

AUFsätze ARTICLES ARTICOLI

507 *Jacqueline Büttner/Christiana Fountoulakis*: Der Vorsorgeauftrag:
erste Erfahrungen aus der Praxis – Zahlen und Fallbeispiele
von den Berner Erwachsenenschutzbehörden

536 *Sandra John*: Überblick über die internationale Durchsetzung von
Unterhaltsansprüchen aus dem Blickwinkel der Zentralbehörde
für internationale Alimentensachen im Bundesamt für Justiz

562 *Revital Ludewig/Sonja Baumer/Josef Salzgeber/
Christoph Häfeli/Kurt Albermann*: Richterliche und behördliche
Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl:
Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem
psychisch kranken Elternteil

623 *Alecs Recher*: Änderung von Name und amtlichem Geschlecht:
einfach zum rechtskonformen Entscheid

642 *Susanne Leuzinger-Naef*: Die familienbezogene Rechtsprechung
der sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts im Jahre 2014

DOKUMENTATION DOCUMENTATION DOCUMENTAZIONI

662 Literatur – Littérature – Letteratura

671 RECHTSPRECHUNG JURISPRUDENCE GIURISPRUDENZA

HERAUSGEBERINNEN

INGEBORG SCHWENZER
ANDREA BÜCHLER
MICHELLE COTTIER

Schriftleitung

Sabine Aeschlimann

Redaktionsmitglieder

Margareta Baddeley
Daniel Bähler
Richard Barbey
Katerina Baumann
Peter Breitschmid
Linus Cantieni
Laura Cardia-Vonèche
Jeanne DuBois
Joseph Duss-von Werdt
Roland Fankhauser
Christiana Fountoulakis
Thomas Geiser
Urs Gloor
Marianne Hammer-Feldges
Susanne Leuzinger-Naef
Peter Liatowitsch
Ueli Mäder
Andrea Maihofer
Alexandra Rumo-Jungo
Joachim Schreiner
Jonas Schweighauser
Daniel Steck
Thomas Sutter-Somm
Rolf Vetterli



IMPRESSUM

16. Jahrgang – Année – Anno; August – Août – Agosto 2015

Erscheint vierteljährlich – Parution trimestrielle – Pubblicazione trimestrale

Zitiervorschlag – Citation proposée – Citazione consigliata: FamPra.ch

ISSN 1424-1811

Herausgeberinnen Editrices Editrici	Prof. Dr. iur. Ingeborg Schwenzer, LL.M., Universität Basel, Peter Merian-Weg 8, CH-4002 Basel, E-Mail: Ist.schwenzer@unibas.ch Prof. Dr. iur. Andrea Büchler, Universität Zürich, Rämistrasse 74, CH-8001 Zürich, E-Mail: Ist.buechler@rwi.uzh.ch Prof. Dr. iur. Michelle Cottier, MA, Université de Genève, Uni Mail, Boulevard du Pont-d'Arve 40, CH-1211 Genève 4, E-Mail: Michelle.Cottier@unige.ch
Schriftleitung	Dr. Sabine Aeschlimann, LL.M., Advokatin, Hauptstrasse 104, CH-4102 Binningen Telefon: ++41 61 421 05 95, Telefax: ++41 61 421 25 60, E-Mail: aeschlimann@advokaturbuero-bl.ch , fampra-ius@unibas.ch
Redaktion Rédaction Redazione	Prof. Dr. iur. Margareta Baddeley; Daniel Bähler, Oberrichter; Richard Barbey, juge cantonal; lic. iur. Katerina Baumann, Fürsprecherin und Notarin; Prof. Dr. iur. Peter Breitschmid; Dr. iur. Linus Cantieni, Präsident der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), Kreis Bülach Süd; lic. phil. Laura Cardia-Vonèche, sociologue; lic. iur. Jeanne DuBois, Rechtsanwältin; Prof. Dr. phil. Joseph Duss-von Werdt; Prof. Dr. iur. Roland Fankhauser, LL.M., Advokat; Prof. Dr. iur. Christiana Fountoulakis; Prof. Dr. iur. Thomas Geiser; Dr. iur. Urs Gloor, Rechtsanwalt, Mediator; lic. iur. Marianne Hammer-Feldges, Fürsprecherin und Notarin; Dr. iur. Susanne Leuzinger-Naef, Bundesrichterin; Dr. iur. Peter Liatowitsch, Advokat, Notar und Mediator; Prof. Dr. phil. Ueli Mäder, Soziologe; Prof. Dr. phil. Andrea Maihofer; Prof. Dr. iur. Alexandra Rumo-Jungo; Dr. phil. Joachim Schreiner; Dr. iur. Jonas Schweighauser, Advokat; Dr. iur. Daniel Steck, aOberrichter; Prof. Dr. iur. Thomas Sutter-Somm; Dr. iur. h.c. Rolf Vetterli, aKantonsrichter.
Verlag Editions Edizioni	Stämpfli Verlag AG, Wölflistrasse 1, Postfach 5662, CH-3001 Bern Telefon: ++41 31 300 63 25 E-Mail: verlag@staempfli.com Internet: www.staempfliverlag.ch
	Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Der Verlag behält sich alle Rechte am Inhalt der Zeitschrift FamPra.ch vor. Insbesondere die Vervielfältigung auf dem Weg der Fotokopie, der Mikrokopie, der Übernahme auf elektronische Datenträger und andere Verwertungen jedes Teils dieser Zeitschrift bedürfen der Zustimmung des Verlags. L'acceptation de contributions se produit à la condition que le droit exclusif de reproduction et de diffusion passe à la maison d'édition Stæmpfli SA. La maison d'édition se réserve tous les droits sur le contenu du journal FamPra.ch. En particulier, la reproduction par voie de photocopie, de microcopie, de reprise de supports électroniques de données, et toute autre utilisation de l'ensemble ou de partie de ce journal nécessitent l'accord de la maison d'édition.
Inserate Annonces Inserți	Stämpfli AG, Inseratemanagement, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, CH-3001 Bern Telefon: ++41 31 300 63 89 E-Mail: inserate@staempfli.com
Abonnemente Abonnements Abbonamenti	Stämpfli Verlag AG, Periodika, Wölflistrasse 1, Postfach 5662, CH-3001 Bern Telefon: ++41 31 300 63 25 E-Mail: periodika@staempfli.com

Jährlich – Annuel – Annuale: AboPlus Sfr. 386.– (Print und Online), Online Sfr. 300.–
Einzelheft – Numéro séparé – Numero singolo: SFr. 75.– (exkl. Porto)

Ausland – Etranger – Estero: AboPlus Sfr. 392.–, Online Sfr. 300.–

Die Preise verstehen sich inkl. Versandkosten und 2,5% resp. für Online-Angebote 8% MWSt.

Adressen – Adresses – Indirizzi

Dr. med. Kurt Albermann
 Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
 des Kantonsspital Winterthur
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und Psychotherapie
 Brauerstrasse 15, 8401 Winterthur

lic. iur. Sonja Baumer
 Kompetenzzentrum für
 Rechtspsychologie, IRP-HSG
 Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen

Jacqueline Büttner, dipl. Sozialarbeiterin FH,
 MLaw
 Vizepräsidentin KESB Mittelland Süd
 Tägermattstrasse 1, Postfach 1224
 3110 Münsingen

Prof. Dr. Christiana Fountoulakis
 Chaire de droit civil I
 Rechtswissenschaftliche Fakultät
 Universität Freiburg
 Av. Beauregard 11, 1700 Fribourg

Christoph Häfeli, Prof. FH, lic.iur./
 dipl. Sozialarbeiter
 Gwiggweg 30, 5443 Niederrohrdorf

lic. iur. Sandra John, Rechtsanwältin, LL.M.
 BA für Justiz
 Zentralbehörde Internationale Alimenten-
 sachen
 Bundesrain 20, 3003 Bern

Dr. Susanne Leuzinger-Naef
 Eidg. Versicherungsgericht
 Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern

Dr. phil. Revital Ludewig, Fachpsychologin
 für Rechtspsychologie und Psychotherapie
 FSP, Kompetenzzentrum für
 Rechtspsychologie, IRP, Universität St. Gallen
 Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen

Alecs Recher, dipl. Heilpädagoge, MLaw
 Wissenschaftlicher Mitarbeiter
 Rechtswissenschaftliche Fakultät
 der Universität Luzern
 Frohburgstrasse 3, Postfach 4466
 6002 Luzern

Dr. Dr. Joseph Salzgeber, Dipl.-Psych.
 Organisatorische Leitung der Gesellschaft
 für wissenschaftliche Gerichts- und
 Rechtspsychologie
 Rablstraße 45, D-81669 München

Für die Übersetzungen:

deutsch/französisch
 LT Lawtank GmbH
 Juristische Dienstleistungen – Legal Services –
 Services juridiques – Servizi giuridici
 Laupenstrasse 4, PO Box 7049, 3001 Bern
 www.lawtank.ch, info@lawtank.ch

deutsch/italienisch, französisch/italienisch
 Avv. Igor Bernasconi
 Studio legale bernasconi
 Via Ronchetto 5, 6904 Lugano

Die Richtlinien für Textbeiträge
 sind im Internet unter
 www.fampra.ch einzusehen.

Für unaufgefordert eingesandte
 Textbeiträge wird keine Verant-
 wortung übernommen.

Les lignes directrices pour les
 textes des collaborateurs exté-
 rieurs peuvent être consultées
 sur Internet à l'adresse
 www.fampra.ch.

Nous n'assumons aucune res-
 ponsabilité pour les textes
 envoyés spontanément.

La direttiva per i testi dei colla-
 boratori esterni può essere con-
 sultata su Internet all'indirizzo
 www.fampra.ch.

Non si assume alcuna respon-
 sabilità per i testi inviati spon-
 taneamente.

Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil



Revital Ludewig, Sonja Baumer, Josef Salzgeber, Christoph Häfeli & Kurt Albermann

Stichworte: psychisch kranke Eltern, Erziehungsfähigkeit, Aufenthaltbestimmungsrecht/Obhut, Sorgerecht, prozessorientierte Begutachtung, Moraldilemma zwischen Kindeswohl und Elternwohl, Trennung, Scheidung, Case Management

Inhalt

I.	Psychisch kranke Eltern als Herausforderung für das Gericht und die Kindes- und Erwachsenenenschutzbehörde.....	562
II.	Das Dilemma zwischen Kindeswohl und Elternwohl.....	566
III.	Sind psychisch kranke Eltern erziehungsfähig? Psychologisches Wissen als Entscheidungshilfe für Richter und Richterinnen und Behördenmitglieder.....	569
1.	Kindeswohl vs. Kindeswohlgefährdung.....	570
2.	Kinder psychisch kranker Eltern.....	572
3.	Überprüfung der Erziehungsfähigkeit: Beurteilung der elterlichen Kompetenzen.....	574
4.	Bewertung der Erziehungsfähigkeit im Spiegel der elterlichen psychischen Störung.....	577
IV.	Psychische Erkrankungen und Elternschaft.....	579
1.	Psychische Gesundheit vs. psychische Störung?	579
2.	Verbreitung psychischer Krankheiten.....	581
3.	Lebensumstände von psychisch kranken Eltern und ihren Kinder.....	583
V.	Einzelne psychische Störungen und ihr Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit.....	584
1.	Depression und Erziehungsfähigkeit.....	585
a)	Depression – eine psychische Störung mit vielen Gesichtern.....	585
b)	Depression und Elternschaft.....	587
c)	Fallbeispiele depressive Phase nach elterlicher Trennung.....	589
d)	Postpartale Depression.....	590
e)	Fallbeispiel – postpartale Depression.....	591
f)	Fazit.....	593
2.	Borderline-Persönlichkeitsstörung und Erziehungsfähigkeit.....	593
a)	Borderline-Störung.....	593
b)	Borderline-Störung und Elternschaft.....	594
c)	Eltern mit Borderline Störungen aus richterlicher Sicht.....	595
d)	Liegt aus richterlicher Sicht eine Kindeswohlgefährdung vor? Fallbeispiel und Vorgehen bei einer mütterlichen Borderline-Störung.....	595
e)	Exkurs: Zirkuläre Kausalität: Kindeswohl vs. Elternwohl bzw. Kindeswohl ohne Elternwohl?	598
3.	Schizophrenie und Erziehungsfähigkeit.....	599
a)	Schizophrenie.....	599
b)	Schizophrenie und Elternschaft.....	600
c)	Fallbeispiel: Obhutentzug und Kontaktverbot bei chronischer Schizophrenie der Mutter.....	602
d)	Fallbeispiel: Chronische Schizophrenie und Heimplatzierung.....	602

4.	Posttraumatische Belastungsstörung und Erziehungsfähigkeit.....	603
	a) Posttraumatische Belastungsstörung.....	604
	b) Fall Michael: Einfluss der posttraumatischen Belastungsstörung auf die Erziehungsfähigkeit.....	605
VI.	Der richterliche Entscheidungsprozess.....	606
	1. Die Phasen des richterlichen Entscheidungsprozesses: Abklärung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern.....	606
	2. Schwierigkeiten im Entscheidungsprozess: Komplexe Entscheidung unter Unsicherheit.....	611
	a) Entscheidungsaversion.....	612
	b) Das Sicherheitsbedürfnis des Richters.....	612
	c) Moraldilemma als Herausforderung im Berufsalltag von Richtern und Richterinnen.....	614
VII.	Entscheidungshilfen für die richtende Person.....	615
	1. Gutachten als Entscheidungshilfe.....	615
	a) Erprobungsphasen im Rahmen der prozessorientierten Begutachtung.....	616
	b) Exkurs: Begutachtung der Besuchsregelung bei Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung.....	617
	2. Familienorientiertes Case Management: unterstützende Massnahme bei elterlichen psychischen Erkrankungen.....	618
	3. KESB – Familiengerichte: Interdisziplinäres Wissen unter einem Dach – Herausforderungen und Grenzen.....	619
VIII.	Implikationen für die Praxis.....	621

Zusammenfassung: *Der Beitrag untersucht die Frage der Erziehungsfähigkeit von Eltern mit psychischen Störungen und zeigt rechtspsychologische und -psychiatrische Überlegungen auf, die Gerichten und Mitarbeitern der KESB helfen können, eine Entscheidung im Sinne des Kindes- und des Elternwohls zu treffen. Im Rahmen des Beitrages werden Fragen der Praxis interdisziplinär untersucht und ein Modell für ein sinnvolles Vorgehen erarbeitet. Dabei wird u. a. auf die folgenden psychischen Störungen eingegangen: Schizophrenie, Borderline-Störung, Depression und Posttraumatische Belastungsstörung. Der vorliegende Beitrag richtet sich an Richterinnen und Richter sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KESB.*

I. Psychisch kranke Eltern als Herausforderung für das Gericht und die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

Ist eine depressive Mutter erziehungsfähig? Darf ein Kind die Ferien bei seinem Vater, der an Schizophrenie leidet, verbringen? Soll ein Kind bei der Mutter wohnen, die nach Angaben des Vaters eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist? Gerichte sowie die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sind häufig mit Fällen konfrontiert, in denen ein Elternteil psychisch krank ist. Die Zahl solcher Fälle

ist, angesichts der Tatsache, dass psychische Störungen zu den verbreitetsten Krankheiten gehören, hoch (vgl. Kasten auf Seite 565).¹

Richter und Richterinnen sowie die Entscheid fällenden Mitglieder der KESB (Behördenmitglieder) streben in diesen komplexen Fällen an, eine ernsthafte Gefährdung des Kindes durch eine mögliche psychische Störung eines Elternteils zu vermeiden. Sie müssen folgenreiche und schwierige Entscheidungen über das Kind und seine Eltern treffen bzw. entscheiden, ob aufgrund einer möglichen psychischen Störung² die Erziehungsfähigkeit in einem Masse beeinträchtigt ist, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Ist dies der Fall, folgt die Frage nach den nötigen Massnahmen, um das Kindeswohl zu sichern, was auch eine behördliche Platzierung bedeuten kann. Solche Massnahmen bestimmen über ganze Familienschicksale und können für die betroffenen Kinder und deren Eltern eine extreme Belastung bedeuten.³

Der vorliegende Beitrag richtet sich an Richterinnen und Richter sowie an KESB-Mitglieder, die bei diesen komplexen Fällen – in denen die Erziehungsfähigkeit aufgrund einer möglichen psychischen Erkrankung in Frage steht – Entscheidungen fällen müssen und die hierbei mit den gleichen Schwierigkeiten konfrontiert sind.⁴ Im Beitrag steht der Entscheidungsprozess der «richtenden/entscheidenden» Person beim Gericht bzw. bei der KESB im Vordergrund. Wird im Folgenden von «richtenden Personen» und «richterlichen Entscheiden» gesprochen, so sind hiermit immer Richter und Richterinnen sowie auch die Entscheid fällenden Mitglieder der KESB gemeint.

Im Zentrum des vorliegenden Beitrages steht somit die Frage, wie der richterliche Entscheidungsprozess bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern gestaltet wird, welche Schwierigkeiten aus richterlicher Sicht entstehen und welches psychologisch-psychiatrische Wissen Richtern und Richterinnen im Entscheidungsprozess helfen kann.

1 An dieser Stelle möchten wir uns für den Austausch und die Anregungen aus der Praxis bei vielen RichterInnen, KESB-MitarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen bedanken sowie für ihre kritische Durchsicht des Beitrages. Wir danken besonders lic. iur. Evelyne Angehrn, Dr. iur. Margrith Bigler, Dr. med. Thomas Heinsius, lic. phil. Philipp Heiland, lic. iur. Andreas Hildebrand, lic. iur. Simone Karasek, Dr. phil. Regula Maag, Dr. lic. iur. Eva Naegeli, Dr. iur. Daniel Steck, Dr. iur. Eva Zigler. Unser Dank gilt auch Chiara Krause und Viviane Pfluger für die graphische Unterstützung. Dem Verein Pro Kinderklinik und der Paul-Schiller-Stiftung danken wir für die finanzielle Unterstützung.

2 Die Begriffe psychische Störung und psychische Erkrankung werden im Beitrag synonym verwendet.

3 Schwabe-Höllein/Kindler, Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern, in: Fabian/Novara (Hrsg.), Neue Wege und Konzepte in der Rechtspsychologie, Berlin/Hamburg/München 2006, 143. Vgl. auch Steinmetz/Lewand, Zur Diagnostik der Erziehungsfähigkeit im Rahmen familienrechtlicher Begutachtung, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 290.

4 Das Entscheidungsgremium der KESB ist der interdisziplinär zusammengesetzte Spruchkörper (mit JuristInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und/oder MedizinerInnen). Vgl. auch Kap. 7.3. KESB – Familiengerichte: Interdisziplinäres Wissen unter einem Dach – Herausforderungen und Grenzen.

Psychische Störungen stellen kein einheitliches, zeitlich stabiles Phänomen dar, das klar umrissen ist. Ein Teil der psychischen Erkrankungen sind beispielsweise mit Hilfe von Psychotherapien sowie medikamentös gut behandelbar, so dass Beeinträchtigungen hauptsächlich nach Ausbruch der Erkrankung entstehen, jedoch über die Zeit behoben werden können. Damit fließen psychologische Fragen und deren Analyse in die richterliche Beurteilung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern ein. Die zahlreichen psychischen Störungen unterscheiden sich u. a. in Schwere, Dauer und Verlauf. Dies gilt z. B. für die psychischen Störungen Schizophrenie, Depression, Borderline-Störung oder Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), auf die im vorliegenden Beitrag insbesondere eingegangen wird.

Ein Elternteil, der beispielsweise unter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leidet, kann vom Krankheitsverlauf her (a) bereits nach wenigen Monaten wieder symptomfrei sein *oder* (b) eine langjährige, *chronische* Symptomatik aufweisen. In beiden Fällen tangiert die posttraumatische Symptomatik die Erziehungsfähigkeit meist nur leicht (vgl. Kap. 5.4). Andere psychische Störungen – wie z. B. die Schizophrenie – verlaufen dagegen entweder chronisch oder schubweise. D. h. dass ein schizophrener Elternteil nach der Ersterkrankung (a) chronische bzw. dauerhaft psychotische Symptome aufweisen kann *oder* (b) nur für eine eher kurze Episode von zwei bis drei Monaten schwere Symptome zeigt und anschliessend beispielsweise fünf Jahre lang symptomfrei leben kann. Während der psychotischen Episode ist seine Erziehungsfähigkeit schwer beeinträchtigt. Doch zwischen den Schüben kann der Elternteil psychisch stabil sein und Erziehungsaufgaben übernehmen. Bei psychischen Störungen mit akuten Episoden muss deshalb bei der Analyse der Erziehungsfähigkeit unterschieden werden, (a) ob die Erziehungsfähigkeit des Elternteils innerhalb einer akuten Episode – *oder* (b) zwischen zwei Episoden bzw. während des symptomfreien Verlaufs – vorliegt. Diese Unterscheidung erübrigt sich (c), wenn der Elternteil unter chronischer Schizophrenie leidet, was sich jedoch nur durch eine langfristige Beobachtung beurteilen lässt (vgl. Kap. 5.3).⁵

Die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit von psychisch kranken Eltern stellt für die richtende Person eine besondere fachliche Herausforderung dar. Vor allem der Umstand, dass psychische Störungen sowohl gravierende als auch geringe Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit haben können, erschwert die richterliche Entscheidung. Somit bedeutet das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nicht zwangsläufig die Beeinträchtigung oder Aufhebung der Erziehungsfähigkeit, was die richterliche Beurteilung schwierig macht. Erziehungsfähigkeit ist zudem immer in Bezug auf ein konkretes Kind zu beurteilen. Es ist ein Unterschied, ob z. B. eine psy-

5 Hohm/Rave, Einschätzung der Erziehungsfähigkeit in der frühen Kindheit bei psychischen Erkrankungen der Mütter in der Postpartalzeit, in: Wortmann-Fleischer/von Einsiedel/Downing (Hrsg.), Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden, Stuttgart 2012, 178, 181.

chisch erkrankte Mutter einen Säugling oder einen Jugendlichen zu betreuen hat. Die Erziehungsfähigkeit wird somit immer als eine ausreichende (wenn auch minimale) Elternkompetenz verstanden bzw. als Mindeststandard, bei dem noch keine Kindeswohlgefährdung angenommen wird.

Der Beitrag konzentriert sich aus Platzgründen auf eine Auswahl psychischer Störungen, mit denen Richter und Richterinnen häufig konfrontiert sind. Es handelt sich um Störungen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Schweregrade und ihrer Spezifika in ihren Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit stark variieren können. Die mit diesen Erkrankungen verbundenen Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit sind für die Rechtspraxis von Bedeutung und sollen erläutert werden.

Kinderpsychisch kranker Eltern – Zahlen: Kinderpsychisch kranker Eltern stellen keine Randgruppe dar. Gemäss WHO zählen psychische Erkrankungen zu den zweithäufigsten Krankheiten.⁶ Etwa ein Drittel der psychisch erkrankten, erwachsenen Personen hat Kinder. In Deutschland wurde über längere Zeit von ca. 500000 Kindern «mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil» ausgegangen⁷, gemäss neuerer Untersuchungen von bis zu zwei bis drei Millionen betroffenen Kindern.⁸ Auf die Schweiz übertragen, würde dies etwa 300000 betroffenen Kindern und Jugendlichen entsprechen. Frühere, konservative Hochrechnungen gehen von ca. 20000–50000 Kinder und Jugendlichen aus, die in der Schweiz von einer elterlichen psychischen Erkrankung betroffen sind.⁹ Aktuelle Daten liegen für die Schweiz nicht vor.

-
- 6 Die *Lebenszeit-Prävalenz* bzw. das Risiko einer Person, einmal im Verlaufe des Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken, beträgt etwas weniger als 50%, wobei in dieser Zahl ein sehr weitreichendes Spektrum an psychischen Erkrankungen erfasst ist – und nur ein Teil dieser Störungen einen massgeblichen Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils hat. Enthalten in dieser Angabe zur Lebenszeit-Prävalenz sind einmalige psychische Störungen von kurzer Dauer. Vgl. Gerrig/Zimbardo, Psychologie, 18., aktualisierte Aufl., München 2008, 548 ff.
- 7 Schone/Wagenblast, Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2001, 580, 581.
- 8 Wiegand-Grefe/Halverscheid/Geers/Petermann/Plass, Kinder psychisch kranker Eltern, Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbewältigung einer elterlichen psychischen Erkrankung und der Gesundheit der Kinder, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2010, 13.
- 9 Vgl. Die vorgestellten Häufigkeiten stellen eher eine konservative Schätzung einer Querschnittsstudie im Kanton Zürich. Vgl. Albermann/Gäumann/Alessi/Müller/Gutmann/Gundelfinger, Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (wikip) – Ein interdisziplinärer Approach der medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (Teil I). Das Thema zum Thema machen. Schweizerische Ärztezeitung 2012, 1521, 1522.

Die richtende Person setzt sich bei den folgenden zwei Konstellationen mit der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern auseinander: (a) Wenn ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt, und zwar unabhängig von einer Trennung oder Scheidung; dabei erfolgen diese Abklärungen nicht selten bei alleinerziehenden psychisch kranken Elternteilen. (b) Bei Trennung und Scheidung, wenn nach der besseren Eignung eines Elternteils gefragt wird, und bei einem oder beiden Elternteilen eine psychische Erkrankung vorliegt.¹⁰ Im vorliegenden Beitrag liegt der Schwerpunkt auf der ersten Konstellation, wenn unabhängig von einer Trennung oder Scheidung ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt.

Aufbau des Beitrages: Der vorliegende Beitrag beschreibt den richterlichen Entscheidungsprozess bei der Analyse der Erziehungsfähigkeit von psychisch kranken Eltern und fasst interdisziplinäres Wissen zusammen, das der richtenden Person beim Entscheidungsprozess behilflich sein kann. Nach der Darstellung des richterlichen Moraldilemmas werden (a) Komponenten der Erziehungsfähigkeit betrachtet. (Kap. 2–4) (b) Im zweiten Teil wird der Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Erziehungsfähigkeit beleuchtet: Inwieweit sind die elterlichen Kompetenzen durch psychische Störungen beeinträchtigt? Hier werden die vier ausgewählten Störungsbilder – Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychose sowie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – beschrieben. (Kap. 5) (c) Anschliessend wird ein Schema für den Entscheidungsprozess konstruiert sowie auf die Schwierigkeiten im richterlichen Entscheidungsprozess eingegangen (Kap. 6). (d) Schliesslich werden mögliche, interdisziplinäre Entscheidungshilfen aufgezeigt, die die richtende Person beiziehen kann. (Kap. 7)

I. Das Dilemma zwischen Kindeswohl und Elternwohl

Die richtende Person hat das Kind vor einer allfälligen Gefährdung durch eine elterliche psychische Erkrankung zu schützen und muss beim Vorliegen einer massiven Kindeswohlgefährdung, der nicht anders begegnet werden kann (Subsidiarität), in die Erziehungsautonomie der Eltern eingreifen, was auch eine behördliche Platzierung bedeuten kann. Doch liegt überhaupt eine psychische Störung des Elternteils vor und wenn ja, bedeutet diese eine gravierende Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit? Oder liegen vielleicht nur gegenseitige, nicht berechnete Vorwürfe aufgrund einer konflikthaften Trennung der Kindseltern oder unberechtigte Annahmen Dritter vor? Eine sorgfältige Überprüfung ist nötig. Die richtende Person setzt sich in dieser Situation immer wieder mit dem Grundsatz der *Verhältnismässigkeit* auseinander. Der Eingriff in die elterliche Erziehungsautonomie ist im Sinne des Kindeswohls nur dann berechtigt, wenn eine akute, nachweisbare Kin-

10 Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286.

deswohlgefährdung vorliegt. Eine vorschnelle weitreichende Massnahme wie der Entzug der Obhut bzw. des Aufenthaltbestimmungsrechts,¹¹ kann – wenn tatsächlich keine schwere psychische Störung mit einer hohen Kindeswohlgefährdung vorliegt – der Eltern-Kind-Beziehung massiv schaden und zu einer sekundären Kindeswohlgefährdung führen.¹²

Die richtende Person sieht sich bei solchen Fällen mit drei familienrechtlichen Werten bzw. Maximen konfrontiert, die jedoch oft nicht gleichzeitig erfüllt werden bzw. sich teilweise widersprechen können:

1. *Zum Kindeswohl gehört das Garantieren der Eltern-Kind-Beziehung:* Die Eltern-Kind-Beziehung bzw. der Kontakt zu den Eltern ist für das Kindeswohl zentral und soll, wenn immer möglich, gewährleistet werden.
2. *Vermeidung von Kindeswohlgefährdung bzw. Schutz des Kindes vor Gefährdung:* Es muss zugleich sichergestellt werden, dass das Kind durch die mögliche psychische Erkrankung eines Elternteils nicht gefährdet ist. Falls es gefährdet sein sollte (wie dies z. B. im Fall einer akuten Psychose sein kann), muss in der Regel der Kontakt reduziert oder in Ausnahmefällen gar abgebrochen werden.
3. *Elternrechte/Elternwohl bzw. das Recht des Elternteils auf Beziehung zu seinem Kind:* Die dem Kindeswohl verpflichteten Richter und Richterinnen müssen zugleich das Elternrecht und Elternwohl berücksichtigen. Der psychisch kranke Elternteil liebt sein Kind und sehnt sich nach dem Beisammensein mit ihm. Sein persönliches Wohl und Recht als Elternteil sind grundlegende Aspekte seines persönlichen Schicksals. Die Elternschaft, die Betreuung des eigenen Kindes stellt eine identitätsstiftende Aufgabe dar, dessen Entzug eine extrem belastende Erfahrung für den Elternteil bedeuten kann. (Vgl. Abb. I)

Die richtende Person ist somit mit der Erkenntnis konfrontiert, dass der Kontakt zum eigenen Kind für den psychisch kranken Elternteil meist existentiell ist, gleichzeitig jedoch dem Kindeswohl entgegenstehen könnte. Es kommt zur Kollision zweier zentralen Werte des Familienrechts «Kindeswohl» und «Elternrecht», die für die richtende Person jene spezifische Entscheidungssituation bedeutet, die als Moraldilemma bezeichnet wird.¹³ Beim Moraldilemma muss die richtende Person zwischen zwei Werten entscheiden, welche beide aus richterlicher Sicht wichtig und richtig sind, jedoch nicht beide gleichzeitig, – sondern nur ein Wert auf Kosten des anderen – verfolgt werden kann.¹⁴ Die Abwägung, welcher Wert zentraler ist, ist Teil der rechtli-

11 Im Folgenden werden die Begriffe Obhut und Aufenthaltbestimmungsrecht synonym verwendet.

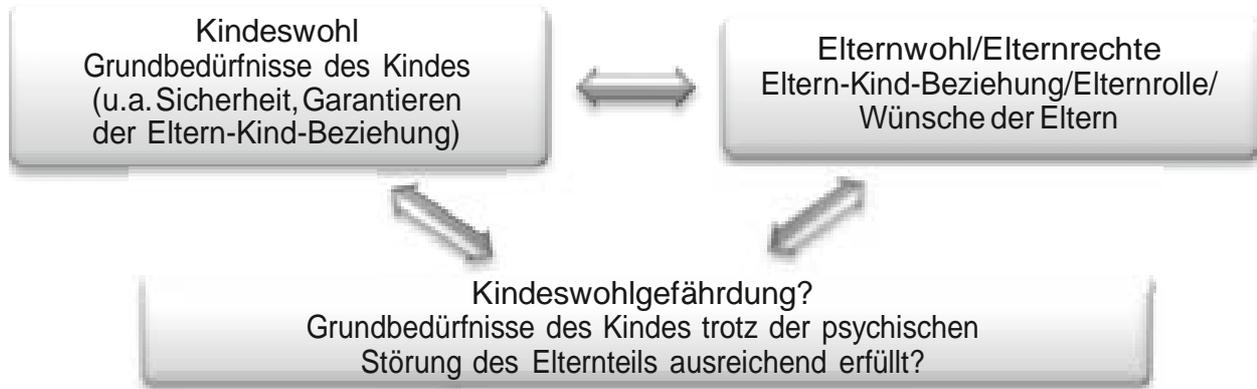
12 Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 287.

13 Zum Begriff Moraldilemma vgl. Williams, Moralischer Zufall. Philosophische Aufsätze 1973–1980, Königsstein 1994, 82.

14 Ludewig, Moraldilemmata in der Tätigkeit von Familienrichtern: Kindeswohl zwischen Recht und Psychologie, FamPra.ch 2009, 920, 927.

chen Abwägung und gehört zu der Kerntätigkeit von Richtern und Richterinnen im Bereich des Familienrechts.¹⁵ (Abb. I)

Abb. I. *Das richterliche Moraldilemma bei psychisch kranken Eltern: im Spannungsfeld zwischen Kindeswohl und Elternwohl*



Während dieses Entscheidungsprozesses befindet sich die richtende Person in einem verunsichernden Spannungsfeld, bei dem sie zwei mögliche Fehlentscheidungen vermeiden möchte:

- «eine fälschliche Herausnahme» des Kindes vom Elternhaus, die der Eltern-Kind-Beziehung schaden kann, sowie
- ein «fälschliches Belassen eines Kindes bei den Eltern», wenn eine schwere psychische Störung eines Elternteils das Kind gefährden kann.¹⁶

Dem ersten Gefährdungsrisiko, das darin besteht, dass einer psychischen Erkrankung eines Elternteils nicht ausreichend Rechnung getragen wird, muss demzufolge das zweite Risiko gegenübergestellt werden, das darin besteht, unverhältnismässig zu intervenieren bzw. die Folgen einer Erkrankung auf die kindliche Entwicklung zu überschätzen und protektive Faktoren zu übersehen.¹⁷ In ihrer Entscheidung muss die richtende Person die Gefährdungsrisiken (1) und (2) abwägen (Abb. II). Sie möchte das Kind vor Gefährdung durch eine elterliche psychische Erkrankung schützen, aber zugleich das Kindeswohl durch eine unverhältnismässige Intervention (wie behördliche Platzierung) nicht gefährden.¹⁸

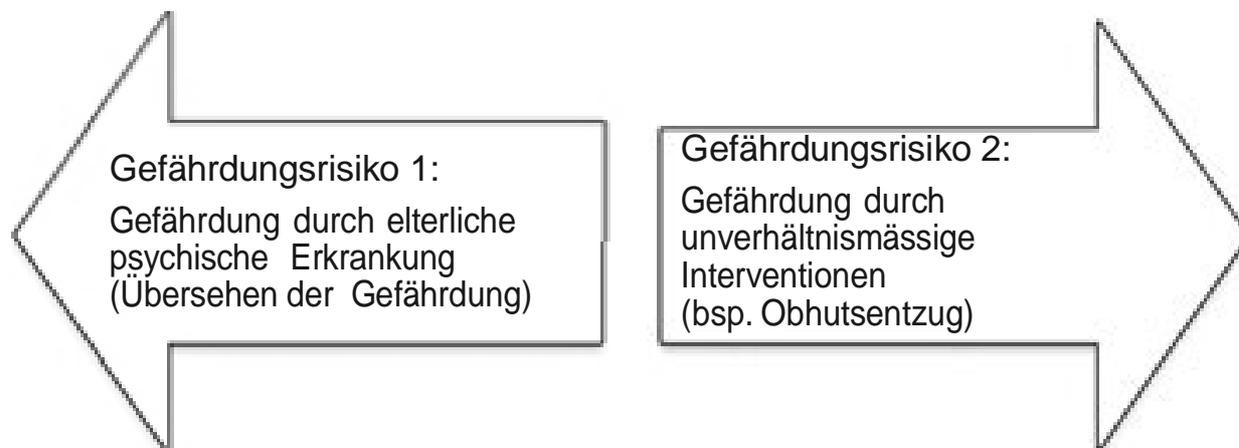
15 Vgl. Geiser, Wertkonflikt von RechtsanwältInnen und RichterInnen im Familienrecht, in: Ehrenzeller/Ludewig (Hrsg.), Moraldilemmata von Richtern und Rechtsanwälten: Berufsschwierigkeiten und Bewältigungsstrategien, St. Gallen 2006, 59, 60 f.

16 Schwabe-Höllein/Kindler (Fn. 3), 143.

17 Schwartländer, Kinder psychisch kranker Eltern, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 337.

18 In Anlehnung an die Darstellung von Dettenborn/Walter im Zusammenhang mit der Gefährdungssituation beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Familienrechtspsychologie 2.Aufl., Stuttgart 2015, 346.

Abb. II. *Die richterliche Entscheidung im Spannungsfeld zwischen zwei Gefährdungsrisiken*



Dies ist nur ein Teil der Schwierigkeiten im richterlichen Entscheidungsprozess bei psychisch kranken Eltern. Auf den möglichen Umgang mit diesen Schwierigkeiten sowie auf die mögliche Gestaltung des Entscheidungsprozesses wird im Kap. 6 näher eingegangen. Am Anfang des richterlichen Entscheidungsprozesses steht die Abklärung des Sachverhalts an: Liegt eine psychischen Störung des Elternteils vor und hat diese Einfluss auf das Kindeswohl? Dafür braucht die richtende Person Wissen über psychische Erkrankungen und deren Einflüsse auf die Erziehungsfähigkeit, worauf im nächsten Abschnitt eingegangen wird (vgl. Kap. 3).

II. Sind psychisch kranke Eltern erziehungsfähig? Psychologisches Wissen als Entscheidungshilfe für Richter und Richterinnen sowie Behördenmitglieder

Bei der Abklärung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern geht es um die Frage, ob der psychisch kranke Elternteil in der Lage ist, das Kindeswohl zu sichern bzw. die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen. Dabei wird überprüft, inwieweit durch die psychische Erkrankung die elterlichen Kompetenzen beeinträchtigt sind und ob eine Kindeswohlgefährdung besteht. Im Folgenden wird auf die Kindsbedürfnisse und auf die elterlichen Kompetenzen eingegangen, die nötig sind, um das Kindeswohl zu gewährleisten. Basierend darauf wird anhand der ausgewählten Störungen analysiert, inwiefern die elterlichen Kompetenzen und deren Erziehungsfähigkeit tangiert sein können.

1. Kindeswohl vs. Kindeswohlgefährdung

Die Erfüllung der Grundbedürfnisse des Kindes ist die Voraussetzung für das Kindeswohl. Zu den Grundbedürfnissen des Kindes gehören u. a. das Bedürfnis nach «Ernährung und Versorgung», «Erhalt der Gesundheit», «Sicherheit» bzw. «Schutz vor Gefahren», «Zuwendung und Liebe», «stabiler Bindung», die auch Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung ermöglicht, sowie «Bildung bzw. Vermittlung von Wissen», «Regeln und Erfahrungen». ¹⁹ (vgl. Tab. 1). Ausgegangen wird auch von dem Bedürfnis des Kindes nach einer Beziehung zu beiden Elternteilen. Je jünger das Kind, desto grösser ist seine Abhängigkeit und sein Bedürfnis nach Schutz. Auch ist die Gefährdung deshalb umso höher, weil ernste Störungen in einer frühen Entwicklungsphase starke und andauernde psychische Beeinträchtigungen zur Folge haben können. ²⁰

Die Kindeswohlgefährdung bezeichnet das Risiko der Nichterfüllung von Basisbedürfnissen. Die Tabelle 1 umfasst zentrale Bedürfnisse von Kindern und deren mögliche Gefährdung. ²¹

Tab. 1. Grundbedürfnisse des Kindes und deren mögliche Gefährdung ²²

Bedürfnis	Gefährdung (u. a.)
Bedürfnis nach «Ernährung und Versorgung»	Fehlernährung, mangelnde Hygiene
Erhalt der Gesundheit (physisch und psychisch)	Unerklärliche Verletzungen, mangelnde Gesundheitsvorsorge und Schutz vor Suchtstoffen
Sicherheit bzw. Schutz vor Gefahren	Mangelhafte Aufsicht und Betreuung, häufige oder starke unvorhersehbare und unbeeinflussbare Ereignisse mit Negativfolgen (z. B. Personenverlust), Diskontinuität der Lebensbedingungen

¹⁹ Dettenborn, Kindeswohl und Kindeswille – Psychologische und rechtliche Aspekte, München/Basel 2010, 52 ff.; Dettenborn/Walter, (Fn. 18), 72 ff.

²⁰ Lenz, Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern, Göttingen/Bern 2008, 14.

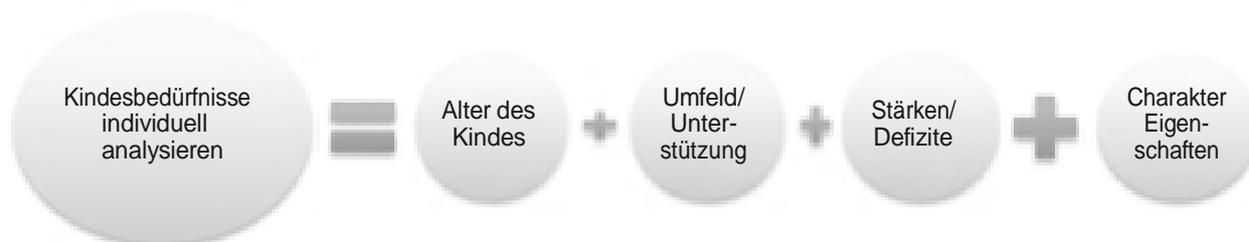
²¹ Dettenborn/Walter (Fn. 18), 62 ff.; Dettenborn (Fn. 19), 52 ff. Es liegen weitere verschiedene Konkretisierungskonzepte vor, anhand deren die Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden und basierend auf diese die Voraussetzungen für das Kindeswohl resp. die gefährdenden Lebensbedingungen analysiert werden. Eine analoge Systematisierung findet sich bspw. bei: Inversini, Psycho-soziale Aspekte des Kindeswohls, in: Gerber/Hausammann (Hrsg.), Kinderrechte – Kinderschutz: Rechtsstellung und Gewaltbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen, Basel/Genf/München 2002, 47, 53. Für einen Überblick über verschiedene Konkretisierungskonzepte vgl. Schreiner, Ausgewählte psychologische Aspekte im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung, in: Schwenzer (Hrsg.), FamKomm Scheidung, Bern 2005, Anh. Psych, N 51 ff.

²² Basiert auf Dettenborn (Fn. 19), 52 ff.; Dettenborn/Walter (Fn. 18), 72.

Bedürfnis	Gefährdung (u. a.)
Emotionale Zuwendung in stabilen sozialen Beziehungen	Häufiger Wechsel der Bezugspersonen, Feindseligkeiten, Ablehnung, Gleichgültigkeit, Desinteresse der Bezugsperson, Instrumentalisierung für Erwachseneninteressen, Belastung mit Konflikten anderer und unnötige emotionale Konflikte, Misshandlung, Missbrauch
Sichere Bindungen (mit Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung)	Instabile emotionale Bindungen, Mangel an feinfühligem Erziehung und Empathie, Trennungsangst
Bildung (bzw. Vermittlung von Wissen und Erfahrung)	Demotivierung im Leistungsbereich, mangelnde Förderung und Anregung, Mängel in Bildungsinstitutionen
Bedürfnis des Kindes nach Kontakt zu beiden Eltern	Ein Elternteil verweigert den Kontakt des Kindes zum anderen Elternteil, fehlende Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation zwischen den Eltern und zur Trennung zwischen Paarebene und Elternebene

Das *Kindeswohl* wird im Einzelfall als in ausreichendem Masse garantiert eingeschätzt, wenn *eine günstige Relation zwischen den Bedürfnissen des Kindes und seinen Lebensbedingungen vorliegt*.²³ Somit ist das Kindeswohl nicht als eine «konstante Grösse» anzusehen, sondern vielmehr als eine flexible Konstellation von persönlichen Faktoren, sozialen Faktoren und Risikofaktoren. Um die Verwirklichung des Kindeswohls zu realisieren, muss zuerst analysiert werden, «welche Qualität diese Relation zwischen den Bedürfnissen eines Kindes und seinen Lebensbedingungen» hat.²⁴ Weil die Bedürfnisse eines Kindes – je nach Alter, eigenen Stärken und Defiziten sowie der Unterstützung durch das Umfeld – unterschiedlich sind, bedarf es vorgängig einer individuellen Analyse der genannten Faktoren.

Abb. III: *Individuelle Analyse der Kindsbedürfnisse: Die Bedürfnisse sind – je nach Alter, eigenen Stärken und Defiziten, Umfeld und Persönlichkeit des Kindes – unterschiedlich. Eine individuelle Analyse ist nötig.*

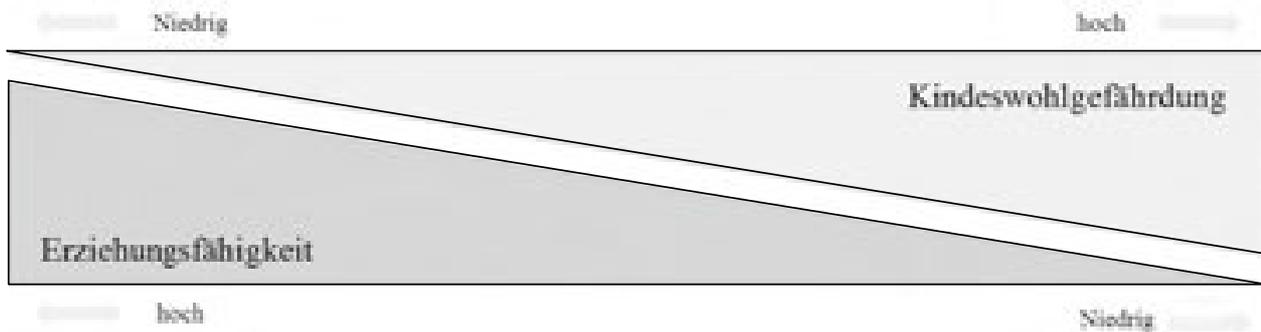


23 Dettenborn, Kindeswohl, in: Volbert/Steller (Hrsg.), Handbuch der Rechtspsychologie, Göttingen 2008, 574, 577.

24 Dettenborn (Fn. 23), 574, 577.

Dabei gilt freilich, dass die Erziehungsfähigkeit von Eltern umso höher einzuschätzen ist, je höher die elterlichen Kompetenzen sind und je adäquater die Eltern die individuellen Kindesbedürfnisse erfüllen. Umgekehrt ist die Kindeswohlgefährdung umso höher einzuschätzen, je weniger die Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung in der Lage sind, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. (vgl. Abb. IV).

Abb. IV. *Erziehungsfähigkeit vs. Kindeswohlgefährdung*



2. Kinder psychisch kranker Eltern

Für die Entwicklung von Kindern – vom Säugling bis ins Jugendalter – ist die psychische Gesundheit ihrer Eltern im Hinblick auf deren fürsorgerischen und erzieherischen Umgang mit ihnen von zentraler Bedeutung.²⁵ Sie wirkt sich aus auf die Sicherstellung ihrer Grundbedürfnisse und prägt ihre Erziehungserfahrungen.²⁶ Es liegen zahlreiche Studien über Kinder psychisch kranker Eltern vor. Auf diese möchten wir zusammenfassend eingehen und insbesondere zwei psychische Verläufe bei betroffenen Kindern beschreiben:²⁷

(a) Das deutlich erhöhte Risiko der Kinder, selbst psychisch zu erkranken, wird in vielen klinischen Studien belegt.²⁸ Etwa ein Drittel der von einer elterlichen psychischen Erkrankung betroffenen Kinder zeigt dauerhafte psychische Auffälligkeiten und etwa ein Drittel eher wiederkehrende psychische und soziale Verhaltensauf-

25 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 338.

26 Vgl. Kap. 3.1., zu Grundbedürfnissen des Kindes.

27 Vgl. u. a. Lenz/Jungbauer (Hrsg.), Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen 2008; Wiegand-Grefe/Mattejat/Lenz (Hrsg.), Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Göttingen 2011.

28 Gehrman/Sumargo, Kinder psychisch kranker Eltern, Monatsschrift Kinderheilkunde 2009, 383, 385.

fälligkeiten bzw. eher einen milderen Verlauf im Vergleich.²⁹ Dabei scheint sich bei zusammenlebenden Eltern die mütterliche Erkrankung gravierender auf die kindliche Entwicklung auszuwirken als eine entsprechende Erkrankung des Vaters.³⁰

(b) Etwa ein Drittel aller Kinder, die unter den erschwerten und potentiell ungünstigen Bedingungen einer elterlichen psychischen Erkrankung aufwachsen, weist eine gute psychische Gesundheit auf. Daraus wird ersichtlich, dass – auch wenn die kindlichen Bedürfnisse aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils nicht vollständig erfüllt werden können – dies nicht zwangsläufig eine Störung der kindlichen Entwicklung bedeutet. Diese Kinder tragen eine bemerkenswerte natürliche Widerstandsfähigkeit in sich und werden als «resilient» bezeichnet. Es sind im Vergleich intelligente, sozial kompetente und zugewandte Kinder mit positiven Temperamenteigenschaften, die nach emotionalem Stress rasch wieder ihr Gleichgewicht finden.³¹

Da die Ressourcen und Belastungen bei jedem Kind und in jeder Familie sehr unterschiedlich verteilt sind und wahrgenommen werden, müssen die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung in jedem Fall, wie bereits erwähnt – unter Einbezug der Stärken und Defizite des Kindes sowie der Unterstützung vom Umfeld – individuell geprüft und beurteilt werden.

Da psychisch kranke Eltern teilweise aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer allgemeinen Beziehungsfähigkeit sowie in ihrer gesellschaftlichen Partizipation eingeschränkt sind, führt dies häufig zu ehelichen Konflikten und einer geringen Lebensqualität. Gerade diese resultierenden Risikofaktoren (Trennung, keine Stabilität) scheinen für die kindliche Entwicklung massgeblich zu sein. Insgesamt scheint die genaue elterliche «Diagnose» (d. h. ob der Elternteil unter Depression, Schizophrenie oder Borderline-Störung leidet) an sich weniger eine zentrale Rolle für die Entwicklung des Kindes und die erlebte kindliche Belastung zu spielen. Zentraler für das Erleben der Kinder ist der Umgang des Elternteils und des Umfelds mit der Erkrankung.³² Weniger Belastungen sind zu beobachten, wenn die Erkrankung rasch

29 Rutter/Quinton, Parental psychiatric disorders. Effects on children, *Psychological Medicine* 1984, 853.

30 Lenz (Fn. 20), 14. Dies gilt beispielsweise für die Depression sowie für die Psychose. Dies könnte u. a. daran liegen, dass bei eher traditioneller Rollenverteilung allfällige krankheitsbedingte Betreuungsdefizite der Mutter von den Vätern weniger gut kompensiert werden können. Bei alleinerziehenden Vätern lässt sich jedoch vermuten, dass sich eine väterliche Erkrankung in ähnlicher Weise auf das Kind auswirkt wie eine mütterliche. Allerdings sind alleinerziehende, depressive oder psychotische Väter sehr selten.

31 Lenz, *Kinder psychisch kranker Eltern*, Göttingen/Bern 2005, 16 ff.

32 Vgl. Roth, *Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Versorgungssituation*, Die Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie. Die Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP/ASPEA), *Psychologie und Erziehung* 2012, 9, 10.

erkannt wird, die Hilfe in Form von Therapien und Medikation in Anspruch genommen wird, über die Erkrankung offen gesprochen wird und das Kind während den symptomfreien Perioden einen positiven Kontakt zum Elternteil erlebt.³³ Auf die Kindsperspektive wird im Kap. 5, bei der Darstellung der einzelnen psychischen Störungen weiter eingegangen.

3. *Überprüfung der Erziehungsfähigkeit: Beurteilung der elterlichen Kompetenzen*

Die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit von Eltern mit und ohne psychische Erkrankungen erfolgt grundsätzlich nach den gleichen Beurteilungskriterien. Wenn ein Verdacht besteht, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils vorliegt und diese die Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen könnte, wird die allgemeine Abklärung der Erziehungsfähigkeit an zwei Stellen des Beurteilungsverlaufs erweitert (vgl. Abb. V). Im vorliegenden Abschnitt wird aus diesem Grund zuerst auf die Erziehungsfähigkeit und die elterlichen Kompetenzen im Allgemeinen eingegangen. Basierend darauf werden anschliessend die Spezifika bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern erläutert.

Erziehungsfähigkeit wird als die grundlegende Kompetenz eines Elternteiles verstanden, die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse seines Kindes zu erkennen, das Kind zu versorgen und zu betreuen sowie erzieherisch angemessen auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen.³⁴ Um die Bedürfnisse des Kindes in ihrer Ganzheit zu erfassen, wird von den Eltern erwartet, dass sie die folgenden fünf Kompetenzen aufweisen:

- Die Fähigkeit und Bereitschaft, als Bindungsperson für das Kind zu fungieren,
- die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Signale des Kindes zu erkennen und angemessen auf sie zu reagieren,
- die Fähigkeit, Werte und Regeln zu vermitteln,
- die Fähigkeit, dem Kind Wertschätzung entgegenzubringen und von Ablehnung abzusehen, sowie
- die Fähigkeit, Kontinuität in Erziehung, Beziehung und Umfeld herzustellen.³⁵

Bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit werden die obengenannten elterlichen Kompetenzen «quantitativ und qualitativ» untersucht.³⁶ Dabei ist die Erzie-

33 Gehrman/Sumargo, Monatsschrift Kinderheilkunde 2009, 383, 385. Vgl. auch, Roth, Psychologie und Erziehung 2012, 9, 10.

34 Vgl. Castellanos/Hertkorn/Plattner/Salzgeber, Psychologische Diagnostik der Erziehungsfähigkeit, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 304, 305.

35 Vgl. Schwabe-Höllein/Kindler (Fn. 3), 143, 147.

36 Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 289.

hungsfähigkeit gegeben, wenn der Elternteil in der Lage ist, die Grundbedürfnisse des Kindes adäquat bzw. ausreichend zu erfüllen.

In der Abbildung V wird aufgezeigt, wie ausgehend von den Grundbedürfnissen des Kindes die elterlichen Kompetenzen als Teilaspekte der Erziehungsfähigkeit überprüft werden können.

Insgesamt ist die Frage der Erziehungsfähigkeit der Eltern weniger als eine pauschale Ja-Nein-Antwort zu verstehen, sondern vielmehr als Kontinuum zu sehen. Eine differenzierte Beurteilung der einzelnen Fähigkeiten ist sinnvoll.³⁷ Ziel der Beurteilung muss sein, zu überprüfen, ob ein Elternteil «in der konkret vorliegenden Lebenssituation die Bedürfnisse des konkreten Kindes realitätsgerecht wahrnehmen und darauf eingehen kann».³⁸

Auch wenn die Erziehungsfähigkeit bei Eltern ohne psychische Erkrankung in der Regel vorausgesetzt wird,³⁹ so kann sie dennoch partiell in Frage gestellt sein, wenn bestimmte Erziehungsaspekte – oder auch nur ein einzelner Aspekt für sich genommen – «qualitativ» als dysfunktional oder kindeswohlgefährdend einzustufen wären: So z. B. die Ablehnung von Arztbesuchen durch einen Elternteil, durch das Vorliegen von Kindesmisshandlungen oder auch durch das Vorhandensein eines dysfunktionalen Erziehungszieles, das in seiner Umsetzung Überforderung und psychische Störung des Kindes zur Folge hat/hätte.⁴⁰

Zudem ist auch die Erziehungsfähigkeit psychisch gesunder Eltern kontextabhängig. Elterliche Auseinandersetzungen oder Veränderungsprozesse können Belastungen hervorrufen, welche die Erziehungskompetenz eines Elternteils wie beispielsweise die Empathiefähigkeit, vorübergehend mindern können. Bei der Bewertung der Erziehungsfähigkeit ist deshalb zu beachten, dass sich solche situativen Erziehungsdefizite mit abnehmender Belastung legen.⁴¹

37 Vgl. Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 289. Sowie Salzgeber, Familienpsychologische Gutachten, 5. Aufl., München 2011, 405 f. Nach Salzgeber lässt sich beispielsweise zwischen allgemeiner und spezieller Erziehungsfähigkeit unterscheiden. Während bei der allgemeinen Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit des Elternteils analysiert wird, die körperlichen und seelischen Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und angemessen zu versorgen, meint die spezielle Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit des Elternteils, in der konkret vorliegenden Lebenssituation die Bedürfnisse des konkreten Kindes realitätsgerecht wahrzunehmen und zu versorgen.

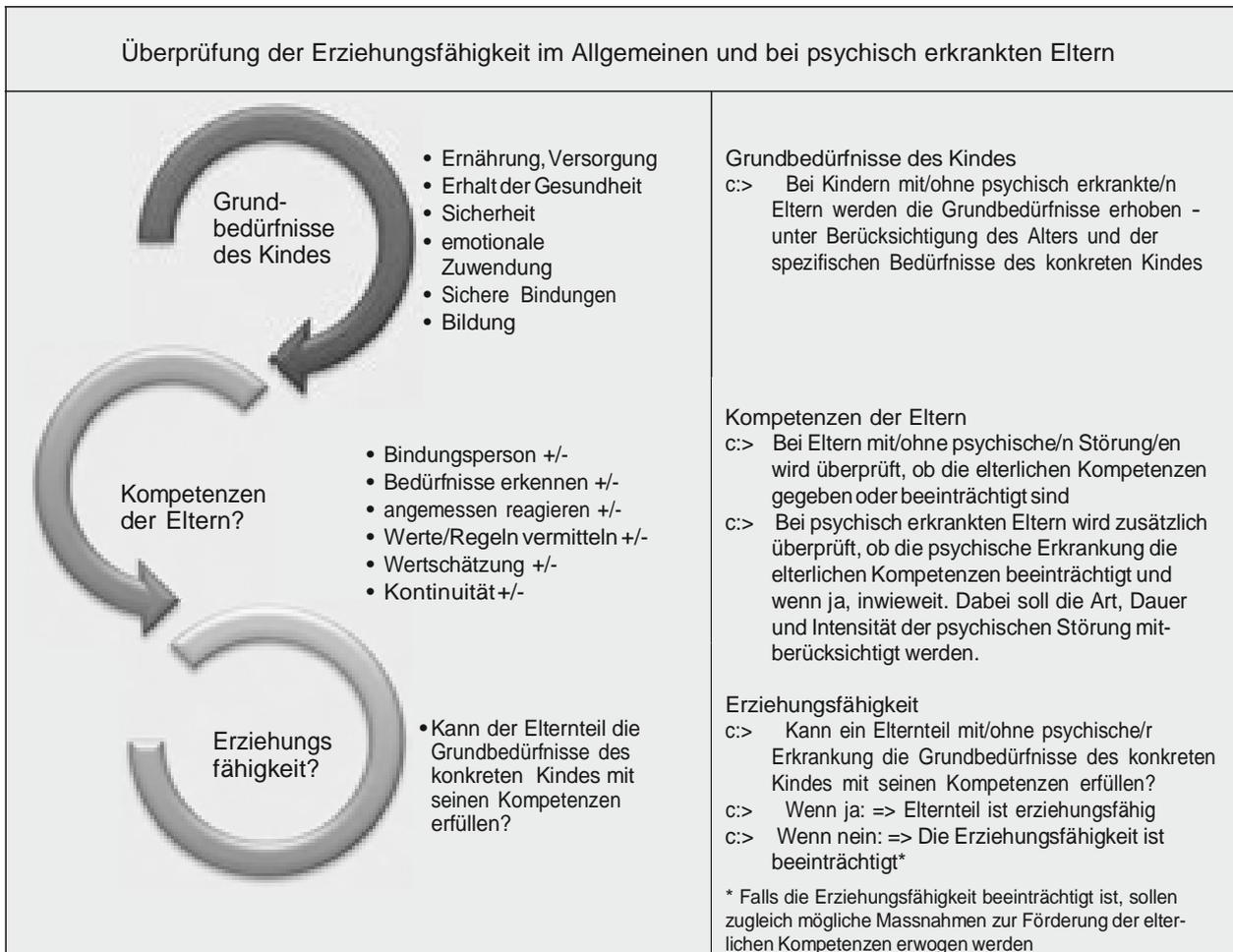
38 Salzgeber (Fn. 37), 405 f.

39 Felder/Bürgin, Die kinderpsychiatrische Begutachtung bei strittiger Kindszuteilung im Scheidungsverfahren, FamPra.ch 2000, 629, 630.

40 Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 289.

41 Dettenborn/Walter (Fn. 18), 217.

Abb. V: Überprüfung der Erziehungsfähigkeit im Allgemeinen und bei psychisch erkrankten Eltern



Es geht bei der Abklärung der Erziehungsfähigkeit in Bezug auf eine Kindeswohlgefährdung um die «Bestimmung eines Grenzwertes, unter dem die Erziehungsfähigkeit» im konkreten Fall «als nicht mehr ausreichend gegeben angesehen werden kann». ⁴² Hierbei geht es um eine deutliche Abweichung vom Durchschnitt, um die Unterschreitung eines gewissen Mindestmasses bezogen auf die konkreten Lebensumstände und das konkrete Kind. Die diagnostische Abklärung der Erziehungsfähigkeit kann somit drei Antworten liefern: (a) Die Erziehungsfähigkeit des Elternteils ist vollumfänglich gegeben, (b) die Erziehungsfähigkeit ist in einem gewissen Masse beeinträchtigt, wobei Fähigkeiten und Defizite benannt sein müssen, (c) die Erziehungsfähigkeit ist massiv beeinträchtigt, eine hohe Kindeswohlgefährdung ist gegeben.

⁴² Dettenborn/Walter (Fn. 18), zit. nach Steinmetz/Lewand, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 286, 289.

4. *Bewertung der Erziehungsfähigkeit im Spiegel der elterlichen psychischen Störung*

Bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern wird analysiert, ob der psychisch kranke Elternteil in der Lage ist, die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen. Die Überprüfung der Erziehungsfähigkeit erfolgt, wie erwähnt, bei Eltern mit und ohne psychiatrische Diagnose grundsätzlich in identischer Weise. In beiden Fällen ist die Frage massgeblich, ob die Grundbedürfnisse des Kindes ausreichend erfüllt werden können und die elterlichen Kompetenzen hierfür hinreichend sind. Bei einem psychisch kranken Elternteil werden *bei der Überprüfung* jedoch, wie in Abbildung Versichtlich, *mögliche zusätzliche Einflüsse der psychischen Erkrankung auf die elterlichen Erziehungskompetenzen mitberücksichtigt*.

Die Erziehungsfähigkeit eines psychisch kranken Elternteils ist gegeben, wenn seine elterlichen Kompetenzen – die abgeschätzt werden – unter Berücksichtigung möglicher einschränkender Einflüsse aufgrund seiner Erkrankung ausreichen, um die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen.

Die Überprüfung der verschiedenen Teilaspekte der Erziehungsfähigkeit – unter Mitberücksichtigung allfälliger Einflüsse der psychischen Erkrankung – kann ergeben, dass die Erziehungsfähigkeit des psychisch kranken Elternteils nicht – oder nur in geringem Masse – beeinträchtigt ist. In manchen Fällen kann sie jedoch auch so stark beeinträchtigt sein, dass sich die Belassung der Kinder bei dem Elternteil oder im Falle einer Trennung oder Scheidung – die Zuteilung der Kinder an diesen Elternteil – verbietet.

Die zentrale Erkenntnis bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern wird an dieser Stelle erneut ersichtlich: Bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit spielt nicht das Vorhandensein der psychiatrisch-psychologischen Diagnose eine Rolle, sondern die Intensität, Dauer und die Auswirkungen der Störung (Psychose, Borderline, PTBS, Depression), also insbesondere ihr damit verbundener Einfluss auf die Möglichkeit des Elternteils, die Grundbedürfnisse des Kindes adäquat zu erfüllen.⁴³

Um diese Beurteilung vornehmen zu können, müssen im Vorfeld zahlreiche Informationen vorliegen (zum möglichen Abklärungsverlauf aus richterlicher Sicht vgl. Kap. 6). Zwingend sind dabei eine genaue psychiatrische oder psychologische Abklärung des Elternteils bezüglich der Schwere der psychischen Störung, eine Prognose und Therapiemöglichkeit sowie eine Abklärung der Lebensbedingungen des Kindes. Es muss analysiert werden, ob allein angesichts der Schwere der psychischen

43 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 242.

Störung eine wesentliche Gefährdung des Kindes zu erwarten ist.⁴⁴ Für die Frage der Kindszuteilung/Obhut kann es entscheidend sein, inwieweit der betreffende Elternteil auf Unterstützung im Umfeld zurückgreifen kann und einer Therapie, Behandlung oder auch stützenden Massnahmen für das Kind zustimmen kann.⁴⁵ Die Eltern-Kind-Beziehung und die Betreuung werden in ihrer Komplexität genau untersucht und bewertet. Einige Aspekte könnten hier adäquat oder sogar ausgezeichnet erfüllt sein. Zugleich können sich in anderen Aspekten extreme Defizite zeigen, die jedoch wiederum durch Hilfe Dritter kompensiert werden könnten. Wie bereits dargelegt, muss dem Risiko, einer Gefährdung des Kindes aufgrund einer elterlichen psychischen Erkrankung nicht ausreichend zu begegnen, das Risiko, die Folgen der Erkrankung auf die kindliche Entwicklung zu überschätzen und protektive Faktoren zu übersehen, gegenübergestellt werden (Kap. 2).

Hinweis für die Praxis – Die Überprüfung der Erziehungsfähigkeit bei Eltern mit/ohne psychiatrische/r Diagnose: Gewisse Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit sind bei vielen Eltern festzustellen und stellen dabei kein Spezifikum von psychisch kranken Eltern dar. Es wäre nicht angemessen, die Eltern-Kind-Beziehung bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil «geringer zu bewerten als bei gesunden Eltern».⁴⁶ Eine Person, die eine psychologisch-psychiatrische Diagnose hat, kann erziehungsfähig sein oder nicht. Genau so kann eine Person, die keine psychische Störung und keine psychiatrische Diagnose hat, erziehungsunfähig sein (vgl. Abb. V). Dies verdeutlicht, (a) dass das Vorliegen einer psychiatrisch-psychologische Diagnose nicht per se eine Erziehungsunfähigkeit bedeutet⁴⁷ bzw. (b) nicht das alleinige, bestimmende Merkmal für die Frage der Erziehungsfähigkeit sein kann und darf.

44 Staub/Felder, *Scheidung und Kindeswohl: Ein Leitfaden zur Bewältigung schwieriger Übergänge*, Bern 2004, 80 f. Vgl. hierzu auch Dettenborn (Fn. 19), 86 ff.: Bei der Analyse der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern müssen insbesondere auch die Schutz- und Risikofaktoren des Kindes analysiert werden. Es bedarf einer ressourcenorientierten Diagnostik mit der Analyse der personalen, sozialen und familiären Ressourcen. Die ressourcenorientierte Diagnostik hilft dem Richter bei dem lösungsorientierten Entscheidungsprozess. Die Analyse der Ressourcen hilft dem Richter bei der Überlegung/bei der Entscheidung, wie das Kindeswohl (mit Kinderschutz oder Garantie des Eltern-Kind-Beziehung) und das Elternwohl (Recht auf Beziehung zum Kind) gewahrt werden kann bzw. welche Interventionen und Unterstützungsmassnahmen nötig sind.

45 Staub/Felder (Fn. 44), 81.

46 Schwartländer, *Praxis der Rechtspsychologie* 2004, 331, 337.

47 Seifert/Krexa/Kühnel/Bareiss, *Leitfaden zur Erstellung psychologisch-psychiatrischer Gutachten bei Fragen zum Kindeswohl*, FamPra.ch 2015, 118, 126 f.

III. Psychische Erkrankungen und Elternschaft

Im Folgenden wird auf die Frage eingegangen, wie sich psychische Gesundheit und psychische Störung voneinander unterscheiden und wie verbreitet psychische Erkrankungen sind. Anschliessend werden die Lebensumstände von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern näher betrachtet.⁴⁸

1. *Psychische Gesundheit vs. psychische Störung?*

Bei optimaler psychischer Gesundheit wirken «innere und äussere Einflüsse» in der Weise zusammen, dass die Person sich wohl fühlt, sich optimal entwickelt, von ihren Fähigkeiten Gebrauch machen und durch konstruktives Handeln ihre Ziele erreichen kann, während minimale psychische Gesundheit bedeutet, dass «innere und äussere Einflüsse im Konflikt zueinander» stehen, was «bei der Person zu Unbehagen, eingeschränkter oder fehlender Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, Nichterreichen der persönlichen Ziele» und destruktivem Verhalten führt. Es geniesst jedoch keine Person dauerhaft eine optimale oder minimale psychische Gesundheit, und der Zusammenhang zwischen optimaler und minimaler Gesundheit ist eher als Kontinuum zu verstehen, denn bei jeder Person zeigen sich zeitliche Schwankungen des Befindens (vgl. Tab. 2).⁴⁹

Tab. 2. *Das Kontinuum psychischer Gesundheit*⁵⁰

(+) Optimale psychische Gesundheit:	(-) Minimale psychische Gesundheit:
Innere und äussere Einflüsse wirken in der Weise zusammen, – dass die Person sich wohl fühlt, – sich optimal entwickelt, – von ihren Fähigkeiten Gebrauch macht, – durch adäquates Handeln ihre Ziele erreicht.	Innere und äussere Einflüsse stehen im Konflikt zueinander, – das führt bei der Person zu Unbehagen, – eingeschränkter oder fehlender Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, – Nichterreichen der persönlichen Ziele – und destruktivem Verhalten.

Die Frage, ob ein Mensch psychisch gesund oder psychisch krank ist, kann somit nicht immer mit einem klaren «Ja» oder «Nein» beantwortet werden, denn auch zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit sind die Übergänge fließend.

48 Zu Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Kinder vgl. Kap. 3.2.

49 Vgl. Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 550.

50 Vgl. Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 550.

Definiert wird eine psychische Störung als Beeinträchtigungen in Emotionen, Verhalten und Denkprozessen, die sich bei den Betroffenen als Leidensdruck manifestieren und dazu führen können, dass die Erreichung wichtiger Ziele blockiert wird. Psychische Störungen können allgemein als von der Norm abweichendes Verhalten und Erleben bezeichnet werden, welches vielgestaltige gesundheitliche und sozial dysfunktionale Erscheinungen hat⁵¹ (vgl. Kasten auf der nachfolgenden Seite).

Die bestehenden Diagnostik-Klassifikationssysteme (ICD- 10 und DSM- V)⁵² geben Symptombeschreibungen und schildern Kriterien, die für die Diagnostik einer psychischen Störung notwendig sind.⁵³ Die Tabelle 2 verdeutlicht jedoch, dass die Unterscheidung zwischen «normal» und «abweichend» eher relativ als absolut ist. Dazu kommt die oben bereits beschriebene Diskontinuität psychischer Störungen bzw. die Tatsache, dass sie kein zeitlich stabiles Phänomen darstellen.⁵⁴ Eine genaue Prognose des Verlaufs einer psychischen Erkrankung stellt eine Herausforderung dar. *Momentaufnahmen* für die Beurteilung einer psychischen Erkrankung – und insbesondere auch für die Beurteilung möglicher Auswirkungen der Erkrankung auf die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils – sind allein *selten adäquat*.⁵⁵

51 Vgl. Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 548 ff.

52 ICD-10. International Classification of Diseases; (a) Dilling/Mombour et al. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Genf 2004. (b) Falkai/Wittchen, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V). American Psychiatric Association (APA). Falkai/Wittchen (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5, 1. Aufl., Göttingen 2014.

53 Um psychische Störungen möglichst einheitlich zu erfassen und die Kommunikation unter Fachpersonen zu ermöglichen, ist es notwendig, über eine allgemein akzeptierte Beschreibung und Definition der diagnostischen Einheiten bzw. der Störungsbilder zu verfügen. Hierfür wurden die zwei Diagnose- bzw. Klassifikationssysteme entwickelt, die weltweit anerkannt sind: (a) Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene International Classification of Diseases (ICD-10) und (b) das Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Beide Klassifikationssysteme haben sich sehr stark einander angenähert, daher sind die einzelnen Diagnosen in den massgeblichen Punkten gut vergleichbar. (Vgl. Egli et al., A Structure-Based Expert Model of the ICD-10 Mental Disorders. *Psychopathology*, 2006, 39, 84.) Im Beitrag wird jeweils Bezug auf ICD-10 genommen, da diese Klassifikation in der Schweiz meist angewendet wird.

54 Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 550.

55 Vieles spricht dafür, dass die prozesshafte Beobachtung des anzunehmenden Störungsbildes über längere Zeit indiziert ist, gerade wenn es um die Beurteilung einer psychischen Störung und allfälliger Einflüsse auf die Erziehungsfähigkeit geht. Die prozessorientierte Begutachtung wird in Kap. 7 detailliert thematisiert.

Psychische Störung nach DSM-V: «Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs/-ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust wie z. B. der Tod einer geliebten Person sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhalten (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.» (DSM-V, 2015, S. 26)

2. Verbreitung psychischer Krankheiten

38% der EU-Bevölkerung leidet jährlich unter einer psychischen Erkrankung. Dies belegt die umfangreiche Meta-Analyse der Jahres-Prävalenz psychischer Störungen⁵⁶ von Wittchen et al., in welcher auch das Vorkommen psychischer Störungen in der Schweiz berücksichtigt ist.⁵⁷ In dieser Metaanalyse sind leichte, mittelschwere und schwere psychische Störungen bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen sowie psychische Erkrankungen im Alter erfasst.⁵⁸ Die häufigsten psychischen Erkrankungen sind dabei Angststörungen (14%) und Depressionen (6,9%). Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen beträgt 1,3% und der Psychosen/Schizophrenie 1,2% (vgl. Jahres-Prävalenz der Störungsbilder in Tab. 3). Bezüglich der Art der psychischen Störungen zeigen sich insgesamt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Mit Ausnahme von Substanz- und psychotischen Störungen (Schizophrenie) sind Frauen 2 bis 3 Mal häufiger von psychischen Erkrankungen wie Depression oder Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) betroffen als

56 Die Jahres-Prävalenz erfasst den Anteil der erkrankten Individuen in der betrachteten Population innerhalb eines Jahres. Ausser bei den Substanzstörungen wurden zwischen den Ländern und Kulturen keine substanziellen Unterschiede festgestellt.

57 Vgl. Wittchen/Jacobi/Rehm/Gustavsson/Svensson/Jönsson/Steinhausen, The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology* 2011, 655, 663.

58 Vgl. Wittchen et al., *European Neuropsychopharmacology* 2011, 655, 663.

Männer⁵⁹ (vgl. Tab. 3), jedoch kommen bei Männern, wenn sie erkrankt sind, mehr Alkohol- und Gewaltproblematik sowie Suizidfälle vor.

Tab. 3 *Ausgewählte Störungsbilder: Jahres-Prävalenzen in Europa*
(vgl. WITTCHEN ET AL. 2011, 663 f.)⁶⁰

Störungsbild nach ICD-10 und Jahres-Prävalenz			
Störungsbild	Prävalenz	Störungsbild	Prävalenz
Schizophrenie/psychotische Störungen	1,0%	Angststörungen (u. a. Panikstörung)	2,3%
Affektive Störungen: Major Depression	5,7%	Essstörungen	0,4%
Affektive Störungen: Bipolare Störung	0,7%	Somatische Erkrankungen	6,3%
Borderline-Persönlichkeitsstörung	0,7%	Suchterkrankungen (Alkohol)	3,4%
Antisoziale Störung	0,6%	Antisoziale Störung	0,6%

Über die Prävalenz psychisch kranker Eltern liegen in der Schweiz sowie generell keine verlässlichen Angaben vor. Die Angaben hierzu variieren stark. Für den Anteil psychisch kranker Eltern mit minderjährigen Kindern finden sich Angaben von 9% bis 61%. Diese Schwankungen entstehen, weil in vielen Studien hauptsächlich Mütter oder nur bestimmte Diagnosegruppen erfasst wurden. Gründe für die Mutterlastigkeit der Forschung sind, dass wesentlich mehr Frauen an Depression erkranken und dass schizophrene erkrankte Frauen häufiger Kinder haben als schizophrene erkrankte Männer.⁶¹ In Studien, in denen sowohl Frauen als auch Männer untersucht wurden, sind – je nach Klinik – 9% bis 30% der aufgenommenen Patienten Eltern von minderjährigen Kindern.⁶² Die Mehrzahl der psychisch kranken Eltern lebt nach diesen Angaben mit ihren Kindern zusammen, wobei eindeutig mehr psychisch kranke Frauen mit ihren Kindern im gleichen Haushalt zusammenleben.⁶³

59 Vgl. Wittchen et al., *European Neuropsychopharmacology* 2011, 655, 662 f., 669. Sowie Mattejat/ Remschmidt, *Kinderpsychisch Kranker*, *Deutsches Ärzteblatt* 2008, 312, 313.

60 Für spezifische Angaben bezüglich der Schweiz vgl. Ajdacic-Gross/Graf, *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie*, *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium* 2003, 26ff.

61 Lenz (Fn. 31), 33.

62 Lenz (Fn. 31), 33. In der Winterthurer Studie, durchgeführt von der Fachhochschule Zürich im Jahre 2006, wurden 2354 Personen, welche durch 149 Leistungserbringer aus dem Versorgungssystem für Erwachsene am Stichtag behandelt wurden, befragt. Davon waren 974 psychisch krank (530 Frauen, 444 Männer). Von diesen 974 psychisch Kranken hatten 22% mindestens ein Kind, davon waren 32% Frauen und 17% Männer. Gurny/Cassée/Gavez/Los/Albermann, *Kinder psychisch kranker Eltern*, *Wissenschaftlicher Bericht, Winterthurer Studie*, Zürich 2007, 28.

63 Lenz (Fn. 31), 33 f.

Oftmals sind psychisch kranke Mütter alleinerziehend, bei den Vätern ist dies selten der Fall.⁶⁴

3. *Lebensumstände von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern*

Insgesamt zeigt es sich, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils – je nach Verlauf der Erkrankung – immer wieder zu gewissen Beeinträchtigungen in der Versorgung und Erziehung des Kindes führen kann, wobei eine adäquate Betreuung des Kindes eher garantiert zu sein scheint, wenn bei zusammenlebenden Eltern der Vater von der psychischen Erkrankung betroffen ist.⁶⁵

Wenn die Kindeseltern zusammen leben und einer von ihnen psychisch krank ist oder krank wird, kann eine adäquate Betreuung des Kindes durch den gesunden Elternteil oft gewährleistet werden. Doch bei Partnerschaften, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, kommt es aufgrund der Krankheit sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht vermehrt zu Konfliktbelastung und zu einer noch höheren Scheidungsrate als im Bevölkerungsdurchschnitt.⁶⁶ Aus diesem Grund sind sowohl die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden als auch die Gerichte zunehmend mit Obhuts- und Betreuungsfragen bei psychisch kranken Eltern konfrontiert. Die Suche nach der besten Lösung im Sinne des Kindeswohls ist durch die elterliche Erkrankung oft besonders komplex und z. T. problematisch.

Nach einer Trennung oder Scheidung leben Kinder oftmals bei der alleinerziehenden Mutter.⁶⁷ Einem alleinerziehenden, psychisch kranken Elternteil steht jedoch kein gesunder Partner zur Verfügung, der kompensierend eingreifen kann und Verantwortung für die Kinder übernimmt. So kann es in der Folge aufgrund der Belastung zur Verschlechterung des psychischen Zustandes kommen. Die krankheitsbedingten Einschränkungen in der Beziehungs- und/oder Erziehungsfunktion belasten den erkrankten Elternteil zusätzlich und verstärken seine Schuldgefühle wie auch seine Ängste und Sorgen über die Zukunft der Kinder. Die krisenhafte Situation kann sich weiter zuspitzen, wenn der erkrankte Elternteil den Verlust der Beziehung

64 Vgl. Gurny et al. (Fn. 62), 79. In der Winterthurer Studie von Gurny et al. zeigten sich sehr grosse Unterschiede bei den Geschlechtern: So leben psychisch erkrankte Frauen viel häufiger (30%) *ohne Partner, bzw. als Alleinerziehende*, mit ihren Kindern zusammen als psychisch kranke Männer (2%). Vgl. auch Gehrman/Sumargo, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2009, 383, 384.

65 Lenz (Fn. 31), 34.

66 Vgl. Lenz (Fn. 20), 12. Die Scheidungsrate in der Schweiz liegt bei der allgemeinen Bevölkerung bei 40%, wobei in knapp der Hälfte dieser Scheidungen minderjährige Kinder involviert sind. Insgesamt waren im Jahr 2013 12 198 unmündige Kinder von der Scheidung ihrer Eltern betroffen. Vgl. hierzu: Bundesamt für Statistik (Hrsg.), *Familien in der Schweiz*, Statistischer Bericht 2008, Neuchatel 2008, 10.

67 Gurny/Cassée/Gavez/Los/Albermann, *Wissenschaftlicher Bericht* 2007, 100.

zum Kind befürchten muss, sei es aufgrund einer drohenden behördlichen Platzierung oder aufgrund der möglichen Zuteilung des Kindes zum gesunden Elternteil.⁶⁸

Eltern, die sich selbst nicht als krank wahrnehmen können, sehen als Ursache für ihre Krankheitssymptome meist schädigende Einflüsse von aussen. Mit der fehlenden Krankheitseinsicht geht die fehlende Behandlungseinsicht einher.⁶⁹ Normale, kindliche Lebensäusserungen im Rahmen alltäglicher Bedürfnisse und der kindlichen Entwicklung insgesamt können bei psychisch kranken Eltern zu Überforderung, zu Ärger oder zu ablehnenden Reaktionen führen.⁷⁰ Bei Eltern mit psychischen Störungen steht dem Wunsch nach Hilfe nicht selten die Sorge gegenüber, dass der Staat, das Gericht, die Behörde, ihnen ihre Kinder wegnehmen könnte.⁷¹

Elterliche psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie, die Depressionen oder die Persönlichkeitsstörungen, sind – in ihren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen sowie ihre Angehörigen – einer schweren körperlichen Erkrankung gleichzustellen. Obwohl die krankheitsbedingten Veränderungen des Erlebens und Verhaltens unverschuldet und häufig weder einsichtsfähig noch steuerbar sind, wird psychische Erkrankung, anders als körperliche Erkrankung, teilweise immer noch mit persönlichem Versagen und Schuld assoziiert bzw. stigmatisiert.⁷²

IV. Einzelne psychische Störungen und ihr Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit

Im Folgenden wird die Frage der Erziehungsfähigkeit bei den eingangs genannten vier zentralen psychischen Erkrankungen – Depression, Psychose/Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung –, denen richtende Personen vermehrt begegnen, analysiert.⁷³ Dabei wird aufgezeigt, welche Einflüsse diese auf die Erziehungs- und Betreuungsfähigkeit des kranken Elternteils haben können und in welchen Fällen die Erziehungsfähigkeit trotz psychischer Erkrankung in genügendem Masse vorhanden sein kann. Das Wissen über die Erziehungsfähigkeit und ihre Einschränkung – je nach psychischer Störung – er-

68 Roth, Psychologie und Erziehung 2012, 9, 11.

69 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331.

70 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 338.

71 Roth, Psychologie und Erziehung 2012, 9, 11.

72 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 335.

73 Richter und Richterinnen sowie Mitarbeitende der KESB sind dabei – wie bereits erwähnt – mit zahlreichen psychischen Störungen konfrontiert, wobei aus Platzgründen nur auf eine Auswahl eingegangen werden kann.

möglichst jedoch nur eine Groborientierung, die nicht ohne genaue individuelle Analyse auf den Einzelfall angewandt werden kann.⁷⁴ Das Wissen aus Studien zur Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern, bezogen auf spezifische psychische Störungen, dient somit als Hintergrundwissen und zur Hypothesenbildung bei der einzelfallspezifischen Analyse der Erziehungsfähigkeit eines psychisch kranken Elternteils.⁷⁵

1. Depression und Erziehungsfähigkeit

a) Depression – eine psychische Störung mit vielen Gesichtern

Affektive Störungen wie die Depression oder die Bipolare Störung beinhalten eine Veränderung des Gefühls- und Gemütslebens bzw. der Stimmung und der Motivation. Dieser Stimmungswechsel ist meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet, und der Beginn einer depressiven Störung ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.⁷⁶

Bei Menschen, bei denen eine Depression bzw. eine affektive Störung diagnostiziert wurde, unterscheidet sich die Erkrankung hinsichtlich des Schweregrades und der Dauer ihrer Symptomatik (vgl. Tab. 4b). Zwischen den Phasen kann oftmals eine vollständige Besserung auftreten. Während viele Personen nur wenige Wochen lang zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens an einer klinischen Depression leiden, sind andere immer wieder episodisch – oder auch chronisch – über viele Jahre hinweg betroffen.⁷⁷

Bipolare affektive Störungen zeichnen sich durch ein gestörtes emotionales Gleichgewicht aus, wobei ein intervallartiger Wechsel zwischen depressiven (getrübten) und überschwänglichen (manischen) Grundstimmungen vorliegt. Der vorliegende Beitrag beschränkt sich im Wesentlichen auf eine nähere Beschreibung der depressiven Störung, die in der ICD-10 unter F32 klassifiziert ist (Major Depression), wobei jedoch im Rahmen eines Fallbeispiels auch auf die Bipolare Störung Bezug genommen wird. Ebenso wird anhand eines Fallbeispiels auf die Postpartale Depression und ihre möglichen Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit eingegangen.

In Tabelle 4a und 4b sind die typischen Symptome einer depressiven Störung zusammengefasst.⁷⁸

74 Siehe dazu auch Salzgeber (Fn. 37), 406 ff.

75 Schwabe-Höllein/Kindler (Fn. 3), 143, 144.

76 Vgl. ICD-10 (Fn. 53).

77 Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 565.

78 Symptombeschreibung nach ICD-10, F-32 (Fn. 53).

Tab. 4a. *Typische Symptome depressiver Störungen*⁷⁹

Typische Symptome depressiver Störungen (ICD-10, F-32)	
– gedrückte Stimmung	– psychomotorische Hemmungen und Agitiertheit
– Verminderung von Antrieb, Aktivität und Konzentration	– vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
– Interessenverlust und Freudlosigkeit	– Gefühle der Wertlosigkeit und Selbstvorwürfe
– ausgeprägte Müdigkeit nach kleinsten Anstrengungen	– wiederkehrende Gedanken an den Tod; Suizidpläne oder Suizidversuche
– Schlafstörungen und Morgentief	
– Gewichtsverlust und Libidoverlust	

Tab. 4b. *Depressive Episoden (ICD-10, F32)*⁸⁰

Depressive Episoden (ICD-10)
– F32.0 Leichte depressive Episode: Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen
– F32.1 Mittelgradige depressive Episode: Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist grosse Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen
– F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome: Eine depressive Episode mit mehreren der oben angegebenen quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.
– F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen: Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthetisch sein.

Bei den typischen leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Störungen leiden die Betroffenen unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentrationsfähigkeit sind vermindert. Nach jeder kleinsten Anstrengung kann Müdigkeit auftreten, der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Eine depressive Störung geht fast immer mit einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens einher. Auch bei der leichten Form der depressiven Störung kommt es zu Schuldgefühlen oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit. Die gedrückte Stimmung ist über die Tage hinweg wenig veränderlich, kann von sogenann-

79 Vgl. ICD-10 (Fn. 53).

80 Vgl. ICD-10 (Fn. 53).

ten «somatischen Symptomen» begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Verlust des sexuellen Verlangens.⁸¹ Die Antriebslosigkeit kann – insbesondere am Morgen – so gross sein, dass die einfachsten Tätigkeiten, wie sich Anziehen und Körperpflege, nicht mehr bewältigt werden können.⁸²

Die Differenzierung zwischen a) leichter, b) mittelgradiger und c) schwerer depressiver Episode beruht auf einer komplexen klinischen Beurteilung, die Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt:⁸³ a) Bei einer *leichten Depression* sind zwei oder drei der oben aufgeführten Symptome vorhanden und die betroffene Person ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft dennoch in der Lage, die meisten Aktivitäten des Alltags fortzusetzen, b) bei der mittelgradigen Störung sind gewöhnlich vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und die betroffene Person hat meist grosse Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen, und c) bei einer schweren depressiven Störung sind mehrere der oben angegebenen, quälenden Symptome vorhanden und es besteht typischerweise ein Verlust des Selbstwertgefühls sowie Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig. Meist liegen auch mehrere somatische Symptome vor. Kommen psychotische Symptome wie Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmungen oder ein Stupor dazu, können alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sein.

Auch wenn jeder im Verlaufe seines Lebens einmal Symptome einer Depression erfahren hat – sei es, dass er den Kummer über den Verlust eines geliebten Menschen empfunden oder sich traurig oder besorgt gefühlt hat, weil er ein angestrebtes Ziel nicht erreichen konnte –, so dürfen diese alltäglichen Stimmungsschwankungen nicht mit einer depressiven Erkrankung verwechselt werden. Bei solchen Symptomen wird psychiatrisch keine Depression diagnostiziert.⁸⁴

b) Depression und Elternschaft

Bei depressiven Störungen liegt oftmals ein zeitlich individuell variierendes Zusammenspiel zwischen kranken und gesunden Episoden vor. In den gesunden Episoden sind die Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit meist sehr gering, während sie in der Krankheitsepisode in unterschiedlichem Ausmass reduziert sein können.⁸⁵ Bei einer leichten depressiven Störung eines Elternteils kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Erkrankung keine wesentlichen Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit zur Folge hat. Bei schwereren depressiven Störungen kann das el-

81 Vgl. ICD-10 F-32 (Fn. 53).

82 Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 565.

83 Vgl. ICD-10, F-32 (Fn. 53).

84 Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 565.

85 Vgl. Lenz (Fn. 20), 20.

terliche Verhalten im Umgang mit dem Kind jedoch krankheitsbedingt eingeschränkt sein.⁸⁶ Die elterliche Erkrankung wirkt sich, je nach Alter des Kindes, verschieden auf die Erziehungsfähigkeit bzw. auf die elterlichen Kompetenzen, den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden, aus.

Im *Säuglings- und im Kleinkindalter* können die reduzierte Empathie und emotionale Verfügbarkeit der depressiven Eltern, die verminderte elterliche Feinfühligkeit und Fähigkeit, die kindlichen Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren sowie angemessen auf sie zu reagieren, die Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen.⁸⁷

Im *Kindergarten und Grundschulalter* nehmen depressive Eltern ihre Kinder oft als besonders schwierig wahr, und im Zusammenhang mit neuen Entwicklungsaufgaben haben die Eltern Schwierigkeiten, sich gegenüber dem Kind durchzusetzen sowie Grenzen zu setzen. Teilweise reagieren depressive Eltern auch überängstlich und erlauben expansive Tendenzen des Kindes zu wenig. Der sprachliche Ausdruck ist meist reduziert und positive Kommentare, die das kindliche Selbstwertgefühl stärken, kommen weniger vor.

In der *mittleren Kindheit und im Jugendalter* äussern sich die krankheitsbedingten Einschränkungen dadurch, dass dem Kind nicht selten erwachsenentypische und elterliche Aufgaben und Verantwortung übertragen (Parentifizierung) werden und die Eltern oftmals mit der Aufgabe überfordert sind, ihr Kind bei der Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen.⁸⁸

Es zeigt sich somit, dass sich eine mittelgradige oder schwere Depression in jeder Entwicklungsphase des Kindes einschränkend auf die elterliche Erziehungsfähigkeit auswirken kann. Wenn erkrankte Eltern dazu bereit sind, psychiatrische und psychotherapeutische und allenfalls sozialpädagogische Familienhilfe in Anspruch zu nehmen, können die Belastungen der Kinder oft reduziert werden.⁸⁹ Staub/Felder⁹⁰ verdeutlichen dies exemplarisch anhand einer manisch depressiven Mutter: «Eine manisch depressive Frau zeigt eine deutliche Krankheitseinsicht und eine grosse Verlässlichkeit bezüglich der Behandlung. Trotzdem kommt es jährlich einmal zu schweren depressiven Episoden, gefolgt von einer hypomanischen Nachschwankung. Obwohl die Erziehungsfähigkeit in diesen depressiven Episoden erheblich eingeschränkt ist, besteht ein hinreichendes soziales Netz für die Kinder. Die Kinder sind mit der Krankheit der Mutter vertraut, wissen, dass jede Episode ein Ende hat und dass danach die Mutter wieder sehr kompetent für sie da ist.»

86 Mattejat/Remschmidt, Deutsches Ärzteblatt 2008, 312, 313.

87 Mattejat/Remschmidt Deutsches Ärzteblatt 2008, 312, 313. Reduziert sind beispielsweise auch Blickkontakt, Lächeln, Sprechen, Imitieren, Streicheln sowie Interaktionsspiele. Vgl. auch Lenz (Fn. 20), 19.

88 Mattejat/Remschmidt, Deutsches Ärzteblatt 2008, 312, 313 ff.

89 Mattejat/Remschmidt, Deutsches Ärzteblatt 2008, 312, 316.

90 Staub/Felder (Fn. 44), 81.

Das Fallbeispiel zeigt auf, dass auch wenn eine depressive Störung die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils beeinträchtigt, für die Kindeszurechnung letztendlich entscheidend ist, ob der betreffende Elternteil therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt und stützenden Massnahmen für das Kind (insbesondere während den Episoden) zustimmen kann, damit krankheitsbedingte Einschränkungen kompensiert werden können.⁹¹ Viele Patienten mit affektiven Störungen sind gut in der Lage, ihre Beeinträchtigung zu sehen und entsprechende Unterstützung zuzulassen, wobei ihre Erziehungsfähigkeit jedoch meist zu Beginn der Erkrankung, bzw. vor Inanspruchnahme einer Behandlung, eingeschränkt sein kann.

c) Fallbeispiel: depressive Phase nach elterlicher Trennung

Nach der Trennung von ihrem Mann reagiert die aus dem Ausland stammende Mutter mit Depression,⁹² besucht eine Psychotherapie und wird in der Psychiatrie drei Tage lang behandelt. Zuvor waren keine psychischen Auffälligkeiten bei der Mutter zu beobachten. Die Trennung erfolgte nach einer ausserehelichen Beziehung des Mannes. Die stark christlich orientierte, dunkelhäutige Mutter hält seither noch stärker an ihrem Glauben fest als zuvor.

Der Vater Markus Kuhn, ein Schweizer Handwerker aus einer kleinen Gemeinde, weist auf die psychische Labilität der Mutter und ihre starke Religiosität hin und wünscht die alleinige Obhut. Gemeinsam mit den Grosseltern väterlicherseits, bei denen er nach der Trennung wohnt, möchte er für das Kind sorgen und der Mutter eine ausgiebige Besuchsregelung anbieten. Zugleich erläutert er, dass die Mutter aufgrund ihrer Schichtarbeit für das fünfjährige Kind nicht adäquat sorgen könne und häufig Fremdbetreuung beanspruche, was durch die Betreuung der Grosseltern väterlicherseits nicht mehr notwendig wäre.

Den Antrag des Vaters, wonach die gemeinsame elterliche Sorge und die geteilte Obhut aufgehoben werden sollen, muss der Einzelrichter ein Jahr nach der Trennung behandeln. Zu diesem Zeitpunkt wohnt der fünfjährige Sohn jeweils eine Woche bei der Mutter und eine Woche beim Vater. Hier beschäftigte sich der Richter u. a. mit den folgenden zwei Fragen:

(a) Welche Auswirkungen würde ein möglicher Entzug der Obhut auf die psychisch labile Mutter haben? Entsteht dadurch die Gefahr einer erneuten Dekompensation der Mutter, mit einer depressiven Phase und Suizidgefahr, wenn sie sich ihrer Hauptaufgabe entledigt fühlt? Eine Verschlechterung des Befindens der Mut-

91 Staub/Felder (Fn. 44), 81.

92 Alle im Beitrag vorgestellten Fallbeispiele stellen keine wahren Fälle aus der Praxis dar. Sie sind von den Autorinnen und Autoren auf Basis ihrer gutachterlichen, klinischen, supervisorischen und juristischen Tätigkeit konstruiert und integrieren jeweils typische Elemente aus den zahlreichen von ihnen behandelten Fällen mit erfundenen Namen.

ter kann im Sinne der zirkulären Kausalität⁹³ auch einen negativen Einfluss auf das Kind bzw. auf das Kindeswohl haben.⁹⁴ Darf und soll der Richter somit das Elternwohl bei der Entscheidung mitberücksichtigen, und zwar dem Kind und dem Mutterwohl zu Liebe?

(b) Die zweite Frage hängt mit den elterlichen Kompetenzen der Mutter zur Zeit der Trennung und zum Zeitpunkt der richterlichen Entscheidung zusammen. Eine nähere Analyse der Kompetenzen beider Eltern zeigt, dass die elterlichen Kompetenzen der Mutter – direkt nach der Trennung – durch die damit verbundene Lebenskrise minim eingeschränkt waren. Dies ist zum Zeitpunkt der Verhandlung bzw. ein Jahr später nicht mehr der Fall. Eine Kindeswohlgefährdung seitens der Mutter, wie der Vater sie beschrieben hat, lag zur keiner Zeit vor, u. a. da die Mutter für das Kind und für sich aktiv Hilfe in Anspruch nahm. Würde die richtende Person allein die depressive Phase direkt nach der Trennung und ihren kurzfristigen Einfluss auf die elterlichen Kompetenzen berücksichtigen, könnte die richterliche Einschätzung anders aussehen. Der Verlauf der depressiven Störung der Mutter verdeutlicht einmal mehr, dass psychische Störungen kein zeitlich stabiles Phänomen sind.

d) Postpartale Depression

Für werdende Mütter ist der Übergang zur Elternschaft mit bedeutenden Veränderungen verbunden, und unmittelbar nach der Entbindung treten bei vielen Müttern Stimmungsschwankungen auf.⁹⁵ Diese sind jedoch meist von vorübergehender und leichter Natur. Ca. 3% aller Mütter leiden hingegen nach der Geburt unter einer anhaltenden, behandlungsbedürftigen postpartalen Depression,⁹⁶ wobei mehrere Schätzungen gar von 10 bis 15% aller Mütter ausgehen.⁹⁷ Eine postpartale Depression stellt eine spezifische Form der Depression dar, die direkt nach der Geburt des Kindes bzw. meist innerhalb vier Wochen nach der Geburt auftritt, also zu einem

93 Zu zirkulärer Kausalität vgl. Kap. 5.2.5.

94 Vgl. Ludewig, FamPra.ch 2009, 920, 927.

95 Prävalenz bis zu 80%. Vgl. Martini, Wenn das Muttersein nicht glücklich macht, *Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie* 2011, 34.

96 Kurstjens/Wolke, Postnatal und später auftretende Depression bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren, *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 2001, 33, 34.

97 In ICD-10 ist die Postpartale Depression (ICD-10 F53) unter den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren aufgeführt. Hier erfolgt eine Unterscheidung für psychische oder Verhaltensstörungen, die in den ersten sechs Wochen nach der Geburt auftreten. Im DSM-IV wird die Postpartale Depression durch die allgemeingültigen Kriterien klassifiziert. Bei einem Episodenbeginn innerhalb der ersten vier Wochen nach der Geburt wird das Zusatzkriterium «mit Postpartalem Beginn» verwendet, um die besondere Situation der frühen Mutterschaft und der typischen Symptomkonstellation zu spezifizieren. Vgl. Martini, *Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie* 2011, 34.

Zeitpunkt, in dem die Mütter bereits aus der Geburtsklinik entlassen wurden.⁹⁸ Eine typische Symptomkonstellation zeigt sich dabei: Neben den Kernkriterien depressiver Störungen (vgl. Tab. 4a und 4b) berichten die Betroffenen insbesondere von Überforderungserleben und dem Gefühl der Wertlosigkeit als Mutter bzw. eine schlechte Mutter zu sein, wobei auch Suizidalität auftreten kann. Die Erkrankung trifft die Mütter meist unerwartet und wird von ihnen und ihrer Umgebung oft nicht früh genug erkannt.⁹⁹ Bei einer frühen Diagnostik und adäquater therapeutischer und medikamentöser Behandlung kann es zu einer relativ schnellen Genesung kommen, wobei eine postpartale Depression durchschnittlich sechs bis sieben Monate dauert.¹⁰⁰ In vielen Fällen kommt den betroffenen Frauen jedoch nicht die notwendige Hilfe zu. Ein Grund hierfür ist möglicherweise die vergleichsweise geringere Bekanntheit der postpartalen Depression im deutschsprachigen Raum – im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum.¹⁰¹

Bei der postpartalen Depression kann eine Gefährdung des Kindeswohls entstehen, da die Mutter unter der «subjektiv erlebten mangelnden Qualität der Bindung» leidet, was ihr Verhalten beeinflusst und zu einer nicht ausreichenden Betreuung des Kindes bzw. zu einer Kindeswohlgefährdung führen kann.¹⁰² Die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit in der Postpartalzeit bezieht sich aufgrund der schnellen Entwicklung des Kindes und seiner sich verändernden Bedürfnisse auf einen eher kurzen Zeitraum, in dem die Mutter die Erfordernisse für die Betreuung des Säuglings nicht adäquat erfüllen kann. In dieser Phase muss die Mutter-Kind-Interaktion gefördert werden. Der Mutter soll die Möglichkeit gegeben werden (z. T. unter Beobachtung), selbst für das Kind zu sorgen, damit sie ihre Kompetenzen entfalten kann. Die langfristige Prognose bei depressiv erkrankten Müttern ist oft günstig einzuschätzen. Doch ist eine individuelle Analyse der Erziehungskompetenz je nach Schwere der Störung wichtig (vgl. Fallbeispiel postpartale Depression). In der akuten Phase der postpartalen Depression, direkt nach der Geburt, hat die Erkrankung deutliche Auswirkungen auf das Kind, jedoch kann bei Behandlungsbereitschaft der Mutter meist von stabilen Verbesserungen ausgegangen werden.¹⁰³

e) Fallbeispiel: postpartale Depression

Nach der Geburt ihres ersten Kindes leidet Bettina Blum¹⁰⁴ unter einer schweren postpartalen Depression. Diese wird vorerst nicht bemerkt, nicht diagnostiziert und die alleinerziehende Bibliothekarin wird nach der Geburt mit ihrem Kind aus

98 Vgl. Sonnenmoser, Vom Tief nach der Geburt, Deutsches Ärzteblatt 2007, 82, 82.

99 Martini, Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie 2011, 34, 34.

100 Vgl. Sonnenmoser (Fn. 98), 82, 83.

101 Vgl. Gröhe, Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes, Göttingen 2003, 9.

102 Hohm/Rave (Fn. 5), 178, 188 ff.

103 Hohm/Rave (Fn. 5), 178, 188.

104 Alle Namen und persönlichen Daten sind erfunden (vgl. Fn. 92).

dem Spital entlassen. Allein in der Wohnung, ist die Mutter extrem überfordert und versucht, ihr Kind in einer Stresssituation zu würgen. Erschrocken von ihrer Handlung bringt Bettina Blum ihren Sohn Samuel zu seinem Vater Adam Adler und wendet sich an eine psychiatrische Klinik, wo eine postpartale Depression diagnostiziert wird und eine viermonatige Behandlung erfolgt. Frühere psychische Auffälligkeiten waren bis zu der Geburt bei Bettina Blum nicht bekannt. Der Vater bekommt die Obhut für das Kind und betreut es mit Hilfe von mehreren Aupair-Mädchen. Nach Angaben der Beiständin scheint der Vater mit der Kindesbetreuung überfordert zu sein. Aufgrund häufigen Streits mit den Aupair-Mädchen wechseln diese wiederholt, was für das Kind einen ständigen Wechsel der Bezugspersonen bedeutet. Nach der Klinikentlassung erfolgt bei der Mutter eine Stabilisierung. Sie sucht Kontakt zum Kind, arbeitet in ihrem Beruf und zeigt keine weiteren Auffälligkeiten. Es folgen zuerst begleitete Besuche und später auch unbegleitete.

Als Samuel dreieinhalb Jahre alt ist und der Vater mit der Kinderbetreuung immer massiver überfordert erscheint, gibt das Gericht ein psychologisches Gutachten über die Erziehungsfähigkeit beider Eltern in Auftrag. Bettina Blum wird als erziehungsfähig eingeschätzt und kann aus gutachterlicher Sicht für die tägliche Betreuung des Kindes adäquat sorgen bzw. besser als der Vater. Die Mutter ist für das Kind eine zentrale Bindungsperson, sie erkennt die Bedürfnisse des Kindes, geht angemessen auf sie ein und garantiert Kontinuität. Sie betreut das Kind seit zwei Jahren regelmässig während der Woche und an den Wochenenden. Die elterlichen Kompetenzen der Mutter waren direkt nach der Geburt durch die schwere postpartale Depression stark beeinträchtigt – was durch die spezielle Dynamik dieser Störung bzw. ihre kurze Dauer – drei Jahre danach nicht mehr der Fall ist. Die elterlichen Kompetenzen der Mutter reichen zum Zeitpunkt der Begutachtung aus, um die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen. Sie tauscht sich mit dem Vater regelmässig aus und ist auf ihren Wunsch hin weiterhin in psychologischer Behandlung.

Das Ergebnis der psychologisch-psychiatrischen Begutachtung stellt eine Empfehlung für die richtende Person dar, die sie in ihrer Plausibilität und Nachvollziehbarkeit und bzgl. der Erziehungsfähigkeit überprüfen soll. Wenn die Überprüfung positiv ausfällt, kann das Gutachten als massgebliche Grundlage für die rechtliche Entscheidung des Gerichts dienen (vgl. Kap. 7).¹⁰⁵

Der geschilderte Fall stellt für die richtende Person eine Herausforderung in zweierlei Hinsicht dar. Vorerst sind fachliche Kenntnisse über die postpartale Depression und ihren Verlauf nötig. Im vorliegenden Fall kommt es aufgrund der fehlenden Diagnostik wenige Wochen nach der Geburt des Kindes zu einer extremen Kindeswohlgefährdung. Diese besteht drei Jahre später nicht mehr, was aber nur festgestellt werden kann, wenn die Mutter Kontakt zum Kind haben kann und ihre Kom-

105 Vgl. Seifert/Krexa/Kühnel/Bareiss, FamPra.ch 2015, 118.

petenzen erneut untersucht werden. Die Bedürfnisse des Kindes änderten sich in diesen drei Jahren und damit auch die erforderlichen Elternkompetenzen. Die Entscheidung in diesem Fall bedarf Mut seitens der richterlichen Person. Um die eigene Entscheidung psychologisch-psychiatrisch zu überprüfen und die eigene Einschätzung fachlich zu untermauern, wird ein Gutachten als Entscheidungshilfe in Auftrag gegeben (vgl. Kap. 7.1, Gutachten als Entscheidungshilfe).

f) Fazit

Zusammenfassend stellt die Beurteilung der Depression und ihr Einfluss auf die elterlichen Kompetenzen für die richtende Person eine Herausforderung dar, da depressive Störungen so viele Formen, so viele Gesichter haben und die Erziehungsfähigkeit in unterschiedlichem Masse beeinflussen können. Zugleich muss die richtende Person Wissen über die verschiedenen Verläufe der Depression haben, über die typischen leichten, mittelgradigen und schwereren Depressionen, und sie muss Kenntnisse über ihren Einfluss auf die elterlichen Kompetenzen haben. Denn nur so kann sie bei leichten Formen die Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit ausschliessen und bei schweren, chronischen Formen adäquate Massnahmen in die Wege leiten. Wenn Unklarheit über den Schweregrad der Depression besteht und zugleich ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt, kann bzw. muss die richtende Person vorerst weitere Informationen erheben bzw. erheben lassen (vgl. Kap. 3).

2. *Borderline-Persönlichkeitsstörung und Erziehungsfähigkeit*

a) Borderline-Störung

Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden unter einer starken emotionalen Instabilität und haben einen Hang zu selbstverletzendem Verhalten. Sie schildern häufig ein Gefühl der inneren Leere, verbunden mit einem niedrigen Selbstwerterleben und einer hohen Impulsivität.¹⁰⁶ Ihre intensive Angst, verlassen zu werden sowie die mangelnde Impulskontrolle mit Wutausbrüchen führen oft zu zwischenmenschlichen Konflikten und zu grosser Instabilität der persönlichen Beziehungen¹⁰⁷ (vgl. Tab. 5). Charakteristisch für die Borderline-Störung ist ein dichotomes Denkmuster (Schwarz-Weiss-Denken) sowie die kurzlebige Idealisierung von neubekannten Personen mit einer darauffolgenden Entwertung derselbigen (z. B. von Lebenspartnern, Helfern).

106 Barnow, Borderline-Patientinnen als Mütter, PiD-Psychotherapie im Dialog 2007, 378.

107 Beschreibung nach ICD-10 (Fn. 53). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine von zwei Erscheinungsformen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

b) Borderline-Störung und Elternschaft

Wenn Frauen und Männer mit Borderline-Störung Eltern werden, lassen sich oft bestimmte Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit dem Kind und der Erzieherfunktion beobachten, die mit den obigen Spezifika zusammenhängen.¹⁰⁸ Gerichte und Behörden sind relativ häufig mit Fragen der Erziehungsfähigkeit bei Müttern mit Borderline-Störungen konfrontiert. Dies nicht zuletzt, da drei Viertel der Erkrankten weiblich sind, die Erkrankung zwischen dem 15. und dem 40. Lebensjahr besonders ausgeprägt ist und die Kinderrate bei Borderline-betroffenen Frauen überdurchschnittlich hoch ist (z. B. im Vergleich zu Frauen mit Schizophrenie).¹⁰⁹

Die erhöhte Kinderrate bei Müttern mit Borderline-Störungen hängt nicht zuletzt mit dem Versuch der Mütter zusammen, ihre eigenen frühkindlichen Geborgenheitsdefizite ausgleichen zu wollen. Die Sehnsucht nach einer stabilen und «heilen» Familie und der Wunsch, alles besser als die eigene Eltern zu machen, führt zu einem starken Kinderwunsch. Wegen der starken Verlassenheitsängste und dem Wunsch nach Regulation ihrer Affekte suchen sie stets Vorbilder und Ersatz für verlorene Bezugspersonen, von welchen sie schnell enttäuscht sind. Beschäftigt mit der eigenen Affektregulation, können sie als Eltern die Signale ihrer Kinder «entweder gar nicht wahrnehmen oder» diese durch die eigenen «Bedürfnisse nur verzerrt interpretieren» und so auch nicht adäquat auf sie reagieren.¹¹⁰

In Tabelle 5 sind die typischen Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammengefasst.¹¹¹

Tab. 5

<i>Typische Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung¹¹²</i>	<i>Spezifische Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31)</i>
<i>Hauptsymptome der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)</i>	
– impulsives Handeln	– gestörtes Selbstbild
– emotional instabil	– Gefühl «innerer Leere»
– geringe Fähigkeit, voranzuplanen	– Unklarheit über Zukunft und eigene Vorlieben
– anfällig für Kritik von Dritten und damit verbundene Neigung zu explosivem und teilweise gewalttätigem Handeln	– Eingehen von «intensiven, aber unbeständigen Beziehungen»
	– Angst vor dem Verlassenwerden
	– Hang zu Selbstverletzung und Suizid

108 Barnow, PiD-Psychotherapie im Dialog 2007, 378.

109 Hipp/Kleinz, Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und unterstützende Angebote früher Hilfen, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2014, 316.

110 Hipp/Kleinz, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2014, 316, 317.

111 Beschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

112 Beschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

c) Eltern mit Borderline-Störungen aus richterlicher Sicht

Mit Blick auf das Wohl der Kinder stehen Richter und Richterinnen sowie Mitarbeitende der KESB vor besonderen Herausforderungen bei Eltern mit ausgeprägten Borderline-Störungen, die mit den folgenden zwei Aspekten zusammenhängen.

(a) Bei der Borderline-Störung handelt es sich, wenn sie voll ausgeprägt ist, um ein psychiatrisches Störungsbild, das sich erheblich auf die elterliche, meist mütterliche Fürsorgekompetenz auswirken kann.¹¹³ Das langanhaltende, fehlangepasste Muster der Wahrnehmung, des Denkens und des Verhaltens können die betroffene Person bei der Bewältigung ihres alltäglichen Lebens in familiären, sozialen und beruflichen Kontexten stark beeinträchtigen.¹¹⁴ Die akute Gefährdung für das Kind besteht durch die ungenügende Steuerung der eigenen Impulse sowie durch Impulsdurchbrüche unmittelbar gegenüber dem Kind.¹¹⁵

(b) Die richterliche Schwierigkeit bei der Beurteilung liegt aber auch darin, dass das Vorliegen der Borderline-Störung dennoch nicht zwingend bedeuten muss, dass eine adäquate Betreuung nicht möglich ist bzw. eine starke Einschränkung der Erziehungsfähigkeit, mit negativen Einflüssen auf den kindlichen Entwicklungsverlauf, vorliegt. Denn wenn der Elternteil die Dynamik der eigenen psychischen Störung kennt, hilfreiche Bewältigungsstrategien entwickelt sowie psychologische Betreuung und Rückhalt in Anspruch nimmt, kann eine angemessene Versorgung von Kindern gleichwohl möglich sein.

d) Liegt aus richterlicher Sicht eine Kindeswohlgefährdung vor?

Fallbeispiel und Vorgehen bei einer mütterlichen Borderline-Störung

Dina Diestel,¹¹⁶ die alleinerziehende junge Mutter des dreimonatigen Collins, leidet unter einer Borderline-Störung. Sie berichtet über eine getrübe Kindheit und schwierige Lebensverhältnisse in der Gegenwart. Biographisch zeigen sich viele Abbrüche von Beziehungen, mehrere Suizidversuche, Ablehnung der eigenen Eltern, Heimunterbringung, Schulabbruch, Abbruch der Lehre, Schulden und längere Phasen ohne feste Wohnung. Nach der Geburt ihres Sohnes lehnt die 20-jährige Mutter die Unterbringung in einer Mutter-Kind-Institution ab und zieht vorerst bei ihren Eltern – im Folgenden Grosseltern genannt – ein. Als Collin zwei Monate alt ist, zieht die Mutter im Streit aus. Die Grosseltern reichen eine Gefährdungsmeldung bei der KESB ein und berichten, Sorgen um ihr Enkelkind und ihre Tochter zu haben, die ein stark selbstschädigendes Verhalten zeige (Gewichtsabnahme, Ablehnung von

113 Hipp/Kleinz, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2014, 316.

114 Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 573.

115 Hohm/Rave (Fn. 5), 178, 188.

116 Erfundener Fall.

Arztbesuchen). Eine Beiständin wird eingesetzt. Als Verletzungen des dreimonatigen Collins festgestellt werden, hat die Mutter keine Erklärungen für diese. Die verordnete ärztliche Abklärung ergibt, dass es sich um Bissspuren eines Erwachsenen handelt, doch betont die Mutter, solche Handlungen nie vorgenommen zu haben, und fühlt sich durch die Abklärung angegriffen. Die Mutter ihrerseits erlebt sich als eine gute Mutter, die viel Liebe zu geben hat. Sie beschreibt ihre tiefe Einsamkeit und ihre Angst, die Obhut für ihr Kind zu verlieren. Den erneuten Vorschlag, eine Unterbringung in einer Mutter-Kind-Institution zu versuchen, lehnt die Mutter ab, da diese eine Einschränkung ihrer Autonomie und Entfaltungsmöglichkeit bedeuten würden.

Wie soll die richtende Person in diesem Fall entscheiden: Ist die Mutter erziehungsfähig bzw. kann sie die Bedürfnisse des viermonatigen Kindes adäquat erfüllen? *Vorgehen der richtenden Person:* Für die umfassende Analyse braucht die richtende Person weitere Informationen, damit sie eine adäquate Abwägung der Gefährdungsrisiken (1) und (2) – bzw. des Gefährdungsrisikos aufgrund der Krankheit der Mutter/Gefährdungsrisiko aufgrund einer unverhältnismässigen Massnahme – vornehmen kann. Die richtende Person will vorerst weitere Informationen sammeln bzw. eine Erprobungsphase ermöglichen. In dieser Zeit sollen die elterlichen Kompetenzen der Mutter weiter überprüft werden (zugleich werden folgende Massnahmen in die Wege geleitet: Ein Beistand/eine Beiständin wird eingesetzt, eine Therapie und eine Beratung für die Mutter wird angeordnet und ein Gutachten für die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit der Mutter wird in Auftrag gegeben).

Elternschaft und Borderline-Störung im konkreten Fallbeispiel: In der Erprobungsphase zeigt sich das folgende Bild: Das selbstständige Leben mit dem Säugling ist für die Mutter mit zahlreichen stressbelasteten Situationen verbunden. Bei Stress reagiert die Mutter teilweise mit aggressiven Anfällen, in denen sie sich sowie nahestehende Personen zerkratzt. Als die Beiständin die Mutter zu Hause besucht, weint Collin intensiv und die Mutter berichtet, bereits auf verschiedenen Wegen versucht zu haben, das Kind zu beruhigen. Erst gemeinsam mit der Beiständin stellt die Mutter fest, dass der viermonatige Collin sieben Stunden zuvor das letzte Mal gegessen hat.

Weiterhin wird ersichtlich, wie sehr die Mutter affektiv instabil ist, dass sie starke Ängste hat, innere Leere erlebt, eine geringe Impulskontrolle hat sowie Autoaggressionen und phobische Tendenzen. Die Mutter befindet sich in den letzten Jahren in einer ständigen Lebenskrise. Eine konstante, emotionale Beziehung ist für sie schwierig, und die Partnerschaften sind jeweils sehr kurz. Ihr Selbstbild schwankt stark zwischen dem Gefühl eines minderwertigen Daseins und einer machtvollen Präsenz («Ich werde es allen noch zeigen»). Weiterhin kommt es bei der Mutter zur «Betonierung der Opferrolle». Sie erklärt sich ihre Misserfolge meist durch ihre schwierige

Kindheit; ihren Aufenthalt im Heim, in der Sonderschule und durch die Ablehnung von Drittpersonen (Lehrern, Mitschülern, Eltern, Arbeitgebern). Aus ihrer Sicht sind in der Regel die anderen daran schuld, wenn es ihr nicht gut geht. Verbesserungsvorschläge oder auch produktive Kritik erlebt sie als kränkend und extrem belastend. Dieses Verhalten ist typisch für die diagnostizierte Erkrankung.

Die Abklärung während der Erprobungsphase zeigt *insgesamt*, dass die Mutter die Grundbedürfnisse des Kindes nicht adäquat erfüllen kann, sobald sie selber emotional belastet ist. Zu diesem Zeitpunkt ist die Mutter nicht in der Lage, alleine für ihren Sohn zu sorgen, ohne das Kind zu gefährden. Unerfüllt bleiben die Grundbedürfnisse, «Ernährung und Versorgung», «Erhalt der Gesundheit» (psychisch und physisch), «Schutz vor Gefahren» und «stabile Bindung» (vgl. Tab. 1). Die Mutter kann dem Kind keine Stabilität der Lebensumstände bieten (keine eigene Wohnung, lebt bei verschiedenen Bekannten, hat Schulden). Sie schützt ihre Gesundheit sowie die des Kindes unzureichend. Die emotionale Bindung ist mangelhaft, und es kommt zur Inkonsistenz in der Zuwendung zum Kind und seiner Betreuung. Dies äussert sich durch widersprüchliches Verhalten: In mehreren Situationen kommt es zu Feindseligkeiten gegenüber dem Sohn und zu Ablehnung. Auch ist die Mutter z. T. unfähig, das Kind als eigenständige Persönlichkeit wahrzunehmen und die eigenen Bedürfnisse von denen des Kindes zu trennen. Sie hat die Erwartung, dass das Kind ihre tiefe Einsamkeit beenden könne. Alle diese Aspekte sind typisch für Mütter, die unter Borderline-Störungen leiden. Die Mutter wünscht sich sehr, ihr Kind liebend zu betreuen, hat aber aufgrund ihrer Erkrankung nicht die ausreichenden elterlichen Kompetenzen für eine adäquate Betreuung. Aufgrund der Borderline-Störung der Mutter können gefährliche Situationen für das kleine Kind entstehen.

Weiteres Vorgehen der richtenden Person nach Abschluss der Begutachtung und der Erprobungsphase: Für die richtende Person stellt sich die rechtliche Entscheidung nach Abschluss der obigen Abklärung (bzw. auch nach dem Erhalt der obigen Empfehlung in Form eines Gutachtens) weiterhin als ein Dilemma dar. (a) Eine Kinderschutzmassnahme ist im vorliegenden Fall nötig, da die Mutter mangelhafte elterliche Kompetenzen hat und betreutes Wohnen in einer Mutter-Kind-Institution ablehnt. (b) Doch die Mutter selber hat eine schwierige Kindheit gehabt, liebt ihren Sohn innig und es lässt sich erwarten, dass eine behördliche Platzierung oder auch eine Platzierung des Kindes bei den Grosseltern mütterlicherseits die psychische Situation der Mutter verschlechtern würde, die schon mehrfach mit Suizid drohte. Was tun? (vgl. 5.2.5)

e) Exkurs: zirkuläre Kausalität – Kindeswohl vs. Elternwohl
bzw. Kindeswohl ohne Elternwohl?

Das Kindeswohl steht über dem Elternwohl, denn der Begriff Kindeswohl vermittelt eine klare Bewertung.¹¹⁷ Zugleich verdeutlicht der Begriff, dass eine gewisse Wechselwirkung zwischen Kindeswohl und Elternwohl bestehen kann bzw. dass sich das Kindeswohl und das Elternwohl sich gegenseitig beeinflussen.¹¹⁸ Denn geht es der Mutter oder dem Vater infolge der richterlichen Entscheidung gut, dann hat dies wahrscheinlich auch einen positiven Einfluss auf das Kind, geht es einem Elternteil dagegen schlecht, wirkt sich dies meist auch negativ auf das Kindeswohl aus. Es ist das Prinzip der «zirkulären Kausalität»,¹¹⁹ welches im richterlichen Entscheidungsprozess besondere Rücksichtnahme und Mühe einfordert.

In der Regel orientieren sich Menschen am Linearitätsprinzip, nach welchem eine Handlung A eine Wirkung B zur Folge hat. In der sozialen Wirklichkeit und insbesondere in Beziehungssystemen sind Handlungsfolgen jedoch zutreffender als «Wechselwirkungen» zu betrachten, und der Richter darf den Fall keinesfalls nur linear betrachten.¹²⁰ Denn A und B beeinflussen sich gegenseitig, haben wiederum Auswirkung auf C und D, welche ihrerseits Rückwirkungen zeitigen und so fort. Eine Änderung in einem Bereich des Familiensystems ist demzufolge aufgrund der Wechselwirkung untrennbar mit Veränderungen – allenfalls auch Störungen – in anderen Systembereichen verbunden.¹²¹ Eine richterliche Entscheidung ändert das System und bewirkt nicht einfach eine Umstellung in einem sonst gleichbleibenden System. Richter und Richterinnen sind sich dieser Tatsache bewusst, und genau dieses Wissen über die zirkuläre Kausalität kann die richtende Person bei ihrer Entscheidung auch hemmen.¹²²

Entscheidung und Massnahmen der richtenden Person: Die Erziehungsfähigkeit der Mutter ist im vorliegenden Fall aufgrund der diagnostizierten Störung und aufgrund der analysierten Mutter-Kind-Beziehung als sehr niedrig einzuschätzen und die richtende Person muss eine behördliche Platzierung anordnen. Die Mutter benötigt therapeutische wie sozialtherapeutische Unterstützung, um ihre Kompetenzen zu steigern, wobei nicht gesichert ist, ob die Mutter behandlungsbereit ist. Bei einer Borderline-Störung sind in der Regel eine langjährige Therapie sowie sozialtherapeutische Massnahmen nötig.¹²³

117 Vgl. Motz, Kindeswohl vor Elternrecht – Das Cochemer Modell, FamPra.ch 2007, 850, 850.

118 Ludewig, FamPra.ch 2009, 920, 927.

119 Schlippe/Schweitzer, Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen 2002, 90.

120 Vgl. Schlippe/Schweitzer (Fn. 119), 90.

121 Schlippe/Schweitzer (Fn. 119), 90.

122 Ludewig, FamPra.ch 2009, 920, 922

123 Die Mutter benötigt u. a. Unterstützung bezüglich des Umgangs mit den eigenen Schwächen und Stärken, mit den Selbststeuerungsproblemen, der unkontrollierbaren Regressionen sowie des Umgangs mit Aggressionen und Selbstaggressionen.

3. Schizophrenie und Erziehungsfähigkeit

a) Schizophrenie

Die Schizophrenie gehört zu den schwersten psychischen Störungen. Ca. 1% der Bevölkerung leidet unter dieser schweren Erkrankung. Frauen sind etwa gleich häufig betroffen wie Männer, wobei die Erstmanifestation der Erkrankung bei Frauen tendenziell etwas später erfolgt bzw. im späteren dritten Lebensjahrzehnt. Beim Ausbruch der Krankheit hat deshalb ein Teil von ihnen bereits Kinder.¹²⁴

Die Erkrankung führt zu gravierenden Funktionseinschränkungen: Zu Denk- und Wahrnehmungsstörungen sowie zu inadäquater oder verflachter Affektivität. Die Betroffenen glauben oft, dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder dass andere daran teilhaben. Besonders häufig sind akustische Halluzinationen, die das Verhalten oder die Gedanken kommentieren.¹²⁵ In Tabelle 6 sind die typischen Symptome schizophrener Störungen zusammengefasst.¹²⁶

Tab. 6. *Typische Symptome schizophrener Störungen*¹²⁷

Positive Symptome der Schizophrenie	Negative Symptome der Schizophrenie
– Halluzinationen begleitet von Wahngedanken (u. a. Verfolgungswahn und Kontrollwahn)	– auffällige Apathie (Trägheit)
– Gedankenlautwerden	– Sprachverarmung
– Stimmen hören, die nicht real sind	– verflachte oder inadäquate Affektivität
– Verwirrtheit (auch Sprachverwirrtheit)	– soziale Zurückgezogenheit mit verminderter sozialer Leistungsfähigkeit
– gestörtes Verhalten	

Die Störung kann akut mit schwerwiegend gestörtem Verhalten oder schleichend mit allmählicher Entwicklung seltsamer Gedanken und Verhaltensweisen beginnen.¹²⁸ Die Krankheit kann, wie oben bereits erwähnt, verschiedene Verläufe haben. (1) Ein Teil der Betroffenen erlebt eine akute Phase, (2) oder einige wenige akute Phasen der Psychose, wird gesund und kann ein normales Leben führen. Teilweise kommt es zur fast vollständigen Heilung, wobei sich noch Restsymptome zeigen. (3) Bei anderen Betroffenen kommt es zu einer Chronifizierung, und die Krankheit begleitet sie ein Leben lang. Früherkennung und damit auch frühzeitige Behandlung beeinflussen die Verlaufsprognose günstig.¹²⁹

124 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 335.

125 Symptombeschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

126 Symptombeschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

127 Beschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

128 Beschreibung nach ICD-10 (Fn. 53).

129 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 336.

Bei der Erkrankung wird zwischen positiver und negativer Symptomatik unterschieden (vgl. Tab. 6). In der akuten Phase der Schizophrenie überwiegen die positiven Symptome, wie Halluzinationen (Bsp. Stimmen hören, die nicht real sind), Wahnvorstellungen (u. a. Verfolgungswahn, Kontrollwahn), Gedankenlautwerden, Verwirrtheit (auch Sprachverwirrtheit) und gestörtes Verhalten. Zu anderen Zeiten können die negativen Symptome wie soziale Zurückgezogenheit mit verminderter Leistungsfähigkeit, Emotionslosigkeit, Sprachverarmung und Trägheit stärker hervortreten.¹³⁰

Die von einer chronischen Schizophrenie Betroffenen (Gruppe 3) erleben entweder wiederholt akute Phasen mit kurzen Unterbrechungen, die von negativer Symptomatik gekennzeichnet sind, oder aber gelegentlich akute Phasen mit lang dauernden Perioden negativer Symptomatik bzw. leiden weder im einen noch im anderen Falle durchgehend unter positiven Symptomen wie beispielsweise akuten Wahnvorstellungen.

b) Schizophrenie und Elternschaft

Der betroffene Elternteil und seine Familie erleben den Krankheitsausbruch, die erste psychotische Phase, meistens ahnungslos, bzw. realisieren lange nicht, dass eine Schizophrenie vorliegt.¹³¹ Dies obwohl die starken psychischen Symptome zu Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen führen (Arbeit, Partnerschaft, Elternschaft, Freizeitgestaltung, Selbstfürsorge).¹³² So dauert es nach Ausbruch der Erkrankung oftmals sehr lange, bevor der betroffene Elternteil psychiatrische Hilfe erhält. Die mit der psychischen Erkrankung einhergehende veränderte Realitätswahrnehmung verhindert oftmals die Krankheitseinsicht, sodass angebotene Hilfe nicht angenommen wird.¹³³

Wie beeinflusst die Schizophrenie die einzelnen elterlichen Kompetenzen und die Fähigkeit der Eltern, den Grundbedürfnissen des Kindes gerecht zu werden? Die Fähigkeit, als stabile und positive Bindungs- bzw. Vertrauensperson zu agieren, ist während einer akuten Phase deutlich eingeschränkt. Dies gilt auch für die elterliche Feinfühligkeit, d. h. die Fähigkeit, emotionale Signale des Kindes wahrzunehmen und prompt und angemessen darauf zu reagieren. Dagegen kann die Fähigkeit, Regeln und Werte zu vermitteln, teilweise nur moderat eingeschränkt sein. Der Elternteil ist in der akuten Phase nicht in der Lage, die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes zu fördern. Im Durchschnitt bieten schizophrene Eltern ihren Kindern – in noch mässigem Umfang – weniger Aufmerksamkeit, Anregungen und Förderung als nicht von der Krankheit betroffene Personen. Dieses allfällige Manko

130 Vgl. ICD-10 (Fn. 53). Vgl. hierzu auch Gerrig/Zimbardo (Fn. 6), 580.

131 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 336.

132 Foerster/Dressing (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 5. Aufl., München 2009, 169.

133 Schwartländer, Praxis der Rechtspsychologie 2004, 331, 336.

kann jedoch oft durch ambulante/unterstützende Massnahmen kompensiert werden. Das Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko ist zwar deutlich erhöht, die überwiegende Zahl schizophrener erkrankter Eltern stellt für ihre Kinder jedoch keine Gefahr dar.¹³⁴

Die elterliche Erkrankung kann dazu führen, dass die Eltern vorübergehend oder dauerhaft nicht oder nur verzögert auf kindliche Signale reagieren und für die Kinder emotional nicht oder nur schwer erreichbar sind. Sie verhalten sich eher passiv oder sie verhalten sich dem Kind gegenüber überfürsorglich und bevormundend. Teilweise kann es auch zu überstimuliertem Verhalten kommen, wobei die Eltern hierbei nicht auf die kindlichen Signale reagieren, sondern ihr Verhalten ist vielmehr durch ihre eigenen Bedürfnisse gesteuert. Dies kann dazu führen, dass sie sich gegenüber den Kindern abweisend und entwertend äussern; es kann auch zu im Charakter stark wechselndem und damit für die Kinder unberechenbarem Interaktionsverhalten der Eltern kommen.¹³⁵

Bei schizophrenen Eltern zeigen sich bezüglich der erzieherischen Fähigkeiten insgesamt deutliche Einschränkungen in verschiedenen Bereichen, die insbesondere die bindungsrelevante Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen und auch die Fähigkeit zur kognitiven Förderung, betreffen.¹³⁶

Durch Behandlungsbereitschaft sowie unterstützende Massnahmen kann das Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko vermindert werden.¹³⁷ Faktoren, die die Stärke des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Erziehungsfähigkeit besonders beeinflussen, sind die Schwere der Krankheit, die Anzahl der notwendigen stationären Aufenthalte in einem bestimmten Zeitraum und das Ausmass der funktionalen Einschränkung. Zusammenfassend gesagt, ist die Erziehungsfähigkeit des schizophren erkrankten Elternteils in der psychotischen Phase stark beeinträchtigt. Die Mehrzahl der elterlichen Kompetenzen ist stark reduziert. Die vorliegenden Befunde dürfen jedoch keinesfalls nahtlos auf den Einzelfall übertragen werden, denn es bedarf immer einer individuellen Analyse.¹³⁸

Schizophrenie und richterliche Entscheidung: Bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit eines Elternteils mit Verdacht auf die Diagnose Schizophrenie muss die richtende Person im ersten Schritt – mit Hilfe von psychiatrischen-psychologischen Abklärungen, feststellen, ob eine Schizophrenie vorliegt und welchen Verlauf diese aufweist (liegt eine chronische Schizophrenie oder eine kurze akute Phase vor? Holt sich der Elternteil psychiatrische und psychosoziale Hilfe? usw.). Im zweiten Schritt erfolgt die Analyse der elterlichen Kompetenzen und der Fähigkeit des Elternteils, auf die Kindesbedürfnisse einzugehen (vgl. Abb. V und Abb. VI).

134 Schwäbe-Höllein/Kindler (Fn. 3), 143, 148 ff.

135 Lenz (Fn. 20), 19 f.

136 Lenz (Fn. 20), 19 f.

137 Schwäbe-Höllein/Kindler, (Fn. 3). 143, 149.

138 Schwäbe-Höllein/Kindler (Fn. 3), 143, 151 f.

c) Fallbeispiel: Obhutentzug und Kontaktverbot bei chronischer Schizophrenie der Mutter

Marc und Laura Lessing,¹³⁹ beide Akademiker, haben zwei Töchter. Als die berufstätige Mutter zum ersten Mal an Schizophrenie erkrankt, übernimmt der Vater die Kinderbetreuung und unterstützt seine Ehefrau. Die Mutter hat während eines erneuten psychotischen Schubs versucht, die ältere Tochter zu würgen. Anschliessend wird die Mutter psychiatrisch behandelt und nach drei Monaten aus der Klinik entlassen. Während dieses Klinikaufenthalts hat der Vater die Trennung sowie ein Kontaktverbot zwischen der Mutter und den Kindern gewünscht. Per Gerichtbeschluss wurde der Mutter der Kontakt zu den Kindern untersagt sowie jegliche Annäherung zum früheren Familienhaus. Nach der Entlassung aus der Klinik versucht die Mutter sehnsüchtig, Kontakt zu beiden Töchtern herzustellen, darf sie aber drei Jahre lang nicht sehen, auch nicht begleitet. Der besorgte Vater steht dem Wunsch der Mutter ambivalent gegenüber. Die Mutter lebt drei Jahre nach der Entlassung aus der Klinik selbstständig, nimmt ihre Medikamente jedoch unregelmässig und arbeitet Teilzeit. In dieser Phase bittet sie erneut darum, ihren Kindern, die mittlerweile neun und zehn Jahre alt sind, begegnen zu können, und stimmt erneut jeglicher Begleitung zu. Ihr Anliegen wird von der KESB, welche sich auf den drei Jahre zurückliegenden Entscheid des Gerichts bezieht, nicht erhört.

Die Entscheidung der richtenden Person im obigen Fall scheint vorerst eindeutig und einfach zu sein. Die Mutter leidet unter einer akuten Schizophrenie und gefährdet ihre Töchter massiv. Mit der Zeit zeigt sich jedoch die Komplexität des Falles. Denn nach der ersten rechtlichen Entscheidung, wonach die Mutter aufgrund der chronischen Schizophrenie nicht erziehungsfähig ist, stellen sich nun weitere Fragen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung, dem Kindeswohl und dem Elternwohl: Darf/soll die nicht erziehungsfähige Mutter je wieder Kontakt zu den Kindern haben? Wenn ja, welche Instanz/Behörde soll die Verantwortung für eine Abklärung und den möglichen Kontakt im (gesicherten Rahmen) übernehmen? Welche weiteren Massnahmen wären in diesem Fall möglich und sinnvoll? (Vgl. Kap. 7.2).

d) Fallbeispiel: chronische Schizophrenie und Heimplatzierung

Die Komplexität der richterlichen Entscheidung im Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung eines Elternteils zeigt sich auch im folgenden Fall.

Eine alleinerziehende junge Mutter, Lea M., leidet nach der Geburt ihres ersten Kindes unter einer akuten Psychose, tanzt nackt auf der Strasse und wird hierauf stationär behandelt. Nach der Entlassung aus der Klinik erfolgen Drogenkonsum und extreme Verwahrlosung des Kindes, worauf das Kind fremdplatziert wird. Als die Mutter erneut schwanger wird, verreist sie für die Geburt ins Ausland bzw. in die

139 Namen und Daten erfunden.

Heimatstadt ihrer Grosseltern, da sie Angst hat, auch das zweite Kind könnte ihr weggenommen werden. Nach der Geburt des zweiten Kindes wird sie im Ausland psychiatrisch behandelt, da sie erneut psychotisch wurde und nackt auf der Strasse tanzte. Sie ist nicht in der Lage für den Säugling zu sorgen. Zurück in der Schweiz gelingt es der Mutter trotz Behandlung nicht, psychische Stabilität zu erlangen (Drogenkonsum, psychotische Phasen). Die Kinder sind im Heim untergebracht. Die Mutter glaubt wieder gesund zu werden, sobald die Kinder bei ihr leben würden, und kündigt mehrfach an, die Kinder vom Heim abzuholen. Erneut tanzt die Mutter nackt vor dem Heim, und die inzwischen etwas älteren Kinder (3 und 5 Jahre alt) nehmen die Situation wahr.

Rechtlich muss die richtende Person im vorliegenden Fall entscheiden, ob die Mutter – angesichts der bestehenden Entführungsgefahr – weiterhin Kontakt zu den Kindern haben darf/kann. Die Mutter wünscht sich, mit ihren Kindern unter einem Dach selbstständig zu wohnen, und glaubt, dass sie wieder gesund werden würde, sobald die Kinder bei ihr wohnen würden. Wie soll die richterliche Entscheidung lauten: Darf/soll die Mutter Kontakt zu den zwei Kindern haben?

Erziehungsfähig trotz Schizophrenie? Positive Beispiele, bei denen der psychisch kranke Elternteil erziehungsfähig ist und bleibt, und sich an der Betreuung des Kindes beteiligt, sind durchaus möglich und kommen vor. Eine Reihe von positiven Bedingungen liegen in diesen Fällen vor: Eine Krankheitseinsicht, Annahme von externer Hilfe, Wissen des Kindes über die psychische Störung des Elternteils, gute Ersatzbetreuung des Kindes während der akuten Phasen der Erkrankung und während der Unterbringung des Elternteils in der Klinik.

4. *Posttraumatische Belastungsstörung und Erziehungsfähigkeit*

Richter und Richterinnen müssen in zahlreichen Fällen beurteilen, ob eine Kindeswohlgefährdung aufgrund einer psychischen Störung eines Elternteils vorliegt. Einige dieser psychischen Störungen sind gravierend, andere dagegen stellen eher eine leichte Form dar, ohne erheblichen Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit. Und in einigen Fällen liegen gar keine psychischen Störungen vor, sondern lediglich gegenseitige Vorwürfe zweier Eltern oder die nicht überprüften Annahmen Dritter. Dabei können Eltern mit und ohne psychische Störungen ihre Kinder gefährden oder deren Bedürfnisse vernachlässigen, und umgekehrt können Eltern mit schweren psychischen Störungen ihre Kinder u. U. adäquat betreuen. Eine genaue und oft mühevollen Untersuchung des Sachverhalts mit seinen sozialen und psychologischen Aspekten ist in diesen Fällen unumgänglich.

Im vorliegenden Abschnitt wird exemplarisch auf eine vergleichsweise leichte psychische Störung, die Posttraumatische Belastungsstörung, eingegangen. Insgesamt hat die Posttraumatische Belastungsstörung einen geringen Einfluss auf die Er-

ziehungsfähigkeit. Sie kann in seltenen Fällen zur Beeinträchtigung von einzelnen elterlichen Kompetenzen führen. Viel eher werden jedoch die Bedürfnisse der Kinder aufgrund der traumatischen Erfahrungen der Eltern sehr ernst (zu ernst) genommen. Es kann bspw. zu einer Überbehütung kommen, die sich im Zusammenhang mit den Bedürfnissen nach «Ernährung und Versorgung», «Erhalt der Gesundheit (physisch und psychisch)», «Sicherheit bzw. Schutz vor Gefahren», «emotionale Zuwendung in stabilen sozialen Beziehungen» und «sichere Bindungen» zeigen kann (vgl. Tab. 1).

Im nächsten Abschnitt werden die typischen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung geschildert und anschliessend auf ein Fallbeispiel eingegangen, in dem ein Unwissen über die Grundsymptome und den Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung zu einer ungünstigen Interpretation der Mutter-Kind-Kommunikation führte und in der weiteren Folge beinahe zu einer behördlichen Platzierung. Solche Fehlinterpretationen entstehen häufig bei gegenseitigen Vorwürfen von zerstrittenen Elternpaaren. Es wird dabei auf die z. T. vorschnellen und unzuverlässigen Annahmen von Laien sowie auch von Fachpersonen (wie beispielsweise BeiständInnen) über die Zusammenhänge zwischen kindlichen Auffälligkeiten und psychischen Störungen der Eltern eingegangen.

a) Posttraumatische Belastungsstörung

Traumatische Erfahrungen stellen keine Seltenheit dar. 65% der Männer und 50,9% der Frauen sind mit traumatischen Erfahrungen im Verlauf ihrer Biographie konfrontiert.¹⁴⁰ Die Spanne der traumatischen Erfahrungen ist sehr breit (Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, ernsthafte Bedrohungen, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Krieg etc.). Es zeigen sich drei Verarbeitungsverläufe im Umgang mit traumatischen Erfahrungen: (a) Direkt nach dem Ereignis kommt es bei allen Betroffenen zu emotionalen Reaktionen und einer gewissen Symptombildung, die jedoch noch als *normale psychische Reaktionen* angesehen werden können. Bei der Mehrzahl der Betroffenen kommt es innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem traumatischen Ereignis zu einer Stabilisierung bzw. zur Milderung der Symptomatik. (b) Ein Teil der Opfer von traumatischen Erlebnissen entwickelt sechs bis acht Wochen nach dem Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die 12-Monats-Prävalenz unter Erwachsenen beträgt in Europa dabei ca. 1%.¹⁴¹ Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) werden vier Symptomcluster spezifiziert, die für die Posttraumatische Belastungsstörung typisch sind.

140 Kessler/Sonnega/Bromet/Hughes/Nelson, Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, Archives of General Psychiatry 1995, 52; Butollo/Hagl (Hrsg.), Trauma, Selbst und Therapie – Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie, Bern 2003, 85.

141 Vgl. DSM-5 (Fn. 52). Die 12-Monats-Prävalenz unter erwachsenen US-Bürgern ist höher bzw. beträgt 3,5%. Vgl. hierzug auch Kessler/Sonnega/Bromet/Hughes/Nelson, Archives of General Psychiatry 1995, 52.

U. a. kommt es zu intrusiven Symptomen (ungewolltes Wiedererinnern an das traumatische Ereignis in Form von Alpträumen, Flashbacks), persistierender Vermeidung (der Versuch, Stimuli, die mit dem Trauma zusammenhängen, zu vermeiden wie bspw. Orte, Personen, Gefühle), Veränderung in Kognition und Stimmung und Hyperarousal (Übererregung) und Reaktivität. (c) Bei einem Drittel der Betroffenen, bei welchen sich eine PTBS entwickelt, entsteht eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung.¹⁴²

b) Fall Michael: Einfluss der Posttraumatischen Belastungsstörung auf die Erziehungsfähigkeit?

Die Mutter des neunjährigen Michael stammt aus Ex-Jugoslawien und erlebte als junges Mädchen Gewalt im Krieg. Die Beiständin, die nach der Trennung von Michaels Eltern als Folge eines einmaligen Vorkommnisses häuslicher Gewalt eingesetzt wurde, beobachtet bei der Mutter gewisse Auffälligkeiten in der Erziehung und vermutet als Ursache die traumatischen Erfahrungen der Mutter bzw. eine PTBS. Michael nimmt im Laufe einer unterstützenden Therapie eine verweigernde Haltung ein. Gestützt auf die Vermutung einer mütterlichen PTBS sowie aufgrund der verweigernden Haltung von Michael in der Therapie empfiehlt die Beiständin eine behördliche Platzierung des Kindes. Für die entscheidende Behörde stellt sich die Frage, ob bei der Mutter eine PTBS vorliegt, welche die Erziehungsfähigkeit in einem Masse beeinträchtigt, dass ein Entzug der Obhut gerechtfertigt wäre.

Im Falle von Michael zeigte sich im Rahmen der prozessorientierten Begutachtung (vgl. Kap. 7.1), dass a) bei der Mutter keine PTBS vorlag, auch wenn die Mutter vor 20 Jahren aus ihrer Heimat flüchten musste und viel Elend miterlebt hatte. Die mütterliche Überbelastung resultierte aus der ehelichen Trennung und der neuen Situation als alleinerziehende Mutter sowie den Konflikten mit dem Vater, der eine Heimplatzierung wünschte. Innerhalb von zwei Jahren hatte die Mutter die emotionale Krise überwunden und wieder emotionale Stabilität erlangt (eine Arbeitsstelle, neue Partnerschaft). (b) Zwischen Michael und seiner Mutter bestand eine tiefe, stabile Mutter-Kind Beziehung, und die Mutter pflegte einen adäquaten Erziehungsstil, auch wenn sie teilweise etwas zu emotional auf kindliche Provokationen reagierte. (c) Michael verweigerte die Therapie, weil für ihn die Verarbeitung des elterlichen Trennungskonflikts bereits abgeschlossen war und die einmalige häusliche Gewalt für ihn keine derart traumatische Erfahrung darstellte, dass er für deren Bewältigung eine zweijährige Therapie brauchte. Er wünschte das Ende der zweijährigen Therapie, wurde aber mit diesem Wunsch nicht ernst genommen. Die wöchentliche Thematisierung der damaligen Ereignisse in der Therapie schien Michael vielmehr

142 Ludewig, Opferhilfepsychologie – Psychische Reaktionen auf Traumata und Bedürfnisse von Traumatisierten, in: Ehrenzeller/Guy-Ecabert/Kuhn (Hrsg.), Das revidierte Opferhilfegesetz, Zürich/St. Gallen 2009, 147 ff.

zu belasten denn zu entlasten. Als die Mutter auf Wunsch des Kindes die Therapie unterbrach, bestand der Verdacht, sie sei unkooperativ und womöglich aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen erziehungsunfähig.

Es geht in diesem Beispielfall um die Frage, welches Wissen für Fachpersonen hilfreich und sinnvoll wäre. Weiterhin lässt sich die Frage nach der Verhältnismässigkeit stellen: Wann darf, soll, muss ein Kind fremdplatziert werden und wann sind solche Eingriffe nicht verhältnismässig. Um diese Fragen abzuklären, braucht die richtende Person Wissen über psychische Erkrankungen und ihren Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit sowie die Möglichkeit, diese im Rahmen einer strukturierten Abklärung zu untersuchen oder untersuchen zu lassen (vgl. Kap. 6).

V. Der richterliche Entscheidungsprozess

1. *Die Phasen des richterlichen Entscheidungsprozesses: Abklärung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern*

Das Ziel der richterlichen Entscheidung bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern ist, das Kindeswohl zu sichern bzw. eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden. Zugleich sollen die Elternrechte gewahrt werden bzw. ungerechtfertigte Eingriffe in die Elternrechte vermieden werden. In bestimmten Situationen kann es zu Zielkonflikten kommen, wobei die Sicherung des Kindeswohls Priorität hat. Eine Entscheidung bedeutet eine Auswahl zwischen mehreren Alternativen.¹⁴³ Die richtende Person steht bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit vor komplexen Entscheidungen.

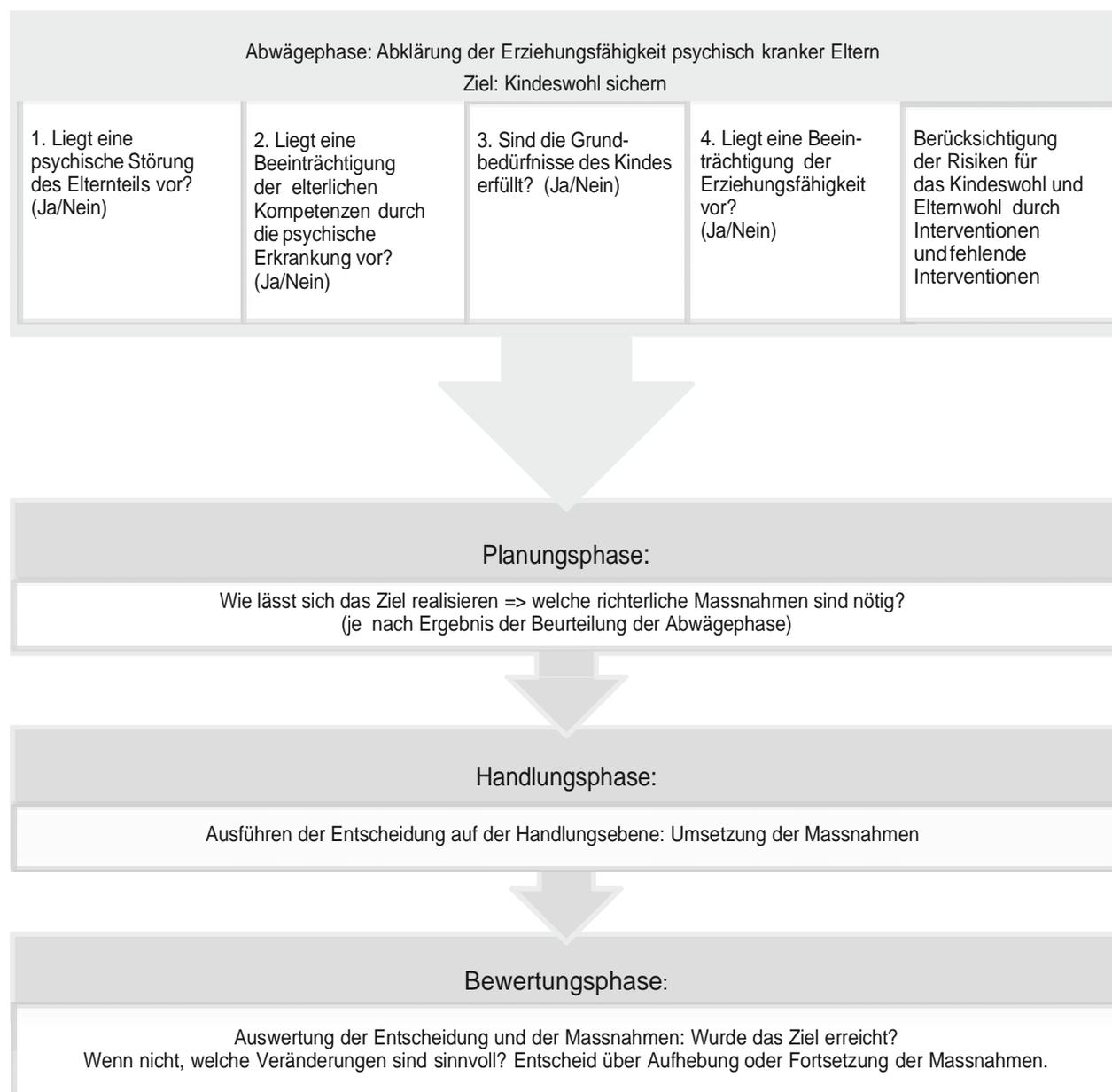
Die Prozesse bei komplexen Entscheidungen lassen sich in vier Phasen unterteilen¹⁴⁴: (a) Abwägephase, (b) Planungsphase, (c) Handlungsphase und (d) Bewertungsphase. (a) In der Abwägephase werden das Ziel und die Zielintention analysiert und dabei die Risiken mitberücksichtigt. (b) In der Planungsphase wird überlegt, wie das Ziel sich realisieren liesse, wobei die konkurrierenden Zielintentionen berücksichtigt werden. (c) Die Ausführung der Entscheidung auf der Handlungsebene erfolgt in der Handlungsphase. (d) Zuletzt wird evaluiert, ob das Ziel erreicht wurde und falls nicht, welche Massnahmen sinnvoll wären (Bewertungsphase). (Abb. VI)

143 Z. B.: Salzgeber/Fichtner, Transparenz trotz Intervention: Leitlinien für eine lösungsorientierte Begutachtung im familiengerichtlichen Verfahren, in: Götz/Schwenzer/Seelmann/Taupitz (Hrsg.) Familie-Recht-Ethik, FS Brudermüller, München 2014, 613–631.

144 Heckhausen/Heckhausen (Hrsg.), Motivation und Handeln, 3. Aufl., Heidelberg 2006. Heckhausen/Gollwitzer, Thought Contents and Cognitive Functioning in Motivational versus Volitional States of Mind, Motivation and Emotion 1987, 101. Jungermann/Pfister/Fischer, Die Psychologie der Entscheidung, 2. Aufl., München 2005.

Diese Phasen sind auch für den richterlichen Entscheidungsprozess bei der Abklärung der Erziehungsfähigkeit zentral. Im Folgenden wird insbesondere auf die erste Phase eingegangen, in der die richterliche Abklärung der Erziehungsfähigkeit erfolgt. (Vgl. Abb. VI).

Abb. VI. *Phasen des richterlichen Entscheidungsprozesses bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern*



Erste Phase – Abwägungsphase: In der ersten Phase des Entscheidungsprozesses muss die richtende Person die Erziehungsfähigkeit einschätzen. Die Überprüfung erfolgt in vier Schritten. (a) Zuerst wird überprüft, ob der Elternteil unter einer psychischen Störung leidet und wie gravierend diese ist. In den nächsten zwei Analyse-

schritten wird überprüft, welche Implikationen die psychische Störung für das Kindeswohl haben kann bzw. ob solche überhaupt vorliegen würden. Denn das Vorliegen einer psychischen Störung bedeutet nicht zwingend eine Kindeswohlgefährdung oder eine Einschränkung der Erziehungsfähigkeit, wie bereits oben gezeigt. (b) Es wird somit im zweiten Schritt überprüft, ob die psychische Störung die elterlichen Kompetenzen erheblich einschränkt. (c) Im dritten Schritt wird überprüft, ob dies dazu führt, dass die Grundbedürfnisse des Kindes nicht adäquat erfüllt werden können und eine Kindeswohlgefährdung besteht. (d) Erst nach dieser Analyse kann die richtende Person beurteilen, ob der Elternteil erziehungsfähig ist oder nicht (vgl. Abb. V und Abb. VI). Dabei werden die Risiken für das Kindeswohl und das Elternwohl durch Interventionen oder deren Fehlen mit berücksichtigt.

Die Frage, ob eine psychische Störung bei einem Elternteil vorliegt, kann die richtende Person in einigen Fällen leicht beantworten. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die psychische Erkrankung des Elternteils bereits eindeutig diagnostiziert ist und die richtende Person aktuelle Unterlagen zur Diagnose in der Akte hat oder wenn beispielsweise eine unter chronischer Schizophrenie leidende Mutter aufgrund eines Schubes erneut in einer Klinik untergebracht ist. Ebenso kann die richtende Person diese Frage zügig beantworten, wenn sich beide Elternteile im Streit diverse psychische Erkrankungen vorwerfen, jedoch weder für den einen noch den anderen Elternteil irgendwelche anderen Anzeichen für das Vorliegen solcher Störungen ersichtlich werden als bloss eben diese gegenseitigen Vorwürfe.

Doch viele Fälle sind nicht eindeutig, und das Gericht muss – um eine Entscheidung fällen zu können – vorerst weitere Informationen erheben. Neben der Einholung von medizinisch-psychiatrischen Auskünften mit Einwilligung des betroffenen Elternteils oder, bei dessen Weigerung, nach Entbindung vom Arztgeheimnis hat die richtende Person die Möglichkeit, die Eltern und das Kind persönlich anzuhören oder eine Drittperson mit der Anhörung des Kindes zu beauftragen,¹⁴⁵ um so den Sachverhalt festzustellen und Kenntnis über das Befinden des Kindes und seiner Wünsche (Kindeswille) zu erlangen.

Nachdem die psychologisch-psychiatrische Abklärung vorliegt, muss die richtende Person aus rechtlicher Sicht abwägen, welche Implikationen diese für das Kindeswohl und die Erziehungsfähigkeit haben kann. Falls eine milde psychische Störung vorliegt, das Kind gute Ressourcen hat und sowohl der psychisch kranke Elternteil als auch das Kind umfangreiche Unterstützung vom Umfeld erfahren, erweist sich die Aufgabe der richtenden Person als leicht. Falls sich die genauen Implikationen der psychischen Störung des Elternteils auf das Kindeswohl nicht so eindeutig einschätzen lassen, kann die richtende Person eine eingehende psychologisch-psychiatrische Einschätzung anordnen.

145 Felder/Steck, Zusammenwirken von Behörden und Experten bei der Anhörung von Kindern in familienrechtlichen Verfahren, FamPra.ch 2003, 43, 48. Vgl. Art. 144 Abs. 1 und 2 ZGB.

Bei der Analyse der Akte und der Anhörungen bzgl. der Erziehungsfähigkeit hat die richtende Person die Belastungen des Kindes durch die psychische Erkrankung einzuschätzen bzw. zu beurteilen, ob die aktuelle Lebenssituation für das Kind zumutbar ist. In Tabelle 7 sind ausgewählte Fragen aufgelistet, die im Rahmen der Anhörungen sowie der Analyse der Akten berücksichtigt werden können und für die Einschätzung der kindlichen Belastungen und der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit behilflich sein können.¹⁴⁶

Tab. 7: *Fragen zur Einschätzung der kindlichen Belastungen*
(nach Lenz 2008, S. 15 ff.)¹⁴⁷

- (1) Ist die Mutter/der Vater psychisch krank und falls ja, welche Diagnose liegt vor?
- (2) Handelt es sich um eine akute Krankheitsphase und ist die Krankheit in der Vergangenheit schon mal aufgetreten? Wie lange liegt die letzte akute Krankheitsphase zurück? (Bestand die Krankheit schon vor der Geburt/trat sie unmittelbar nach der Geburt auf/trat sie in den ersten Lebensjahren des Kindes (Vorschulalter) auf/trat sie im Verlaufe des Schulalters/Jugendalters auf?)
- (3) Liegen komorbide Störungen (z. B. Alkohol- und Substanzmissbrauch, Suizidalität) vor?
- (4) Liegen familiäre/psychosoziale Belastungsfaktoren wie Partnerschaftsprobleme, familiäre Disharmonie, Störungen in der Eltern-Kind Beziehung vor oder ist der psychisch kranke Elternteil alleinerziehend?
- (5) Gibt es Anzeichen für verleugnende oder passive Tendenzen im Umgang mit der Krankheit bei dem Elternteil sowie seinem Umfeld?
- (6) Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder? (Frühe Kindheit und Jugendalter stellen Phasen erhöhter Vulnerabilität gegenüber Belastungen dar, die mit dem Zusammenleben eines psychisch kranken Elternteils verbunden sind.)
- (7) Inwieweit geht die elterliche Erkrankung mit Einschränkungen in Erziehungsfähigkeit einher?
Vgl. Aspekte der Erziehungsfähigkeit. Können die Grundbedürfnisse des Kindes erfüllt werden?
- (8) Lassen sich Einschränkungen in der Feinfühligkeit und/oder Responsivität gegenüber den kindlichen Bedürfnissen und/oder im Interaktionsverhalten feststellen? (Bsp. schwere emotionale Erreichbarkeit, Teilnahmslosigkeit oder Überfürsorglichkeit gegenüber dem Kind, abweisendes, entwertendes oder stark wechselndes unberechenbares Verhalten, Integrierung des eigenen Kindes ins Wahnsystem des erkrankten Elternteils)
- (9) Gibt es Hinweise für körperliche Misshandlung?
- (10) Gibt es Anzeichen für eine starke Einengung des Handlungs- und Bewegungsspielraums der Kinder durch den kranken Elternteil? (Überbehütung, Überbesorgnis)

¹⁴⁶ Vgl. Lenz (Fn. 20), 15 ff. (*Explorationsleitfaden zur Einschätzung der kindlichen Belastungen*).

¹⁴⁷ Vgl. Lenz (Fn. 20), 15 ff. (Auswahl der Fragen aus dem *Explorationsleitfaden zur Einschätzung der kindlichen Belastungen*).

- (11) Inwieweit liegt eine Veränderung in der Persönlichkeit des psychisch kranken Elternteils vor? (Der erkrankte Elternteil leidet z. B. an einer Schizophrenie oder an bipolaren affektiven Störungen.)
- (12) Ist die Beziehung zum gesunden Elternteil tragfähig und klar? (Vermitteln von Sicherheit, Verlässlichkeit, Kontinuität)
- (13) Wissen Verwandte und enge Freunde über die Krankheit Bescheid?
- (14) Gibt es Hinweise auf Ereignisse in der Familiengeschichte, die im Zusammenhang mit der Erkrankung verschwiegen werden?
- (15) Welche Vorstellungen haben die Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern? Welche Vorstellungen haben die Kinder über die elterliche Erkrankung? (Verfügen die Kinder über konkrete Kenntnisse oder besitzen sie nur ein diffuses und lückenhaftes Wissen?)
- (16) Wie weitreichend gestaltet sich die Ent-Normalisierung des familiären Alltags für die Kinder vor, während und nach dem Klinikaufenthalt? (a) Durch Veränderungen im Verhalten und in der Persönlichkeit des erkrankten Elternteils. (b) Durch die Übernahme von Aufgaben im Haushalt. (c) Durch die Anpassung an ausserfamiliäre Personen, die in der Familie die Versorgung und Betreuung übernehmen. (d) Durch die Orientierung an der Tagesstruktur und Ruhebedürfnissen des kranken Elternteils.
- (17) Wie erleben die Kinder die Klinikeinweisung und die Zeit vor und danach? Wie läuft die Klinikeinweisung ab? Ist sie mit zusätzlichen Konflikten und elterlichen Auseinandersetzungen verknüpft?
- (18) Inwieweit fühlt sich das Kind für die Erkrankung des Elternteils verantwortlich/schuldig?
- (19) Besitzt das Kind eine tragfähige, verlässliche Beziehung zu einer erwachsenen Bezugsperson ausserhalb der Familie?
- (20) Welche Erfahrung macht das Kind im Netzwerk bei der Suche nach Unterstützung? Welche Formen der sozialen Unterstützung erhält das Kind? (Wie gross ist die Bereitschaft des Kindes, auf andere Personen zuzugehen und seine Probleme, Nöte und Sorgen zu offenbaren? Welche Reaktionen aus dem sozialen Umfeld erlebt das Kind?)
- (21) Hat die Familie regelmässig Kontakt zu Verwandten, Freunden und zu Personen im sozialen Umfeld, die unterstützen und helfen? (Verfügbare Lernmodelle für das Kind)

Abschluss des Entscheidungsprozesses: Mit der Beurteilung «erziehungsfähig»/«nicht erziehungsfähig» wurde der erste Schritt des Entscheidungsprozesses erzielt. Dieser hat viele Implikationen für das Kind und die Eltern. Diese müssen von der richtenden Person geplant und benannt werden. In der zweiten Phase, der Planungsphase, muss die richtende Person, falls eine Kindeswohlgefährdung durch die psychische Erkrankung vorliegt, über die nötigen Massnahmen entscheiden, die das Kindeswohl am besten garantieren können (Beistandschaft, familienunterstützende Massnahmen sowie sozialpädagogische Familienbegleitung, Therapie, behördliche Platzierung). Hier sind auch die konkurrierenden Zielintentionen zu berücksichtigen. Bei der Planungsphase erkennt die richtende Person in bestimmten Fällen noch deutlicher die konkurrierenden Werte und erfährt möglicherweise ein Entscheidungs-dilemma. Diese Phase wird mit einer richterlichen Entscheidung und i. d. R. mit der

Anordnung einer massgeschneiderten Kindes- und oder Erwachsenenschutzmassnahme abgeschlossen.

In der dritten Phase, der *Handlungsphase*, erfolgt die Ausführung der Entscheidung auf der Handlungsebene. Die richtende Person sollte, wenn immer möglich, den Eltern und dem Kind die Entscheidung schriftlich oder mündlich eröffnen. Die gewählte Form hängt von der psychischen Verfassung und namentlich von der zu erwartenden Reaktion (Depression, Rückzug, Wut, Aggression) des betroffenen Elternteils ab. Die mündliche Eröffnung kann den Vorteil haben, dass der Elternteil von der richtenden Person als rechtliche Autorität erfährt, wie die Massnahmen aussehen und was sie bezwecken und dabei auch insbesondere, unter welchen Voraussetzungen diese aufgehoben werden können.

Die vierte Phase, die *Bewertungsphase*, dient der richtenden Person als Auswertung der Entscheidung und deren Revision nach Bedarf bzw. je nach der psychischen Situation des Elternteils. Nach der Entscheidung und der Umsetzung der gewählten Alternative erfolgt die Beobachtung des weiteren Verlaufs. Wurde das Ziel erreicht? Wenn nicht, welche Veränderungen sind sinnvoll? Je nach Verlauf kann eine Revision der Entscheidung erfolgen. So stellt die Bewertungsphase oft den Beginn eines nächsten Entscheidungsprozesses dar. Wurde eine Beistandschaft mit konkreten Aufträgen errichtet, ist die periodische Berichterstattung des Beistands oder der Beistandin wichtige Grundlage für die Evaluation der getroffenen Massnahme.

2. *Schwierigkeiten im Entscheidungsprozess: komplexe Entscheidung unter Unsicherheit*

Im Entscheidungsprozess ist die richtende Person mit mehreren Schwierigkeiten konfrontiert, aufgrund derer es vorkommen kann, dass der oben beschriebene Entscheidungsprozess nicht vollständig ausgeführt wird. Schon bei der ersten Begegnung mit dem Fall erkennt die richtende Person, dass die Abklärung der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern sie in eine komplexe und schwierige Entscheidungssituation mit vielen Unsicherheiten und *konkurrierenden Zielen* (bzw. Moraldilemma) stellt. Ein *Entscheidungsbedarf* liegt vor, da ungeklärt ist, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht. Um die Kindesbedürfnisse, die Elternkompetenzen im Lichte der psychischen Störung und die möglichen Risiken zu überprüfen, braucht die richtende Person *Zeit*, die sie aber nicht immer zur Verfügung hat. Denn wenn eine Kindeswohlgefährdung vermutet wird, ist eine zügige Entscheidung gefordert. Der rasche Entscheidungsbedarf führt dazu, dass die richtende Person nicht immer genug gesicherte Informationen über den Fall zur Verfügung hat oder diese nicht so unverzüglich sammeln kann, und zwar bevor sie die Entscheidung fällt. Da die Informationen zu einer psychischen Erkrankung, die die richtende Person zum Beginn der Bearbeitung eines Falles erhält, nicht vollständig und meist auch

widersprüchlich sind, steht die richtende Person vor einer *Entscheidung unter Unsicherheit*. Der Entscheidungsprozess ist dadurch erschwert.

Die Entscheidung unter Unsicherheit und der Wille der richtenden Person, in diesen auswirkungsreichen Fällen die «richtige» Entscheidung zu fällen, kann bei der richtenden Person zwei spezifische Entscheidungsreaktionen bewirken, auf die im Folgenden eingegangen wird.

a) Entscheidungsaversion

In solchen Situationen kann die richtende Person eine Entscheidungsaversion¹⁴⁸ spüren; sie wünscht sich, keine Entscheidung fällen zu müssen oder diese vorläufig meiden zu können. Die Entscheidungsaversion ist eine allgemeine psychologische Reaktion, eine Vermeidungsreaktion, die bei belastenden persönlichen sowie beruflichen Entscheidungen vorkommt. Sie verstärkt sich, wenn die Person annimmt, dass durch ihre Entscheidung *negative Auswirkungen* entstehen können, wie z. B. langfristige Nachteile für eine dritte Person. So versuchen Menschen Entscheidungen zu vermeiden, die dazu führen, dass manche besser- und andere schlechtergestellt werden. Somit lässt sich erwarten, dass die Entscheidungsaversion der richtenden Person grösser ist, je gewichtiger die Entscheidung für die betroffene Person ist. Die Entscheidungsaversion vergrössert sich besonders auch, wenn die *Entscheidung unter Unsicherheit* getroffen wird, so vor allem, wenn die richtende Person nicht sicher ist, ob der Elternteil tatsächlich psychisch krank ist und ob die Erkrankung tatsächlich so gravierend für das Kindeswohl wäre, dass eine behördliche Platzierung z. B. die richtige Entscheidung im Sinne des Kindeswohls wäre. Die Entscheidungsaversion kann bei Moraldilemmata, wenn etwa die richtende Person erkennt, dass beide Entscheidungsalternativen im Zusammenhang mit dem Kindeswohl und dem Elternwohl gleichzeitig «richtige» und «falsche» Implikationen haben werden, besonders deutlich werden.

b) Das Sicherheitsbedürfnis des Richters

Die Entscheidungsaversion kann zu einer Verzögerung des richterlichen Entscheidungsprozesses führen. Doch die richtende Person muss – trotz Verzögerung – eine Entscheidung treffen. In ihrer Rolle kann sie im Gegensatz zu Privatpersonen, «nicht nicht entscheiden». An dieser Stelle kann sich, bei der Notwendigkeit einer Entscheidung, die ungenügend abgesichert ist, ein zweites Entscheidungsverhalten zeigen. Die richtende Person muss das Kind, aber auch sich selbst – als Entscheidungsträger – schützen. Zwei typische Entscheidungsregeln bei Situationen, in denen die Entscheidungsinstanz unzureichendes Wissen über die Wahrscheinlichkeiten der möglichen Ereignisse und Konsequenzen hat, sind: (a) die MaxiMax-

148 Ludewig, FamPra.ch 2009, 920, 928.

Möglichkeit, in der die Option gewählt wird, die «im günstigsten Fall das beste Ergebnis liefert» und (b) die MaxiMin-Möglichkeit, in der die Person die Option wählt, die im «ungünstigsten Fall noch das beste Ergebnis liefern wird».¹⁴⁹

Bei der Frage nach dem Kindeswohl scheint das «beste» und das «schlechteste» Ergebnis aus der Sicht der richtenden Person verortbar. Das Ergebnis, das die richtende Person am meisten scheut bzw. das schlechteste Ergebnis aus ihrer Sicht wäre¹⁵⁰, wenn eine akute Kindeswohlgefährdung durch die psychische Erkrankung des Elternteils nicht erkannt würde, und das Kind aufgrund des weiteren Kontakts mit dem Elternteil zu Schaden käme (z. B. Mitnahmesuizid, Körperverletzung). Dies erklärt, warum bei unzureichender Information häufig Kindesschutzmassnahmen getroffen werden und die Verletzung des «anderen Werts» – namentlich der (Eltern-Kind-Beziehung – vorerst in Kauf genommen wird.

Der ungünstigste Fall aus richterlicher Sicht liegt somit vor, wenn eine Kindeswohlgefährdung durch die psychische Erkrankung des Elternteils seitens des Gerichts und der KESB übersehen und nicht verhindert wird. Dieser Aspekt führt dazu, dass die richtende Person den Kontakt zwischen dem Elternteil und den Kindern aufgrund eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung mit höherer Wahrscheinlichkeit unterbindet. Dies auch deshalb, weil eine gewagtere, weniger «konservative Entscheidung», ein persönliches, berufliches und soziales Risiko für die richtende Person darstellt.

Das persönliche Sicherheitsbedürfnis der richtenden Person und ihr genereller Wunsch, schwerwiegende Fehlentscheide zu vermeiden, sind angesichts der spezifischen Entscheidungssituation und ihrer Rahmenbedingungen gut nachvollziehbar: Zum Teil muss die richtende Person zügig zu einer Entscheidung kommen, wenn Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, und zwar zu einem Zeitpunkt, in dem sie noch keine umfassende, gesicherte Informationen über den Fall haben kann. Dadurch riskiert die richtende Person, u. a. auch eine behördliche Platzierung vorzunehmen, ohne dass diese tatsächlich angezeigt ist. Zugleich kann eine solche unverhältnismässige einschneidende Massnahme einerseits selbst eine Kindeswohlgefährdung darstellen. Andererseits kann der Verzicht auf eine zügige behördliche Platzierung der richtenden Person als mangelnde Sorgfalt vorgeworfen werden, wenn aufgrund der psychischen Labilität des Elternteils eine massive Gefährdung entsteht. Ein Teufelskreis. Das Sicherheitsbedürfnis der richtenden Person stellt somit gleichzeitig eine Ressource, einen Massstab und eine mögliche Fehlerquelle dar. Das Problem kann möglicherweise mit den der Behörde zur Verfügung stehenden prozessualen Mitteln der vorsorglichen und superprovisorischen Massnahmen, die

149 Dettenborn/Walter (Fn. 18), 302 f.

150 Vgl. Ludewig, Der Umgang mit dem richterlichen Ich-Ideal: Der Mensch hinter dem Richter, in: Heer (Hrsg.). Der Richter und sein Bild, Bern 2008, 25, 26 ff.

leichter abgeändert werden können, gemildert werden. Dennoch können auch vorsorgliche Massnahmen «faits accomplis» schaffen, deren belastende Wirkung nicht rückgängig gemacht werden kann.

c) Moraldilemma als Herausforderung im Berufsalltag von Richtern und Richterinnen

Je länger sich die richtende Person mit einem Fall beschäftigt, desto eher hat sie die Möglichkeit, die sachlich «richtige» Entscheidung zu finden. Zugleich kann die Auseinandersetzung mit dem Fall auch das Dilemma aufgrund der Pluralität der Werte verdeutlichen (Kindeswohl/Elternwohl/Richterwohl). Die richtende Person kann erkennen, dass in bestimmten Fällen nicht eine «richtige» und eine «falsche» Alternative vorliegen, sondern ein Entscheidungszwang zwischen zwei moralischen Alternativen bzw. ein Moraldilemma in einer unsicheren Situation gegeben ist. Um dieses Problem zu lösen, muss die richtende Person eine Werthierarchie bilden bzw. entscheiden, welcher Wert Vorrang hat. Diese Hierarchie ist bereits durch die Rolle der richtenden Person bzw. der Schutzbehörde und des Gerichts definiert: Der Kindesschutz hat Priorität, weshalb bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung eher eine Verletzung der Elternrechte in Kauf genommen wird. Während des Entscheidungsprozesses kann es der richtenden Person helfen, die Struktur des Moraldilemmas als rechtliche Herausforderung zu erkennen und zu analysieren. Denn ohne Moral gäbe es kein Moraldilemma bzw. die Entstehung des Moraldilemmas setzt voraus, dass die richtende Person zwei ethische Werte hat, die für sie zentral und (fast) gleich wichtig sind – das Kindeswohl und das Elternwohl. Die richtende Person entscheidet gegen das Elternwohl, um das Kind zu schützen und nicht um dem Elternteil zu schaden. Doch muss sie diese Verletzung der Elternrechte, welche sich auch auf das Kindeswohl auswirkt, bewusst wahrnehmen, diese nicht verdrängen oder bagatellisieren. Das Moraldilemma bleibt eine Herausforderung im Berufsalltag von Richtern und Richterinnen¹⁵¹ sowie von MitarbeiterInnen der KESB.

Die richtende Person hat die Macht zu entscheiden, aber auch den Zwang zu entscheiden und zugleich zum Teil das Gefühl der Ohnmacht durch die Erkenntnis, dass ihre Entscheidung im konkreten Fall helfen soll und zugleich Schaden bewirken kann. Hilfe im Umgang mit dieser Schwierigkeit stellt die bewusste Auseinandersetzung mit Moraldilemmata dar: (a) Das Erkennen der Struktur des Moraldilemmas und letztendlich das bewusste Aushalten von Moraldilemmata, (b) das Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Erziehungsfähigkeit (c) sowie das Wissen über Entscheidungshilfen bzw. über mögliche Abklärungsformen durch Dritte und mögliche Massnahmen (vgl. Kap. 7).

151 Ludewig/De Matteis, Moraldilemmata als Herausforderung für das Rechtssystem: Wertekonflikte von Rechtsakteuren, AJP 2011, 1037, 1040.

VI. Entscheidungshilfen für die richtende Person

1. Gutachten als Entscheidungshilfe

Die richtende Person kann die Eltern und die Kinder persönlich anhören, eine Drittperson mit der Anhörung des Kindes beauftragen¹⁵² oder, in komplexen Fällen, ein Gutachten in Auftrag geben. Die Anordnung eines Gutachtens stellt eine fachliche Hilfe dar. In gewissen Massen steht der Sachverständige vor dem gleichen Moraldilemma zwischen Kindeswohl und Elternwohl wie die richtende Person.¹⁵³ Das richterliche Moraldilemma tradiert sich zum Teil. Dies aber nur für eine kurze Zeit. Das Gutachten stellt eine psychologische-psychiatrische Empfehlung für das Gericht dar, in der die Frage der psychischen Erkrankung des Elternteils und ihre Implikation auf das Kindeswohl analysiert wird. Die richtende Person muss anschliessend die gutachterliche Empfehlung auf ihre Plausibilität und Machbarkeit hin überprüfen. Das psychologische-psychiatrische Gutachten bedarf einer rechtlichen Übersetzung. Diese rechtliche Würdigung gehört zu der richterlichen Verantwortung, zu der Kerntätigkeit des Gerichts. Anschliessend erfolgt das Urteil, in welches die Empfehlung miteinfließen kann.

Als Hilfsmittel stehen der richtenden Person das Statusgutachten sowie die prozessorientierte Begutachtung zur Verfügung.¹⁵⁴ Die herkömmliche Art der Begutachtung ist die Statusdiagnostik, bei welcher gewissermassen eine «Momentaufnahme» der Familie erstellt wird und aufgrund welcher der Gutachter dem Gericht seine Empfehlung abgibt.¹⁵⁵ Bei der prozessorientierten Begutachtung beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aufgrund einer (möglichen) psychischen Erkrankung eines Elternteils wird neben der Abklärung der psychiatrischen Diagnose das Familiensystem näher kennengelernt und «die Lern- und Veränderungsfähigkeit des Familiensystems» überprüft.¹⁵⁶

152 Felder/Steck (Fn. 145), 43, 44 f.

153 Reinfried, Psychologische Gutachten als Mittel der Delegation rechtlicher Entscheidung?, in: Ehrenzeller/Ludewig (Hrsg.), Moraldilemmata von Richtern und Rechtsanwältinnen: Berufsschwierigkeiten und Bewältigungsstrategien, St. Gallen 2006, 91, 96.

154 Salzgeber, (Fn. 37); Salzgeber/Fichtner/Bublath, Verschriftung bei einer lösungsorientierten familienrechtspsychologischen Begutachtung, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2011, 338; Salzgeber/Fichtner, (Fn. 144), 613; Scheuerer-Englisch/Schwabe-Höllein/Suess, Begutachtung als Intervention, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1994, 372–379; Rexilius, Einige Grundlagen interventionsorientierter gutachterlicher Tätigkeit, in: Bund Deutscher Psychologen (Hrsg.), 2. Tag der Rechtspsychologie Leipzig, Leipzig 2002, 151–169.

155 Bergmann, Lösungsorientiertes Handeln im Sorge- und Umgangsregelungsverfahren, in: Fabian/Jacobs/Nowara/Rode (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Rechtspsychologie, Münster 2002, 177, 178ff.

156 Staub, Prozessorientierte Begutachtung (auch) bei Kindeswohlgefährdung. Vortrag im Rahmen der Weiterbildung «Begutachtung aus rechtlicher und aus psychologischer Sicht» Schweizerische Gesellschaft für Rechtspsychologie (SGRP) 7. 11. 2013 in Bern.

a) Erprobungsphasen im Rahmen der prozessorientierten Begutachtung:

Die Stärke der prozessorientierten Begutachtung ist ihre Lösungsorientierung sowie die Integration von Erprobungsphasen. Zum Teil kann die richtende Person selber bereits während der Entscheidungsphase eine Erprobungsphase anordnen. Dies erleichtert die genaue Beurteilung, gerade weil eine psychische Erkrankung kein zeitlich stabiles Phänomen ist und weil für die Beurteilung dann mehr Informationen vorliegen.

Wie sieht eine Erprobungsphase im Rahmen einer prozessorientierten Begutachtung aus, wenn sich beispielsweise bereits im ersten Teil der Begutachtung zeigt, dass eine psychiatrische Diagnose des Elternteils vorliegt, die die elterliche Kompetenzen teilweise einschränken kann, wobei der Elternteil in therapeutischer Behandlung ist und es nicht klar ist, wie lange die psychische Störung seine elterliche Kompetenzen einschränken kann? Bei einer Status-Diagnostik würde durch die Gutachterin/den Gutachter zu diesem Zeitpunkt dem Gericht ein schriftliches Gutachten eingereicht, in dem die Ist-Situation festgehalten wird. Bei einer prozessorientierten Begutachtung wird nach Abschluss der ersten Begutachtungsphase Kontakt mit dem Gericht/der KESB aufgenommen und die Möglichkeit einer Erprobungsphase aus richterlicher und gutachterlicher Sicht besprochen.

Es soll dabei u. a. überprüft werden, wie viel Unterstützung nötig ist, um eine Fremdunterbringung zu verhindern. Zugleich wird die Verhältnismässigkeit dieser möglichen Massnahme analysiert; denn eine Fremdunterbringung von Kindern aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern ist eine tiefgreifende Entscheidung, ein erheblicher Eingriff in das Familienleben. Aus diesem Grund sollen die familiären Verhältnisse im Rahmen der Begutachtung sehr genau untersucht werden. Da Beziehungsabbrüche nach Fremdunterbringungen prozentual gesehen weit häufiger als bei regulären Trennungen vorkommen und diese Massnahmen dazu sehr kostenintensiv sind, stellt die prozessorientierte Begutachtung – wenn eine Fremdunterbringung in Frage steht – eine sowohl psychologisch¹⁵⁷ als auch volkswirtschaftlich sinnvolle Abklärungsform dar.

Die Erprobungsphase setzt dabei aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung ein spezielles Setting voraus. Im Rahmen der Erprobungsphase ist es angezeigt, die therapeutisch-psychiatrische Behandlung des psychisch kranken Elternteils genauer zu begleiten und ihren Einfluss auf die elterlichen Kompetenzen über mehrere Monate kontinuierlich zu untersuchen. Angezeigt sind (je nach Schwere der Störung) regelmässige Besuche des psychisch kranken Elternteils beim/bei der behandelnden Psychiater/Psychiaterin, über die die Gutachterin/Gutachter und das Gericht (mit entsprechender Schweigepflichtentbindung des Psychiaters/der Psychiaterin) informiert werden. Somit kann gewährleistet werden, dass der Elternteil angemessene Be-

157 Staub (Fn. 156).

handlung erhält und je nach Bedarf angemessen medikamentös eingestellt ist. In der Erprobungsphase kann dann gutachterlich untersucht werden, ob die Erziehungsfähigkeit grösstenteils wiederhergestellt werden konnte oder nicht. Während der Erprobungsphase können familientherapeutische Interventionen hilfreich und sinnvoll sein, nicht zuletzt auch gemeinsame Elternberatung, um dem oft vom psychisch kranken getrennt lebenden, anderen (gesunden) Elternteil Sicherheit zu vermitteln.

b) Exkurs: Begutachtung der Besuchsregelung bei Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung

Die Notwendigkeit von Erprobungsphasen im Rahmen der Begutachtung zeigt sich besonders, wenn es um Besuchsregelungsfragen geht, bei denen nachgewiesen ist, dass der besuchsberechtigte Elternteil unter einer schweren psychischen Störung leidet und nicht – oder vorübergehend nicht – erziehungsfähig ist. Der gesunde Elternteil ist bestrebt, sein Kind vor potentiell nachteiligen Einflüssen durch den psychisch erkrankten Elternteil zu schützen und wird tendenziell zurückhaltend sein, sich auf ein (begleitetes) Besuchsrecht einzulassen. Der psychisch kranke Elternteil ist häufig nur eingeschränkt in der Lage, seine durch die psychische Erkrankung veränderte Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse und seine vorübergehend (oder dauerhaft) reduzierten empathischen und kognitiven Möglichkeiten (an)zuerkennen. Kinder haben nicht selten Angst vor ihrem psychisch veränderten, manchmal impulsiv reagierenden, unberechenbaren Elternteil, manchmal schämen sie sich für das unpassende, vielleicht peinliche Auftreten. Altersabhängig können sie die Situation mehr oder weniger gut einordnen und nachvollziehen, was gerade passiert. Zudem wollen sie sich möglichst loyal gegenüber beiden Eltern verhalten, zumindest so lange sie eine tragfähige, liebevolle Beziehung zu beiden Elternteilen pflegen. Bei längerer Trennung geht die enge Beziehung zu einem Elternteil nicht selten verloren, die Kinder entfremden sich. Daher ist möglichst rasch zu prüfen, ob überhaupt und in welchem Setting Besuche stattfinden können.

Falls Besuchskontakte erwünscht und dem Kind zumutbar sind, sollte baldmöglichst versucht werden, den gesunden Elternteil dafür zu gewinnen, sich auf begleitete Besuche einzulassen, die Kinder selbst oder mittels Unterstützung durch eine Fachperson altersgemäss über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters und die veränderte Betreuungssituation aufzuklären. Dann sind mit dem erkrankten Elternteil die Besuchssituationen vor auszuplanen, die Rahmenbedingungen und Abbruchkriterien möglichst realitätsnah und detailliert individuell durchzugehen. Die Überprüfung, welche Besuchsregelung angezeigt ist und wie sie durchgeführt werden kann, ist ein Teil der Begutachtung. Der Kontakt zwischen dem Kind und dem psychisch kranken Elternteil erfolgt im gutachterlichen geschützten Rahmen. Die Besuche werden videobasiert dokumentiert und eine Interaktionsanalyse wird durchgeführt. Günstige und weniger günstige Sequenzen aus der Eltern-Kind-Begegnung werden mit den Eltern und den Kindern (je nach Alter) getrennt oder gemeinsam betrach-

tet und besprochen. Auf diese Weise können Ängste, erwünschtes oder unerwünschtes Verhalten angesprochen, erstgenanntes trainiert und letzteres vermieden werden, Fortschritte oder auch eine fehlende Entwicklung können gleichermassen dokumentiert werden.

2. *Familienorientiertes Case Management: unterstützende Massnahme bei elterlichen psychischen Erkrankungen*

In komplexen Fällen kann eine Zusammenarbeit der Gerichte sowie der KESB in der Betreuung und Begleitung von psychisch kranken Eltern und ihrer Kinder in Form eines familienorientierten Case Management (FCM) sinnvoll sein. Diese spezialisierte Möglichkeit wird zurzeit in einzelnen Kantonen aufgebaut.¹⁵⁸ Unter FCM ist die Begleitung eines komplexen Familiensystems zu verstehen, das z. B. im Kontext einer psychischen Erkrankung eines Elternteils, durch elterliche Trennung/Scheidung in eine erhebliche Konflikt- und Ausnahmesituation geraten ist. Nicht selten bilden sich – sowohl um die Eltern als auch um die Kinder herum – mehr oder weniger autonom operierende Unterstützungssysteme. In Einzelfällen sind bis zu 20 oder mehr Fachpersonen unterschiedlicher Professionen gleichzeitig mit einem einzigen Familiensystem beschäftigt, so auch im geschilderten Fall der an Schizophrenie erkrankten Laura Lessing (vgl. Kap. 5.3.3). Die einzelnen Parteien fokussieren ihre Tätigkeit in der Regel entweder auf die Mutter, den Vater oder eines der Kinder. Gleichzeitig befassen sie sich mit weiteren zu klärenden Teilaspekten einer «Partei». Das Helfernetzwerk besteht somit aus verschiedensten parteilich arbeitenden Fachpersonen (u. a. Psychiater, Beistand, Sozialdienst, Herkunftsfamilie, Anwalt, Lehrperson, Kinderarzt, Kinderpsychologin etc.).

Im Rahmen eines FCM nimmt eine dafür bestimmte Person für längere Zeit die Aufgabe wahr, die unterschiedlichen und teilweise sehr divergierenden Interessen von Eltern und Kindern zusammenzuführen und ausreichend zu berücksichtigen, beispielsweise durch das Einberufen von Standortgesprächen mit den Familienangehörigen und den wichtigsten involvierten Fachpersonen. Dies ermöglicht in einer oftmals für Eltern, Kinder und Fachpersonen emotional extrem angespannten und fordernden Zeit eine bestmögliche Zusammenarbeit. Dadurch wird es möglich, das individuelle Leid der betroffenen Parteien zu reduzieren, den zeitlichen Aufwand bis zur Umsetzung von Massnahmen zu minimieren, die Ressourcen der involvierten Fachpersonen optimal zu nutzen und damit am Ende – nebst der Reduktion der (emotionalen) Belastung aller Beteiligten – auch Kosten einzusparen.

Fallbeispiel Familie Lessing: Im Prozess der Trennung, Abklärungen und Entscheidungsfindung fehlt z. B. im Netzwerk der Familie Lessing während der ge-

158 U. a. im Kanton Zürich und Kanton Bern.

samten Verfahrensdauer bis zur richterlichen Entscheidung und der Umsetzung von Massnahmen eine überparteiliche, neutrale Person, die das Vertrauen sämtlicher Fachpersonen und der involvierten Parteien genießt (vgl. Kap. 5.3.3). Bei dieser Familie wäre der Einsatz von FCM sinnvoll und könnte eine gewisse Beruhigung der Situation bewirken. In diesem Rahmen könnten auch begleitete Besuche, die in geschütztem Rahmen erfolgen sollten, vorbereitet werden. Die Vorbereitungen würden Einzelgespräche mit den Kindern, dem Vater und der Mutter sowie gemeinsame Besprechung der Rahmenbedingungen der Begegnung mit den Eltern und den beteiligten Fachpersonen umfassen. Im vorliegenden Fall wurden begleitete Besuche in geschütztem Rahmen vom Vater und der KESB mit der Begründung abgelehnt, die Mutter nehme ihre Medikamente unregelmässig sowie mit der von den Kindern geäusserten Angst vor der Begegnung. Die psychisch kranke Mutter Laura Lessing, die ihre Kinder drei Jahre lang nicht gesehen hat, verbleibt mit dem zum Teil berechtigten Gefühl und der Wahrnehmung zurück, rechtlich wie psychologisch keine Unterstützung in der Ausübung ihrer elterlichen Rechte zu erhalten.

3. KESB – Familiengerichte: Interdisziplinäres Wissen unter einem Dach – Herausforderungen und Grenzen

Im schweizerischen Kindes- und Erwachsenenschutz sind einerseits die erstinstanzlichen Gerichte in den eherechtlichen Verfahren – Eheschutz, Ehescheidung, Abänderung von Scheidungsurteilen – und andererseits die seit 1. Januar 2013 bestehenden interdisziplinär zusammengesetzten Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) aufgefordert, die in diesem Beitrag geschilderte anspruchsvolle Beurteilung des Kindeswohls bzw. der Kindeswohlgefährdung bei psychisch kranken Eltern zu prüfen und die geeigneten vom Gesetz vorgesehenen Massnahmen anzuordnen.

Die strittigen eherechtlichen Verfahren – und dazu gehören u. a. Verfahren mit einem psychisch kranken Elternteil im Zusammenhang mit Kinderbelangen – werden von einem Spruchkörper von drei bis fünf Richterinnen und Richtern unter dem Vorsitz einer Juristin oder eines Juristen geführt, die übrigen Richter des Spruchkörpers sind jedoch in den meisten Kantonen nach wie vor Laien.¹⁵⁹ In dieser Zusammensetzung stossen diese Gerichte bei den in diesem Beitrag behandelten Fra-

159 Bei nicht verheirateten Eltern ist – mit Ausnahme der strittigen Unterhaltsregelung – die KESB für die Regelung der Kinderbelange zuständig. Dies gilt auch für Besuchsrechtskonflikte um die Neufestsetzung der Betreuungsanteile von geschiedenen Eltern, falls keine Änderung der elterlichen Sorge, des Unterhaltsbeitrages und der Obhut zur Diskussion stehen (Art. 134 Abs. 4 ZGB). Die Entscheide der KESB werden, wie bereits zu Beginn des Beitrags erwähnt, von einem interdisziplinären Spruchkörper von drei KESB-Mitgliedern gefällt. Dennoch ist auch die KESB in Fällen mit psychisch kranken Eltern oftmals auf eine gutachterliche Meinung angewiesen.

gen rasch an ihre Grenzen. Sie sind deshalb auf Unterstützung von entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Fachleuten angewiesen. Deren Beizug erfolgt vorwiegend in der klassischen Form des Gutachtauftrags. Das Gericht stellt dem Gutachter Fragen, die dieser i. d. R. schriftlich beantwortet. Die Begutachtung dauert meistens mehrere Monate, das Gutachten wird schriftlich erstattet, den Parteien zugestellt; diese können Ergänzungsfragen stellen, was das Verfahren noch einmal verlängert. Die Kosten für eine Begutachtung sind erheblich, wobei jedoch insbesondere eine erfolgreiche prozessorientierte Begutachtung dem Staat insgesamt viele Kosten ersparen kann, so beispielsweise wenn aufgrund der umfassenden Abklärungen und Erprobungsphasen eine behördliche Platzierung verhindert werden kann. Das Gericht ist zwar nicht an die Schlussfolgerungen und Empfehlungen eines Gutachtens gebunden, es würdigt dieses frei, darf aber in Fachfragen nicht ohne triftige Gründe davon abweichen und muss Abweichungen begründen.¹⁶⁰ Eine namentlich in familienrechtlichen Verfahren taugliche Form des schriftlichen Gutachtens ist das prozessorientierte Gutachten (vgl. 7.1), das bei den Gerichten zunehmende Akzeptanz genießt.

Obwohl zivilprozessual möglich, ist die Teilnahme von Sachverständigen in familienrechtlichen Verfahren an Schweizer Gerichten nicht üblich. Obwohl Art. 187 Abs. 1 ZPO dem Gericht die Wahl lässt, mündliche oder schriftliche Gutachten anzuordnen, wird vom mündlichen Gutachten wenig Gebrauch gemacht. Dabei hat der Beizug des Fachwissens in der Verhandlung grosse Vorteile: Ergänzungsfragen können sofort gestellt und beantwortet werden, Missverständnisse ausgeräumt, die Verfahrensdauer verkürzt und die Kosten vermindert werden. Der in der Verhandlung anwesende Gutachter kann die Kinderbelange betreffenden Vorschläge dem Gericht und den Parteien unterbreiten, diese können vor Ort mit allen Beteiligten unmittelbar besprochen und so gemeinsam Lösungen erarbeitet werden¹⁶¹.

Einzig der Kanton Aargau hat bei der Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts innerhalb der ordentlichen erstinstanzlichen Gerichtsbarkeit (Bezirksgerichte) interdisziplinär zusammengesetzte Familiengerichte geschaffen, die nicht nur alle Kindes- und Erwachsenenschutzverfahren führen, sondern deren Fachrichter auch in ehe- und kindesrechtlichen Verfahren beigezogen werden können.¹⁶² Damit ist gleichzeitig die unselige Doppelzuständigkeit für Kindesschutzverfahren von Zivilgerichten und KESB¹⁶³ beseitigt, die in allen Kantonen, die separate KESB, i. d. R. als Verwaltungsbehörden, etabliert haben, weiterbesteht.

160 BGer, 24. 10. 2008, 5A_591/2008.

161 Vgl. ausführlich dazu: Bähler/Schreiner/Schweighauser, Neue Formen des Miteinbezugs von psychiatrischen und psychologischen Sachverständigen in eherechtlichen Verfahren, FamPra.ch 2012, 538, 538 ff.

162 Vgl. dazu ausführlich: Häfeli, Familiengerichte im Kanton Aargau als Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, FamPra.ch 2012, 1011, 1001 ff.

163 Art. 315, 315a, 315b ZGB.

Die interdisziplinär oder multiprofessionell zusammengesetzten KESB sowie die Familiengerichte im Kanton Aargau, in denen i. d. R. die Kernkompetenzen Recht, Sozialarbeit und Psychologie vertreten sind, verfügen über deutlich mehr Fachwissen im Spruchkörper und sind deshalb eher in der Lage, die Gefährdungssituation zu beurteilen und einzelfalladäquate Lösungen im interdisziplinären Diskurs zu erarbeiten. Dennoch werden auch sie in manchen Fällen auf den Beizug von einschlägigen externen Fachleuten angewiesen sein, umso mehr als der Aufbau einer interdisziplinären Kultur ein mehrjähriger Prozess ist.

VII. Implikationen für die Praxis

Bei der Beantwortung der Frage der Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern steht die richtende Person vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Eine psychiatrische Diagnose allein liefert keine erschöpfende Aussage über die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils. Vielmehr ist eine genaue, individuelle Analyse der elterlichen Kompetenzen und ihr Einfluss auf die Erfüllung der Kindesbedürfnisse, bei der interdisziplinäres Wissen jeweils auf den Einzelfall angewendet werden muss, notwendig. Diese Analyse benötigt Zeit und umfangreiches Wissen seitens der richtenden Person. Die Zeit ist zum Teil aber knapp, da angesichts einer möglichen Kindeswohlgefährdung eine rasche Entscheidung unabdingbar ist. Psychologisch-psychiatrisches Wissen über psychische Erkrankungen und deren Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit ist bei juristischen Fachpersonen zum Teil vorhanden, jedoch nicht durchwegs, und ein Teil der Juristen hat hier einen Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsbedarf. Denn die Komplexität familienrechtlicher Verfahren bei Kindern von psychisch kranken Eltern erfordert einen interdisziplinären Zugang zur Thematik, in dem neben rechtlichen auch psychologische und psychiatriereelevante Aspekte berücksichtigt werden. Der Aufbau solcher interdisziplinären Strukturen verspricht eine gesteigerte Qualität der Rechtsprechung und der Versorgung der Bevölkerung. Interdisziplinär zusammengesetzte Familiengerichte und KESB stellen ein gutes Modell verbesserter Praxis dar, das sich wünschenswerterweise stärker etabliert und weiterentwickeln soll.¹⁶⁴ Gleichermassen ist das prozessorientierte Gutachten, in welches neben der Diagnostik auch die Art der Interventionen und eine ganzheitliche, systematische Betrachtung integriert sind, ein vielversprechendes Instrument interdisziplinärer Herangehensweise.¹⁶⁵

Das Bemühen um das Kindeswohl und Elternwohl angesichts verbreiteter Phänomene psychischer Erkrankungen von Eltern bleibt eine ständige Herausforderung, die Interdisziplinarität, Zeit, Nachsicht und Demut erfordert.

164 Häfeli, FamPra.ch 2012, 1001 ff.

165 Salzgeber (Fn. 37), 527 f.

Zusammenfassung: *Der Beitrag untersucht die Frage der Erziehungsfähigkeit von Eltern mit psychischen Störungen und zeigt rechtspsychologische und -psychiatrische Überlegungen auf, die Gerichten und Mitarbeitern der KESB helfen können, eine Entscheidung im Sinne des Kindes- und des Elternwohls zu treffen. Im Rahmen des Beitrages werden Fragen der Praxis interdisziplinär untersucht und ein Modell für ein sinnvolles Vorgehen erarbeitet. Dabei wird u. a. auf die folgenden psychischen Störungen eingegangen: Schizophrenie, Borderline-Störung, Depression und Post-traumatische Belastungsstörung. Der vorliegende Beitrag richtet sich an Richterinnen und Richter sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KESB.*

Resumé: *La contribution examine la question de la capacité éducative de parents souffrant de troubles psychiques et présente des réflexions de psychologie et psychiatrie légale qui pourraient aider les tribunaux et les collaborateurs des APEA de prendre une décision allant dans le sens de l'intérêt de l'enfant et des parents. L'article examine des questions de la pratique de manière interdisciplinaire et développe un modèle d'action cohérente, en abordant plus particulièrement les troubles psychiques suivants : schizophrénie, troubles borderline, dépression et syndrome de stress post-traumatique. La présente contribution s'adresse aux juges ainsi qu'aux collaborateurs et collaboratrices des APEA.*
