



## Kinder in psychischer Not



Die Illustrationen dieser undKinder Nummer stammen von Lilian Caprez. Bis zum 30. Januar stellt sie ihre Zeichnungen in der alten Kaserne in Winterthur aus.  
[www.liliancaprez.ch](http://www.liliancaprez.ch)

## Impressum

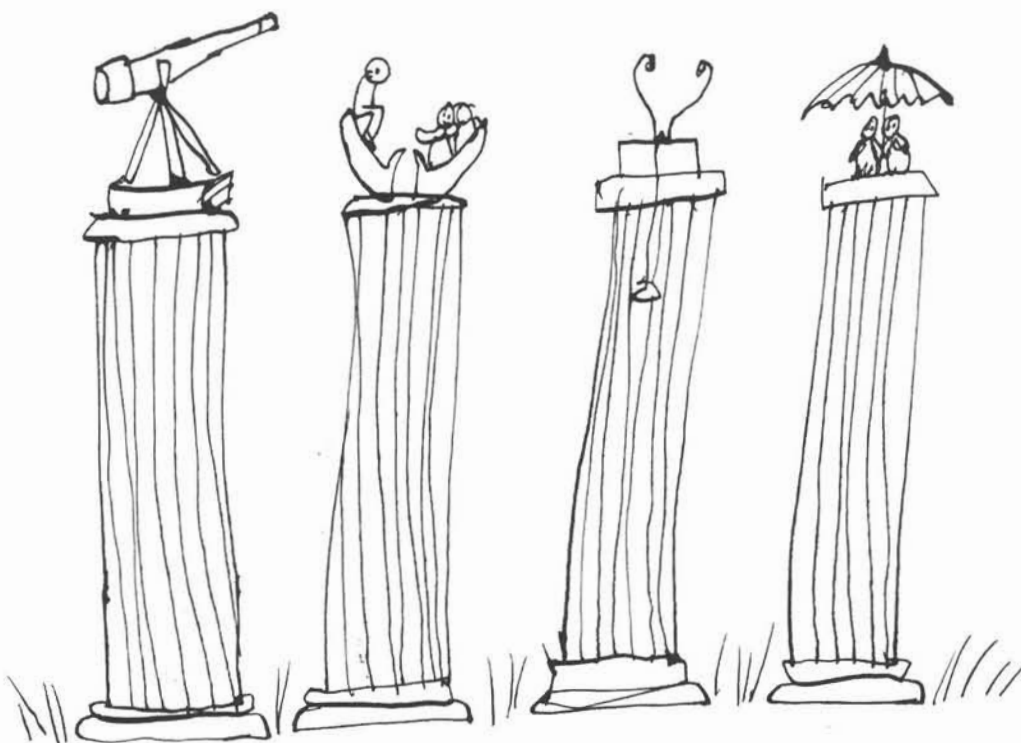
---

Herausgeber:	Marie Meierhofer Institut für das Kind
Redaktion:	Claudius Natsch, Erika Feusi
Layout/Gestaltung:	Claudius Natsch
Beratung:	Heidi Simoni, Institutsleiterin, Sabine Brunner, Jeremy Hellmann, Jeannine Schälín, Corrina Wustmann, Maria Teresa Diez Grieser
Vertrieb:	Marie Meierhofer Institut für das Kind Schulhausstrasse 64, 8002 Zürich Tel.: 044 205 52 20 / Fax.: 044 205 52 22 <a href="mailto:info@mmizuerich.ch">info@mmizuerich.ch</a> / <a href="http://www.mmizuerich.ch">www.mmizuerich.ch</a>
Abonnement:	<i>undKinder</i> erscheint zwei Mal im Jahr Kündbar jeweils auf Ende Jahr Preis: Fr. 30.-, Ausland Fr. 45.- Einzelnummer Fr. 18.-

---

Alle Rechte beim Marie Meierhofer Institut für das Kind; ISSN 1420-0163

Die Facharbeit des Instituts wird von der Bildungsdirektion des Kantons Zürich und vom Sozialdepartement der Stadt Zürich finanziell unterstützt.



Das Winterthurer Modell ruht auf vier Säulen:

- Aufklärung/Vorsorge/Früherkennung
- Soziale Unterstützung und soziale Beratung für betroffene Eltern und Kinder, Erziehungsberatung
- Therapie und Behandlung von Kindern, die bereits selbst Symptome zeigen
- Kinderschutz (analog wie bei Kindern suchtkranker Eltern)

# Das Winterthurer Modell

Christine Gäumann / Kurt Albermann

In Winterthur setzt man sich seit 6 Jahren intensiv mit dem Thema der Kinder psychisch kranker Eltern auseinander. In enger und ergänzender Zusammenarbeit haben die integrierte Psychiatrie Winterthur ipw, vertreten durch Christine Gäumann, Beauftragte für familienpsychiatrische Fragestellungen, und das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der Kinderklinik am Kantonsspital Winterthur, vertreten durch Dr. med. Kurt Albermann, Leitender Arzt, die Bearbeitung dieses Themas federführend übernommen.

## 1. Einleitung

Im europäischen Raum finden sich einige Arbeiten zu den Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung von Kindern bei Sir Michael Rutter, einem der Pioniere der Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>1</sup>. Eine Enttabuisierung des Themas zeichnete sich in der Schweiz Ende der 90er Jahre ab. Erste Publikationen zum Thema, beispielsweise von Dr. Ronny Gundelfinger, Kinder- und Jugendpsychiater am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich, machten darauf aufmerksam, was es für Kinder und Jugendliche bedeutet, wenn Eltern psychisch erkranken<sup>2</sup>. Sie zeigten auf, welchen Überforderungen sie ausgesetzt sind und wie allein sie häufig mit ihren Fragen bleiben und wie geringe Unterstützung sie in der Bewältigung ihrer Erlebnisse erfahren.

Auch die Not und die schweren Schuldgefühle, unter denen betroffene Eltern oftmals leiden, wurden dargestellt. Aus diesem gewachsenen Bewusstsein entwickelten sich in der Folge erste Versuche einer engeren Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prof. Wilhelm Felder, ärztlicher Direktor der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern, baute zusammen mit

Mitarbeitern in der psychiatrischen Klinik Waldau erste Elterngruppen auf<sup>3</sup>. Patienten und Patientinnen, auch in akuten Krankheitsphasen, fanden Aufnahme in den Gruppen. Sie wurden als Mutter und Vater und nicht als „Mitglied einer bestimmten Krankheitsdiagnose“ angesprochen und es ging darum, wie sie als Eltern mit der Erkrankung umgingen. In den Gruppen konnten sie über ihre Ängste und Probleme sprechen und zusammen mit andern wagen, sich mit ihren Schuld- und Schamgefühlen den Kindern gegenüber auf weniger einengende Weise zu befassen. Sie wurden unterstützt, trotz Krankheit ihren Kindern eine gute Mutter und ein guter Vater zu bleiben, die/der auf ihre Fragen eingeht und versucht, mit dem Kind den emotionalen Kontakt aufrechtzuerhalten, auch wenn es infolge einer Hospitalisation zu einer Trennung kommt. Die Inanspruchnahme von Hilfestellungen, beispielsweise durch Facheinrichtungen, Nachbarn, SOS-Pflegefamilien, etc., wurde durch diesen Hilfsprozess in Gang gebracht, und Ängste vor behördlicher Willkür und Macht und Angst vor Fremdbestimmung durch Mitarbeitende von Jugendämtern wurden abgebaut.

Ab 2002 entwickelte sich auf Initiative der ipw und des

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

2 Gundelfinger R (1997) Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? *Kindheit und Entwicklung*, 6:147-151

Kinder in psychischer Not

3 Sommer R, Zoller P, Felder W (2001) Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7(1):498-512

SPZ in Winterthur eine ergänzende und koordiniertere Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Jugend- und sozialen Familienhilfe. Die ipw und das SPZ artikulierten, dass die Behandlung von erwachsenen psychisch kranken Patienten zu wenig auf die Anliegen, Bedürfnisse und Nöte von Angehörigen und engen Bezugspersonen der Patienten einging und dem Anspruch einer integrierten Versorgung dadurch zu wenig entsprochen wurde. Wenn Angehörige angesprochen oder einbezogen wurden, handelte es sich um Partner oder Partnerinnen oder Eltern, aber kaum um Kinder und Jugendliche. Für sie erklärten sich die Erwachsene behandelnden Fachpersonen nicht zuständig, ihnen gegenüber bestanden die grössten Versorgungsdefizite.

Die Kooperation zwischen den drei Versorgungssystemen entstand auf dem Hintergrund des erkannten Defizits, aber auch auf dem Hintergrund glücklicher Umstände. Zum richtigen Zeitpunkt fanden die richtigen Personen, resp. Vertreter der erwähnten Versorgungssysteme zueinander und legten ihre Wissens- und Erfahrungsressourcen zusammen und setzten mit ihrem Engagement und ihren Überzeugungen einen Bewusstseinsprozess in Gang. Aufgrund ihrer Führungspositionen in wichtigen Institutionen hatten sie genügend Gewicht und Einfluss, dass das Thema der Unterversorgung Kinder psychisch kranker Eltern über die Grenzen einzelner Versorgungssysteme hinaus in Winterthur zum Thema wurde.

Die integrierte Psychiatrie Winterthur ipw und das Sozialpädiatrische Zentrum SPZ der Kinderklinik am Kantonsspital Winterthur KSW vernetzten sich besonders aktiv und übernahmen im Thema gemeinsame Leaderfunktionen. Christine Gäumann von der ipw und Dr. med. Kurt Albermann vom SPZ engagieren sich in ergänzender und interdisziplinärer Zusammenarbeit für die Verbesserung der Lebenssituationen von betroffenen Kindern. Diese Leidenschaft für das Thema erwies sich als antreibender Motor, was bis heute anhält und immer wieder dafür sorgt, dass die Anstrengungen fortgesetzt werden, auch wenn die zeitlichen Ressourcen dafür leider sehr beschränkt sind.

Sie übernahmen den Lead für die Planung und Entwicklung Rahmen vermittelnder Strukturen und für die Entwicklung und Ausgestaltung eines Fachnetzwerkes. Dieses Fachnetzwerk bündelt auf breiter Basis interprofessionelles und interinstitutionelles Wissen aus unterschiedlichen Tätigkeits- und Erfahrungsfeldern und fasst sie in der Form eines Ressourcenpools zusammen.

Durch diese Zusammenführung wurde die Voraussetzung für eine differenzierte Problemanalyse geschaffen, die ermöglichte, dass Missstände breit abgestützt erkannt und

benannt wurden. Dieser Konsens bildete die Grundlage für die Planung geeigneter Verbesserungen in Form von strukturellen und anderen Massnahmen.

Für die Erreichung dieses Zieles mussten alle wichtigen Exponenten und Vertreter von Organisationen und Institutionen aus der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe sowie private Trägerschaften und Privatanbieter (Ärzte und Psychotherapeuten in eigener Praxis) gewonnen und eingebunden werden. Im Voraus erforderte das viel Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit bei den avisierten Netzwerkpartnern, damit das Thema zum Thema wurde und zu haften begann. Dank guter Kontakte mit wichtigen Exponenten des psychiatrischen und sozialen Versorgungsnetzes gelang es, alle namhaften Entscheidungsträger und Fachpersonen aus der Psychiatrie und Kinder-, Jugendhilfeszene für die aktive Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe zu gewinnen. Die Arbeitsgruppe *Familienpsychiatrie* ist die Geburtsstätte der bisher erfolgten Anstrengungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern im Raume Winterthur.

Im Jahr 2005 lancierte die Arbeitsgruppe ein Forschungsprojekt, das im Jahr 2006 in enger Zusammenarbeit mit der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement für Soziale Arbeit, ehem. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (HSSAZ), realisiert wurde. Das Projekt erforderte im Vorfeld der Umsetzung intensive Öffentlichkeits- und Pressearbeit. Die gute Vernetzung von Christine Gäumann und Kurt Albermann erwies sich für das Projekt als Ressource und machte es einfacher, von Behörden, Amtsträgern, Kirchen, Fonds und Stiftungen ideelle Unterstützung und finanzielle Mittel für die Realisierung des Forschungsprojektes zugesprochen zu erhalten. In der Umsetzungsphase der quantitativ angelegten Studie, 'Kinder psychisch kranker Eltern' musste die Hürde genommen werden, möglichst viele Organisationen, Institutionen, Einrichtungen, Praxen und Fachschaften aus dem psychiatrischen und sozialen Erwachsenen- und Kinderversorgungsbereich verbindlich für die Beantwortung des umfangreichen Fragebogens zu gewinnen. Ein hoher Rücklauf war für die Aussagekraft der gewonnenen Daten entscheidend. Es bedurfte gemeinsamer Anstrengungen und vieler persönlicher Einzelkontakte, um dieses Ziel zu erreichen.

Zu den vielen Vorarbeiten des Forschungsvorhabens gehörte die Sichtung von bestehendem Material aus ausländischen Studien und Publikationen, mit eingeschlossen die persönlichen Kontakte mit Fachleuten im In- und Ausland, die sich mit dem Thema beschäftigt hatten. In der Folge entwickelte das Team der Forschungsabteilung der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich in enger Zusam-

menarbeit mit Kurt Albermann das Forschungsdesign.

Aus der bisherigen Erfahrung hat sich die Überzeugung gefestigt, dass die Bearbeitung des Themas sehr komplex ist und Hilfsmassnahmen auf unterschiedlichen Handlungsebenen erforderlich sind.

In Winterthur geht man dabei von einem 4-Säulen-Prinzip aus:

### **Aufklärung/Vorsorge/Früherkennung**

### **Soziale Unterstützung und soziale Beratung für betroffene Eltern und Kinder, Erziehungsberatung**

### **Therapie und Behandlung von Kindern, die bereits selbst Symptome zeigen**

### **Kinderschutz (analog wie bei Kindern suchtkranker Eltern)**

Aufgrund eingeschränkter personeller und zeitlicher Ressourcen kann das Konzept nur in Etappen verwirklicht werden. Aktuell werden unter Federführung von Kurt Albermann und Christine Gäumann konkrete Instrumente (z.Bsp. ein diagnostischer Beurteilungsraster für Fachleute in psychiatrischen und sozialen und (sozial-) pädagogischen Einrichtungen) für die Umsetzung von Einzelmassnahmen entwickelt.

### **Zuständigkeiten**

Für die strukturelle, selektive und indizierte Prävention sind alle Versorgungssysteme in ergänzender Zusammenarbeit und im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge zuständig, weil alle drei für Betroffene Zugangspforten sind. Die Erwachsenenpsychiatrie hat im Bereich der Früherkennung und Frühintervention eine Schlüsselfunktion, indem sie ihre Verantwortung wahrnimmt, auf Überforderungssituationen der Kinder ihrer erwachsenen Patienten und Patientinnen zu reagieren und Familien unterstützende nachbarschaftliche, soziale und/oder kinder- und jugendpsychiatrische Massnahmen und Hilfeleistungen zu veranlassen.

Die soziale Unterstützung, die soziale Beratung und die Erziehungsberatung ist Aufgabe der Jugend- und Familien- und Sozialhilfe. Darunter fallen auch Casemanagement-Aufgaben, die sicherstellen, dass unterschiedliche Hilfeleistungen durch unterschiedliche Leistungserbringer gut koordiniert sind.

Für psychiatrische Abklärungen und psychotherapeutische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, die

bereits selbst psychische Belastungssymptome und Verhaltensstörungen zeigen, ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgerufen.

Der Kinderschutz ist Aufgabe der Vormundschaftsbehörden und der Fachstelle Kinderschutz in koordinierter und ergänzender Zusammenarbeit mit den Institutionen und Fachpersonen aller drei Versorgungssysteme.

Die ergänzende Zusammenarbeit von Christine Gäumann und Kurt Albermann findet in diesem Artikel seine Fortsetzung und versteht sich als Ausdruck gemeinsam gewachsener Verantwortlichkeit. Miteinander organisieren die beiden für den 12. November 2009 ein ganztägiges Symposium zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern in Winterthur mit Referenten aus dem In- und Ausland. An dieser Veranstaltung, getragen vom SPZ und der ipw, werden das Modell Winterthur und die getroffenen Massnahmen bekannt gemacht.

## ***2. Gründung der Arbeitsgruppe Familienpsychiatrie***

In direkter Anlehnung an das neue Psychiatriekonzept des Kantons Zürich aus dem Jahre 1998 wurde die ipw Ende der 90er Jahre konzeptuell entwickelt und im Jahr 2001 gegründet. Sie deckt heute mit ihren Angeboten an insgesamt elf Standorten mitten in der Stadt Winterthur die psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene in der Stadt und Region Winterthur ab. Dabei steht der Leitgedanke einer integrierten Versorgung im Zentrum. „Integriert“ meint die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Psychiatern, Sozialbehörden, sozialen Einrichtungen und vielen weiteren Institutionen in der Region, aber auch der enge Kontakt zu Angehörigen und Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten.

Im Psychiatriekonzept wird unter dem Titel ‚Familienpsychiatrie‘ ausdrücklich festgehalten, dass die Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie angehalten sind, eine gemeinsame Schnittstelle zu begründen und die konsiliarische Zusammenarbeit zu pflegen.

Psychiatriekonzept und die integrierte Versorgung bilden zusammen die Grundlage für ein Selbstverständnis, das nicht nur den psychisch erkrankten erwachsenen Patienten in den Vordergrund stellt, sondern sein Bezugssystem miteinbezieht.

Gemäss diesem Leitprinzip wurde in der ipw im Jahr 2002 die Funktion einer Beauftragten für familienpsychiatrische Frage- und Problemstellungen geschaffen und Christine Gäumann dafür ernannt. Ihr Auftrag besteht darin, die Probleme zu orten, die für eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem sozialen Versorgungssystem hinderlich sind.

Die Initiierung geeigneter Projekte im überlappenden gemeinsamen Schnittstellenbereich ist Bestandteil des Auftrages.

Christine Gäumann ist hauptamtlich als Bereichsleiterin in der ipw tätig und in dieser Funktion verantwortlich für die betriebliche Führung mehrerer Angebote im Erwachsenen- und Adoleszentenbereich. Zu den ihr unterstellten Angeboten gehört u.a. eine Akutstation für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Rund 60% aller zugewiesenen Jugendlichen in diese Station sind Kinder psychisch kranker Eltern.

Im Jahr 2003 wurde auf Initiative von Christine Gäumann und Kurt Albermann die Arbeitsgruppe ‚Familienpsychiatrie‘ gegründet. Der Arbeitsgruppe gehören wichtige Personen in höheren Kader-Führungsfunktionen aus der institutionellen Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch private Anbieter und frei praktizierende Psychiater/Psychotherapeuten, die ihre Fachschaften vertreten, sowie namhafte Exponenten aus dem sozialen und pädagogischen Versorgungssystem an. Mit dieser Zusammensetzung wird gewährleistet, dass die einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder in ihren eigenen Kompetenzbereichen eine genügend hohe Position inne haben, die sie legitimiert, die gewonnenen Einsichten, die aus der Auseinandersetzung mit dem Thema in der Arbeitsgruppe resultieren, mit grösstmöglichem Gewicht in ihr eigenes Versorgungssystem zurückzutragen und dadurch einen Bewusstseinsprozess anzustossen.

Zu Beginn der Arbeitsgruppentätigkeit wurde eine Bestandaufnahme der dringlichsten und relevantesten anstehenden Fragen und Probleme an den gemeinsam überlappenden Schnittstellen durchgeführt. Rasch rückte dabei die Misere in der Versorgung Kinder psychisch kranker Eltern in den Vordergrund. Vor allem die Vertreter der Familienhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie bemängelten die ungenügende Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie. Die Kritik richtete sich an die Adresse der Erwachsenenbehandler in der institutionellen Psychiatrie, aber auch an die Adresse der frei praktizierenden Psychiater und Psychotherapeuten. Bemängelt wurde der zu geringe systemisch und familienorientierte Behandlungsansatz in der Versorgung psychisch kranker Erwachsener, was dazu führt, dass auf die Notlage der Kinder und Jugendlichen nicht geachtet wird, weil man sich dafür als nicht zuständig erachtet. Kinder und Jugendliche, die als Folge der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile in eine soziale und/oder emotionale Notlage und Krise geraten, erhalten deshalb oft zu spät Beachtung und Unterstützung, weil im frühen Problementwicklungsstadium verpasst wurde, auf sie einzugehen. Geeignete Angebote von Fachstellen im

Versorgungsbereich der Jugend- und Familienhilfe werden durch die Erwachsenenpsychiatrie zu wenig genutzt und für die betroffenen Kinder als Ressource erschlossen. Dieser Mangel widerspreche jeglichem Gedanken der Früherkennung und Frühintervention und führe nicht selten dazu, dass sich schwerwiegende Probleme in einer betroffenen Familie durch verpasste soziale oder therapeutische Unterstützung etablierten. Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie beklagten, dass aufgrund mangelhafter familienanamnestischer Abklärungen in der Erwachsenenpsychiatrie jene Kinder und Jugendliche durch die Maschen fallen, die bereits selbst psychische Symptome entwickelt haben.

Die ärztliche Schweigepflicht wurde als zusätzliche Erschwernis in der Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssystemen genannt, vor allem dann, wenn sich Behandler des Erwachsenenversorgungssystems dahinter verbarrikadieren. Diese Kritik an die Adresse der Erwachsenenpsychiatrie führte in der Arbeitsgruppe unter den Mitgliedern zu heftigen Grundsatzdiskussionen über Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, ethische und berufspolitische Fragestellungen und nahmen viel Raum, auch Klärungszeit ein.

### ***3. Die Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich und der Arbeitsgruppe ‚Familienpsychiatrie‘***

Das Problem war benannt, nun galt es aus Behauptungen Fakten zu machen, denn nur so bestand die Chance, die politische und gesellschaftliche Anerkennung für das Problem zu erlangen. In der Gruppe verdichtete sich die Überzeugung, dass ein grosser Mangel an wissenschaftlich fundiertem Datenmaterial, auf die Schweizer Verhältnisse bezogen, besteht. Eine in Auftrag zu gebende Studie sollte diesem Manko Abhilfe schaffen. Auch war man sich einig, dass die Qualität der aktuellen Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssystemen mit schlüssigen Daten belegt und beurteilt werden musste. Diese Überlegungen waren anleitend bei der Suche nach einem geeigneten Partner im Forschungsbereich. Die Arbeitsgruppe übergab den operativen Lead für die Entwicklung und Umsetzung des Forschungsvorhabens Christine Gäumann und Kurt Albermann. Der ärztliche Direktor der ipw und der Chefarzt der Kinderklinik des KSW stimmten dem gemeinsamen Projekt zu.

Im gleichen Zeitraum wie die Winterthurer Arbeitsgruppe ‚Familienpsychiatrie‘ setzte sich auch die Hochschule für Soziale Arbeit mit dem Thema ‚der vergessenen Kinder‘ auseinander. Durch einen glücklichen Umstand ausgelöst entstand zwischen Kurt Albermann, Christine Gäumann und Ruth Gurny, der Leiterin der Forschungsabteilung, ein Kontakt, der einen initiierenden Impuls auslöste und sich

als Funke für das Winterthurer Forschungsprojekt erwies. Die Hochschule für Soziale Arbeit, das SPZ und die ipw entschieden sich, in gemeinsamer Anstrengung eine quantitativ angelegte Studie zu konzipieren und im Raum Winterthur umzusetzen. Dabei übernahm die Hochschule in ergänzender Zusammenarbeit mit Kurt Albermann und Christine Gäumann die Verantwortung für den Forschungsteil. Die Einbettung des Projektes in die drei Versorgungssysteme in Winterthur übernahmen Kurt Albermann und Christine Gäumann. Sie setzten durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit alles daran, die ideelle und materielle Unterstützung durch Behörden (z.Bsp. Jugendkommission), durch städtische Ämter sowie Fonds und private Stiftungen zu erlangen.

Die Vorbereitungen für die geplante Studie begannen im Jahr 2005. Zwischen Praxis und Forschung entwickelte sich eine integrierte Zusammenarbeit, die einen Modellcharakter aufwies.

Am 21. März 2006 wurde eine breit angelegte schriftliche Befragung in der Stadt und Region Winterthur unter Federführung der Hochschule für Soziale Arbeit durchgeführt. Befragt wurden alle in Frage kommenden Leistungserbringer für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche. Die Studie untersuchte die Prävalenz, also die Zahl der betroffenen Eltern und ihrer minderjährigen Kinder am erwähnten Stichtag. Erfragt wurde ferner die Art und Weise, wie die involvierten Personen und Institutionen mit dem Thema umgehen, und wie sie untereinander zusammenarbeiten. Schliesslich waren die Merkmale der erfassten Patient/-innen und ihrer Familien ein Thema: Bei welchen Bevölkerungsgruppen häufen sich psychische Erkrankungen? Wie sind die Familien zusammengesetzt? Wo halten sich die Kinder auf? Wie unterscheidet sich die betroffene Bevölkerungsgruppe der psychisch Kranken vom Durchschnitt der Gesamtbevölkerung?

Die Studie liefert Grundlagematerial, das nötig ist, um die vorhandenen Angebote zu optimieren und aufzuzeigen, wo noch Handlungsbedarf besteht.

#### 4. Die wichtigsten Ergebnisse

Psychische Erkrankungen sind häufig und liegen hinsichtlich Häufigkeit und Schweregrad an zweiter Stelle aller Krankheiten, hierbei sind Suchterkrankungen noch nicht einmal berücksichtigt<sup>4</sup>. Nicht ganz jeder zweite Einwohner der Schweiz erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung, die zu einer schweren Beein-

trächtigung führt. Die Inzidenz psychischer Erkrankungen in der Schweiz beträgt ca. 1%, was bedeutet, dass pro Jahr ca. 60-80'000 Menschen an einer ernsthaften psychischen Störung neu erkranken. Die Prävalenz beträgt ca. 10%, was heisst, dass über einen Zeitraum von 12 Monaten gerechnet in der Schweiz ca. 600-800'000 Menschen gegenwärtig an einer psychischen Störung leiden<sup>5</sup>.

Mehrere wissenschaftliche Studien beschreiben für die Schweiz einen Anteil von ca. drei Prozent der erwachsenen Bevölkerung mit einer psychischen Erkrankung, die Tendenz ist zunehmend. Die WHO prognostiziert für das Jahr 2020, dass Depressionen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur zweithäufigsten Krankheitsursache werden. Ein beunruhigendes Phänomen, nicht zuletzt auch wegen der wachsenden Kosten, die daraus entstehen. Bei dieser Entwicklung werden häufig die Kinder der psychisch kranken Eltern zu wenig oder gar nicht berücksichtigt. Allein im Kanton Zürich handelt es sich gemäss einer Hochrechnung der Winterthurer Studie und basierend auf den Daten der Volkszählung 2000 um ca. viertausend betroffene minderjährige Kinder und Jugendliche. Diese Kinder sind vielfältigen Belastungen und Überforderungen ausgesetzt, was sich auch auf ihre eigene Entwicklung krankmachend auswirken kann. Ihr Risiko, später selbst psychisch zu erkranken, ist fast sechsmal höher als bei Kindern unbelasteter Familien.

In der Schweiz wurden bisher keine Zahlen erhoben, die fundierte Angaben über die Anzahl betroffener Kinder geben. Daher wurde eine quantitative Studie geplant, um für die Region Winterthur repräsentative Zahlen zu liefern (Abb. 1). Die Studie basiert auf einer breit angelegten schriftlichen Befragung aller in Frage kommenden Leistungserbringer (LE) für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche in der Psychiatrieregion Winterthur vom 21. März 2006 im Sinne einer Querschnittsuntersuchung. Die Befragung erfolgte auf dem Postweg. Die Rücklaufquote betrug im Durchschnitt 55 Prozent, was für eine schriftliche Befragung ein repräsentatives Ergebnis darstellt. Die Psychiatrieregion Winterthur umfasst die Bezirke Winterthur und Andelfingen sowie die Gemeinden Kyburg, Weisslingen, Illnau-Effretikon und Lindau.

Im Unterschied zu umliegenden EU-Ländern fehlte es bisher in der Schweiz an konkretem Datenmaterial, das den schweizerischen Verhältnissen Rechnung trägt. Die Ergebnisse der Untersuchung in der Psychiatrieregion Winterthur sind auf die Verhältnisse im Kanton Zürich übertragbar und daher von überregionaler Bedeutung.

<sup>4</sup> WHO (2001). *World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope.* Geneva

<sup>5</sup> Ajdacic-Gross V, Graf M (Obsan 2003) *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz.* Vgl.: <http://files.nationalesgesundheit.ch/files/AdobePDF/Pdf1557.pdf>



- Total betreut, behandelt oder beraten am Stichtag: 2354 Personen
- Davon psychisch krank: 974 Personen (55% Frauen; 45% Männer); das entspricht 3 % der Bevölkerung aus dem Einzugsgebiet der Psychiatrieregion Winterthur (= 32'736 Personen)
- Von diesen 974 Personen haben
  - 170 Frauen mindestens ein minderjähriges Kind (= 32%)
  - 74 Männer mindestens ein minderjähriges Kind (= 17%)
- Das sind insgesamt 244 Elternteile mit mindestens einem Kind.
- Adjustierte Prävalenz: 416 psychisch erkrankte Elternteile mit 700 Kindern und minderjährigen Jugendlichen in der Region Winterthur

Abb. 1 Zahlen zur Prävalenz in der Psychiatrieregion Winterthur

	LE ohne psychosoziale Problemindikation	LE mit psychosozialer Problemindikation
Schlecht/nicht so gut	78%	36%
Gut/sehr gut	22%	64%

Abb. 2 Beurteilung der Informationslage betreffend allfälliger psychischer Erkrankungen bei den Eltern

	LE ohne psychosoziale Problemindikation	LE mit psychosozialer Problemindikation
Ja	5%	48%
Nein	95%	52%

Abb. 3 Systematische Erfassung einer allfälligen elterlichen Erkrankung

Die Studie geht nicht der Frage nach, wie die betroffenen Kinder die elterliche Erkrankung erleben und verarbeiten, sondern konzentriert sich vorerst auf Fragen der Versorgungslage dieser Kinder. So wird auch von Fachpersonen bei der Behandlung von psychisch kranken Patientinnen zwar erhoben, ob Kinder vorhanden sind, aber nur bei 43 Prozent der Patienten wird nach allfälligen psychosozialen Belastungen der Kinder gefragt. Untersucht wurden

ausserdem die Häufigkeit psychischer Erkrankungen von Eltern, die Zusammensetzung der Familien, die Betreuungsform der Kinder sowie die Unterschiede zwischen Betroffenen und nicht Betroffenen im Einzugsgebiet der Psychiatrieregion Winterthur. Befragt wurden alle in Frage kommenden Leistungserbringer für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche: Psychiatrische Kliniken, stationäre Einrichtungen und Ambulatorien, Psychiaterinnen, Psychotherapeutinnen, Hausärzte und Gynäkologen, Kinderärzte, Kinderpsychiater, Kleinkindberatungsstellen, Schulpsychologische Dienste, Kinderhorte, Jugendanwaltschaft, Kinder- und Jugendheime, etc. Wegen der unterschiedlichen Aufgabenbereiche wurde deshalb in der Studie das Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche unterteilt in Leistungserbringer für Kinder ohne psychosoziale Problemindikation und solche für Kinder mit psychosozialer Problemindikation (psP). Die 69 befragten Leistungserbringer betreuten, behandelten oder berieten am Stichtag 1306 Kinder. Von diesen Kindern hatten 110 (oder 8 Prozent) einen psychisch kranken Elternteil. Offensichtlich empfinden die Leistungserbringer für Kinder ohne psP einen erheblichen Informationsmangel: Fast 80 Prozent beurteilen die Informationslage betreffend allfälliger psychischer Erkrankungen bei den Eltern als nicht so gut oder schlecht. Die LE für Kinder mit psP beurteilen den Informationsstand zwar um einiges besser, aber auch in diesem Bereich findet mehr als jeder dritte die Lage schlecht oder nicht so gut (Abb. 2). Eine systematische Erfassung einer elterlichen Erkrankung fand sogar bei Fachpersonen nur bei knapp der Hälfte der befragten Institutionen statt (Abb. 3).

### 700 betroffene Kinder in der Region Winterthur

Allein in der Region Winterthur sind 416 Elternteile und 700 Kinder vom Problem betroffen (adjustierte Prävalenz, Details siehe Kapitel 10 des wissenschaftlichen Berichts<sup>6</sup>). Am Stichtag, dem 21. März 2006, wurden insgesamt 2354 erwachsene Personen betreut, behandelt oder beraten. Davon psychisch krank waren 974 Personen, 55 Prozent Frauen, 45 Prozent Männer (Abb.1). Ein Drittel der Patientinnen und ein Sechstel der Patienten haben minderjährige Kinder. Bei vielen dieser psychisch erkrankten Eltern kumulieren sich Belastungen unterschiedlichster Art wie Arbeitslosigkeit, niedriger Bildungsstand, Alleinerziehung, Migration. Bei der Art der psychischen Erkrankungen zeigen sich die bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede: Frauen leiden weit häufiger an Depressionen als

<sup>6</sup> Gurny R, Cassée K, Gavez S, Los B, Albermann K (2007) *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie und Wissenschaftlicher Bericht*, Vgl.: <http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/de/sozialearbeit/forschung/abgeschlossene-projekte.html> oder [http://www.ksw.ch/desktopdefault.aspx/tabid-582/1753\\_read-1660/](http://www.ksw.ch/desktopdefault.aspx/tabid-582/1753_read-1660/) oder [www.ipwin.ch](http://www.ipwin.ch)

Männer. Männer hingegen sind doppelt so oft suchtkrank wie Frauen (Abb. 4). Das Störungsprofil der Kinder zeigt bei jeweils ca. der Hälfte der Kinder eine Störung des So-

	Frauen	Männer	gesamt
Depression	43%	31%	38%
Suchterkrankung	24%	49%	32%
Persönlichkeits oder Verhaltensstörung	16%	24%	19%
Brderline-Störung	8%	2%	6%
Schizophrenie/Psychose	15%	12%	13%
Posttraumatische Belastungsstörung oder Anpassungsstörung	22%	12%	19%

Abb. 4 Psychische Erkrankungen der Patient/-innen (Auswahl)

Störung des Sozialverhaltens	55%
Schulleistungsprobleme	45%
Affektive Störung	32%
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen	23%

Abb. 5 Häufigste Auffälligkeiten der Kinder (Mehrfachnennungen)

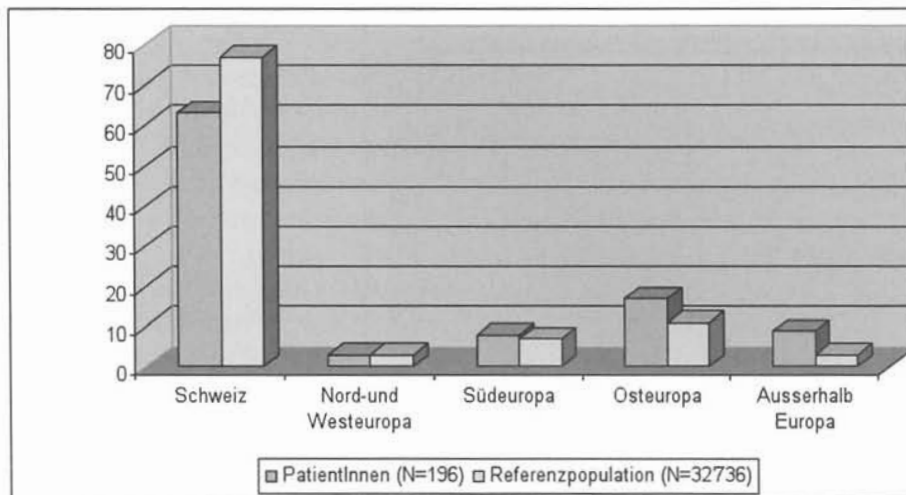


Abb. 6 Herkunft der Patient/-innen in %

zialverhaltens und Schulleistungsprobleme (Abb. 5).

Etwa zwei Drittel der von psychischer Krankheit betroffenen erwachsenen Personen sind Schweizer/-innen, im Vergleich zu knapp 80% in der Referenzbevölkerung. Migrationsstatus und die Herkunft aus einer anderen Kultur stellen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar. Personen aus Südosteuropa und aus dem aussereuropäischen Raum waren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich von psychischer Krankheit betroffen (Abb. 6). Rund ein Drittel der am Stichtag erfassten Kinder und Jugendlichen lebt bei der alleinerziehenden Mutter. Von diesen Müttern war über die Hälfte psychisch erkrankt. Das bedeutet, dass ein Sechstel aller durch die Studie erfassten Kinder mit einer psychisch kranken Mutter lebt (Abb. 6).

Analog zu den Ergebnissen anderer Studien fand sich auch in der Winterthurer Studie eine Kumulation familiärer Belastungen. Psychisch kranke Menschen sind fünfmal häufiger arbeitslos als die gesunde Durchschnittsbevölkerung. Demgegenüber ist ca. die Hälfte der Wohnbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe vollzeitlich erwerbstätig, bei der Gruppe der psychisch kranken erwachsenen Personen beträgt der Anteil lediglich 13% (Abb. 8).

Wie aus anderen Studien bekannt ist, können die betroffenen Kinder vielfältigen emotionalen und sozialen Belastungen ausgesetzt sein, die negative Auswirkungen für ihre seelische und soziale Entwicklung haben (Abb. 9). Sie leiden, weil der erkrankte Elternteil emotional erstarrt, stehen Ängste aus, der Elternteil könnte sich das Leben nehmen oder für immer krank bleiben. Klinikaufenthalte können schmerzliche Verlusterfahrungen auslösen, eine Zwangseinweisung eines Elternteils kann eine traumatisierende Wirkung haben. Die Kinder leiden, weil niemand ihre Fragen beantwortet. Oft fühlen sie sich an der Erkrankung schuldig und bleiben mit ihren Gedanken, Gefühlen und Selbstvorwürfen allein<sup>7</sup>.

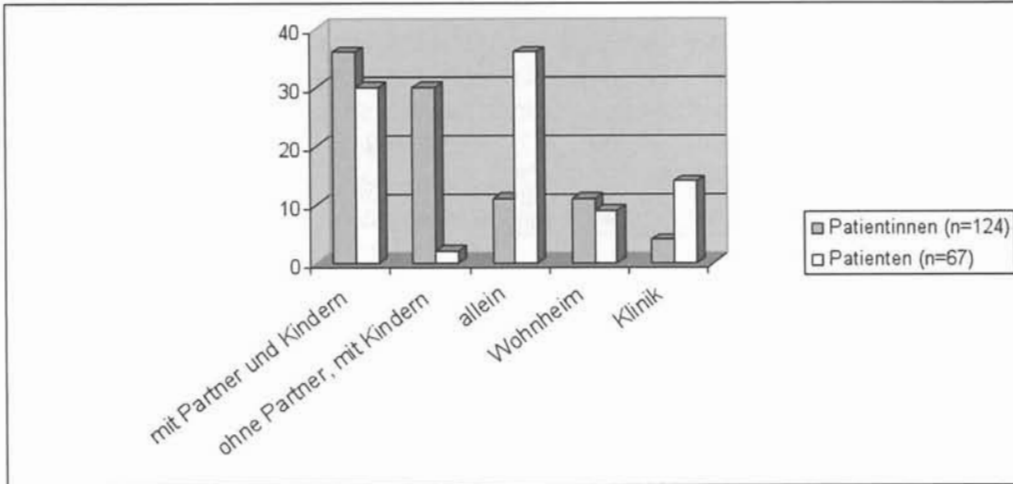


Abb. 7 Wohn- und Familiensituation der Patientinnen und Patienten

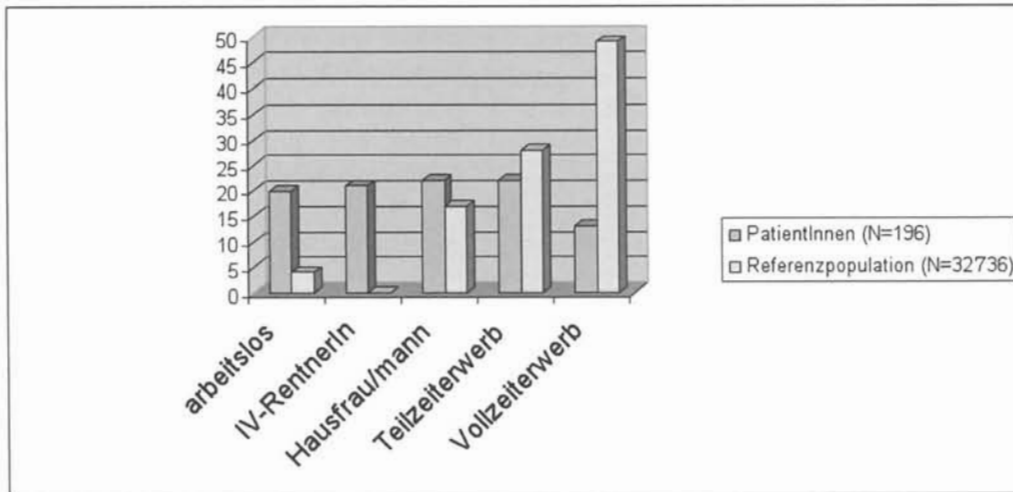


Abb. 8 Erwerbsstatus der Patient/-innen in %

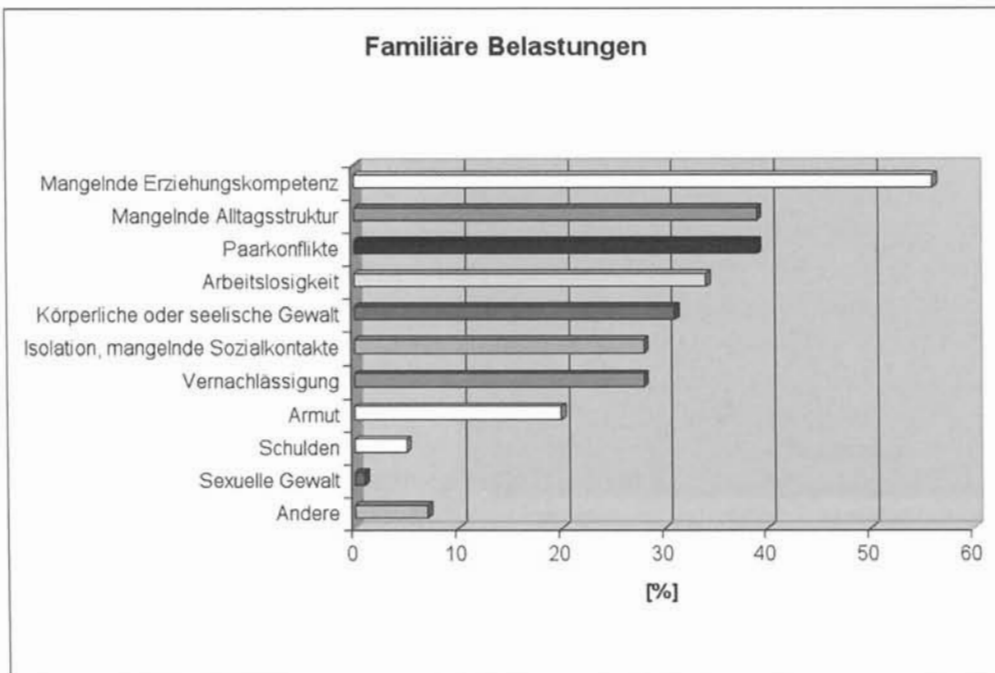


Abb. 9 Familiäre Belastungen

## 5. Massnahmen

### Grundlagen

Die WHO beschreibt in ihrem aktuellen Gesundheitsreport Reformen des öffentlichen Gesundheitswesens, die erforderlich sind, um Gesundheitssysteme auf das Wohl aller Bevölkerungsgruppen zu fokussieren (Abb. 10). Zweifelsohne sind hierbei in erster Linie weniger entwickelte Länder dieser Welt gemeint. Doch wird unter anderem zu menschen- bzw. kundenfreundlichen und gemeindezentrierten Systemen geraten, die die lokalen Bedürfnisse und Erwartungen der Wohnbevölkerung berücksichti-



Abb. 10 Empfohlene Gesundheitsreformen der WHO im Bereich der medizinischen Grundversorgung

gen. Auch in Staaten mit einem sehr hoch entwickelten Gesundheitssystem wie der Schweiz bestehen Sektoren des öffentlichen Gesundheitswesens, die einer Optimierung bedürfen, insbesondere auch betreffend des Zugangs sozial schwacher, benachteiligter oder so genannter „bildungsferner“ Bevölkerungsgruppen zu Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens und im Hinblick auf regionalisierte, wohnort- oder sogar quartiernahe und auf Brennpunkte fokussierte Angebote<sup>8</sup>.

Im Gesundheitsbericht der Schweiz, der am 27. November 2008 erschienen ist, werden die Determinanten von Gesundheit als jene Faktoren beschrieben, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Diese Faktoren lassen sich in drei Hauptbereiche zusammenfassen: sozioökonomische und umweltbedingte Faktoren, Lebensweisen und Lebensstile und individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetische Einflüsse. Einen wesentlichen

<sup>8</sup> WHO (2008) *World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever.* Geneva

Faktor für die gesundheitliche Lage ganzer Bevölkerungsgruppen stellen die sozialen Bedingungen dar, in denen die Menschen arbeiten und leben. Die Gesundheit des Menschen bestimmende Faktoren werden durch eine Vielfalt individuell unterschiedlicher Lebensbedingungen und durch das jeweilige Gesundheitsbewusstsein und -verhalten geprägt und sind in die gesellschaftlichen Strukturen eingebettet. Sie beeinflussen sich gegenseitig und es entsteht Gesundheit als eine dynamische Balance zwischen Risikofaktoren, Belastungsbedingungen und Schutzfaktoren, wie die Resilienzforschung mittlerweile gut belegen kann. Nicht alle Menschen, die widrigen Umgebungsbedingungen ausgesetzt sind, werden zwangsläufig krank, hilflos oder leiden. In zahlreichen Untersuchungen im Bereich Public Health werden mittlerweile gesundheitsrelevante Faktoren wie Armut, Bildung, frühkindliche Entwicklung, der psychosoziale Hintergrund, Erwerbsstatus, und die Genderspekte als wichtige Einflussgrößen aufgeführt<sup>9</sup>. Zunehmend setzt sich im Verstehen von Gesundheit und in der Bewältigung von Krankheit auch das von A. Antonovsky bereits in den 70er-Jahren erarbeitete salutogenetische Modell durch, das ursprünglich dazu diente zu ergründen, über welche Eigenschaften und Ressourcen Menschen verfügen, die sich unter widrigsten Umständen dennoch psychisch und körperlich weitgehend oder vollständig gesund entwickeln<sup>10</sup>.

Daher rücken auch gerade die psychosozialen Faktoren als die Gesundheit wesentlich bestimmende Einflussgrößen in den Vordergrund. Nach einer mehrere Jahrzehnte währenden Phase des globalen Wunsches des Menschen nach Individualisierung, mit dem Ziel eines Zugewinns an persönlicher Unabhängigkeit und Freiheit, ist festzustellen, dass Menschen und Kleinfamilien vereinsamen und der Verlust an sozialen Ressourcen im familiären Kontext einer Grossfamilie bzw. einer funktionierenden kleinsten sozialen Einheit zu einer Überforderung von Familiensystemen führt. Menschen aller Altersgruppen benötigen für ihr Wohlbefinden die Zuwendung und Anerkennung ihres sozialen Umfelds, das Gefühl von Geborgenheit und Wertschätzung. Jeder Mensch möchte geliebt werden und er benötigt – insbesondere in der Kindheit, aber auch in seiner weiteren Entwicklung, ein Mindestmass an intellektueller Stimulation, um sich entfalten und am Leben und an der Umgebung teilhaben zu können. Gerade in frühen Lebensjahren ist es für Kinder wichtig, sichere Bindungserfahrungen zu machen und stabile und

<sup>9</sup> Meyer K (Obsan 2009) *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Hans Huber. Vgl.: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.114424.pdf>

<sup>10</sup> Antonovsky A (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen. dgvt-Verlag

konstante Bezugspersonen zu haben und neben den Eltern möglichst auch andere längerfristig verfügbare Beziehungserfahrungen zu machen. Ein stabiles soziales Netz von Familie, Verwandten, Freunden, Nachbarn und anderen vertrauten Personen, neben unterstützenden Betreuungs-, Kindergarten-, Schul- und Freizeitangeboten, leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Für Erwachsene sind die genannten Faktoren, angepasst auf Partnerschaft, Beruf und persönliche Lebensumwelt, nicht weniger bedeutsam. Wie im Nationalen Gesundheitsbericht 2008 zur Gesundheit in der Schweiz erwähnt, bedarf es weiterer Daten und Forschungsergebnisse zum besseren Verständnis protektiver Faktoren, insbesondere im Bereich der frühkindlichen Entwicklung und im Hinblick auf verschiedenste psychosoziale Belastungen.

### Entwicklung und Evaluation von Instrumenten

Aufgrund oben ausgeführter Erwägungen erscheint es unabdingbar, eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen in einem belasteten Umfeld möglichst frühzeitig zu erkennen. Gleichzeitig sind die Ressourcen der Kinder, Jugendlichen, der Familien und des Umfeldes zu erschliessen. Durch eine Optimierung der Vernetzung von Fachpersonen und Institutionen soll schliesslich ein Beitrag geleistet werden, die gesundheitliche Versorgung betroffener Kinder, Jugendlicher und Familien zu verbessern, bei Bedarf geeignete Unterstützungs- oder Behandlungsmassnahmen einzuleiten oder zu vermitteln und somit auch die soziale Integration zu erhalten oder zu verbessern<sup>11</sup>. Eine frühzeitige Aufklärung von Kindern und Jugendlichen über die elterliche Erkrankung reduziert die Tabuisierung der Erkrankung und kann dazu beitragen, eine Stigmatisierung zu vermeiden<sup>12</sup>.

In Zusammenarbeit mit praxisorientierten Forschungsinstituten sollen daher ein Leitfaden und berufsgruppenspezifische Instrumente zusammengestellt werden, die es den jeweiligen Fachpersonen ermöglichen, sich in der täglichen Arbeit und in der Auseinandersetzung mit Familien ein Bild davon zu verschaffen, wie es konkret um die Versorgungs- und Betreuungssituation der Kinder und Jugendlichen in den Familien steht. Häufig werden psychische Erkrankungen von Eltern und die damit verbundenen Auswirkungen auf Kinder und Familien bagatellisiert oder ignoriert. Die Entwicklung muss von einer

passiv-abwartenden zu einer pro-aktiven Haltung seitens der Fachpersonen gehen. Verschiedentlich wird an dieser Stelle von Vertretern bzw. von Therapeuten oder beratenden Stellen für Erwachsene der Aspekt des Vertrauensverhältnisses und der ärztlichen Schweigepflicht bzw. des Schutzes des Arzt-Patienten-Verhältnisses angeführt. In jedem Fall sind hier grundsätzliche gesetzliche Vorgaben zu befolgen und es muss ein allfälliger Missbrauch im Vorfeld verhindert werden. Auch ist der Schutz von Patienten definitiv als hohes Gut zu werten. Gleichzeitig ist es notwendig, dass das Bewusstsein für systemisches und vernetztes Denken geschult wird und dass Fachpersonen ihre Chance erkennen, durch den Kontakt zu einem Teil eines Familiensystems einen wesentlichen Beitrag leisten zu können, auch andere Familienmitglieder zu entlasten, zu schützen und damit das Gesamtsystem einer Familie zu stabilisieren und die individuelle Belastung zu reduzieren.

Konkret bedeutet dies, Berufsgruppen aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich dafür zu motivieren, im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen und Eltern bei Hinweisen auf eine psychosoziale Belastung Risiko- und Schutzfaktoren zu erfassen und zu dokumentieren. Anhand eines Leitfadens sind bei Bedarf weitere Schritte einzuleiten, um Betroffene bei Verdacht auf Gefährdung, Überforderung, Vernachlässigung, Missbrauch, drohender oder manifester Dekompensation weiterzuvermitteln oder selbst zu anderen Fachpersonen und Institutionen Kontakt aufnehmen zu können. Der Katalog an Beobachtungen muss sich am Alter und an der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen orientieren und auf die Bedürfnisse der jeweils verantwortlichen Berufsgruppe abgestimmt sein. Die jeweils zu treffenden Massnahmen und Möglichkeiten der Vernetzung sollen bekannt sein.

Beispielhaft wird nachfolgend eine Auswahl von Fachpersonen und Institutionen und einiger relevanter Kriterien aufgeführt. Die Unterteilung erfolgte willkürlich aufgrund des Alters von Kindern und Jugendlichen

### 1. Kleinkinder

#### Unspezifische Faktoren

- Pflegezustand und Kleidung (Eltern und Kind) Versorgung mit Znüni/Zvieri
- Pünktlichkeit / Zuverlässigkeit der Eltern

#### Spezifische Faktoren

- Betreuungsqualität in speziellen Situationen (u.a. Krankheit des Kindes, Erziehungsanforderungen, gemeinsame Veranstaltungen mit anderen Eltern und Kindern)
- Kontaktfähigkeit, Interaktion, Feinfühligkeit und soziale Kompetenz (Eltern und Kind)
- Hinweise für Entwicklungsstörungen

<sup>11</sup> Mayberry D, Ling L, Szakacs, Reupert A (2005). *Children of a parent with a mental illness: perspectives on need*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), Vol.4, Issue 2, ISSN: 1446-7984

<sup>12</sup> Meier St, Raebel S, Tschanz B, Zenhäusern St (2008) „Mama was ist los?“ *Kinder psychisch kranker Mütter*. Diplomarbeit aus dem Heilpädagogischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz

- Hinweise für spezifische Störungen (Eltern und Kind)
- Risikoverhalten (Eltern und Kind)
- Schutzfaktoren (Eltern und Kind)
- Reaktion und Bereitschaft auf Gesprächs- bzw. Veränderungsimpulse

## 2. Kindergarten-/ Schulalter

Zusätzlich zu genannten Punkten in Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder gewinnen im Kindergarten- und Schulalter Faktoren wie Selbstbestimmung, Selbstvertrauen, Selbststrukturierungskompetenzen, Lernverhalten, Kontakt zur Peergruppe an Bedeutung. Gleichzeitig reduziert sich häufig der Kontakt zu den Eltern und Bezugspersonen.

## 3. Adoleszenz, junge Erwachsene

In diesem Lebensabschnitt stehen für Adoleszente und junge Erwachsene wichtige Weichenstellungen an (u.a. Lehrstelle, Ausbildung, Beruf). Es besteht insbesondere auch angesichts der hohen Suizidrate männlicher Jugendlicher eine vergleichsweise hohe Vulnerabilität. In diesem Alter haben die Beziehungen zu Gleichaltrigen und Partnern häufig die vormals engen Beziehungen zu Eltern und Geschwistern ersetzt und die Jugendlichen sind in vielen Entscheidungen und in ihrer Lebensplanung auf sich allein gestellt. Hier bedarf es auch an Ausbildungs- und Lehrstellen über geeignete Screeningtools, Wissen und Motivation seitens der Arbeitgeber, junge Menschen bei Hinweisen für psychische Belastungen frühzeitig an geeignete Beratungseinrichtungen zu verweisen und sie ausreichend zu unterstützen.

## 4. Erwachsene

Für diese erwachsenen Menschen steht bei psychischer Belastung bzw. Erkrankung an erster Stelle, neben einer aufmerksamen Familie, Freunden, Nachbarn, Arbeitgeber auch an entsprechend informierte, gut vernetzte Hausärzte und Psychiater zu gelangen, die bereits über ausreichende Kenntnisse und Massnahmen im Umgang mit psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern verfügen, die beispielhaft für die institutionalisierte Erwachsenenpsychiatrie im Bereich der ipw im nächsten Abschnitt ausgeführt werden.

## Kinderschutz

Bei Verdacht und in akuten Gefährdungssituationen sollte allen Anbietern pädagogischer, sozialer und medizinischer Leistungen bekannt sein, wann, wo und wie Unterstützung für betroffene Familien, Eltern, Kinder und Jugendliche zu erhalten ist. Der Leitfaden wird eine entsprechende Wegleitung enthalten und auch Kinderschutzaspekte berücksichtigen.

**Fortsetzungsstudie „Akzeptanz institutioneller Unter-**

Kinder in psychischer Not

## stützungsangebote durch psychisch erkrankte Eltern“

Im Rahmen der bereits oben aufgeführten Berner Untersuchung in der Erwachsenenpsychiatrie<sup>3</sup> wurde herausgearbeitet, dass eine relativ hohe Diskrepanz besteht zwischen dem Wissen von psychischer Erkrankung betroffener Eltern über Beratungs- und Unterstützungsangebote und der tatsächlichen Inanspruchnahme. In einer weiteren Untersuchung sollen diese Hindernisse für Eltern genauer untersucht werden, um die Schwellenangst für das Aufsuchen und die Akzeptanz von Hilfsangeboten zu reduzieren und somit betroffenen Kindern und Jugendlichen frühzeitig Beratung und Unterstützung anbieten zu können, mit dem Ziel, die langfristigen Konsequenzen und nachteiligen Folgen zu reduzieren.

## 6. Hausaufgaben der institutionellen Erwachsenenpsychiatrie

Das Versorgungssystem der Erwachsenenpsychiatrie setzt sich aus den Angeboten der ipw, einzelner privater Trägerschaften und aus zahlreichen Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie zusammen. Die ipw, als institutionelles psychiatrisches Versorgungssystem, will ihrer Verantwortung gerechter werden und definiert sich zusammen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der sozialen Jugend- und Familienhilfe zuständig für die Verbesserung der mangelhaften Versorgung der Kinder psychisch kranker Eltern. Für die Initiierung eines entsprechenden Bewusstseinsprozesses und einer erhöhten Sensibilität den Problemen und Nöten betroffener Kinder gegenüber, muss deshalb die institutionelle Erwachsenenpsychiatrie eine Vorbild- und Vorreiterrolle gegenüber dem privaten Netz übernehmen.

Die ipw hat einen Massnahmenkatalog erarbeitet, der schrittweise umgesetzt wird:

### 1. Verbessertes Anamneseverfahren

Beim Eintritt eines erwachsenen Patienten ins ipw-System wird eine vollständige Familienanamnese aufgenommen, aus der ersichtlich wird, ob der Patient/die Patientin minderjährige Kinder hat. Nicht nur die Personalien, auch die aktuelle psychosoziale Lebenssituation der Kinder muss konkret und genau erfragt und festgehalten werden:

- Wie alt sind die Kinder?
- Wo leben und wo halten sich die Kinder aktuell auf?
- Wer kümmert sich im Alltag um sie und wie ist die Betreuung geregelt?
- Welche Vertrauenspersonen des Kindes können anstelle des erkrankten Elternteils einspringen?
- Wer hat die elterliche Gewalt und Entscheidungsbefugnis?

- Wie geht es den Kindern in der Familie, wie mit Gleichaltrigen, in der Schule?
- Wie zeigen und äussern sich Schwierigkeiten und Probleme des Kindes?
- Welche Unterstützungen bestehen (u.a. Nachbarn, Verwandtschaft, Jugendsekretariat, etc)?
- Wie kommt der „gesunde Elternteil“ mit der Situation und den Belastungen, die durch die Erkrankung des Partners/der Partnerin entstehen, klar und wer unterstützt ihn?
- Involvierte Fachpersonen anderer Institutionen sowie freiwillige Helfer (u.a. Freundeskreis, Nachbarschaft, etc.) müssen namentlich erfasst werden.

## 2. Ressourcen erschliessen

In Absprache mit den Eltern den Einbezug von externen Fachstellen (Kinder-/Jugendpsychiatrie, Jugendsekretariat, etc.) rechtzeitig einleiten.

## 3. Gefährdungssituationen erkennen und handeln

Bei ernsthaften Gefährdungssituationen rasch eine Gefährdungsmeldung der zuständigen Vormundschaftsbehörde einreichen.

## 4. Kinder und Jugendliche informieren

Im Falle einer Hospitalisation eines Elternteils innerhalb der ersten Behandlungswoche die Kinder und Jugendlichen ansprechen, Zugang zu ihnen herstellen. Sofern sie bejahen, ein Kontakt- und Informationsgespräch mit ihnen führen. Die Sprache muss dem Alter der Kinder und Jugendlichen angepasst werden, damit das Kind die Auskünfte versteht und zu fragen wagt, was es beschäftigt. Kinder haben ein Recht auf Informationen und Anhaltspunkte, was mit ihrem Elternteil los ist. Das Kontaktgespräch dient gleichzeitig zur Einschätzung der Verfassung des Kindes oder des Jugendlichen. Wenn notwendig, sind externe professionelle Hilfs- und Stützungs- und Abklärungsmassnahmen einzuleiten.

## 5. Motivation und Beratung der Eltern

Geprägt von Scham- und Schuldgefühlen sind Eltern oft nicht bereit, Hilfestellungen für die Kinder anzunehmen, die ihnen empfohlen werden. Viele Betroffene möchten nach einer Hospitalisation die Krankheitsepisode vergessen, nichts mehr soll sie und die Kinder an die schwere Zeit erinnern. Kinder reagieren oft verzögert im Nachhinein auf erfahrene Überforderung und signalisieren erst später, wenn sich die Situation in der Familie bereits wieder recht stabilisiert hat, dass es für sie noch nicht vorbei ist und dass sie Hilfe in der Bewältigung des Erlebten brauchen. Umso wichtiger ist es, dass Eltern für fachliche Unterstützung in jedem Stadium des Krankheitsverlaufs offen sind. Viele Eltern fürchten sich

vor Stigmatisierung und vor Einmischung durch Fachstellen und ängstigen sich, dass sie in ihren elterlichen Kompetenzen und in ihren Entscheidungen bevormundet werden. Die Angst vor Kindeswegnahme steckt zudem in vielen Köpfen von betroffenen Eltern.

In diesen Situationen sind Ärzte, Therapeuten und Pflegende auf der Station gefordert, die Widerstände und Befürchtungen eines Elternteils wahrzunehmen und darauf einzugehen und sich einzusetzen, dass Ängste und Fremdbilder geklärt werden, die verhindern, dass das Kind angemessene Unterstützung erhält.

## 6. Aktive Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Familienhilfe

Den Austausch und die Zusammenarbeit mit den Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugend- und Familienhilfe als Selbstverständlichkeit pflegen.

## 7. Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeitenden

Für diese Aufgaben müssen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeitende und Pflegende sensibilisiert, motiviert und geschult und gecoacht werden. Dazu gehört die Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen: ‚Wie verschafft man sich als Erwachsener Zugang zu den verängstigten Kindern erwachsener Patienten? Wie erklärt man einem fünfjährigen Kind, was mit seiner depressiv erkrankten Mutter los ist? Wie geht man auf die Fragen und Bilder eines 12-Jährigen ein? Wie vermittelt man einer Neunjährigen, was die Medikamente, die der Vater einnimmt, für Wirkungen haben?‘

Dieser Massnahmenkatalog ist lang und anspruchsvoll und noch längst sind nicht alle Massnahmen umgesetzt. Es ist erfreulicherweise gelungen, eine erhöhte Sensibilität der Mitarbeitenden der ipw, speziell auch der Ärzte und Pflegenden, für das Thema zu erreichen. Die ipw ist auf dem Weg, die dargelegten Ziele umzusetzen. Wir werden unsere Bemühungen auf dieser Zielgeraden im Jahr 2009 kontinuierlich fortsetzen.

## 7. Netzwerkauftrag

Die Versorgung und Unterstützung von Kindern und ihren psychisch erkrankten Eltern ist letztlich ein Netzwerkauftrag, der nur in ergänzender und koordinierter Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Sozial- und Jugendhilfe gewährleistet werden kann und noch sehr viel Anstrengungen erfordert. Jedes Versorgungssystem ist dabei angehalten, Schwerpunktaufgaben zu übernehmen und dafür Handlungskonzepte anzubieten.

**Auf der Einzelfall bezogenen Interventionsebene**

ist eine vernetzte und koordinierte Behandlungs- und Interventionsplanung erforderlich. Nur so kann dem Leitprinzip der integrierten Versorgung entsprochen werden. Nur durch vernetztes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen kann Nachhaltigkeit für Eltern und Kinder erzielt werden.

**Auf der strukturellen Interventionsebene**

benötigt es noch grosse Anstrengungen. Die Arbeit der Arbeitsgruppe ‚Familienpsychiatrie‘ ist noch längst nicht abgeschlossen. Prävention, Früherkennung und Frühintervention sind konzeptuell anzugehen und ins übergeordnete Frühförderungskonzept der Stadt Winterthur einzubetten.



**Christine Gäumann**, Sozialarbeiterin

Co-Bereichsleiterin Erwachsenenpsychiatrie der integrierten Psychiatrie ipw  
Beauftragte der ipw für familienpsychiatrische Fragestellungen



**Dr. med. Kurt Albermann**, Leitender Arzt Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Kinderklinik, Kantonsspital Winterthur  
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Diagnostik- und Therapiezentrum für Kinder und Jugendliche von 0-18 Jahren  
abgeklärt. Funktionsbereiche: Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie, Psychosomatik, Kinder-/Jugendpsychiatrie, Neuropsychologie, Logopädie/Pädaudiologie