenden der Klinik haben es je mit einer spezifischen Auswahl an Personen zu tun, die von psychischen Problemen betroffen sind. Die Aussagen sind auf diesem Hintergrund zu sehen.

Psych. für Erwachsene	Sucht und Depressionen stehen bei den freiberuflichen Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen im Vordergrund. Grundsätzlich werden die Befragten jedoch mit allen möglichen Störungsbildern konfrontiert.
Psych. Klinik	In der psychiatrischen Klinik ist es je nach Abteilung unterschiedlich. Auf den in der Diskussion vertretenen Abteilungen sind die häufigsten Diagnosen von Patienten/innen mit minderjährigen Kindern affektive Störungen und Schizophrenien.

In Rahmen der Winterthurerstudie konnten von 191 psychisch kranken Personen, die Diagnose nach ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation) ermittelt werden. Am Häufigsten leiden die Patienten/innen an einer Depression (39%), gefolgt von einer Suchterkrankung (33%), einer anderen Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (19%) sowie einer Posttraumatischen Belastungsstörung/Anpassungsstörung (18%). Weniger häufig genannt wurde Schizophrenie oder wahnhaftige Störung/Psychose (14%) sowie Phobische Störung oder Angststörung (9%). Andere psychische Erkrankungen wie Borderline- oder Essstörungen etc. wurden selten genannt (mit 6% oder weniger). Die Mehrheit der Patienten/innen hatten mehr als eine psychische Störung. Frauen litten vermehrt an Depressionen, während Männer häufiger eine Suchterkrankung hatten.

3.3.1.2. Erfassen der familiären Situation

Wir wollten wissen, ob die Leistungserbringer ihre Patienten/innen explizit danach fragen, ob sie mit minderjährigen Kindern zusammenleben und ob sie wüssten, wie es diesen gehe bzw. wer in Abwesenheit des kranken Elternteils für sie Sorge. Wir stellten auch die Frage, ob die Elternschaft von Patienten/innen einen Einfluss auf deren Behandlung habe und welche besonderen Massnahmen getroffen werden.

Psych. für Erwachsene	<p><i>Nachfragen, ob Kinder da sind und wie es ihnen geht</i></p> <p>Die meisten der Befragten fragen weder explizit nach der Existenz von Kindern noch nach deren Wohlbefinden. Sie gehen davon aus, dass sie dies im Laufe der Therapie erfahren werden. Manchmal kommen Eltern(teile) auch in Therapie, weil sie Schwierigkeiten mit ihren Kindern haben oder weil ein Kind bereits Störungen aufweist. Sie sehen dann oft weniger ihre eigenen Probleme als vielmehr die ihrer Kinder und wollen ihren möglichen Anteil an den Problemen ihrer Kinder nicht wahrnehmen. Es kann auch sein, dass sie ihre eigenen Probleme ihren Kindern zuordnen (Projektion). Nur vereinzelt und vor allem bei einem entsprechenden Auftrag wird explizit nach dem Wohl der Kinder gefragt, auch z.B. wie es in der Schule gehe.</p> <p><i>Einfluss auf die Behandlung</i></p> <p>Wenn der Eindruck entsteht, dass die Kinder von Patienten/innen gefährdet seien, dann muss man aktiv werden. Dies kann geschehen, indem man mit den Patienten/innen konkret darüber spricht oder Adressen vermittelt oder gar eine Meldung macht. Es kann auch sein, dass man Kinder oder Jugendliche in die Therapie einlädt. Dies kann aber auch heikel sein und die Therapie gefährden. Grundsätzlich wird es jedoch als wichtig erachtet, dass sich die Patienten/innen mit ihrer eigenen Problematik und ihrer Kindheit befassen. Je besser diese ihre Störung bearbeiten können, desto besser ist auch den Kindern geholfen. Indem man die Eltern behandelt, hat man indirekt Einfluss auf allfällige Störungen der Kinder.</p>
Psych. Klinik	<p><i>Nachfragen, ob Kinder da sind, wie sie versorgt werden und wie es ihnen geht</i></p> <p>Beim Aufnahmegespräch wird nachgefragt, ob Kinder vorhanden sind und in welchem Alter sie sind. Gerade bei Alleinerziehenden muss abgeklärt werden, wer für die Kinder sorgt. Man stellt dabei primär auf die Aussagen der Patienten/innen ab. In Fällen, wo deren Realitätsbezug eingeschränkt ist, werden zusätzliche Informationen von Dritten (z.B. Angehörige) eingeholt. Meistens ist die Betreuung der Kinder privat sichergestellt, manchmal müssen aber auch Platzierungen erfolgen. Bei Jugendlichen kann es auch vorkommen, dass sie die Zeit alleine überbrücken.</p> <p><i>Einfluss auf die Behandlung</i></p> <p>Die Behandlung von kranken Eltern(teilen) unterscheidet sich nicht grundsätzlich von derjenigen der anderen Patienten/innen, man versucht jedoch die Situation zu berücksichtigen. Das Thema Elternschaft und Kindeswohl wird in der Behandlung aber auch im täglichen Umgang mit den Patienten/innen angesprochen. Wie intensiv das Thema bearbeitet und Eltern in ihren Elternfunktionen unterstützt werden, hängt jedoch sehr von der Bereitschaft der betroffenen Eltern(teile) ab. Manche Eltern haben auch Schuldgefühle und möchten nicht über ihre Kinder sprechen. Wenn Patienten/innen minderjährige Kinder haben und sie über ihre Krankheit gut informiert werden, kann es aber auch sein, dass ihre Compliance grösser wird, z.B. bei der regelmässigen Einnahme von Medikamenten. In der Klinik gibt es im Weiteren eine offene Elterngruppe, in der sich betroffene Eltern austauschen können (s. Aussagen zu spezifischen Angeboten).</p> <p>Ein weiteres Thema ist der Einbezug und die Information der betroffenen Kinder. Dies wird teilweise als schwierig erlebt. Manche Eltern möchten nicht, dass die Kinder in die Klinik kommen oder über ihren Aufenthalt informiert werden, weil sie gegen aussen etwas Anderes kommuniziert haben (z.B. Erholungsurlaub). Bei Austritten muss zudem abgeklärt werden, inwiefern der/die Patient/in in der</p>

Lage ist, für seine/ihre Kinder zu sorgen. Wenn Beistände involviert sind, wird dies mit ihnen zusammen besprochen. Die verschiedenen Perspektiven (Kindeswohl vs. Interesse der Patienten/innen) sind jedoch oft schwer vereinbar.

Standardisierung im Aufnahmeverfahren

Das Vorgehen bei einer Aufnahme ist nicht für die gesamte Klinik standardisiert. Auch die Zuständigkeit für solche Abklärungen ist in der Psychiatrischen Klinik nicht einheitlich geregelt und unterscheidet sich nach Abteilung, behandelnder Arztperson und Wochentag (z.B. ist am Wochenende der Arzt/die Ärztin zuständig). Vielfach, jedoch nicht immer, wird der Sozialdienst involviert, wenn es um Abklärungen in Bezug auf den Verbleib der Kinder geht.

Während des Aufenthaltes gibt es interdisziplinäre Sozialrapporte, wo ein Austausch zwischen den beteiligten Fachpersonen zu den behandelten Patienten/innen und deren Situation stattfindet. Dort wird auch die jeweilige Arbeitsteilung besprochen.

Bei Austritt ist das Prozedere von Fall zu Fall unterschiedlich. Es wird interdisziplinär besprochen, wie die Nachbetreuung aussehen soll und wer zuständig ist. Es hängt aber auch vom Einsatz und Interesse der Beteiligten und von der jeweiligen Abteilung ab, wie gut der Austritt betreut wird. Schwierig kann auch die Kooperation mit Patienten/innen sein, die nicht freiwillig in der Klinik sind. Diese geben in der Regel weniger bereitwillig Auskunft, was zu Hause ansteht. Wenn sie durch einen Gerichtsentscheid entlassen werden, kann man keine Massnahmen mehr einfädeln.

Kontakte zwischen hospitalisierten Patienten/innen und ihren Kindern

Grundsätzlich wird von den Befragten der Kontakt von Patienten/innen mit ihren Kindern als wünschenswert erachtet. In der Praxis ist dieser jedoch aus verschiedenen Gründen erschwert:

Für Kinder ist es oft belastend und manchmal auch gefährlich, auf eine Station zu kommen. Daher wurde das Besuchsrecht für Minderjährige auf manchen Stationen stark eingeschränkt. Innerhalb der Abteilungen fehlen geeignete Räume, in denen sich Eltern und Kinder ungestört treffen und zusammen reden und spielen können.

Ein Treffen ausserhalb der Station ist für die Kinder besser, jedoch dürfen Patienten/innen aus einer geschlossenen Abteilung diese nicht unbeaufsichtigt verlassen. Sie zu begleiten ist aus zeitlichen Gründen oft schwierig. Bei fremdplatzierten Kindern werden Patienten/innen manchmal für Besuche persönlich begleitet. Es braucht jedoch Zeit, um einen solchen Besuch zu organisieren.

Manchmal gibt es auch Widerstände auf Seiten der Patienten/innen, da diese ihren Aufenthalt in der Klinik oder den Grund dafür verheimlichen. Es ist dann schwierig, die Kinder zu informieren, obwohl diese ein Informationsbedürfnis hätten.

Spezifische Angebote innerhalb der Klinik

Die Klinik bietet eine offene Elterngruppe an, die interdisziplinär geleitet wird und in der sich die Patienten/innen (und in Ausnahmefällen auch deren Partner/innen) zu Fragen und Belastungen ihrer Elternschaft austauschen können. Sie werden darin explizit als Eltern und nicht als Patienten/innen angesprochen. Eine Anmeldung ist nicht nötig. Trotzdem ist die Schwelle für eine Teilnahme manchmal (zu) gross: Die Gruppe wird unterschiedlich stark und im Grossen und Ganzen eher wenig frequentiert, obschon sie von den Teilnehmenden als positiv erlebt wird. Gründe für die mangelnde Teilnahme werden in der kurzen Aufent-

haltsdauer aber auch in Schuldgefühlen oder Sprachproblemen der betroffenen Eltern(teilen) gesehen. Zudem befinden sie sich meist in einer akuten Krise und sind darin zu sehr mit sich selbst beschäftigt. Es wäre wichtig, wenn Patienten/innen mit Kindern sich mit ihrer Krankheit intensiv auseinandersetzen und verstehen würden, dass sie gegenüber ihren Kindern offen sein sollten. Es werden auch Informationsgespräche und -gruppen für betroffene Kinder und Jugendliche angeboten. Diese werden jedoch nicht sehr oft in Anspruch genommen. Gründe dafür sind vor allem in der Tabuisierung innerhalb der Familie zu suchen. Die in Zusammenarbeit mit einem Kinder- und Jugendpsychiater ausserhalb der Klinik angebotene Gruppe musste mangels Nachfrage aufgelöst werden

Zusammenfassung

Da sich das ambulante Behandlungssetting von freischaffenden Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen auf der einen und das stationäre der psychiatrischen Klinik auf der anderen Seite sehr unterscheidet, wird auch mit dem Thema "Elternschaft" unterschiedlich umgegangen.

Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen in eigener Praxis sehen es nicht als ihre primäre Aufgabe, ihre Patienten/innen auf ihr Elternsein anzusprechen. Sie gehen vielmehr davon aus, dass die Patienten/innen selber auf dieses Thema zu sprechen kommen, wenn es für sie ein Problem ist. Im Fokus steht klar der/die Patient/in und wenn es ihr/ihm besser geht und er/sie sich mit ihrem/seinem Problem auseinandersetzt, geht es auch den Kindern besser. Weitere Massnahmen werden nur dann ergriffen, wenn sie das Kindeswohl als stark gefährdet erachten.

Die Klinik hingegen hat gegenüber den Kindern von Patienten/innen eine grössere Verantwortung und muss bei Ein- und Austritt abklären, wie es um die Kinder steht. Allerdings ist dieses Vorgehen nicht einheitlich geregelt und hängt stark von der jeweiligen Abteilung bzw. der Motivation der dort arbeitenden Fachpersonen ab. Auch in der Klinik steht grundsätzlich das Interesse des/der Patienten/in im Zentrum, was sich – gerade bei Austritten – in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen, die für das Wohl der Kinder zuständig sind, als schwierig auswirken kann. Wie offen sich die Patienten/innen mit ihrer Elternschaft auseinandersetzen wollen und inwiefern sie bereit sind, ihre Kinder einzubeziehen, ist sehr unterschiedlich. Seitens der Klinik werden diesbezügliche Angebote gemacht, aber kein Druck ausgeübt. Kinder können nur dann informiert und unterstützt werden, wenn die Eltern einverstanden sind. Als erschwert werden auch Besuche von Kindern in der Klinik erachtet. Einerseits weil Eltern ihren Klinikaufenthalt gegenüber den Kindern verheimlichen, andererseits aber auch, weil in der Klinik geeignete Räumlichkeiten aber auch zeitliche Ressourcen fehlen, um Besuche von Kindern in einem angemessenen Rahmen unterstützen zu können.

Im Rahmen der Winterthurerstudie wurde ebenfalls erhoben, ob die Leistungserbringer beim Aufnahme- oder Erstgespräch, sich systematisch nach den Kindern der betroffenen Patienten/innen

erkundigen würden. Die Ergebnisse zeigen, dass 43% der Kliniken und Ambulatorien (n=7) nach allfälligen psychosozialen Belastungen der Kinder fragen. Bei den befragten Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen erkundigt sich etwas mehr als die Hälfte (52%) danach. Dieser Anteil erscheint im Vergleich zu unseren qualitativen Aussagen als eher hoch – dieser Punkt wird bei konkreten Umsetzungsschritten besonders beachtet werden müssen.

3.3.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf

Die Diskussionspartner wurden aufgefordert, eine Liste mit ihnen bekannten Angeboten für Kinder von psychisch kranken Eltern und deren Familien aus ihrer Region zu erstellen.

Bei den Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen werden am häufigsten die Kinderpsychiater/innen und Psychologen/innen vor den Jugendsekretariaten genannt. Die Mitarbeitenden der psychiatrischen Klinik weisen vor allem auf die Gruppengespräche hin, die von der Vereinigung für Angehörige psychisch Kranker (VASK) angeboten werden.

Weiter wurden die Teilnehmenden befragt, ob es ihrer Meinung nach noch mehr spezifische Angebote geben müsste. Den Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen stellten wir auch noch die Frage, ob sie für sich bzw. für ihre Praxis spezifischen Unterstützungsbedarf sähen.

Es folgen die mündlichen Aussagen zum Bedarf an spezifischen Angeboten und Unterstützungsbedarf in verdichteter Form.

Psych. für Erwachsene	<p><i>Niederschwellige Angebote</i> Es sollte die Möglichkeit geben, über etwas zu sprechen, ohne dass es alle wissen, wie z.B. die offene Türe.</p> <p><i>Tagesangebote für Kinder</i> Für die betroffenen Kinder, gerade auch aus fremdkulturellen Familien, sind genügend Betreuungsplätze sehr wichtig. Damit könnte oft Platzierungen entgegen gewirkt werden. Es muss aber auch klar sein, dass die Eltern diese in Anspruch nehmen. Es werden Modelle aus Skandinavien und Holland genannt, die eine umfassende Tagesbetreuung von Kindern beinhalten.</p> <p><i>Finanzierung</i> Es bräuchte mehr finanzielle Mittel für Sozialpädagogische Familienhilfe. Vielen Kindern, die nicht in einen Hort oder eine Spielgruppe gehen, geht es schlecht, ohne dass jemand dies bemerkt.</p> <p><i>Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote</i> Spezielle Angebote für diese Zielgruppe oder sogar Spezialisierungen auf bestimmte Störungen werden von einigen Teilnehmende als wenig sinnvoll erachtet. Allgemein gibt es jedoch zu wenig gut ausgebildete Psychotherapeuten/innen für Kinder. Auf dem Land gibt es zudem z.T. zu wenig Anlaufstellen.</p>
-----------------------	--

Unterstützungsbedarf für sich bzw. ihre Praxis

Wissen vernetzen

Es wird ein Bedarf an Wissen, wie bestimmte Stellen arbeiten (z.B. Schulpsychologischer Dienst), formuliert. Auch bestehen mangelnde Kenntnisse von kompetenten Familien- oder Egetherapeuten/innen.

Kein Bedarf

Die meisten der Befragten äussern keinen spezifischen Unterstützungs- oder Weiterbildungsbedarf. Sie können sich über Internet oder andere Kollegen informieren und bringen bereits viel Wissen von ihrer Ausbildung her mit. Es gibt auch verschiedene Weiterbildungen, die man besuchen kann.

Psych. Klinik

Spezifische Angebote

Niederschwellige Angebote

Die VASK ist eine Anlaufstelle für Betroffene. Sie macht auch Angebote, z.B. Gruppen. Erwähnt wird eine spezifische Gruppe, die sehr niederschwellig war. Dadurch gab es zu wenig Konstanz und daher auch wenig Vertiefung für diejenigen, die dies wünschten. Die Gruppe wurde dann aufgelöst.

Fachstelle

Es müsste eine Fachstelle geben, an die sich sowohl betroffene Eltern und Angehörige als auch Fachpersonen wenden können, die mit dem Thema konfrontiert sind.

Mehr Informationen/gesellschaftliche Enttabuisierung

Die Öffentlichkeit müsste besser über psychische Erkrankungen informiert werden, damit das Thema nicht mehr so tabuisiert wird. Diese Information müsste schon in der Schule beginnen. Es wird ein konkretes Projekt genannt (Dialoghaus), mit welchem in Schulen über psychische Erkrankungen informiert wird. Es würde betroffene Kinder entlasten, wenn sie offener über das Thema sprechen und sich informieren könnten.

Finanzierung

Eine Sozialpädagogische Familienhilfe wird oftmals nicht finanziert

Ausbau der Sozialpädagogischen Familienhilfe

Eine Sozialpädagogische Familienhilfe sollte sich mit dem Thema auskennen, es sollte dafür spezialisierte Sozialpädagogische Familienhelfer/innen geben. Auch die Spitex wäre eine Möglichkeit, aber sie müsste auch für Kinder zur Verfügung stehen.

Keine spezifischen Angebote/Integration in bestehende Angebote

Es stellt sich nicht nur die Frage nach spezifischen Angeboten, sondern vor allem auch, wie man die Betroffenen damit erreicht. Es hat sich oft gezeigt, dass z.B. Gruppenangebote für betroffene Kinder und Jugendliche schlecht genutzt wurden. Es ist einfacher, an Erwachsene, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufgewachsen sind, zu gelangen. Aber besser wäre es, früher an sie heranzukommen. Es gibt immer wieder Interesse oder Anfragen für Angebote, jedoch stirbt das dann auch wieder ab.

Zusammenfassung

Es stellt sich nicht primär die Frage, welche spezifischen Angebote es noch geben müsste, sondern vor allem, wie man an die Zielgruppe herankommt. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass niederschwellige Angebote (z.B. Gruppen für betroffene Kinder und Jugendliche) schlecht genutzt wurden. Dies hat nach Einschätzung der Praxisvertreter/innen wohl vor allem mit der gesellschaftlichen Tabuisierung zu tun, der man entgegen wirken sollte. Befürwortet werden von den befragten Psychiatern/innen und Psychotherapeuten/innen mehr Tagesstrukturen für diese Kinder, von Seiten der Klinik und von den Therapeuten/innen auch die Sozialpädagogische Familienhilfe. Dazu und auch für andere Unterstützungsmassnahmen braucht es auch die notwendigen finanziellen Mittel.

3.3.3. Zusammenarbeit mit dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Die Leistungserbringer wurden gebeten, eine Liste zu erstellen mit ihren wichtigsten Zusammenarbeitspartnern mit dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche sowie die 2-3 wichtigsten zu bezeichnen und die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit zu beurteilen. Die Frage der Zusammenarbeit bezog sich auf die spezifische Zielgruppe (Kinder von psychisch kranken Eltern und deren Familien) und nicht auf generelle Zusammenarbeitspartner.

3.3.3.1. Allgemeine Aussagen

Im Folgenden werden einige allgemeine Aussagen der befragten Fachpersonen dargestellt.

Psych. für Erwachsene	<p>Die meisten der Befragten pflegen keine oder eine nur sehr marginale Zusammenarbeit mit Stellen oder Fachpersonen im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche. Die Zusammenarbeit bezieht sich im Wesentlichen auf formale Aspekte (z.B. ein Zeugnis auszustellen für die Notwendigkeit eines Hortbesuchs für ein Kind oder wenn das Kindeswohl sehr stark gefährdet wäre), aber nicht auf Inhalte der Therapie oder der Diagnose. Dies ist schon aus Gründen der Schweigepflicht nicht möglich, es wird von den Befragten aber auch nicht als nötig oder wünschenswert sondern im Gegenteil als für die Therapie eher hinderlich angesehen.</p> <p>Auch mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen besteht kaum Zusammenarbeit. Für diese ist es meist schwierig, mit den Psychotherapeuten/innen der Eltern in Kontakt zu treten oder selbst eine Therapie in Anspruch zu nehmen, da sie nichts mit der Störung ihrer Eltern zu tun haben möchten.</p>
Psych. Klinik	<p>Die Mitarbeitenden der psychiatrischen Klinik pflegen vor allem Kontakt mit den Behörden, und meinen damit die Vormundschaftsbehörden und Beistände. Informationen, die unter den Patientenschutz fallen, können ohne Einwilligung der Patienten/innen von Mitarbeitenden der Klinik nicht weitergegeben werden.</p> <p>Die Zusammenarbeit wird insbesondere durch die unterschiedlichen Perspektiven erschwert. So arbeiten die Mitarbeitenden der Klinik mit der Patientin/dem Patienten eng zusammen und meinen, dass sie gut einschätzen können, ob die</p>

Mutter/der Vater die Betreuung des Kindes wieder übernehmen kann. Die Behörden hingegen, die für das Kindeswohl einstehen, haben wenige Informationen über die Auswirkungen der psychischen Krankheit auf die betroffenen Kinder. Die Mitarbeitenden der Klinik und diejenigen in Behörden haben folglich häufig unterschiedliche Einschätzungen, ob das Kindeswohl gewährleistet werden kann.

3.3.3.2. Zusammenarbeitspartner sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit

Es folgen die Aussagen zu den wichtigsten Zusammenarbeitspartnern sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit in verdichteter Form. Ausserdem wurde nach den Kriterien für eine gute sowie für eine schwierige Zusammenarbeit gefragt. Zum Schluss wollten wir wissen, ob es Stellen und Personen im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche gebe, mit denen sie in Bezug auf die Zielgruppe besser oder intensiver zusammenarbeiten sollten.

➤ **Lesehilfe**

Es folgen die Beurteilungen der befragten Fachpersonen bezogen auf die Zusammenarbeit mit einem wichtigen Zusammenarbeitspartner (jeweils **fett** im Tabellenkopf) in verdichteter Form.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit	
Psych. für Erwach- sene	<p>Sozialzentren/Jugend- und Familienberatungsstellen/Jugendsekretariate/ Sozialdienste/Beistände</p> <p>Es wird ein Beispiel einer Meldung seitens einer Psychotherapeuten/in an eine dieser Stellen geschildert. Dies kann im Falle eines Verdachts auf Gefährdung des Kindeswohls geschehen, damit eine Fachperson dieser Stelle bei einer Familie Vorort Abklärungen vornehmen und sich ein Urteil bilden kann. Geschildert werden vereinzelte Kontakte zu Beiständen. Die Kontakte werden nicht weiter kommentiert.</p> <p><i>Castagna:</i> Als eine positive Erfahrung wird die Zusammenarbeit mit der Opferhilfestelle Castagna erwähnt.</p> <p><i>Bedarf nach mehr oder intensiverer Zusammenarbeit:</i> Von den meisten der Befragten wird diese Frage verneint. Sie sind nicht der Ansicht, dass sie mit bestimmten Stellen oder Personen im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche enger oder intensiver zusammenarbeiten sollten. Vereinzelt wird dafür plädiert, dass es mehr interdisziplinäre Gruppen (z.B. Balintgruppen) geben sollte, damit die Leute für das Thema sensibilisiert würden und man wüsste, wohin man sich bei Notfällen wenden kann.</p>

Beurteilung der Zusammenarbeit mit	
Psych. Klinik	<p><i>Sozialzentren/Jugend- und Familienberatungsstellen/Jugendsekretariate/ Sozialdienste/Beistände</i></p> <p>Eine Zusammenarbeit mit Stellen und Personen der Kinder- und Jugendhilfe findet vor allem mit Beiständen oder anderen Behörden statt. Es geht jeweils darum, Lösungen für eine Familie abzuklären und zu entscheiden, ob ein Kind fremdplatziert werden muss. Als Schwierigkeit in der Zusammenarbeit werden die unterschiedlichen Perspektiven genannt. Seitens der Erwachsenenpsychiatrie steht das Interesse der Patienten/innen im Zentrum, während die Behörden primär das Kindeswohl im Blick haben. Dies kann oft zu unfruchtbaren Machtkämpfen führen, in denen beide Seiten für ihre Perspektive Recht bekommen wollen. Seitens der Klinik dürfen aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes ohne Erlaubnis der Patienten/innen keine Daten weiter gegeben werden. Diagnosen werden sowieso nicht weiter gegeben, sondern es werden Aussagen über den Zustand eines/einer Patienten/in und deren Fähigkeiten im Alltag und gegenüber den Kindern gemacht. Eine Diagnose sagt noch nichts über die Fähigkeit als Elternteil. Die Befragten sind der Meinung, dass sie relativ gut abschätzen können, wie ihre Patienten/innen im Alltag und als Eltern funktionierten. Sie sind der Ansicht, dass die Behörden hier zu wenig konkrete Informationen und zudem ein oft festgefahrenes Bild über die betreffenden Personen hätten und an Formalem festhielten.</p> <p>Beklagt werden auch die schlechte Erreichbarkeit und die Überlastung von Beiständen und Sozialzentren. Die Mitarbeitende erleben die Sozialzentren in der Stadt Zürich als sehr unübersichtlich. Es ist schwierig, an die richtige Person zu gelangen. In kleineren Gemeinden ist dies einfacher, weil man sich persönlich kennt. Es gibt auch Gemeinden, bei denen es extrem schwierig ist. Massnahmen finanziert zu bekommen.</p> <p>Aber auch die Patienten/innen haben oft Widerstände, mit den Behörden zusammen zu arbeiten, da sie meistens bereits schlechte Erfahrungen gemacht und Angst haben, dass ihnen die Kinder weggenommen werden. Hier braucht es viel Vorarbeit, damit Patienten/innen zu einer Zusammenarbeit mit Beiständen und Behörden bewegt werden können.</p> <p>Für eine gute Zusammenarbeit müssten beide Seiten aufeinander zu kommen. Wichtig ist es, die unterschiedlichen Perspektiven offen auszudiskutieren und den Patienten/die Patientin im Fokus zu haben. Psychisch kranke Menschen sollten primär als Menschen und nicht als Kranke gesehen und behandelt werden. Dabei kann es von Vorteil sein, wenn Beistände zu einem Gespräch in die Klinik kommen.</p> <p><i>Bedarf nach mehr oder intensiverer Zusammenarbeit</i></p> <p>Genannt wird der SPD, weil durch eine Abklärung Probleme von Kindern erkannt werden können.</p>

Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit den befragten Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene mit Stellen und Personen aus dem Versorgungssystem für Kinder ist eher marginal und gestaltet sich oftmals schwierig. Es werden dafür folgende Hauptgründe genannt:

- **Unterschiedliche Perspektiven**
 Fachpersonen, die mit Erwachsenen arbeiten, haben das Interesse ihrer Patienten/innen im Fokus, während Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendhilfe das Kindeswohl und die Bedürfnisse der betroffenen Kinder im Auge haben müssen. Dies kann unter Umständen schlecht miteinander zu vereinbaren sein und zu unfruchtbaren Konflikten in der Zusammenarbeit führen.
- **Ärztliche Schweigepflicht**
 Die behandelnden Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen aber auch andere Fachpersonen, die mit erwachsenen Patienten/innen arbeiten, stehen unter Schweigepflicht. Ohne Einwilligung der Patienten/innen dürfen keine Informationen an Fachpersonen und Stellen aus dem Versorgungssystem für Kinder weiter gegeben werden. Sie finden es richtig, dass ihre Patienten/innen diesen Schutz geniessen und sicher sein können, dass Informationen vertraulich behandelt werden.
- **Widerstände der betroffenen Patienten/innen:**
 Psychisch kranke Eltern haben oft Angst, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden. Sie haben des Öfteren auch schon schlechte Erfahrungen mit Behörden gemacht. Das kann dazu führen, dass sie nicht wollen, dass Informationen über ihre Person weiter gegeben und für eine Zusammenarbeit genutzt werden können.
- **Kein Bedarf an engerer Zusammenarbeit:**
 Die Befragten äusserten wenig Bedarf nach einer engeren Zusammenarbeit mit Stellen und Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche. Sie finden es in Ordnung, wenn sie primär für ihre Patienten/innen da sind und betrachten es weniger als ihre Aufgabe, sich um das Wohl von betroffenen Kindern zu kümmern.

3.3.4. Weiteren Handlungsbedarf und Anregungen zum Thema

Als letztes konnten die Leistungserbringer Äusserungen zu weiterem Handlungsbedarf in ihrer eigenen Praxis resp. in der Klinik sowie Bemerkungen und Anregungen zum Thema zu machen.

Die Aussagen sind nachfolgend verdichtet dargestellt.

Psych. für Erwachsene	<p>Es wurde der Wunsch nach einer Liste von relevanten Stellen geäussert. Die Befragten sehen jedoch weniger in ihrer eigenen Praxis als vielmehr in ihrem Umfeld Handlungsbedarf:</p> <p>Es müsste ihrer Meinung nach mehr wirklich unabhängige Stellen geben, an die sich betroffene Jugendliche wenden können. Diese haben oft Angst, dass Informationen weiter gegeben werden (z.B. beim Schulpsychologischen Dienst). Die Angebote müssten auch mit geeigneten Mitteln bekannt gemacht werden (z.B. Anschlagbretter in der Schule). Sie müssten aber schulunabhängig sein. Erwähnt wird im Speziellen die Jugendberatungsstelle in der Stadt Zürich. Gerade für Jugendliche ist es auch von grosser Bedeutung, dass sie die Möglichkeit haben, in Peergruppen aktiv zu sein, um sich dadurch ein Stück weit von den Eltern ablösen zu können.</p> <p>Einige der Befragten finden, dass es nicht an Stellen mangelt, sondern dass manche Personen zu wenig für das Thema sensibilisiert sind.</p> <p>Es wird auch festgestellt, dass manche Eltern ihre Kinder als therapeutisches Mittel missbrauchen. Sie klammern sich an ihre Kinder, haben Angst, dass man sie ihnen wegnehmen könnte, und sind gleichzeitig überfordert. Dies sind jedoch meist die, die gerade nicht in Therapie kommen. Die Kinder, deren Eltern in The-</p>
-----------------------	--

	<p>rapie sind, sind daher privilegierter.</p> <p>Es wird im Weiteren konstatiert, dass Kinder, die externalisierende Störungen zeigen, schneller erfasst werden als solche, die eher internalisierende Verhaltensweisen zeigen oder sehr angepasst sind. Diese erscheinen manchmal gefährdeter als die lauten und aggressiven, weil man sich weniger um sie kümmert.</p>
Psych. Klinik	<p>Genannt wird der Bedarf an geeigneten Räumlichkeiten, in denen sich Eltern mit ihren Kindern treffen können. Als Idee wird die klinikinterne Krippe genannt, die dafür geeignet sein könnte, falls die Patienten/innen bereits Ausgang haben.</p> <p>Die Klinik sollte nach Möglichkeit mehr Öffentlichkeitsarbeit machen und ein reales und aktuelles Bild über sich vermitteln, so dass die hohe Schwelle für Ausenstehende etwas niedriger wird. Sie sollte sich mehr gegen aussen öffnen.</p> <p>Wichtig wäre auch der Austausch mit Fachpersonen zu diesem Thema, z.B. im Rahmen eines Forums oder auch von Tagungen.</p> <p>Fachpersonen in der Kinder- und Jugendhilfe sollten zum Thema psychische Störungen besser ausgebildet sein und entsprechende Weiterbildungen besuchen.</p>

Zusammenfassung

Noch immer sind psychische Störungen und ein Klinikaufenthalt ein gesellschaftliches Tabuthema. Diese Tabuisierung sollte möglichst aufgebrochen werden, so dass Betroffene aber auch deren Kinder offener darüber reden und Hilfe holen können. Das Thema sollte in der Öffentlichkeit breiter publik gemacht und Fachpersonen vermehrt dafür sensibilisiert und in Bezug auf psychische Störungen teilweise besser ausgebildet werden. Die Befragten der Klinik sehen zudem Handlungsbedarf innerhalb der Klinik: sie sollte sich gegen aussen mehr öffnen, Hemmschwellen abbauen und – ganz konkret – geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, die Kontakte zwischen Patienten/innen und ihren Kindern besser ermöglichen.

4. Ergebnisse im Überblick

Die wichtigsten Ergebnisse, wie wir sie im Kapitel 3 entlang dem Leitfaden und illustriert mit Aussagen der Praxisvertretern/-vertreterinnen rapportiert haben, werden in diesem Kapitel zusammenfassend dargestellt. Dieser Überblick erleichtert die Weiterverarbeitung der Ergebnisse und hilft, die von uns erhoffte Diskussion zu strukturieren.

4.1. Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

4.1.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis

Nicht alle Leistungserbringer sind über die Diagnosen der Eltern informiert. Viele sind auf Vermutungen durch eigene Beobachtungen – auffälliges Verhalten von Müttern und Vätern sowie von den Kindern – angewiesen. Nur wenige Leistungserbringer können von gesicherten Diagnosen ausgehen. Die Informationen stammen dann von der zuweisenden Instanz oder von den betroffenen Eltern/vom betroffenen Elternteil selber. Die Schätzungen der Leistungserbringer betreffend Eltern, die eine psychische Erkrankung aufweisen, schwanken von einem Zehntel bis zu zwei Dritteln. Generell wird eine hohe Dunkelziffer vermutet.

Bezüglich Zusammenarbeit mit den psychisch kranken Eltern werden folgende Herausforderungen genannt:

- Die Zusammenarbeit wird dadurch erschwert, dass betroffene Eltern nicht offen über ihre Krankheit sprechen wollen. Psychisch Kranke haben oft eine andere Wahrnehmung und vor allem in einer akuten Krankheitsphase keine ausreichende Krankheitseinsicht. Es kann ein Vorteil sein, wenn die Eltern im Rahmen einer Massnahme zur Kooperation verpflichtet sind, weil dann ihre Krankheit offen angesprochen werden kann.
- Die Leistungserbringer haben häufig Schwierigkeiten abzuschätzen, ob das Kindeswohl gefährdet ist und eine entsprechende Meldung gemacht werden muss. Durch eine Gefährdungsmeldung wird häufig die Zusammenarbeit mit den Eltern aufs Spiel gesetzt, eine zu späte Meldung gefährdet womöglich das Kindeswohl.
- Die Arbeit mit psychisch kranken Eltern ist komplex und zeitintensiv. Die erforderlichen personellen und zeitlichen Ressourcen, um den Mehraufwand zur Betreuung der betroffenen Familien zu erbringen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Fachpersonen herzustellen und zu fördern, sind oftmals nicht vorhanden.

4.1.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf

Viele der Befragten sind der Ansicht, dass es keine neuen und spezifischen Angebote braucht, sondern dass die bestehenden ausgebaut werden müssten. Folgende neue resp. erweiterte Angebote bzw. Leistungen erweisen sich aus Sicht der Befragten dennoch als notwendig:

1. Mutter-Kind-Abteilung

In Akut- oder Notsituationen fehlt es an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für betroffene Kinder und deren Familien. Wichtig wäre es, die Kinder - anstelle einer Fremdplatzierung - in ihrem gewohnten Umfeld belassen zu können. Für Mütter mit Kleinkindern/Säuglingen sollte es vermehrt kindsgerechte Mutter-Kind-Abteilungen in stationären Einrichtungen geben.

2. Intensive aufsuchende Familienarbeit

Belastete Eltern sollten durch enge Begleitung – in Form intensiver aufsuchender Familienarbeit – in ihrem Alltag unterstützt und gefördert werden.

3. Soziale Gruppenarbeit

Betroffene Kinder sollten die Gelegenheit erhalten, sich mit anderen Kindern, die ebenfalls von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind, auszutauschen.

4. Case Management

Die notwendige Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachpersonen und -stellen bedingt ein sehr gut gestaltetes Case Management.

5. Fachstellen

Es braucht Fachstellen, an die sich sowohl Professionelle als auch Betroffene zur Beratung und zur Triage wenden könnten.

6. Öffentlichkeitsarbeit

Es besteht Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit, um die Bevölkerung inkl. Betroffene zu sensibilisieren und um eine Integration Betroffener zu fördern.

7. Weiterbildung/Wissen aufbereiten und vernetzen

Zur Frage betreffend Unterstützungsbedarf für sich selber als Fachpersonen oder für andere Fachpersonen wünschen sich Sozialarbeitende vor allem spezifische Weiterbildungen. Allgemein wird gewünscht, dass vorhandenes Wissen besser vernetzt und disziplin- und stellenübergreifend zur Verfügung steht.

4.1.3. Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Alle Leistungserbringer sind sich darüber einig, dass eine Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen bei Kindern mit psychisch kranken Eltern notwendig ist.

Die Befragten haben meistens auch sehr klare Vorstellungen, worauf eine gute Zusammenarbeit basiert und welche Aspekte sich als hinderlich erweisen. Es wird betont, dass eine fruchtbare Zusammenarbeit häufig von persönlichen Kontakten abhängig ist, was jedoch durch eine hohe Personalfuktuation erschwert wird. Ein persönliches Netzwerk an professionellen Kontakten aufzubauen und zu pflegen ist arbeitsintensiv.

Bezüglich **guter Zusammenarbeit** wurde insbesondere auf folgenden Aspekt verwiesen:

- Klare Arbeitsteilung

Da die Arbeit mit betroffenen Familien häufig komplex ist und mehrere Fachpersonen involviert

sein müssen, ist eine klare Aufteilung mit definierten Verantwortungen und Verbindlichkeiten notwendig.

- **Informationsaustausch**

Zudem sollte für alle transparent sein, wer wem welche Informationen weiter geben kann und soll.

4.1.4. Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene

Alle Fachstellen und Fachpersonen der Kinder- und Jugendhilfe haben wenig Zusammenarbeit mit Stellen und Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene. Eine Verbesserung und Intensivierung der Zusammenarbeit wird aber ausdrücklich gewünscht. Zudem liegt die Initiative für eine Zusammenarbeit oft bei den Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche.

Die Qualität der Zusammenarbeit wird als stark personenabhängig beurteilt. Wie bereits für die Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche ausgeführt, sind auch für die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Erwachsene persönliche Kontakte meist förderlich. Folgende Anliegen wurden artikuliert:

- **Situation der Kinder vermehrt einbeziehen**

Viele der Befragten sind der Ansicht, dass Fachpersonen, die mit Erwachsenen arbeiten, zu wenig die Situation der betroffenen Kinder einbeziehen.

- **Schweigepflicht**

Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht dürfen Informationen ohne Einverständnis der Betroffenen nicht weiter gegeben werden. Dies kann die Zusammenarbeit erschweren. Einige der Befragten sind der Meinung, dass die Fachpersonen aus dem Erwachsenenversorgungssystem manchmal zu wenig darauf hinarbeiten, die Einwilligung für einen Informationsaustausch zu bekommen.

- **Ressourcen/Erreichbarkeit**

Betont wird, dass es für die Fallarbeit genügend Ressourcen braucht sowie eine gute Erreichbarkeit der fallführenden Fachkraft.

4.2. Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem für Erwachsene

4.2.1. Konfrontation mit dem Thema in der Praxis

Freischaffende Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen sowie Mitarbeitende der psychiatrischen Klinik betreuen Patienten/innen, die minderjährige Kinder haben. Das Thema Elternschaft kann sich auf verschiedene Arten auswirken.

- Drohender Therapieabbruch

Bei ambulanten Behandlungen machen die freischaffenden Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen die Erfahrung, dass es zu einem Therapieabbruch führen kann, wenn sie Patienten/innen mit ihrer Elternschaft konfrontieren.

- Rascher Austritt/Rückfälle

Mitarbeitende in stationären Einrichtungen stellen fest, dass Patienten/innen mit minderjährigen Kindern die Klinik möglichst bald wieder verlassen möchten. Dies kann die Behandlung beeinträchtigen und zu Rückfällen führen.

- Angst der Eltern

Zudem haben psychisch kranke Eltern, die stationär behandelt werden, oft Angst, dass man ihnen die Kinder wegnimmt.

4.2.2. Spezifische Angebote und Unterstützungsbedarf

Die befragten Fachpersonen finden die Frage, welche spezifischen Angebote es noch geben müsste, weniger relevant. Sie betonen, dass es wichtiger ist, wie man die Zielgruppe erreicht. Konkret genannt werden folgende Anliegen:

- Tagesstrukturen/Sozialpädagogische Familienhilfe

Befürwortet werden in erster Linie ergänzende Tagesstrukturen für betroffene Kinder und Unterstützung der betroffenen Familien durch Sozialpädagogische Familienhilfen.

- Öffentlichkeitsarbeit

Das Thema „psychisch kranke Eltern“ sollte in der Öffentlichkeit breiter diskutiert werden.

- Angebote für Kinder wenig genutzt

Es zeigt sich, dass niederschwellige Angebote für betroffene Kinder und Jugendliche wenig genutzt wurden.

4.2.3. Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene haben wenig Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche. Während freischaffende Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen mehrheitlich keinen weiteren

Bedarf an Zusammenarbeit sehen, bezeichnen die Mitarbeitenden in stationären Einrichtungen/Kliniken die Zusammenarbeit eher als schwierig.

Ein wichtiges Anliegen der freischaffenden Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen ist der Schutz ihrer Patienten/innen, wobei sie sich auf die ärztliche Schweigepflicht berufen. Zudem sind Patienten/innen oft nicht bereit, dass Informationen über ihre Person weitergegeben werden. Dies wird damit begründet, dass sie bereits schlechte Erfahrungen mit Behörden gemacht haben.

Mitarbeitende in Kliniken führen die Schwierigkeiten betreffend Zusammenarbeit der beiden Versorgungssysteme auf die unterschiedlichen Perspektiven zurück. Fachpersonen, die mit Erwachsenen arbeiten, haben das Interesse ihrer Patienten/innen im Fokus, während Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendhilfe das Kindeswohl und die Bedürfnisse der betroffenen Kinder im Auge haben.

4.2.4. Weiterer Handlungsbedarf

Die Befragten der Klinik sehen einen Handlungsbedarf darin, dass in ihrer Einrichtung geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden müssen, damit die Kontakte zwischen Patienten/innen und ihren Kindern gefördert werden.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

In diesem Schlusskapitel wollen wir zentrale Ergebnisse der qualitativen Studien in der Psychiatrieregion Zürich diskutieren und Schlussfolgerungen für die aktuelle Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ziehen. Wo dies sinnvoll erscheint, verweisen wir auf die Ergebnisse der Winterthurer Studie (Gurny, Cassée, Gavez, Los & Albermann, 2007b). Der Fokus liegt auf den Möglichkeiten, aus den Forschungsergebnissen konkrete Handlungsschritte abzuleiten. Wir legen dabei das Schwergewicht auf Entwicklungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche und auf die Kooperation mit dem Versorgungssystem für Erwachsene. Aus der Literatur verweisen wir auf Materialien und Programme für konkrete Interventionsschritte.

5.1. Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche: aktueller Stand und Anregungen

Case Management

Die Arbeit mit Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ist sehr komplex und anspruchsvoll. Eine betroffene Familie ist oft bei mehreren Leistungserbringern anhängig, deshalb sollten im Interesse aller Betroffenen die Interventionen klar koordiniert und ein Case Management installiert werden. Aus unserer Sicht sind es die zuständigen Sozialzentren/Jugendsekretariate/Familien- und Jugendberatungsstellen, die diese Aufgabe mit Vorteil übernehmen sollen – noch verbindlicher als sie dies heute schon tun. Die Gruppendiskussionen haben gezeigt, dass diese Stellen aktuell die wichtigsten Zusammenarbeitspartner sind, diese aber ihre Funktion aufgrund hoher Fallbelastungen und Personalfuktuation oftmals nicht zufrieden stellend ausüben können. Eine Verbesserung der Ressourcenlage und eine spezifische Fokussierung auf das Thema „psychische Erkrankung eines Elternteils“ im Klienten-Intake sind nötig.

Standards für den Informationsfluss/Transparenz

Die starke Personenabhängigkeit in der Fallbearbeitung erschwert – gerade auch in Kombination mit der beklagten Mitarbeiterfluktuation – eine fachlich begründete und nachhaltige Fallführung im Hilfesystem. Eine stärkere Manualisierung und Standardisierung der zentralen Prozesse drängt sich auf, um belastete Familien längerfristig vor Doppelspurigkeiten, zeitlichen Verzögerungen und ineffizientem Nebeneinander zu bewahren.

Zur Verbesserung des Informationsflusses drängt sich auf, die Daten in einem einheitlichen Prozedere zu sammeln, so dass diese vergleichbar sind (vgl. z.B. das Konzept der Basisinformation in Cassée, 2007). Angaben zu bereits involvierten Fachpersonen und Stellen sind dabei zentral. Gerade Leistungserbringer wie Krippen, Horte oder Kleinkindberatungsstellen, die es mit Kindern zu tun haben, die zwar belastet sind aber selber noch keine Symptome aufweisen müssen, fühlen sich oft von den nötigen Informationen abgeschnitten und in ihrer Fachlichkeit nicht ernst genom-

men. Diese Stellen können jedoch einen wichtigen präventiven Beitrag leisten und sollten bei der Indikationsstellung und Massnahmenplanung aktiver einbezogen werden.

Datenschutz/Schweigepflicht

Für die Erarbeitung einer gut fundierten Diagnose sind die fallführenden Stellen sowie spezialisierte Leistungserbringer auf Informationen angewiesen. Da die Weitergabe von Informationen für manche Leistungserbringer aufgrund geltender Datenschutzbestimmungen und der ärztlichen Schweigepflicht nicht unproblematisch ist, ist grossen Wert darauf zu legen, die Eltern in einem wertschätzenden und partizipativen Prozess für die selektive Weitergabe von Informationen zu gewinnen. Dieser Informationsaustausch dient dem Wohl ihrer Kinder und ist auch im Interesse der Eltern. Die in Zusammenarbeit mit Eltern geäusserten Ängste sind aber sehr ernst zu nehmen – auch dies gelingt am besten mit transparenten und standardisierten Verfahren. So kann viel besser vermittelt werden, dass es sich um auch für andere Eltern geltende Verfahren handelt, in die die Eltern jederzeit Einblick erhalten können.

Im Interesse des Kindeswohls muss ein Informationsaustausch in vereinzelt Fällen auch gegen den Willen der Eltern erfolgen können. Hier konfliktieren zwei Rechtsgüter – das Kindeswohl und der Schutz persönlicher Daten – , die im konkreten Einzelfall gegeneinander abgewogen werden müssen.

Fallaufnahme/Diagnostik

Wir haben gesehen, dass häufig die nötigen Informationen für sinnvolle und massgeschneiderte Interventionen fehlen. Neben klaren Zuständigkeiten (Case Management) sind Schritte in Richtung eines Standardverfahrens für das Fallaufnahmeprozedere voranzutreiben. Auch eine Verbesserung der interventionsorientierten interdisziplinären Diagnostik, die in der Regel nicht von der Stelle für das Case Management erbracht werden kann, ist indiziert (vgl. dazu die Instrumente für die Basisinformation und für den Diagnoseprozess in Cassée, 2007, S. 83-164; Lenz, 2008, S. 73-98).

Indikation/Triage/Interventionsleistungen

In unserer Einschätzung ist es wichtig, dass die zuständigen Stellen für das Case Management auf der Basis einer guten Diagnostik zu einer präzisen Indikation gelangen können: was braucht dieses Kind, dieser Jugendliche, diese Familie? Eine präzise Indikation erlaubt die Triage zu direkt klientbezogenen Interventionsleistungen, die von spezialisierten Leistungserbringern übernommen werden müssen. Konkret handelt es sich z.B. um Abklärungen in Familien, um aufsuchende Familienarbeit, Entlastungsangebote durch Hort/Krippe und Pflegeplätze sowie um stationäre Angebote für Kinder/Jugendliche. Auf die Erweiterung der Angebotspalette für die betroffenen Kinder und Jugendliche gehen wir im Kap. 5.3 vertiefter ein.

Prävention/Öffentlichkeitsarbeit

Zurzeit ist die Debatte um eine intensivere Prävention im Sozial- und Bildungsbereich angelaufen (vgl. Legislaturziele der Bildungsdirektion des Kantons Zürich). Dieser Umstand kann genutzt werden, um vermehrt für die Situation von mindestens 4000 Kindern im Kanton Zürich zu sensibilisieren, die von der psychischen Erkrankung/Belastung ihrer Eltern betroffen sind (vgl. Gurny et al., 2007b, S. 2). Frühe Erfassung und Massnahmen zur Stärkung der Familien im Umgang mit der Erkrankung helfen, individuelles Leiden zu lindern und die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen entschieden zu verbessern. Jedem einzelnen Kind wird ein oft ein ganzes Leben lang nachwirkendes Leid erspart, wenn es dank einer rechtzeitigen Erkennung allfälliger Belastungen und Störungen einer fachkompetenten Behandlung/Unterstützung zugeführt werden kann (vgl. Lenz, 2008, S. 11 - 69). Dass damit erhebliche Folgekosten eingespart werden können, versteht sich von selbst.

Spezialisierung zum Thema

Gerade von Fachpersonen im Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen wurde Bedarf an Fachwissen artikuliert. Hier sehen wir einerseits eine Aufgabe für die Ausbildungsstätten, andererseits auch Möglichkeiten für grössere Leistungserbringer.

- Externe Weiterbildung

Im Rahmen des Masterstudiums Kinder- und Jugendhilfe bietet die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Dep. Soziale Arbeit, ein Vertiefungsmodul zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ an, das auch als Weiterbildungskurs von Personen besucht werden kann, die nicht am Masterstudium teilnehmen.

- Inhouse-Weiterbildung

Grössere Leistungserbringer können massgeschneiderte Inhouse-Weiterbildungen zum Thema anbieten (nur für die eigenen Mitarbeitenden oder auch zusammen mit anderen Leistungserbringern). Das Ziel sollte sein, dass es in grösseren Organisationen Mitarbeitende gibt, die sich auf das Thema spezialisiert haben. Es wäre dann für Kooperationspartner und für Eltern klarer, an wen sie sich wenden können und mit wem sie es längerfristig zu tun haben. Ausserdem kann so längerfristig das nötige fachliche Know-how aufgebaut, erweitert und in geeigneten Weiterbildungsformen weitergegeben werden.

- Fachstelle

Es drängt sich auf, dass sich eine bestehende Organisation als Fachstelle für das Thema positioniert. Diese Fachstelle sammelt fachliches Wissen zum Thema, vernetzt disziplin- und stellenübergreifend Personen und bietet Weiterbildungen an. An diese Fachstelle können sich sowohl Fachpersonen als auch Betroffene zur Beratung und Triage wenden. Dazu führt die

Fachstelle eine Liste mit Angeboten für betroffene Kinder und Familien. Die Fachstelle initiiert als Frühwarnstelle Forschungsprojekte, Angebotsweiterungen und Öffentlichkeitsarbeit.

5.2. Interprofessionelle Kooperation zwischen den beiden Versorgungssystemen

Unsere Studie zeigt: die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen dem Versorgungssystem für Erwachsene und jenem für Kinder und Jugendliche ist nicht optimal (für vergleichbare Einschätzungen aus Deutschland siehe Schone & Wagenblass, 2002; Wagenblass, 2004). Die Leistungserbringer für Kinder und Jugendliche beklagen in unserer Studie die wenig intensive Zusammenarbeit und die Tatsache, dass die Initiative stark von ihnen her gestaltet werden muss. Die Zusammenarbeit ist zudem stark personenabhängig und wenig institutionalisiert und formalisiert. Hier drängt sich eine Standardisierung bestimmter Prozesse auf: Erfassen der familiären Situation bei der Fallaufnahme (ambulant und stationär), Bezug/Information der Fachperson im anderen System bei Beginn der Leistungserbringung resp. bei besonderen Ereignissen.

Aus Sicht des Versorgungssystems für Kinder und Jugendliche ist die Situation der Kinder im Versorgungssystem für Erwachsene vermehrt einzubeziehen, z.B. durch Erfassen der Lebenssituation und die Lebensbedingungen der Kinder, Klärung der Versorgungslage bei Klinikaufenthalt, Erfassen von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen. Beide Seiten (Angebote für Kinder und Jugendliche und Kliniken, resp. Angebote für Erwachsene) wollen das Beste für die betroffene Familie bzw. die betroffenen Kinder. In der Realität haben beide Systeme jedoch nur einen sehr begrenzten Einblick in die Funktionsfähigkeit der Familien, in die elterlichen Fähigkeiten und in die Lebensrealität der Kinder. Die Klinik erlebt ihre Patienten/innen im Klinikalltag – einem Setting, welches sich stark vom Alltag ausserhalb der Klinik unterscheidet. Die Aussagen der involvierten Fachpersonen über die elterlichen Fähigkeiten beziehen sich primär auf das Funktionieren in klinischen Setting sowie auf Aussagen der Patienten/innen selber. Frei schaffende Therapeutinnen/Therapeuten kennen die erkrankten Eltern in der Regel lediglich aus therapeutischen Settings. Die Stellen und Behörden der Kinder- und Jugendhilfe andererseits basieren ihre Einschätzungen meist auf Kontakte in einem Beratungs- bzw. Betreuungssetting oder allenfalls auf vereinzelt Hausbesuchen. Auch diese Settings unterscheiden sich stark von einem gelebten Familienalltag.

Die professionsspezifischen Arbeitsweisen und Haltungen (medizinische, individualtherapeutische resp. systemische Perspektiven, lern- und entwicklungstheoretische Ansätze, Lebensweltorientierung, Partizipation und Empowerment) gilt es, bezogen auf die Erkrankung/Möglichkeiten des Elternteils und das Wohl des Kindes zu vermitteln. Im Interesse der betroffenen Kinder stehen die Abklärung der realen Lebensverhältnisse, die Sicherung eines entwicklungsfördernden Alltags und eine kindgerechte Information über die elterliche Erkrankung im Zentrum.

5.2.1. Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kliniken

Es folgen erste Hinweise, welche Kooperationsformen zwischen Instanzen der Kinder- und Jugendhilfe und stationären Settings/Kliniken hilfreich sein könnten.

- **Bei Klinikeintritt**

Es gibt ein für alle Kliniken und Abteilungen einheitliche Aufnahmeverfahren, in dem vom jeweiligen klinikinternen Sozialdienst abgeklärt wird, ob Kinder vorhanden sind und wer sie betreut. Das würde in unklaren Fällen auch Abklärungen vor Ort bedeuten, damit sichergestellt werden kann, dass die Kinder betreut werden und dass ihr Bedürfnis nach Information abgedeckt wird. Dies muss im Notfall auch ohne Einverständnis des betroffenen Elternteils stattfinden können.

- **Während des Klinikaufenthaltes**

Patienten/innen mit minderjährigen Kindern sollten stärker und proaktiver auf ihr Elternsein angesprochen werden. Eine gute Möglichkeit dazu könnte die Abgabe von Informationsmaterial für Eltern, sog. Ressourcenkits sein, die standardmässig kurz nach Eintritt den Patienten/innen abgegeben werden. Diese enthalten wichtige Tipps wie Eltern ihre Kinder informieren und unterstützen können, aber auch Hinweise auf Stellen und Angebote für Kinder und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Bei Abgabe dieser Dokumentation sollten die Patienten/innen durch eine entsprechend ausgebildete Fachperson auf ihre Ängste und Befürchtungen in Bezug auf ihre Elternrolle angesprochen und das Thema Elternschaft mit ihnen thematisiert werden.

- Die Besuche von Kindern in der Klinik sollten besser ermöglicht werden, in dem geeignete Räume geschaffen und Ressourcen zur Begleitung des Besuchs bereitgestellt werden. Durch Flyer und Informationsbroschüren könnten sich die Kinder selber ihrem Alter entsprechend wichtige Informationen holen. Darin sollten sie auch aufgemuntert werden, sich bei einer dafür zuständigen Fachperson in der Klinik zu melden, wenn sie weitere Informationen haben möchten. Kinder von Patienten/innen sollten aktiver einbezogen werden und auch deren Eltern sollten stärker auf ihr Elternsein angesprochen werden. Fremdplatzierte Kinder sollten die Möglichkeit haben, von ihren Betreuern/innen möglichst umfassend auf einen Besuch vorbereitet zu werden und über die Krankheit ihrer Eltern zu sprechen, wenn sie es wünschen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit, die diese Kinder betreuen, sollten entsprechende Weiterbildungen besuchen und sich bei Besuchen zuvor mit den zuständigen Fachpersonen in der Klinik möglichst klar absprechen.

- **Bei Klinikaustritt**

Wenn unklar ist, ob der austretende Elternteil in der Lage ist, seine Kinder gut genug zu betreuen, sollten die Behörden der Kinder- und Jugendhilfe als Standard eine Intensivabklärung (z.B. KOFA-4 Wochen, vgl. Cassée, 2007, S. 240) einrichten. Nur durch strukturierte und

intensive Beobachtungen im Alltag können verlässliche Aussagen über die elterlichen Kompetenzen und über die Sicherung des Kindeswohls gemacht werden. Wünschenswert wäre auch die Bereitstellung einer strukturierten Form der Sozialpädagogischen Familienhilfe (z.B. KOFA-6 Wochen oder KOFA-6 Monate, vgl. Cassée, 2007, S. 243 - 246) und/oder einer Unterstützung durch die Spitex, wenn das Familiensystem in der ersten Zeit nach dem Klinikaustritt noch unterstützt werden muss, weil anderweitige Ressourcen (z.B. gesunder Partner, Grosseltern, Nachbarschaft) fehlen oder nur in ungenügendem Ausmass vorhanden sind.

5.2.2. Interdisziplinärer Fachkreis KipE

Die Gruppendiskussionen haben ergeben, dass Professionelle der beiden Versorgungssysteme wenig Kontakt mit dem jeweils anderen System haben und wenig von der anderen Seite wissen oder zur Kenntnis nehmen (wollen). Dies wirkt sich indirekt negativ auf das Wohl der betroffenen Kinder/Eltern aus und kann zu unfruchtbaren Machtkämpfen führen. Workshops, Tagungen und Informationsveranstaltungen zu diesen Themen können helfen, die beiden Perspektiven kennen zu lernen und gemeinsame Wege zu entwickeln. In Weiterbildungen für Ärzte könnte das Thema mit der Perspektive auf die betroffenen Kinder und mit Fokus auf Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufgegriffen werden. Professionelle der Sozialen Arbeit ihrerseits sollten sich verstärkt mit dem Thema psychische Störungen auseinandersetzen und ihre Kompetenzen im Umgang mit psychisch kranken Klienten/innen erweitern.

Wir regen zur Bearbeitung dieser wichtigen Themen an der Schnittstelle zwischen Klinik/Erwachsenenpsychiatrie und Angebote für Kinder und Jugendliche die Bildung eines interdisziplinär zusammengesetzten Fachkreises „Kinder psychisch kranker Eltern“ an. Dieser offene Fachkreis diskutiert im Sinne einer Vertiefungsstufe des KipE-Projekts die Möglichkeiten für eine bessere Beachtung der Kinder im Kontext des Versorgungssystems von Erwachsenen, regt die Weiterentwicklung bestehender resp. die Schaffung neuer Angebote für Kinder und betroffene Eltern an und macht konkrete Verbesserungsvorschläge für die Kooperation zwischen den beiden Systemen. In diesem Kreis kann auch das Thema Schweigepflicht/Datenschutz diskutiert werden. Es bestehen in diesem Kreis zudem gute Voraussetzungen, unfruchtbare Abgrenzungen zwischen den involvierten Professionen abzubauen.

5.3. Unterstützungsbedarf: Verbesserung der Angebotspalette

Sowohl die Winterthurer Studie (Gurny et al., 2007a) als auch die hier präsentierte Studie zeigen einen klaren Bedarf für bessere Unterstützung der betroffenen Kinder. Die Frage, ob und wie die Angebotspalette für Kinder psychisch kranker Eltern verbessert werden soll, wird in den beiden

Versorgungssystemen unterschiedlich gesehen. In der quantitativen Winterthurer Studie antworten 48% der Befragten aus dem Versorgungssystem für Erwachsene mit „weiss nicht“ auf die Frage, ob es genügende Angebote für betroffene Kinder gäbe (Gurny et al., 2007b, S. 3). Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene machen in unserer Studie kaum konkrete Anregungen. Zentral sei die Frage, wie die Zielgruppe erreicht werden könne. Auch wird für vermehrte Öffentlichkeitsarbeit plädiert. Demgegenüber formulieren die Fachpersonen aus dem Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen einige konkrete Verbesserungsvorschläge, betonen aber auch, dass die bestehenden Angebote besser bekannt gemacht und möglichst frühzeitig (in Sinne der Prävention) genutzt werden sollten.

Es folgen einige Konkretisierungen für jene Angebote, die aus der Sicht des Versorgungssystems für Kinder- und Jugendliche geschaffen werden sollen.

Früherfassung/Screening

Ein frühzeitiges präventives Eingreifen kann spätere Probleme verhindern. Gerade Kinder, die in belasteten Umständen aufwachsen, sollten möglichst früh so unterstützt werden, dass sie später nicht selber erkranken. Die Diskussionen haben aufgezeigt, dass eine frühzeitige Erfassung von Entwicklungsrisiken oftmals erschwert ist. Probleme werden häufig erst im Kindergarten oder in der Schule sichtbar. Ein Entwicklungsscreening für alle Kinder im Vorschulalter könnte im Rahmen niederschwelliger medizinischer Vorsorgeuntersuchungen oder beispielsweise im Rahmen von Impfprogrammen eingeführt werden. Kinderärzte könnten dazu mit spezialisierten Fachpersonen der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten und so Entwicklungsrisiken und -rückstände frühzeitig und niederschwellig erfassen. Der von Lenz (2008, S. 173 - 179) entwickelte Explorationsleitfaden zur Einschätzung der kindlichen Belastungen könnte dafür gute Dienste leisten.

Sozialpädagogische Familienhilfe

Fachpersonen beider Versorgungssysteme fordern den vermehrten Einsatz von sozialpädagogischer Familienhilfe. Die Kompetenzorientierte Familienarbeit KOFA, die strukturiert und manualisiert arbeitet und immer mit einer präzisen Diagnostik in der Lebenswelt beginnt, ist sehr geeignet, im häufig chaotischen Familienalltag zu einer raschen Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und der Eltern zu gelangen (vgl. Cassée & Los-Schneider, 2008). Auf dieser Diagnostikphase erfolgt eine auf die Familie zugeschnittene Veränderungs- und Lernphase, die auf die Aktivierung von Fähigkeiten und Ressourcen ausgerichtet und zeitlich befristet ist. Die Verbesserung der Erziehungs- und Alltagskompetenz der Eltern steht im Zentrum. Für den Umgang mit krankheitsbedingten Belastungssituationen werden Szenarien entwickelt und Ressourcen im Umfeld erschlossen. KOFA-Module werden von verschiedenen Leistungserbringern im Kanton Zürich

angeboten und könnten als Standardintervention beim Austritt eines Elternteils nach Klinikaufenthalt oder vor einer Fremdplatzierung eines Kindes eingesetzt werden. Eine Spezialisierung der Leistungserbringer sowie eine Weiterentwicklung der KOFA-Methodik für die anvisierte Zielgruppe ist angedacht und könnte im Fachkreis KipE (siehe S. 95) diskutiert werden.

Mutter-Kind-Angebote

Neu zu schaffen sind sozialpädagogisch ausgerichtete Angebote für Säuglinge/Kleinkinder, die zusammen mit ihren Müttern in der nach-akuten Phase einer psychischen Erkrankung stabilisiert und unterstützt werden können. Die Mutter-Kind-Angebote in psychiatrischen Kliniken (z.B. Affoltern und PUK Zürich) können diese Aufgaben nur sehr bedingt resp. vor allem in der Akutphase erfüllen. Die Entwicklungsbedürfnisse der Kinder können im Klinikalltag nur sehr beschränkt berücksichtigt werden (vgl. Arens & Görge, 2006).

Niederschwellige Angebote in Krisensituationen

Eine weitere Angebotslücke wird für rasch verfügbare, niederschwellige Angebote genannt. Fachpersonen weisen daraufhin, dass sie in Krisensituationen häufig nicht adäquat handeln können, weil z.B. kurzfristig eine Platzierung nicht gelingt oder sozialpädagogische Familienhilfe nicht rasch genug eingeleitet werden kann. Hier plädieren wir für Straffung und Vereinheitlichung der Verfahren und Schaffung von Krisenplätzen in Einrichtungen mit einer breiten Palette von Angebotsvarianten, die es erlauben, rasch und massgeschneidert zu reagieren. Für die aufsuchende Familienarbeit gewährleisten die KOFA-Fachstellen die Fallübernahme innerhalb von drei Tagen.

Betreuungsangebote für Kinder

Gerade für betroffene Kleinkinder kann der Besuch einer Krippe sehr entlastend und entwicklungsfördernd sein. Die Kinder können dort – oftmals in Kontrast zu ihrem Zuhause – einen strukturierten, anregenden und unbelasteten Alltag mit anderen Kindern und mit verlässlichen und liebevollen Erwachsenen erleben. Krippen und Horte stellen daher einen wichtigen präventiven Baustein zur Förderung einer gesunden Entwicklung dar. Der – wenn indiziert kostenlose – Zugang zu Kinderbetreuungsangeboten sollte daher mit allen Mitteln gefördert werden. Mitarbeitende in Krippen und Horten sollten sich mit dem Thema durch Weiterbildung und Supervision auseinandersetzen und als Professionelle vermehrt in Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

Präventionsprojekte

In vielen Diskussionen wurde betont, dass möglichst früh mit betroffenen Familien zusammengearbeitet werden soll. Als Beispiel für ein strukturiertes und spezifisches Programm ist das Projekt KIPKEL zu erwähnen. Es handelt sich um ein interdisziplinäres ambulantes Projekt für Kinder mit

psychisch kranken Eltern (Staets & Hipp, 2001). Die – auch in unserer Studie immer wieder erwähnten – Ängste der Eltern werden sehr ernst genommen: Angst vor dem Öffentlichwerden der Erkrankung und Angst davor, dass die Kinder weggenommen werden. Das Projekt ist ausgerichtet auf die Identifizierung von Ressourcen in der Familie und auf die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern.

Das Beratungsangebot beinhaltet neben Einzelkontakte mit den Kindern auch Familiengespräche und Gruppenarbeit mit den Kindern.

Gruppenangebote

Die Schaffung von besonderen Gruppenangeboten für betroffene Kinder, Jugendliche und Eltern (-teile) wird von den Fachpersonen aus dem Versorgungssystem für Kinder- und Jugendliche angeregt – aus dem Versorgungssystem für Erwachsene werden kritische Stimmen laut, dass die Angebote wenig genutzt werden. Mit spezifisch ausgestalteten und evaluierten Programmen haben wir in der Schweiz kaum Erfahrungen. Es würde sich lohnen, ausländische Modelle vertiefter kennen zu lernen und allenfalls zu implementieren. An dieser Stelle folgen erste Hinweise:

- Auryngruppen

Es handelt sich um zeitlich begrenzte, geschlossene Kindergruppen mit begleitender Elternarbeit. Die Gruppen haben das Ziel, Bewältigungsstrategien der Kinder zu erkennen und zu fördern und einen Austausch zwischen betroffenen Kindern über die speziellen Beziehungserfahrungen in den Familien zu ermöglichen (Dierks, 2001).

- Spielgruppen zur Förderung von Kleinkindern

Pretis und Dimova (2004, S. 161 - 175) präsentieren eine Reihe von Spielanregungen, die in Gruppen von Kleinkindern psychisch kranker Eltern eingesetzt werden können. Sie sind darauf ausgerichtet Resilienzprozesse bei Kleinkindern zu fördern. Zentrales Merkmal ist, dass die Kinder frei entscheiden dürfen, ob sie auf ein Förderspiel eintreten oder nicht. Jegliche Form von Zwang ist kontraindiziert für Kleinkinder, die in einer Lebenswelt aufwachsen, die durch hohe Unvorhersehbarkeit bzw. Unkontrollierbarkeit charakterisiert ist. Die Kinder sollen Erfahrungen der Selbststeuerung und der Selbstwirksamkeit machen können.

Angebote für spezifische Zielgruppen

Die Winterthurer Studie (Gurny et al., 2007b, S. 5) hat ergeben, dass betroffene Familien überproportional häufig einen fremdkulturellen Hintergrund haben: Mehr als ein Drittel der Patientinnen/Patienten (gegenüber 20% in der Referenzbevölkerung) verfügen nicht über einen Schweizerpass. In den Gruppendiskussionen wurde immer wieder auf den hohen Anteil ausländischer Familien hingewiesen.

Es ist aus verschiedenen Gründen speziell schwierig, an diese Zielgruppe heranzukommen. Ihre Ängste gegenüber Behörden in Kombination mit sprachlichen Schwierigkeiten erschweren den Zugang. Es ist lohnenswert, in Kooperationen mit (Fach-)Personen aus dem jeweiligen Kulturkreis Ideen für konkrete Angebote zu entwickeln: z.B. aufsuchende Familienarbeit von Fachpersonen oder Freiwilligen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund.

Für Kinder zwischen 18 Monaten und ca. drei Jahren aus Familien mit Migrationshintergrund – heute auch generell für benachteiligte resp. belastete Familien – wurde in den Niederlanden das Programm "Opstapje" entwickelt, das zurzeit in der Schweiz implementiert wird (siehe Cassée, 2007, S. 232 - 233, www.a-primo.ch).

Für junge Mütter in benachteiligten Lebenslagen können aus dem Programm „STEEP“ interessante Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden (siehe Cassée, 2007, S. 230 - 231).

Göttisystem/Patenschaften

Aus verschiedenen Studien (vgl. Lenz, 2008) geht hervor, dass das Vorhandensein von verlässlichen Bezugspersonen bei Kindern Resilienz fördernd ist. Gerade bei Kindern mit psychisch kranken Eltern ist dies umso wichtiger, da sie ihre Eltern – je nach Krankheitsphase – sehr unterschiedlich und daher nicht immer als verlässlich erleben. Es wäre daher wichtig, dass betroffene Familien eine oder mehrere Bezugspersonen haben, die in Krisensituationen partielle Elternfunktionen übernehmen oder die Eltern zumindest unterstützen können. Diese Bezugspersonen können Verwandte, Freunde oder auch Freiwillige sein. Bei einem Klinikaufenthalt, in einer therapeutischen Behandlung oder auch bei Kontakten mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem könnten solche Bezugspersonen eruiert und verlässlich eingebunden werden. Da es sich bei diesen Personen nicht um Professionelle handelt, fallen Stigmatisierungen weg und der Bezug zur Normalität bleibt bestehen. Szylowicki (2003) beschreibt das Konzept der Patenfamilie, die sozialräumlich im Nahfeld der Familie angesiedelt ist und Kindern sowie auch Müttern/Vätern einen kontinuierlichen Bezugspunkt für Krisen sichern soll.

Internetforum

Unsere Studie hat ergeben, dass spezifische Angebote wie Gruppen für betroffene Eltern oder Kinder in der aktuellen Form oftmals (zu) wenig Zulauf haben. Dies hängt wohl vor allem mit der gesellschaftlichen Tabuisierung von psychischen Krankheiten zusammen. Weder betroffene Eltern noch deren Kinder sprechen gerne darüber oder outen sich als Betroffene. Sie versuchen vielmehr, Normalität zu bewahren und nichts gegen aussen dringen zu lassen. Zudem scheint es gerade für Jugendliche schwierig zu sein, für eine regelmässige Gruppe den richtigen Zeitpunkt und einen Anbieter in der Nähe zu finden. Im Zeitalter des Internets wäre die Möglichkeit zu prüfen, ein Internetforum zu eröffnen und professionell zu leiten, in dem sich betroffene Kinder, Jugendliche und

Familie informieren, austauschen und beraten lassen können. So könnte die Anonymität gewahrt bleiben und auch der Zeitpunkt für die Kontaktaufnahme wäre frei wählbar. Dieses Forum könnte gut von der vorgeschlagenen Fachstelle (in Kooperation mit anderen Anbietern wie pro juventute und pro mente sana) betreut werden.

Aufklärung/Information

Um der gesellschaftlichen Tabuisierung entgegen zu wirken, ist gezielte Information und Aufklärung nötig. Informationsvermittlung kann über die Medien, aber z.B. auch in Schulen und durchs Internet stattfinden. Mit dem Thema vertraute Fachpersonen können in Schulen und Kindergärten, an Elternabenden, in Gemeinschaftszentren oder auch in Kulturvereinen für Migrantenfamilien Informationen über psychische Krankheiten vermitteln, mit den Anwesenden ins Gespräch kommen sowie auf Beratungsstellen und Unterstützungsangebote hinweisen.

Finanzierung

Immer wieder war in den Gruppendiskussionen vom Geld resp. von den fehlenden Mitteln die Rede. Die ungenügende quantitative Ausstattung in den Fachstellen für das Case Management erschwert die professionelle Leistungserbringung. Eine Entlastung in den Fallzahlen muss aufgrund der Aussagen in unserer Studie ausdrücklich gefordert werden.

Auch bei den direkt klientenbezogenen Interventionsleistungen anderer Leistungserbringer spielt die Finanzierung eine zentrale Rolle. Während der – teuren – Klinikaufenthalt problemlos von der Krankenkasse bezahlt wird, ist z.B. die Finanzierung einer sozialpädagogischen Familienhilfe häufig nicht gesichert, und die indizierte Fremdplatzierung eines Kindes wird womöglich aus Kostengründen aufgeschoben. Lösungen sind zurzeit nicht in Sicht – die Sensibilisierung der politisch Verantwortlichen muss intensiviert werden. Dies wird von fast allen Gesprächsteilnehmenden gefordert.

5.4. Methodenkritische Anmerkungen

Mit dem von uns gewählten methodischen Verfahren ist uns die Rekonstruktion und Deutung interessierender Ausschnitte der relevanten Praxis gelungen, nicht aber die Abbildung der „Realität“ dieser Praxis in einem repräsentativen Sinne. Die qualitativen Aussagen von direkt mit dem Thema befassten Fachpersonen zeigen in die gleiche Richtung, wie die Ergebnisse der quantitativen Studie (Gurny et al., 2007a) sowie ausländischer Studien (Schone & Wagenblaus, 2002; Wagenblaus, 2004). Unsere Ergebnisse sind auf spezifische Themen ausgerichtet und erlauben praxisrelevante Schlussfolgerungen, wie wir sie in den Abschnitten 5.1 – 5.3 dargelegt haben.

Wir wählten als Methode die Gruppendiskussion in professionelle homogenen Gruppen mit einer Reihe von Vorteilen, wie sie von Lamnek (2005a, S. 104) erwähnt werden. Die Vertiefung von Fra-

gen zur interprofessionellen Kooperation, wie wir sie im Abschnitt 5.2 und 5.3 angeregt haben, muss nun aber in interprofessionellen Gruppen erfolgen (z. B. im vorgeschlagenen Fachkreis KipE).

In dieser Studie wurde die Sichtweise bestimmter Handlungsfelder nicht direkt einbezogen: die Vormundschaftsbehörden, Lehrpersonen, Kindergärtnerinnen sowie Vertreter der Jugendanwaltschaften fehlen als Akteure. Auf Fachpersonen aus diesen Handlungsfeldern muss für nächste Konkretisierungsschritte gezielt zugegangen werden.

5.5. Ausblick

Mit den vorliegenden Ergebnissen kann das Projekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ in die nächste Phase übertreten. In der quantitativen Studie Winterthur (Modul I) und in der qualitativen Studie Zürich (Modul II) konnte eine Bestandesaufnahme für die Situation im Kanton Zürich gemacht und konkrete Handlungsvorschläge abgeleitet werden. Nun gilt es, die Frage zu prüfen, welche Leistungserbringer welche konkreten Schritte zur Verbesserung der Lebensbedingungen und der Entwicklungschancen von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil tun können. Dazu verweisen wir zum Schluss auf den vorgeschlagenen Arbeitskreis KipE. Die Forscherinnengruppe der ZHAW, Dep. Soziale Arbeit, wird dazu erste Schritte in Angriff nehmen.

Literaturverzeichnis

- Arens, D. & Görge, E. (2006). *Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (S. 80-146). Reinbek: Rohwohlt.
- Cassée, K. (2007). *Kompetenzorientierung. Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe*. Bern: Haupt.
- Cassée, K. & Los-Schneider, B. (2008). *KOFA-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit mit Familien*. Bern: Haupt.
- Cassée, K., Los-Schneider, B., Gavez, S. & Gurny, R. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. *SozialAktuell*, 9, 23 - 25.
- Denzin, N., K. (1989). *The Research Act*. (3. Aufl.). N. Y.: Prentice Hall.
- Diekmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (13. Aufl.). Reinbek: Rohwohlt.
- Dierks, H. (2001). Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter ("Aurynggruppen"). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (7), 560 - 568.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Vollst. überarb. und erw. Neuausgabe, 6. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Glaser, B., G & Strauss, A., L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007a). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Abgerufen am 7.09.2007 unter: <http://www.zhaw.ch/fileadmin/user-upload/soziale-arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipE-Winterthur-Schlussbericht.pdf>
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007b). *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern. Kurzfassung des Forschungsberichts*. Zürich: Hochschule für soziale Arbeit.
- Lamnek, S. (2005a). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (2005b). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. und neu ausgest. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Pretis, M. & Dimova, A. (2004). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houbon, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR* (Dt., Trans.). Göttingen: Hogrefe.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001a). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7 (01), 498-512.
- Sommer, R., Zoller, P. & Felder, W. (2001b). *Vorstudie und Literaturanalyse. Gefährdete Kinder im Vorschul- und Schulalter*. Abgerufen am 15.11.2006 unter: www.suchtdaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/forschung/25.pdf
- Staets, S. & Hipp, M. (2001). KIPKEL - ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 569 - 579.
- Szyliowicki, A. (2003). Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. *Forum Erziehungshilfen*, 9 (3), 142 - 148.

- Wagenblass, S. (2004). Zwischen den Systemen - Kinder psychisch kranker Eltern. In J. Fegert, M & C. Schraper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 477-479). Weinheim: Juventa.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling & W. Mombour & M. H. Schmidt, Trans 4. durchgeseh. u erg. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Anhang

Anhang 1: Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Einleitung

Hinweis auf die quantitative Studie in der Versorgungsregion Winterthur mit folgenden Themen: Prävalenz, Angebote, Kooperation zwischen verschiedenen Stellen und Lebenssituation der betroffenen Kinder. Nun in Gruppendiskussion qualitative Studie primär zu den Themen spezifische Angebote und Kooperation.

Hinweis auf Datenschutz > vertraulicher Umgang mit Informationen seitens HSSAZ und Diskussionssteilnehmer/innen

DiskussionsteilnehmerInnen als ExpertInnen aus ihrer Praxis. Hinweis auf spezifische Zielgruppe (Kinder psych. Kranker Eltern).

Definition psychisch krank (gem. ICD-10 auf einem Flipchart

Sprache nachfragen (CH oder Hochdeutsch)

Diskussionsfragen

In welcher Weise haben Sie in Ihrer Praxis mit Kindern psychisch kranker Eltern zu tun?

Welches ist die häufigste Diagnose der Eltern, mit denen Sie konfrontiert werden? (vermutet oder gesichert) > Flipchart zeigen

Welches sind für Sie spezielle Herausforderungen, Aufgaben und Probleme in der Arbeit mit diesen Kindern bzw. Familien?

Überleitung zum Thema Angebote. Wichtig: Hinweis auf zielgruppenspezifische Angebote

Welche Angebote, an die sich Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien wenden können, kennen Sie in Ihrer Region? Bitte notieren Sie auf Ihrer Karte die Angebote, die Sie kennen. Sie müssen nicht zwingend Zusamenarbeitserfahrungen mit diesen Angeboten haben.

> Ausfüllen des Formulars

Müsste es Ihrer Meinung nach spezifische Angebote bzw. weitere spezifische Angebote geben und wenn ja, welche?

Sehen Sie in Bezug auf das Thema spezifischen Unterstützungsbedarf für sich und Kolleginnen und Kollegen Ihrer Arbeitsstelle (z.B. Weiterbildung oder Wissen über das Versorgungsnetz)?

*Überleitung zum Thema Zusammenarbeit. Hinweis auf zielgruppenspezifische Zusammenarbeit
Erläuterungen Flipchart: Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen auf der einen und von Erwachsenen auf der anderen Seite*

Mit welchen Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche arbeiten Sie in Bezug auf die Zielgruppe zusammen? Bitte notieren Sie diese auf der vorliegenden Liste und bezeichnen Sie die 2-3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern. Bitte bewerten Sie auch die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit.

<i>Pause mit Kaffee und Gipfeli, bzw. Getränken und etwas zum Knabbern</i>
<p>Wie sieht die Zusammenarbeit mit dem wichtigsten Zusammenarbeitspartner konkret aus in Bezug auf Art, Häufigkeit und Qualität?</p> <p>Welche Erwartungen haben Sie an diese Stellen bzw. Personen?</p> <p>Was macht für Sie eine gute Zusammenarbeit aus?</p> <p>Was verstehen Sie unter einer schwierigen oder unbefriedigenden Zusammenarbeit?</p> <p>Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe enger oder besser kooperieren sollten als dies im Moment der Fall ist? Wenn ja, mit welchen?</p>
<i>Überleitung zu Versorgungssystem von Erwachsenen: Hinweis auf Flipchart</i>
<p>Mit welchen Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Erwachsene arbeiten Sie in Bezug auf die Zielgruppe zusammen? Bitte notieren Sie diese auf der vorliegenden Liste und bezeichnen Sie die 2-3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern. Bitte bewerten Sie auch die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit.</p> <p>Wie sieht die Zusammenarbeit mit dem wichtigsten Zusammenarbeitspartner konkret aus in Bezug auf Art, Häufigkeit und Qualität?</p> <p>Welche Erwartungen haben Sie an diese Stellen bzw. Personen?</p> <p>Was macht für Sie eine gute Zusammenarbeit aus?</p> <p>Was verstehen Sie unter einer schwierigen oder unbefriedigenden Zusammenarbeit?</p> <p>Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Erwachsene, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe enger oder besser kooperieren sollten als dies im Moment der Fall ist? Wenn ja, mit welchen?</p> <p>Gibt es in Ihrer Praxisorganisation Leitlinien und Konzepte für die Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Personen, wenn Sie es mit Kindern von psychisch kranken Eltern zu tun haben?</p>
<i>Überleitung zu den Schlussfragen</i>
<p>Sehen Sie für Ihre Arbeitsstelle weiteren Handlungsbedarf in Bezug auf die Betreuung (und Behandlung) von betroffenen Kindern, Jugendlichen oder Familien?</p> <p>Bitte äussern Sie weitere Anregungen, Ideen oder Bemerkungen zum Thema "Kinder von psychisch kranken Eltern".</p> <p>Zum Schluss möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie für sich und Ihre Arbeitsstelle aus der Diskussion mitnehmen</p>
<i>Verabschiedung und Dank. Hinweis auf das Zukommenlassen der Ergebnisse</i>

Anhang 2: Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene

Einleitung

Hinweis auf die quantitative Studie in der Versorgungsregion Winterthur mit folgenden Themen: Prävalenz, Angebote, Kooperation zwischen verschiedenen Stellen und Lebenssituation der betroffenen Kinder. Nun in Gruppendiskussion qualitative Studie primär zu den Themen spezifische Angebote und Kooperation.

Hinweis auf Datenschutz > vertraulicher Umgang mit Informationen seitens HSSAZ und Diskussteilnehmer/innen

DiskussionsteilnehmerInnen als ExpertInnen aus ihrer Praxis. Hinweis auf spezifische Zielgruppe (Kinder psych. Kranker Eltern).

Definition psychisch krank (gem. ICD-10 auf einem Flipchart

Sprache nachfragen (CH oder Hochdeutsch)

Diskussionsfragen

In welcher Weise haben Sie in Ihrer Praxis psychisch kranken PatientInnen, die minderjährige Kinder haben, zu tun?

Fragen Sie explizit nach, ob Ihre PatientInnen minderjährige Kinder haben?

Fragen Sie nach, wie es den Kindern geht?

Welches ist die häufigste Diagnose dieser PatientInnen? (vermutet oder gesichert) > Flipchart zeigen

Gibt es für Sie spezielle Probleme, von denen Sie bei der Behandlung von psychisch Kranken mit minderjährigen Kindern in Ihrer Praxis betroffen sind? Wenn ja, welche?

Hat die Tatsache, dass diese PatientInnen auch Eltern sind, einen Einfluss auf Ihr Vorgehen bei deren Behandlung?

Überleitung zum Thema Angebote. Wichtig: Hinweis auf zielgruppenspezifische Angebote

Welche Angebote oder Stellen, an die sich Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien wenden können, kennen Sie in Ihrer Region? Bitte notieren Sie auf Ihrer Karte die Angebote, die Sie kennen. Sie müssen nicht zwingend Zusammenarbeitserfahrungen mit diesen Angeboten haben.

> Ausfüllen des Formulars

Müsste es Ihrer Meinung nach spezifischere Angebote bzw. weitere spezifische Angebote geben und wenn ja, welche?

Sehen Sie in Bezug auf das Thema spezifischen Unterstützungsbedarf für sich und Kolleginnen und Kollegen Ihrer Arbeitsstelle (z.B. Weiterbildung oder Wissen über das Versorgungsnetz)?

Überleitung zum Thema Zusammenarbeit. Hinweis auf zielgruppenspezifische Zusammenarbeit

<i>Erläuterungen Flipchart: Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen</i>
Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe zusammenarbeiten? Bitte notieren Sie diese auf der vorliegenden Liste und bezeichnen Sie die 2-3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern. Bitte bewerten Sie auch die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit.
<i>Pause mit Getränken</i>
<p>Wie sieht die Zusammenarbeit mit dem wichtigsten Zusammenarbeitspartner konkret aus in Bezug auf Art, Häufigkeit und Qualität?</p> <p>Welche Erwartungen haben Sie an diese Stellen bzw. Personen?</p> <p>Was macht für Sie eine gute Zusammenarbeit aus?</p> <p>Was verstehen Sie unter einer schwierigen oder unbefriedigenden Zusammenarbeit?</p> <p>Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe enger oder besser kooperieren sollten als dies im Moment der Fall ist? Wenn ja, mit welchen?</p>
<i>Überleitung zu den Schlussfragen</i>
<p>Sehen Sie für Ihre Praxis weiteren Handlungsbedarf in Bezug auf die Unterstützung von betroffenen Eltern, Kindern, Jugendlichen oder Familien?</p> <p>Bitte äussern Sie weitere Anregungen, Ideen oder Bemerkungen zum Thema ‚Kinder von psychisch kranken Eltern‘.</p> <p>Zum Schluss möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie für sich und Ihre Praxis aus der Diskussion mitnehmen</p>
<i>Verabschiedung und Dank. Hinweis auf das Zukommenlassen der Ergebnisse</i>

Anhang 3: Leitfaden Gruppendiskussion für ExpertInnen aus dem Versorgungssystem für Erwachsene: Psychiatrische Klinik

Einleitung

Hinweis auf die quantitative Studie in der Versorgungsregion Winterthur mit folgenden Themen: Prävalenz, Angebote, Kooperation zwischen verschiedenen Stellen und Lebenssituation der betroffenen Kinder. Nun in Gruppendiskussion qualitative Studie primär zu den Themen spezifische Angebote und Kooperation.

Hinweis auf Datenschutz > vertraulicher Umgang mit Informationen seitens HSSAZ und Diskussionssteilnehmer/innen

DiskussionsteilnehmerInnen als ExpertInnen aus ihrer Praxis. Hinweis auf spezifische Zielgruppe (Kinder psych. Kranker Eltern).

Definition psychisch krank (gem. ICD-10 auf einem Flipchart
Sprache nachfragen (CH oder Hochdeutsch)

Diskussionsfragen

In welcher Weise haben Sie in Ihrer Abteilung mit psychisch kranken PatientInnen, die minderjährige Kinder haben, zu tun?

Fragen Sie bei der Aufnahme explizit nach, ob Ihre PatientInnen minderjährige Kinder haben?

Fragen Sie nach, wie es den Kindern geht und wie sie während der Abwesenheit des kranken Elternteils versorgt sind?

Haben Sie ein standardisiertes Vorgehen oder ein Konzept in Bezug auf die Aufnahme von psychisch kranken Elternteilen?

Welches ist die häufigste Diagnose dieser PatientInnen? (vermutet oder gesichert) > Flipchart zeigen

Gibt es für Sie spezielle Probleme, mit denen Sie bei der Behandlung von psychisch Kranken mit minderjährigen Kindern in Ihrer Praxis betroffen sind? Wenn ja, welche?

Hat die Tatsache, dass diese PatientInnen auch Eltern sind, einen Einfluss auf Ihr Vorgehen bei deren Behandlung?

Wie sieht die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Abteilung in Bezug auf dieses Thema aus?

Werden Kontakte zwischen psychisch kranken Elternteilen und ihren Kindern gefördert? Wie sehen diese aus? Werden sie begleitet?

Wie sehen die zeitlichen und materiellen Rahmenbedingungen für diese Kontakte aus? (Z.B. Begleitung durch Fachpersonen, Spezielle Räumlichkeiten, Besuchszeiten)

Haben Sie in Ihrer Abteilung spezifische Angebote für psychisch kranke Elternteile und deren Familien und Kinder? (z.B. Familientherapie, Gruppen für Kinder und Jugendliche, Sprechstunden für

betroffene Kinder und Jugendliche)
<i>Überleitung zum Thema Angebote. Wichtig: Hinweis auf zielgruppenspezifische Angebote</i>
<p>Welche Angebote oder Stellen, an die sich Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien wenden können, kennen Sie in Ihrer Region? Bitte notieren Sie auf Ihrer Karte die Angebote, die Sie kennen. Sie müssen nicht zwingend Zusammenarbeitserfahrungen mit diesen Angeboten haben.</p> <p>> Ausfüllen des Formulars</p> <p>Müsste es Ihrer Meinung nach spezifischere Angebote bzw. weitere spezifische Angebote geben und wenn ja, welche?</p>
<i>Überleitung zum Thema Zusammenarbeit. Hinweis auf zielgruppenspezifische Zusammenarbeit Erläuterungen Flipchart: Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen</i>
<p>Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe zusammenarbeiten? Bitte notieren Sie diese auf der vorliegenden Liste und bezeichnen Sie die 2-3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern. Bitte bewerten Sie auch die Quantität und Qualität der Zusammenarbeit.</p>
<p>Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem wichtigsten Zusammenarbeitspartner in Bezug auf deren Qualität?</p> <p>Was macht für Sie eine gute Zusammenarbeit aus? Was verstehen Sie unter einer schwierigen oder unbefriedigenden Zusammenarbeit?</p> <p>Gibt es Stellen und Personen im Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche, mit denen Sie in Bezug auf die Zielgruppe enger oder besser kooperieren sollten als dies im Moment der Fall ist? Wenn ja, mit welchen?</p>
<i>Überleitung zu den Schlussfragen</i>
<p>Sehen Sie für Ihre Abteilung oder für psychiatrische Kliniken generell weiteren Handlungsbedarf in Bezug auf die Unterstützung von betroffenen Eltern, Kindern, Jugendlichen oder Familien?</p> <p>Bitte äussern Sie weitere Anregungen, Ideen oder Bemerkungen zum Thema "Kinder von psychisch kranken Eltern".</p> <p>Zum Schluss möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie für sich und Ihre Praxis aus der Diskussion mitnehmen</p>
<i>Verabschiedung und Dank. Hinweis auf das Zukommenlassen der Ergebnisse</i>

Anhang 4: Liste der Angebote: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion

Datum:

Praxisfeld:

Praxisorganisation:

Schreiben Sie alle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern auf, die Sie in Ihrer Region kennen. Sie müssen nicht selber mit diesen Angeboten zusammenarbeiten.

Anhang 5: Zusammenarbeitspartner Versorgung Kinder und Jugendliche: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion

Datum:

Praxisfeld:

Praxisorganisation:

*Schreiben Sie jene Stellen und Fachpersonen auf, mit denen Sie im **Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche** zusammenarbeiten und bezeichnen Sie die Häufigkeit und die Qualität dieser Zusammenarbeit mit Hilfe folgender Skalen.*

Häufigkeit: 1 wöchentlich 2 monatlich 3 halbjährlich 4 jährlich 5 anderes, was?

Qualität: 1 sehr gut 2 gut 3 nicht so gut 4 schlecht 5 anderes, was?

Stelle/Person	Häufigkeit 1 - 5	Qualität 1 - 5

Markieren Sie nun die 2 - 3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern!

Anhang 6: Zusammenarbeitspartner Versorgung Erwachsene: KipE – Kinder psychisch kranker Eltern: Gruppendiskussion

Datum:

Praxisfeld:

Praxisorganisation:

Schreiben Sie jene Stellen und Fachpersonen auf, mit denen Sie im **Versorgungsnetz für Erwachsene** zusammenarbeiten und bezeichnen Sie die Häufigkeit und die Qualität dieser Zusammenarbeit mit Hilfe folgender Skalen.

Häufigkeit: 1 wöchentlich 2 monatlich 3 halbjährlich 4 jährlich 5 anderes, was?

Qualität: 1 sehr gut 2 gut 3 nicht so gut 4 schlecht 5 anderes, was?

Stelle/Person	Häufigkeit 1 - 5	Qualität 1 - 5

Markieren Sie nun die 2 - 3 wichtigsten Zusammenarbeitspartner mit einem Stern!