

Präventionsprojekt: Familiensprechstunde Abschlussbericht



**Kinder und Jugendliche mit
psychisch kranken oder suchtkranken Eltern**
als Angehörige frühzeitig erreichen
und nachhaltig fördern

In Kooperation mit

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Gefördert durch

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



Projekt im Rahmen:

**Psychische Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen**

Landesinitiative NRW.



Impressum:

Herausgeberin:

Stadt Münster
Gesundheits- und Veterinäramt

Projektverantwortung
sowie Text und Redaktion:

Dr. Annette Siemer-Eikermann

Projektdurchführung:

Roswitha Sterz
Julia Düvel

Wissenschaftliche Begleitung
und Evaluation:

PD Dr. Gabriele E. Dlugosch, ZEPF

November 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund

- 1.1. Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern
- 1.2. Präventive Projekte
- 1.3. Situation in Münster

2. Familiensprechstunde

- 2.1. Projektentwicklung
- 2.2. Umsetzung

3. Projektauswertung

- 3.1. Fragestellungen
- 3.2. Messinstrumente
- 3.3. Ergebnisse
- 3.4. Diskussion

4. Schlussfolgerungen

- 4.1. Fazit für die Praxis
- 4.2. Ausblick

Literatur

Anhang

1 Hintergrund

1.1 Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern

Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen der Eltern belasten die gesamte Familie, insbesondere aber die schutzbedürftigen Kinder.

Zu Kindern psychisch kranker Eltern gibt es schon seit mehreren Jahrzehnten Forschungserkenntnisse und gesundheitsförderliche Projekte. Deshalb wird diese Risikogruppe im Theorieteil quantitativ etwas mehr berücksichtigt als Kinder suchtkranker Eltern. Dies ist aber keine inhaltliche Gewichtung.

„Kinder psychisch kranker Eltern haben durch eine Verschränkung genetischer und psychosozialer Belastungsfaktoren ein deutlich höheres Risiko selbst psychisch zu erkranken. Sie sind oftmals über einen langen Zeitraum elterlichen Verhaltensweisen ausgesetzt, die sie weder verstehen noch verarbeiten können. Dies führt zu einer Verunsicherung in der eigenen Wahrnehmung. Die Tabuisierung der psychischen Erkrankung erschwert den offenen Umgang mit der Krankheit und verstärkt die soziale Isolierung der Kinder. Ausgeprägte Schuld- und Verantwortungsgefühle gegenüber dem erkrankten Elternteil belasten den Alltag. Hinzu kommen Störungen im Bindungsverhalten und im Ablöseprozess, wenn der Rückgriff auf eine emotional sichere und kontinuierliche Elternbasis nicht gegeben ist“ (Siemer-Eikermann 2015, Seite 4).

„Erwachsene mit psychischen Erkrankungen verfügen meist über kleinere soziale Netzwerke und weniger unterstützende Kontakte als gesunde Menschen“ (Stiawa und Kilian 2017, Seite 602). Sie sind öfter alleinerziehend. Aber auch Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungsverlust, frühe Mutterschaft, elterliche Misshandlungserfahrungen und familiärer Stress sind bei diesen Familien überrepräsentiert (Albermann et al. 2019). Insbesondere die Kumulation mehrerer Stressfaktoren verstärkt die erzieherische Überforderung der Eltern und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen kindlichen Entwicklung. Deshalb stellen psychisch kranke und suchtkranke Eltern eine bedeutsame Risikogruppe für kindliche Misshandlungen und Vernachlässigungen dar (Herpertz und Grabe 2019).

Elterliche Erkrankung und kindliche Entwicklung können sich in einem unheilvollen Kreislauf selbst verstärken: Je höher die Stressexpositionen der Kinder sind, desto wahrscheinlicher kommt es zu kindlichen Entwicklungsstörungen, die eine weitere psychische Dekompensation der Eltern begünstigen, was wiederum negative Auswirkungen auf die Sicherstellung der kindlichen Bedürfnisse hat und die familiäre Funktionalität weiter einschränkt.

Bei konservativer Schätzung und Berücksichtigung von Komorbiditäten kann davon ausgegangen werden, dass ca. drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland im Laufe ihrer Kindheit von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind (Herpertz und Grabe 2019). Mindestens ebenso viele Minderjährige sind durch eine Suchterkrankung ihrer Eltern belastet (Klein et al. 2012). 72% der psychisch erkrankten Eltern leben mit ihren Kindern zusammen (Lenz 2011).

Trotz der deutlich erhöhten Auffälligkeitsraten betroffener Kinder und Jugendlicher zeigt immerhin ein Drittel keine klinisch relevanten Störungen (Hoff und Pietsch 2012). Diese Widerstandskraft wächst unter fördernden und wohlwollenden Bedingungen. Die Familien sind deshalb auf ein gut entwickeltes Netzwerk flexibler struktureller, sozialer, pädagogischer und therapeutischer Hilfen angewiesen. Hierdurch wird es den belasteten Mädchen und

Jungen erleichtert, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung zu nutzen.

„Die Sensibilisierung von Fachpersonen für dieses Thema, frühe Interventionen und die angemessene Unterstützung betroffener Familien können daher wesentlich zu einer Verbesserung der kindlichen Entwicklungsstörungen, ihrer Lebensqualität und zu einer Reduktion späterer psychischer Störungen beitragen“ (Wiegand-Grefe et al. 2019, Seite 77).

1.2 Präventive Projekte

„Das Prinzip der Präventionsansätze für die Risikogruppe der Kinder psychisch kranker Eltern besteht darin, die häufig vorhandenen psychosozialen Belastungen zu reduzieren und individuelle und soziale Schutzfaktoren zu stärken, um eine normale Entwicklung zu ermöglichen“ (Mattejat und Remschmidt 2008, Seite 417).

Die ersten deutschsprachigen Publikationen und Initiativen, die sich mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ beschäftigten, entstanden vor 25 Jahren. Seither sind Kinder als belastete Angehörige langsam aber kontinuierlich in den Fokus der Fachöffentlichkeit gerückt.

In den letzten 10 Jahren entwickelten sich viele kommunale und überregionale Projekte für eine verbesserte Versorgungssituation dieser hochbelasteten Familien. Auch Politik und Forschungsinitiativen erkannten die Notwendigkeit, Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern möglichst früh in ihrer Entwicklung zu stärken.

2011 gab der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. erstmals ein Projekte- und Finanzierungshandbuch „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ heraus (Görres und Pirsig 2011). Dieses basierte auf einer breit gestreuten bundesweiten Onlinebefragung vieler Organisationen aus dem Bereich der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe, bei der bestehende bewährte Konzepte und länderbezogene Bedarfe ermittelt und veröffentlicht wurden.

Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages befasste sich 2013 mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern und empfahl, Präventionsstrukturen dort zu schaffen, wo die Familien bereits mit dem Gesundheitssystem oder mit psychosozialen Strukturen Kontakt haben (Walter-Rosenheimer 2013).

Der Deutsche Bundestag hat den fachlichen Diskurs aufgegriffen und im Juni 2017 einstimmig den Antrag „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ beschlossen (Deutscher Bundestag 2017). Hierdurch sollten förderliche Rahmenbedingungen und Hemmnisse identifiziert, Schnittstellenprobleme aufgedeckt, Lösungsvorschläge erarbeitet und verbindliche Netzwerkstrukturen aufgebaut werden. Eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe traf sich erstmalig im März 2018, um die Thematik zu bearbeiten - unter Beteiligung des Familien-, des Sozial- und des Gesundheitsministeriums, der Krankenkassen, relevanter Fachverbände und -organisationen, sowie weiterer Sachverständiger. Ein Abschlussbericht wird Ende 2019 erwartet.

Es gibt bisher keine systematische Etablierung präventiver Angebote für Kinder und Jugendliche psychisch kranker und suchtkranker Eltern in Deutschland. Darüber hinaus fehlt es an einer systemübergreifenden Vernetzung (Kölch et al. 2019). Bislang sind die vielfältigen Praxisinitiativen oft zeitlich befristet, nicht zielführend koordiniert und nicht ausreichend hinsichtlich der Effekte evaluiert.

Es gibt grundsätzliche Probleme: Nicht jedes Programm ist gleichermaßen für jede Problematik und jede Konstellation geeignet. Unterschiedliche Erkrankungen der Eltern (z.B. Depression, Schizophrenie, Sucht), Schweregrade und Verläufe bedingen differente Vorgehensweisen. Auch altersspezifische Entwicklungsaufgaben, Resilienzfaktoren und Belastungsgrade der Kinder müssen Berücksichtigung finden. Bei fast allen Konzepten werden Effektmodulationen durch den sozioökonomischen Status (Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse) nicht hinreichend berücksichtigt. Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern sind durch Komm-Strukturen generell schlecht erreichbar. Sie gehören überproportional oft zu Studienabbrechern (hohe Dropout-Rate), deren Ergebnisse somit nicht in die Bewertungen einfließen (Wiegand-Grefe et al. 2019).

Die meisten Projekte, die sich an Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern richten, wollen die selektive Prävention für diese Risikogruppe fördern.

Eine indizierte Intervention läge dann vor, wenn nur die Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern angesprochen würden, die bereits Auffälligkeiten zeigen. Darüber hinaus gibt es die universelle Prävention, die sich an alle Kinder richtet. Diese wird beispielsweise in den breit und systematisch angelegten „Frühen Hilfen“ für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gewährt (Pillhofer et al. 2016).

Zunächst stärkten die Präventionsprojekte vorwiegend die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Es wurde aber deutlich, dass vor allem ab dem Schulalter die betroffenen Kinder selbst von frühen Interventionen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und Emotionsregulation profitieren. Neben diesen individuellen (verhaltensbezogenen) Ansätzen wurden gleichzeitig strukturelle (verhältnisbezogene) Verbesserungen der Rahmenbedingungen als notwendig angesehen, damit sich die Hilfen nicht in einzelnen Maßnahmen erschöpfen, sondern systematisch, koordiniert, integriert und abgestimmt ihre Wirksamkeit entfalten können. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes in NRW (Hirsch 2019) fordert, dass Projekte zur Gesundheitsförderung sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Maßnahmen beinhalten müssen, die in den Lebenswelten der Familien (Kommunen) angesiedelt sind (Setting-Ansatz).

Die Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern haben meist wenig Kenntnis über Präventionsmaßnahmen oder gesundheitsfördernde Angebote. Im „Dschungel“ der sozialraumorientierten Hilfestrukturen fühlen sie sich oft verloren. Auch wenn sie informiert sind, gibt es zahlreiche Zugangshemmnisse: Zeitliche und organisatorische Überforderung, Scham, Angst vor Stigma, Isolation, mangelndes Vertrauen in die Hilfesysteme, Sorgen vor externer Kontrolle und Kindesentzug, fehlende Krankheitseinsicht oder Verdrängung der kindlichen Belastungen.

Deshalb sind Fragen zur Passgenauigkeit der Hilfen wesentlich: Erreichen die Angebote die Familien? Werden die individuellen Bedarfe der betroffenen Familien ausreichend berücksichtigt? Sind die Hilfen koordiniert und abgestimmt? Sind die Angebote eingebettet in die kommunalen Vernetzungsstrukturen?

Hinsichtlich der altersbezogenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen kommen im Vorschulalter (bis zum 6. Lebensjahr), in der mittleren Entwicklungsphase (6.-12. Lebensjahr) und im Jugendalter (ab dem 12. Lebensjahr) unterschiedliche Interventionen zum Einsatz.

In den ersten Lebensjahren der Kinder steht die Beratung und Unterstützung der erkrankten Eltern im Vordergrund, um ihre emotionale Feinfühligkeit zu stärken, ihre Erziehungsfähigkeit

zu fördern und die Bindungsvoraussetzungen zu verbessern. Ab dem Grundschulalter werden die Kinder verstärkt in den Fokus genommen. Nun geht es vor allem um die Unterstützung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien aber auch um Emotionsregulation und soziale Kompetenzen. Im Jugendalter stehen entsprechend den Entwicklungsaufgaben die Loyalitätskonflikte sowie die Förderung der Autonomie und der Selbstwirksamkeit im Vordergrund der Interventionen.

Ab dem 8. Lebensjahr haben sich psychoedukative Interventionen als förderlich und wirksam erwiesen, (Lenz 2010; Schaub 2010). Hierbei erhalten Kinder und Jugendliche im dialogischen Prozess altersangemessene Informationen zur elterlichen Erkrankung. Ziel ist es, Ängsten, Verantwortungsverschiebungen und Schuldgefühlen früh zu begegnen.

Vorreiter familienorientierter Hilfen bei psychisch kranken Eltern ist William Beardslee aus Boston. Er entwickelte bereits in den 90er Jahren präventive familiäre Interventionsstrategien bei depressiven Eltern und deren Kindern im Alter zwischen 8 und 15 Jahren (Beardslee et al. 1997). Die evidenzbasierte „Preventive Family Intervention“ (FI) wurde seither in mehreren europäischen Ländern adaptiert. Eine deutsche Übersetzung liegt seit 2009 vor (Beardslee 2009).

Auch das seit über 10 Jahren bestehende finnische Programm „Effective Family Programm“ (EFP) hat sich aus der Familienintervention nach Beardslee entwickelt. Das Programm ist ausgerichtet auf Minderjährige im Alter zwischen 8 und 16 Jahren mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Ziele sind Ressourcenstärkung der Kinder, Elternt raining und Netzwerkbildung. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnten bei den Kindern u. a. eine Reduktion von emotionalen Symptomen und eine signifikante Steigerung des prosozialen Verhaltens nachgewiesen werden (Punamäki et al. 2013).

Weitere evaluierte Präventionsprojekte sind in verschiedenen europäischen Ländern, USA und Australien entwickelt worden (z. B. CHAMPS, PATS, You are okay, Sterk, A Jump Forward).

Von den deutschen Initiativen und Projekten für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern werden exemplarisch einige Programme näher erläutert. Sie sind überwiegend evidenzbasiert evaluiert, konnten meist an verschiedenen Standorten etabliert werden und sind teilweise in verbindliche Kooperationsstrukturen eingebettet.

Das Manual „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“ (Lenz 2018) zielt darauf ab, die Eltern in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu fördern und hierdurch die Risiken von Kindeswohlgefährdungen zu mindern. Es eignet sich besonders im Vorschulalter. Das Gruppenprogramm wurde zwischen 2016 und 2018 von 68 Kooperationspartnern in 26 Kreisen und kreisfreien Städten in NRW implementiert und evaluiert (Krane-Naumann und Lenz 2018). Der Caritasverband für die Stadt Münster e. V. (Kinder-, Jugend- und Familienhilfen) war beteiligt. Die abschließende Befragung der Teilnehmer und Fachkräfte ergab positive Effekte bei den Eltern hinsichtlich der Mentalisierungsfähigkeit, der Stressregulation und dem Ausbau sozialer Beziehungen.

Das 2010 entwickelte Bielefelder Programm „Kanu“ richtete sich zunächst an Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 14 Jahren, deren Eltern affektiv oder schizophren erkrankt sind. In einer kleinen randomisiert kontrollierten Studie zeigten sich signifikante Verbesserungen in den familiären Kategorien: Zuwendung, Ablehnung, Zutrauen (Wiegand-Grefe et al. 2019). Mittlerweile gehört Kanu als Kooperationsprojekt zur Regelversorgung in der Stadt Bielefeld. Es besteht aus Eltern- und Kindergruppen, Familiengesprächen, Patenschaftsangeboten,

Elterncafé und Vernetzung (Evangelisches Klinikum Bethel und Deutscher Kinderschutzbund e. V. Bielefeld 2017).

Alle kindlichen Altersgruppen zwischen 3 und 21 Jahren und alle elterlichen Diagnosen deckt das familienbezogene Interventionsprogramm „Children of mentally ill parents“ (CHIMPS) ab. Im multizentrischen bundesweiten Projekt sollen Kinder und Jugendliche von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern frühzeitig während der elterlichen Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie auf ihren Unterstützungsbedarf untersucht werden. Im Fokus der Familien-, Eltern- und Kindergespräche stehen die Psychoedukation, die Implementierung weiterführender Hilfen und die familienorientierte Intervention (Kölch et al. 2019).

Kinder, die nicht auffällig sind, erhalten eine Präventionsmaßnahme (CHIMPS-P). Kinder, die bereits Störungen zeigen, profitieren von einer familienorientierten Therapie (CHIMPS-T). Für Kinder in ländlichen Regionen mit eingeschränktem Zugang zu Versorgungsangeboten ergänzt mittlerweile eine Online-Intervention mit therapeutischer Begleitung das Projektdesign (e-CHIMPS). In einer randomisiert kontrollierten Vorstudie 2007 bis 2011 zeigten sich signifikante Verbesserungen der Lebensqualität, der psychischen Gesundheit, der sozialen Unterstützung und der Krankheitsbewältigung (Wiegand-Grefe 2019). Der Ansatz wurde 2014 bis 2018 in randomisiert kontrollierten Studien erneut evaluiert, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Abschließende Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Für Familien mit suchterkrankten Eltern gibt es bislang kaum evidenzbasierte präventive Konzepte. Das „Trampolin“-Manual ist eines der wenigen, das als Bundesmodellprogramm zwischen 2008 und 2012 entwickelt, standardisiert und evaluiert wurde. Die Erprobung lief an 27 Standorten in Deutschland. Das Gruppenprogramm richtet sich an Kinder im Alter zwischen 8 und 12 Jahren, deren Eltern eine stoffgebundene Abhängigkeit aufweisen. Das Manual beinhaltet den Umgang mit Emotionen, Copingstrategien, Enttabuisierung der Sucht und Reduktion der psychischen Belastung. Im Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurden positive Effekte hinsichtlich der psychischen Belastung der Kinder, der Kenntnisse über Suchtverhalten und der Stressbewältigungskompetenz attestiert (Klein et al. 2012).

Da die Studienlage insgesamt auf zu wenigen validen Daten fußt, können beim derzeitigen Forschungsstand keine generalisierbaren Aussagen zu effektiven präventiven Interventionen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen abgeleitet werden (Wiegand-Grefe et al. 2019). Die geringe Teilnehmerzahl und die hohe Abbrecherquote (Dropout-Rate) erschweren die Übertragbarkeit der Ergebnisse. In der Vorstudie bei CHIMPS beispielsweise setzten von anfangs 53 Familien (T1) nur 27 (T2) das Projekt fort, in der Kontrollgruppe (Warteliste) wirkten 14 Familien mit (Wiegand-Grefe 2019).

Die Betroffenensicht in Form einer dialogischen Partizipation (gleichberechtigte Beteiligung der Betroffenen, der Angehörigen und der Fachleute) ist in der Entwicklung der Forschungsprojekte bislang weitestgehend vernachlässigt worden.

10-30 % der aufgenommenen Mütter und Väter in psychiatrischen Kliniken haben minderjährige Kinder (Clemens et al. 2018). Die meisten Psychiaterinnen und Psychiater sind über die Versorgungs- und Betreuungssituation der Kinder ihrer Patientinnen und Patienten unzureichend informiert (Franz et al. 2012). 37% der behandelten Väter und Mütter aus mehreren psychiatrischen Kliniken in Deutschland beklagten, dass sich die Ärzteschaft nicht ausreichend nach der Versorgung der Kinder erkundigt (Schmid et al. 2008). Somit ist

es naheliegend, dass dort – in den Behandlungsstrukturen der Eltern – die Familien systematisch identifiziert und in Präventionsangebote vermittelt werden sollten.

Ein gelungenes Beispiel für die systematische präventive Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in die Klinikbehandlung ihrer psychisch kranken Eltern stammt aus Norwegen. Hier wurde bereits 2010 gesetzlich verankert, dass sich spezialisierte Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken um die Belange der betroffenen Kinder kümmern müssen. Dies beinhaltet eine systematische Identifizierung von betroffenen Familien. Falls die Kinder und Jugendlichen noch keine notwendige Unterstützung erhalten, besteht die Verpflichtung sie an spezialisierte Fachstellen weiterzuleiten und mit diesen eng zusammenzuarbeiten. Alle Fachkräfte der Klinik werden sensibilisiert und geschult. Eine quasi-experimentelle Befragung der Klinikmitarbeitenden 2010, 2013 und 2015 bestätigte eine signifikante Verbesserung ihres Basiswissens (Lauritzen und Reedtz 2016).

1.3 Situation in Münster

Bereits seit 1997 widmet sich das Gesundheits- und Veterinäramt der Stadt Münster (im Folgenden nur Gesundheitsamt genannt) dem Thema Kinder psychisch kranker Eltern. In den letzten 10 Jahren wurden zusätzlich die Kinder suchtkranker Eltern in den Fokus gerückt.

Seither sind verlässliche kommunale Angebote und Vernetzungsstrukturen für diese Zielgruppen entstanden. Zwischen den beteiligten Fachleuten gibt es sowohl auf fachlicher als auch auf übergeordneter Ebene gewachsene Kooperationen. Die Gremien der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), das Bündnis gegen Depression und die Kommunale Gesundheitskonferenz sind in die Verbesserung der Versorgungssituation dieser Familien eingebunden – unter Beteiligung der Betroffenen und Angehörigen.

2015 wurden die bisherigen Erfahrungen und Perspektiven in dem Gesundheitsbericht „Kinder psychisch kranker Eltern – Gesundheitsförderung für betroffene Familien in Münster“ zusammengefasst und den politischen Gremien der Stadt vorgestellt (Berichtsvorlage V/0079/2015).

Für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern übernimmt das Gesundheitsamt der Stadt Münster eine gestaltende Rolle in der Vernetzung.

In der Abteilung „Psychische Gesundheit“ arbeiten der Sozialpsychiatrische Dienst und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst seit über 10 Jahren für diese Risikogruppen strukturiert und verlässlich zusammen, um sowohl dem Beratungsbedarf der psychisch erkrankten oder suchtkranken Eltern als auch dem Unterstützungsbedarf der betroffenen Kinder gerecht zu werden. Gemeinsame Gespräche, insbesondere in Form von Hausbesuchen, werden als ergänzendes Angebot gerne von den Familien in Anspruch genommen. Die Daten der betroffenen Familien werden seit 2009 zur Qualitätssicherung systematisch erfasst und ausgewertet. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mit ihrem psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteil zusammenleben, liegt bei den Familien in der Abteilung „Psychische Gesundheit“ zwischen 60 und 70 %. Dies entspricht den Häufigkeitsangaben in der Literatur (Lenz 2011).

Innerhalb des Gesundheitsamtes besteht zusätzlich eine enge Kooperation mit der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit. Insbesondere an den Schnittstellen zu den dort verankerten frühen heilpädagogischen Hilfen und zum schulärztlichen Bereich werden regelmäßig

wirksame präventive Maßnahmen installiert. Ferner können aus dieser Abteilung zeitnah Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern vermittelt werden.

Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist ebenfalls langjährig erprobt. Seit 15 Jahren bietet der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes in allen fünf Bezirken des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien monatliche fachärztliche Sprechstunden an. In diesem Kontext können psychisch auffällige erwachsene und minderjährige Familienmitglieder untersucht und vermittelt werden. Außerdem erfolgt in diesem Rahmen eine abgestimmte Hilfeplanung zwischen der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe. Bei Bedarf werden weitere beteiligte Institutionen hinzugezogen. Die Systeme haben durch die gemeinsamen Fallerörterungen mittlerweile eine enge und verlässliche Kooperation entwickelt. Bei den Beratungsfällen der Sprechstunden liegt seit vielen Jahren der Anteil der Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern bei 50 bis 60 %. Die Bedarfe der betroffenen Kinder werden sowohl hinsichtlich ihrer familiären Risiken als auch hinsichtlich ihrer Ressourcen frühzeitig beachtet.

Bereits 1997 gründete sich in der Stadt Münster der interdisziplinäre Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“, der bis heute erfolgreich arbeitet und 2009 in den Arbeitskreis „Psychische Erkrankungen in Familien“ umbenannt wurde. Ziel der zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstreffen ist die Stärkung der Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen, um die komplexe Lebenssituation von betroffenen Familien zu verbessern. Die Geschäftsführung liegt beim Gesundheitsamt. Im Arbeitskreis wirken folgende Organisationen engagiert mit:

Amt für Kinder, Jugendliche und Familien, Anbieter von Eingliederungshilfen, Angehörige und Betroffene, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, freie Jugendhilfeträger, Gesundheitsamt, Institutsambulanzen, Kinderkliniken, Kinderpsychiatrische Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken, Psychiatrische Kliniken, Psychotherapienetzwerk, Schulpsychologie, Sozialpsychiatrische Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen.

In den mehr als 20 Jahren wurden zahlreiche Aktivitäten initiiert und umgesetzt, z. B. Fachtage organisiert, Umfragen an Kliniken getätigt oder themenzentrierte Kindergruppen erprobt.

Das Münsteraner Netzwerk entwickelte ferner zwei Handlungsempfehlungen unter der Federführung des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien:

„Handlungsempfehlungen zum Kinderschutz für drogenabhängige Schwangere und Eltern mit Erziehungsverantwortung in Münster“ 2010 und „Für Kinder psychisch kranker Eltern – Handlungsempfehlungen zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe“ 2016.

In der Stadt sind mittlerweile viele gesundheitsförderliche Angebote entstanden, die sich nicht speziell an psychisch erkrankte oder suchtkranke Eltern richten, von diesen aber auch oft in Anspruch genommen werden. Beispielsweise bieten die stadtteilorientierten frühen Hilfen insbesondere für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zahlreiche Möglichkeiten zur Entlastung, Unterstützung und Förderung an. Ferner führen mehrere freie Träger der Jugendhilfe bindungs- und erziehungsstärkende Elterngruppen durch. Ehrenamtliche Familienpaten verbringen Freizeit mit Kindern aus Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf. Es gibt Mitmachpaten der Stadt Münster, Familienpaten des Caritas-Verbandes für die Stadt Münster e. V. und das Patenprojekt „Rückenwind“ der Beratungsstelle Südviertel e. V. Die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Münster (UKM) unterstützt emotional

überforderte Eltern und ihre belasteten Vorschulkinder im Rahmen eines integrierten familienorientierten Behandlungskonzeptes.

Es wurden aber auch präventive Kinder- und Elterngruppen in Münster installiert, die sich gezielt an Familien mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern richten.

Das Präventionsangebot „Auryn-Gruppe“ für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern hat sich seit 2008 in Münster fest etabliert. Das Gruppenangebot wird in gemeinsamer Kooperation eines Anbieters der psychosozialen Versorgung (FSP – Für soziale Teilhabe und Psychische Gesundheit e. V.) und eines Trägers der freien Jugendhilfe (Beratungsstelle Südviertel e. V.) durchgeführt. Die „Auryn-Gruppen“ bieten einen Schutzraum für Kinder zum Austausch über gemeinsame Sorgen, Ängste und belastende Gefühle sowie eine altersgerechte Aufklärung über die psychische Erkrankung der Eltern. Der Umgang mit Überforderung, die Bewältigung von Krisen (Notfallkoffer) und die Stärkung von Selbstvertrauen und Zuversicht sind vorrangige Ziele. Für die Altersgruppe der 8- bis 12-jährigen Mädchen und Jungen werden zweimal jährlich zehn Termine und ein Elternabend vorgehalten. Eine konzeptionell vergleichbare aber altersangepasste Gruppe wird bei ausreichender Anfrage auch für Jugendliche ab 14 Jahren angeboten.

Seit 2011 besteht die Elterngruppe „Aufwind“. Sie ermöglicht psychisch belasteten und von Isolation betroffenen Müttern und Vätern einen Austausch über ihre psychischen Erkrankungen, die Auswirkungen auf das Familienleben und die Erziehung der Kinder. Auch diese Gruppe ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem FSP und der Beratungsstelle Südviertel e. V. Die offenen Gruppen finden an 2 Terminen in der Woche statt.

Für psychisch verletzte Eltern und ihre kleinen Kinder (0-3 Jahre) wird der Spieletreff „Anker“ der Beratungsstelle Südviertel e. V. einmal wöchentlich angeboten. Neben den Gruppenaktivitäten können hier auch Einzelgespräche mit Mitarbeitenden vereinbart werden.

Auch für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien gibt es mittlerweile in Münster spezifische Angebote. Die Diakonie Münster (Suchtberatung und Kinder-, Jugend- und Familiendienste) hat 2017 das Gruppenangebot „Tembo“ entwickelt. Es handelt sich um eine Präventionsmaßnahme für Kinder suchtkranker Eltern im Alter von 8 bis 12 Jahren. Das Programm umfasst zwölf wöchentliche Gruppentreffen für die Kinder und 3 begleitende Elternabende. Ein gemeinsames Vorbereitungsgespräch findet vorab statt.

Tembo setzt auf Entlastung, Stärkung, Ressourcen, Spaß und Vernetzung, vermittelt den Kindern Wissen über Suchterkrankungen und ermöglicht den Austausch mit Gleichgesinnten. Es wird eine gute Verknüpfung von Gruppenarbeit und Familienalltag angestrebt.

2 Familiensprechstunde

2.1 Projektentwicklung

Die bisherigen Forschungen und die langjährigen Erfahrungen im Gesundheitsamt der Stadt Münster zeigen, dass Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern immer noch sehr spät – erst nach dem Auftreten vielfältiger Probleme – eine Beratung zur Förderung und Unterstützung ihrer Kinder in Anspruch nehmen. Es muss das Ziel sein, diese Familien früher zu erreichen, sie über die Möglichkeiten kommunaler Hilfen umfassender zu informieren und ihren Kindern rechtzeitig eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu ermöglichen. Ein gezielter Zugangsweg zu diesen Familien ist – wie bereits in Norwegen gesetzlich verankert (siehe 1.2) – während des Klinikaufenthaltes eines Elternteils.

Diese Erkenntnisse führten zur Entwicklung des Präventionsprojektes „Familiensprechstunde in psychiatrischen Kliniken – Kinder und Jugendliche als Angehörige frühzeitig erreichen und nachhaltig fördern“. Für das Pilotprojekt in der LWL-Klinik Münster, der größten psychiatrischen Versorgungsklinik der Stadt, stellte das Gesundheitsamt im April 2015 einen Projektantrag beim damaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) im Rahmen der Landesinitiative NRW „Starke Seelen“. Die finanzielle Projektförderung wurde vom Ministerium im Juni 2016 für den Zeitraum vom 01.10.2016 bis zum 31.03.2019 bewilligt.

Durch das Projekt sollte das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker und suchtkranker Eltern in Münster gefördert und die Lebensqualität gesteigert werden. Die ressourcenorientierte Familiensprechstunde richtete sich sowohl an die betroffenen Eltern als auch an deren minderjährige Kinder. Sie sprach insbesondere die Familien an, die die Angebots- und Hilfestrukturen im Stadtteil nicht ausreichend, nicht vernetzt oder nicht zielführend nutzen können. Hier sollte die Beratung in der Klinik einen wirksamen Erstkontakt schaffen, Vertrauen herstellen sowie die Vermittlung von Förderangeboten und Hilfen erleichtern. Dies konnte stadtteilbezogene kulturelle, sportliche oder musische Aktivitäten ebenso beinhalten wie eine soziale, finanzielle, erzieherische oder ärztlich-therapeutische Unterstützung (siehe Anlagen). Auch die Stärkung familiärer Ressourcen und Selbsthilfemöglichkeiten gehörten dazu. Um die Kinder gegenüber Stress und alltäglichen Belastungen widerstandsfähiger zu machen, nahm die altersadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die Behandlung des betroffenen Elternteils einen besonderen Stellenwert in der Familiensprechstunde ein (Psychoedukation). Gleichzeitig konnte hierdurch auch der Tabuisierung und Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen entgegengewirkt werden. Diese entwicklungsangepassten Informationsgespräche mit Kindern gelten nach den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen als wirksamer protektiver Faktor, um Ängste der Kinder zu reduzieren, Schuldgefühle abzubauen und Bewältigungsstrategien zu fördern (Brockmann und Lenz 2017).

Die Mitarbeitenden in der LWL-Klinik (ärztlicher, pflegerischer und sozialer Dienst) wurden für die Belange der Kinder sensibilisiert und waren mindestens in den Erstkontakt zur Familie einbezogen. Hierdurch sollten enge klinische Strukturen zugunsten einer systemischen Sichtweise mit Blick auf das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten verändert werden. Durch die Einbindung der Familiensprechstunde in die bereits vorhandenen Präventions- und Hilfefketten in Münster (siehe 1.3) wurden die Schnittstellen zu anderen Unterstützungssystemen genutzt und Parallelstrukturen vermieden.

Es bedurfte sozialpsychiatrischer Kompetenzen, präventiver Strategien und guter kommunaler Kooperationen, um die spezifische Situation eines jeden Kindes und jeder Familie möglichst präzise hinsichtlich Ressourcen und Defiziten zu erfassen, im Kontext der sozialen Umgebungsstrukturen zu analysieren und hieraus passgenaue Entlastungs-, Förderungs-, und Unterstützungsangebote abzuleiten. Für diese Aufgaben war das Gesundheitsamt aufgrund seiner interdisziplinären Fachlichkeit und guten Vernetzung sehr geeignet.

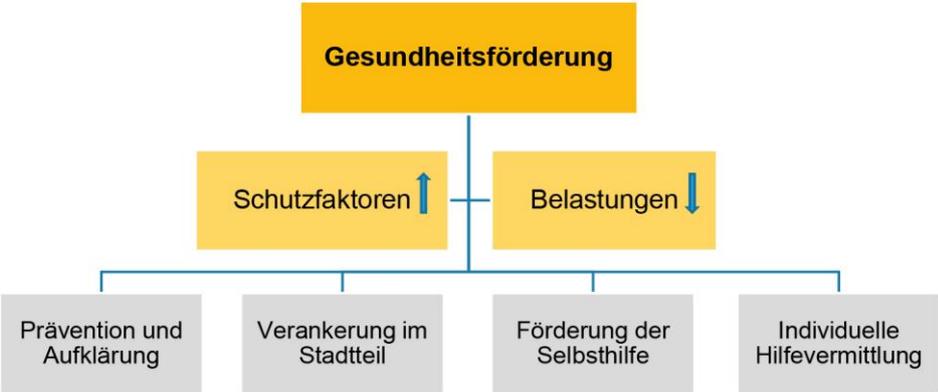


Abbildung 1: Globale Ziele der Familiensprechstunde

2.2 Umsetzung

Die Projektleitung lag beim Gesundheitsamt der Stadt Münster, Abteilung Psychische Gesundheit. Es bestand eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der LWL-Klinik Münster (Projektbeteiligte). Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgte durch das Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung (zefp) der Universität Koblenz-Landau.

Die Durchführung des Projektes wurde von zwei erfahrenen Sozialpädagoginnen der Abteilung Psychische Gesundheit gewährleistet, die mit insgesamt 10 Wochenstunden für die Familiensprechstunde im Einsatz waren. Beide Mitarbeiterinnen hatten sowohl mehrjährige Erfahrungen in der Beratung psychisch kranker und suchtkranker Eltern als auch Qualifikationen in der Diagnostik und Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen.

Die strukturellen Vorbereitungen der Familiensprechstunde konnten am 01.10.2016 beginnen. Es wurden werbende Flyer und Poster für die Stationen, die Tageskliniken und die Ambulanzen erstellt und in der LWL-Klinik Münster verteilt. Außerdem erfolgten Hinweise auf das Projekt im Intranet der LWL-Klinik und auf der Homepage des Gesundheitsamtes der Stadt Münster. Ärzteschaft, Sozialdienst und Pflegekräfte der LWL-Klinik wurden über das Projekt persönlich und ausführlich vor Ort informiert. Parallel stellte das zefp in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt bereits vorhandene Messinstrumente und neu konzipierte Erhebungsbögen zur Evaluation zusammen (siehe 3.2).

Die Umsetzung des Projektes konnte am 01.01.2017 starten. Seither wurden Patientinnen und Patienten der LWL-Klinik mit minderjährigen Kindern gezielt angesprochen und zur Projektteilnahme motiviert. Zur Stärkung der Betroffenenperspektive wurde im Projekt von Beginn an die Mitwirkung einer Genesungsbegleiterin (Expertin aus Erfahrung, EX-IN NRW e. V.) ermöglicht.

Der Zugang war niedrigschwellig und barrierefrei. Auch schwangere Frauen konnten sich beteiligen. Auf der Erwachsenenenebene wurden neben den psychisch kranken oder suchtkranken Eltern die gesunden Bezugspersonen und nächsten Angehörigen (z. B. Großeltern) ebenfalls in die Beratung einbezogen. Bei den betroffenen minderjährigen Kindern und Jugendlichen gab es bis zum 18. Lebensjahr keine Altersbegrenzung. Im Vorschulalter standen die Beratungen der Eltern im Vordergrund. Ab dem Schulalter nahmen entsprechend der präventiven Bedeutung die entwicklungsadäquaten Aufklärungsgespräche über die psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern (Psychoedukation) einen hohen Stellenwert ein. Dabei wurde stets auf eine geschlechtergerechte und kultursensible Ausrichtung geachtet. Auch Familiengespräche wurden regelhaft angeboten. Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse erfolgte zuletzt die Vermittlung der Mädchen und Jungen in Fördermaßnahmen und Hilfen. Da die betroffenen Familien oft unter finanziellen Engpässen litten, wurden im Bedarfsfall für die angedachten Maßnahmen (z. B. ein Sport- oder Musikangebot im Stadtteil) auch Finanzierungen über Stiftungen oder das Bildungs- und Teilhabepaket organisiert.

Insgesamt waren acht Termine für jede Familie vorgesehen. Der detaillierte Ablauf des Projektes ist der Abbildung 2 zu entnehmen.



Abbildung 2: Projektdesign der Familiensprechstunde

T1/2/3 = Messzeitpunkt 1/2/3. Die Erläuterung der Messinstrumente erfolgt in Kapitel 3.2.

Im Verlauf der zweijährigen Projektphase zeigten sich einige Hemmnisse, die teilweise eine Anpassung der Struktur der Familiensprechstunde notwendig machten.

Die zügigen Entlassungen der Mütter und Väter aus dem klinischen Setting erforderten oft eine flexible Vorgehensweise. Es wurden deshalb vermehrt Termine im häuslichen Umfeld (Hausbesuche) oder im Gesundheitsamt vereinbart. Dies erforderte zusätzliche zeitliche Ressourcen.

Die Familien hatten nach dem Klinikaufenthalt häufiger Probleme, Terminabsprachen einzuhalten. Hierdurch zogen sich die Kontakte mehrere Wochen, vereinzelt auch Monate, hin. Bei diesen Familien ließ die Motivation zur Mitwirkung an der Evaluation nach, so dass bei zahlreichen Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern nur eine Auswahl von Evaluationsinstrumenten eingesetzt werden konnte bzw. diese nur unvollständig ausgefüllt wurden.

Die psychoedukativen Gespräche mit den betroffenen Kindern waren zeitaufwändiger als im Projektplan vorgesehen, insbesondere bei Kindern im Grundschulalter. Bei einigen Familien mussten zunächst auch ängstliche Vorbehalte in mehreren Terminen ausgeräumt werden. Wegen des hohen protektiven Faktors wurde die regelhafte Beibehaltung dieses Angebotes aber nicht in Frage gestellt.

Da die Anmeldung zur Familiensprechstunde bei Stationsmitarbeitenden in der LWL-Klinik im Alltagsstress schnell vergessen wurde, führten die Beraterinnen des Gesundheitsamtes im zweiten Projektjahr fortlaufend motivierende Kooperationsgespräche durch. Sowohl die Ärzteschaft und der Sozialdienst als auch das Pflegepersonal wurden immer wieder in Konferenzen angehalten, Eltern im Familienprojekt vorzustellen. Vermehrte Anmeldungen gab es insbesondere dann, wenn auch die Patientinnen und Patienten an den Informationsveranstaltungen teilnahmen. Die ständige Akquise stellte eine Mehrbelastung dar, wurde aber durch eine hierdurch entstandene bessere Vernetzung aufgewogen. Dennoch bleibt es auch zukünftig eine Aufgabe, die Mitarbeitenden in der Klinik zur Mitarbeit zu gewinnen.

Am 22.11., 27.11. und 28.11.2018 wurde der Zwischenbericht über den Verlauf der Familiensprechstunde auch in den politischen Gremien der Stadt beraten. Dies führte zu einer Stellenerweiterung, die eine Verstärkung des Angebotes ermöglichte.

Am 31.03.2019 endete die Projektphase der Familiensprechstunde in der LWL-Klinik. Sie wird seither in modifizierter Form als reguläres kommunales Präventionsangebot des Gesundheitsamtes der Stadt Münster fortgesetzt – zunächst weiterhin in der LWL-Klinik Münster. Zukünftig sollen aber auch andere psychiatrische Kliniken in Münster von diesen Möglichkeiten profitieren können.

3 Projektauswertung

3.1 Zentrale Fragestellungen der Evaluation

Die zentralen Fragestellungen der Evaluation bezogen sich auf folgende Aspekte:

- die familiäre Situation der Projektfamilien;
- kindliche Belastungen und Ressourcen;
- die Bewertung des Projekts durch Beraterinnen, Eltern und Kinder;
- förderliche und hinderliche Faktoren, die sich auf den Beratungsprozess auswirken;
- Angebotsempfehlungen, Vernetzung mit den bestehenden Kooperationsstrukturen & Schnittstellenproblematik.

3.2 Messinstrumente

Es kamen bereits vorliegende Testverfahren sowie vom zepf eigens für die Evaluation entwickelte Instrumente zum Einsatz.

Als Testverfahren zur Einschätzung der kindlichen Befindlichkeit und der kindlichen Ressourcen wurden folgende standardisierte Instrumente eingesetzt:

- Child Behavior Checklist (CBCL) / Youth Self-Report (YSR);
- Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ);
- Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ).

3.2.1 Child Behavior Checklist (CBCL) (Döpfner et al. 2014)

Die Child Behavior Checklist (CBCL) liegt in zwei Versionen vor: Die CBCL 1,5-5 für Kinder im Alter von 1,5-5 Jahren und die CBCL 6-18 für Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren. Erfasst werden die Einschätzungen von Eltern oder anderen relevanten Bezugspersonen im Hinblick auf die Kompetenzen (Aktivitäten, Soziale Kompetenzen, Schule) und Probleme ihrer Kinder. Bei der Auswertung werden acht Problemskalen gebildet (ängstlich/depressiv, rückzüglich/depressiv, körperliche Beschwerden, soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, regelverletzendes Verhalten und aggressives Verhalten) sowie drei übergeordnete Skalen berechnet (Gesamtaufälligkeit, internale Probleme, externale Probleme). Der Youth Self-Report (YSR/11-18) dient der Selbsteinschätzung von Kindern und Jugendlichen auf den genannten Skalen.

3.2.2 Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ) (Lohaus, et al. 2006)

Beim SSKJ 3-8 handelt es sich um einen Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Das Verfahren ist von der dritten bis zur achten Klasse einsetzbar und bezieht sich auf die folgenden Aspekte des Stressgeschehens: Im ersten Fragebogenbereich wird die Vulnerabilität für potenzielle Stressoren erhoben. Da die Fähigkeit, mit vorhandenen Anforderungen umzugehen, entscheidend durch die vorhandenen Bewältigungsmechanismen bestimmt ist, erfasst das Instrumentarium im zweiten Fragebogenbereich das vorhandene Stressbewältigungspotenzial, wobei hierzu fünf Skalen zum Einsatz gelangen, die als Strategien die Suche nach sozialer Unterstützung, die problemorientierte Bewältigung, die vermeidende Bewältigung sowie die palliative und ärgerbezogene Emotionsregulation umfassen. Im dritten Fragebogenbereich wird die mit Stress potenziell

verbundene physische und psychische Symptomatik erhoben. Zum Einsatz kam eine modifizierte Version der Skala „Stressbewältigung“. Die Frage „In diesem Teil möchten wir gerne herausfinden, was du tust, wenn du Stress hast. Du musst morgen einen schwierigen Test schreiben. Wenn mir so etwas passiert, ...“ wurde (mit Genehmigung des Testautors) umformuliert zu: „Stell dir vor, Du hast dich mit deinen Eltern gestritten. Wenn mir so etwas passiert, ...“. Die 30 Antwortalternativen wurden beibehalten, sie werden den Skalen „Suche nach sozialer Unterstützung“ (z. B. „... dann erzähle ich jemandem aus meiner Familie, was passiert ist“), „Problemorientierte Bewältigung“ (z. B. „...dann mach ich mich daran, das Problem anzupacken“), „Vermeidende Bewältigung“ (z. B. „...dann tue ich so, als ob alles okay ist“), „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ („...dann erhole ich mich, um neue Kraft zu sammeln“) und „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ (z. B. „...dann werde ich wütend und mache etwas kaputt“) zugeordnet.

3.2.3 Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ) (Lohaus & Nussbeck 2016)

Der Fragebogen, der bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-16 Jahren zur Anwendung kommt, umfasst 60 Items und dient der Erfassung der personalen und sozialen Ressourcen. Es werden sechs personale Ressourcen (Empathie und Perspektivenübernahme, Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung, Kohärenzsinn, Optimismus sowie Selbstkontrolle) und vier soziale Ressourcen (elterliche emotionale und soziale Unterstützung, autoritativer Erziehungsstil, Integration in die Peergruppe sowie schulische Integration) erfasst.

3.2.4 Vom zepf entwickelte Messinstrumente

- **Basisdokumentation**

Mithilfe der Basisdokumentation zu Beginn der Beratung wurden demografische Variablen, Daten zur Erkrankung und die Familiensituation erfasst.

- **Dokumentationsbogen**

Auf dem Dokumentationsbogen konnten die wichtigsten Informationen zum jeweiligen Gesprächsverlauf stichwortartig festgehalten werden.

- **Bedarfsanalyse**

Mit Hilfe der Bedarfsanalyse wurde eruiert, für welche Angebote bei den Familien Bedarf besteht und welche Voraussetzungen gegeben sein müssten, um die Angebote in Anspruch zu nehmen.

- **Vermittlungsbogen**

Mit Hilfe des Vermittlungsbogens wurde erfasst, welche Angebote empfohlen wurden und wie das Elternteil auf die Empfehlung reagiert hat.

- **Fragebogen zur Vernetzung**

Auf dem Fragebogen zur Vernetzung wurde festgehalten, welche Netzwerkpartner bei der Familie kooperiert haben, wie die Vernetzung funktioniert hat und wie ausgeprägt die Schnittstellenproblematik war.

- **Abschlussbefragungen**

Die Abschlussbefragung der Eltern (Evaluation) und der Beraterinnen (Selbstevaluation) erfolgte schriftlich, die Kinder wurden mündlich zu ihrer Bewertung der Familiensprechstunde befragt (Ende der Beratung: Messzeitpunkt T2). Sechs Monate nach Abschluss der Beratung (Messzeitpunkt T3) war ein weiterer Fragebogen zur Abschätzung der mittelfristigen Effekte für Eltern und Beraterinnen vorgesehen.

Vor der Darstellung der Ergebnisse sei angemerkt, dass nicht bei allen Familien alle Verfahren zum Einsatz kamen bzw. vollständig ausgefüllt wurden. Dies ist zum einen begründet durch die Besonderheiten der Stichprobe. Es handelte sich um belastete Familien mit sensiblen Erkrankungen und zum Teil schwierigen Rahmenbedingungen, die je nach Befindlichkeit und Krankheitszustand schwer zugänglich, nicht erreichbar waren oder Schwierigkeiten hatten, umfangreiche Fragebogen auszufüllen. Hinzu kam auf Seiten der Beraterinnen, dass das Ausfüllen der umfassenden Diagnostik einen zusätzlichen erheblichen zeitlichen Aufwand bedeutete, was vor dem Hintergrund der schon für die Beratungsgespräche oft zu knapp bemessenen Zeit häufig Probleme bereitete. Diese Umstände sind bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

3.3 Ergebnisse

Insgesamt wurden Daten von 55 Familien erfasst, 30 davon (54,5 %) waren dem Gesundheitsamt Münster noch nicht bekannt. Bei 13 Familien (23,6 %) lag eine Migrationsvorgeschichte vor. Von 25 Familien liegen Daten der gesamten Evaluation vor, von 30 Familien sind die Evaluationsdaten unvollständig (in 6 Fällen handelte es sich um – z. T. telefonische – Kontakte mit Elternteilen, die außerhalb von Münster wohnten). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vorliegenden Daten.

Tabelle 1: Übersicht über die Anzahl der auswertbaren Daten

Messinstrument	n
Anzahl der Dokumentationsbögen pro Familie	0-14
CBCL_M_1,5-5	5
CBCL_M_6-18	35
CBCL_V_1,5-5	2
CBCL_V_6-18	14
CBCL_B_1,5-5	0
CBCL_B_6-18	7
YSR/11-18	8
FRKJ	14
SSKJ	12
Basisdokumentation	36
Bedarfsanalyse	30
Vermittlungsbogen	21
Eltern Evaluation T2	17
Eltern Evaluation T3	6
Interview Kinder	13
Selbstevaluation Beraterinnen T2	35
Selbstevaluation Beraterinnen T3	2
Fragen zur Vernetzung	24

M = Mutter, V = Vater, B = Bezugsperson; n = Stichprobengröße

3.3.1 Ergebnisse der Basisdokumentation

Abbildung 3 stellt grafisch dar, welcher erkrankte Elternteil, der an der Familiensprechstunde teilgenommen hat, Patientin / Patient der LWL-Klinik war. Es handelt sich zu 81 % um Mütter und zu 19 % um Väter.

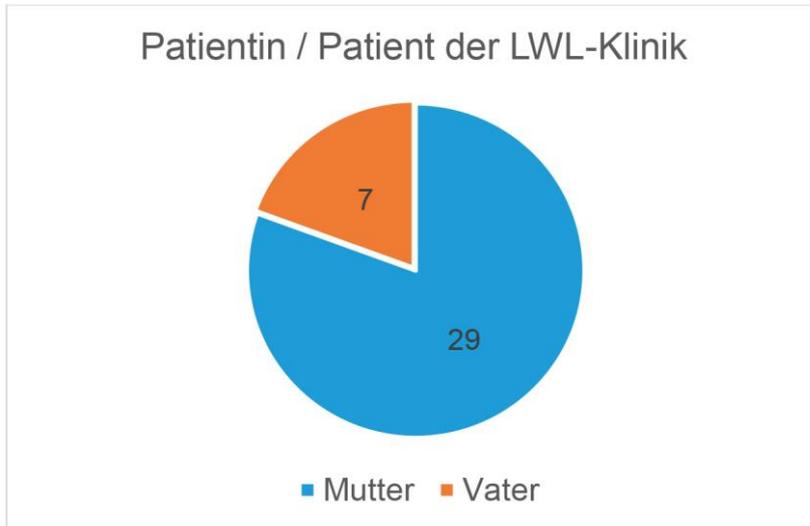


Abbildung 3: Verteilung der Patientinnen / Patienten, die an der Familiensprechstunde teilgenommen haben (N = 36)

Betrachtet man die Quote der Familien, von denen Informationen über den vorzeitigen Abbruch der Beratung vorliegen, fällt auf, dass diese bei den suchtbezogenen Erkrankungen vergleichsweise höher ausfällt als bei den psychischen Erkrankungen. Allerdings ist hierbei die geringe Anzahl an suchtkranken Patientinnen / Patienten im Vergleich zu psychisch kranken Patientinnen / Patienten zu berücksichtigen (suchtkranke Patientinnen / Patienten: 3 beendet, 5 abgebrochen; psychisch kranke Patientinnen / Patienten: 35 beendet, 16 abgebrochen; eine Auflistung nach Diagnosen enthält Anhang 1).

Tabelle 2 gibt einen Einblick in die demografischen Daten, die Erkrankung und die Familiensituation der 36 Elternteile, von denen eine Basisdokumentation vorliegt. Die erkrankten Personen waren im Mittel 34,5 Jahre alt (SD 23,9; Min: 23, Max: 53 Jahre). Die 54 Kinder – 29 Mädchen und 25 Jungen – waren im Mittel 9 Jahre alt (SD: 4,43; Min: <1, Max: 17 Jahre).

Tabelle 2: Demografische Angaben, Krankheitszustand und Familiensituation (N = 36)

		n	%
Patientin / Patient der LWL-Klinik	Mutter	29	81,0
	Vater	7	19,0
Schulabschluss			
	Hauptschulabschluss	8	22,2
	Mittlere Reife	17	47,2
	Fachabitur	1	2,8
	Abitur	8	22,2
	fehlende Angaben	2	5,6
Berufsausübung			
	keine	28	77,8
	arbeitsunfähig	2	5,6
	Teilzeit	5	13,9
	Vollzeit	1	2,8
Art der Erkrankung			
	psychisch krank	28	77,8
	suchtkrank	3	8,3
	psychisch krank und suchtkrank	5	13,9
Diagnose/n (Erläuterungen siehe Fußnote 1)			
	F1	8	
	F2	2	
	F3	24	
	F4	10	
	F5	2	
	F6	7	
	F9	3	
Erkrankung des anderen Elternteils			
	ja	15	41,7
	nein	16	44,4
	fehlende Angaben	5	13,9
Art der Erkrankung des anderen Elternteils (n=15)			
	psychisch krank	10	27,8
	suchtkrank	2	5,6
	psychisch krank und suchtkrank	3	8,3
Art der Behandlung			
	ambulant	5	13,9
	teilstationär	11	30,6
	stationär	20	55,6
Aufnahme			
	erstmalig	12	33,3
	wiederholt	23	63,9
	fehlende Angaben	1	2,8
Besondere Familiensituation			
	alleinerziehend	17	47,2
Sorgerecht			
	Mutter und Vater	21	58,3
	Mutter	12	33,3
	sonstige Personen / Institutionen	1	2,8
	fehlende Angaben	2	5,6
Hat das Kind / haben die Kinder eine stabile Bezugsperson?			
	ja	30	83,3
	nein	1	2,8
	fehlende Angaben	5	13,9

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Diagnosen¹ (N = 56; bei 15 Patientinnen / Patienten liegen Mehrfach-Diagnosen vor.)

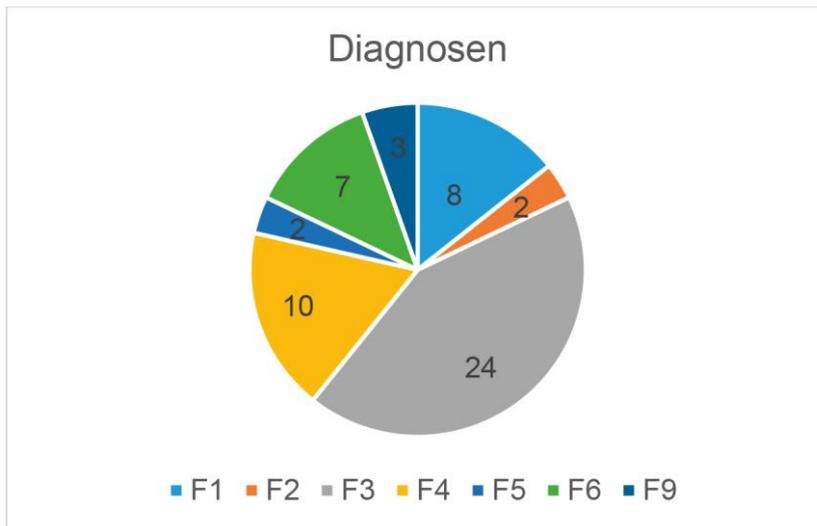


Abbildung 4: Diagnosen

Auf die Frage nach aktuellen Problemen äußerten die erkrankten Elternteile am häufigsten Sorgen um die Kinder, die oft nicht über die Erkrankung informiert sind, Angehörige, die die Krankheit nicht verstehen, partnerschaftliche Konflikte, Fragen im Hinblick auf die eigene Genesung, die berufliche Situation, Wohnverhältnisse und (fast ausnahmslos) finanzielle Schwierigkeiten. Auf der anderen Seite wurden häufig persönliche Ressourcen (helfen können, organisieren können, kreativ, lustig, nett, freundlich, sensibel, kommunikativ sein) und sehr oft Liebe, Zusammenhalt und Unterstützung in der Familie als Ressourcen genannt.

Bei 7 Familien mit Finanzsorgen wurden Gelder beantragt (u. a. bei Stiftungen). Diese Familien gehörten zu den 25 Familien, die das Projekt regulär beendet haben.

3.3.2 Ergebnisse der Einschätzung der Kompetenzen und Probleme durch die Eltern bzw. Bezugspersonen (CBCL)

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vorliegenden Daten.

Tabelle 3: CBCL: Anzahl der Fragebogen / Kinder

Fragebogen	Anzahl der ausgefüllten Bögen	Anzahl der Kinder
CBCL 1,5-5	7	4
CBCL 6-18	56	35

Da die Anzahl der ausgefüllten Bögen für die 1,5 - 5-Jährigen sehr gering und deshalb wenig aussagekräftig ist, wird hier auf eine Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

¹ F1: Störungen durch psychotrope Substanzen
 F2: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen
 F3: Affektive Störungen
 F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
 F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 F9: Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Vom CBCL 6-18 liegen 56 auswertbare Bögen vor (35 Mädchen, 21 Jungen im Alter von 6 bis 17 Jahren). 35 mal wurde der Fragebogen für 1 Kind ausgefüllt, 9 mal für 2 Kinder und 1 mal für 3 Kinder. Am häufigsten wurde der Fragebogen von der erkrankten Person ausgefüllt (n = 35), 14 mal vom anderen Elternteil und 7 mal von einer anderen Bezugsperson (5 mal Großmutter, 1 mal Partner der Mutter, 1 mal Pate des Kindes) (siehe Abbildung 5).

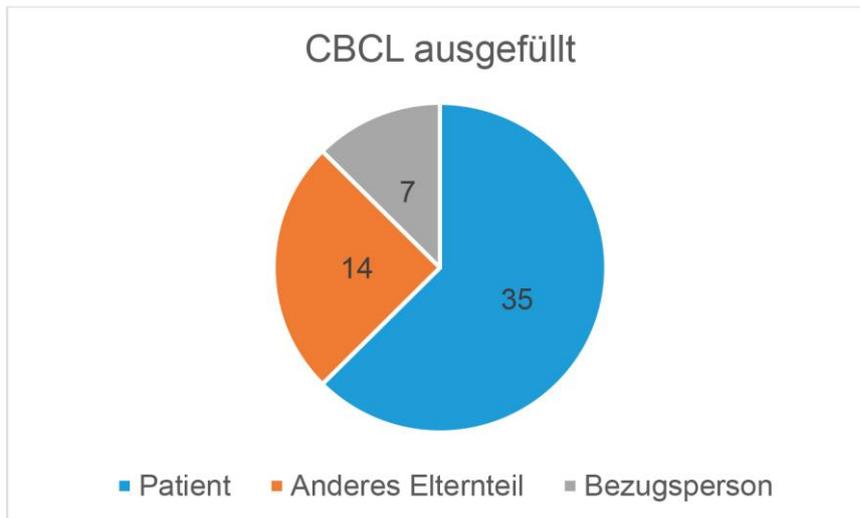


Abbildung 5: Überblick über die Verteilung der Personen, die den CBCL ausgefüllt haben

Nachfolgend werden die Ergebnisse von allen 56 Fragebogen dargestellt.

- **Kompetenzen**

Tabelle 4: CBCL 6-18 – Kompetenzen: Aktivitäten

	n	%
fehlende Werte	1	1,8
unauffällig	55	98,2
Gesamt	56	100,0

Tabelle 5: CBCL 6-18 Soziale Kompetenzen

	n	%
fehlende Werte	1	1,8
auffällig	5	8,9
Grenzbereich	2	3,6
unauffällig	48	85,7
Gesamt	56	100,0

Tabelle 6: CBCL 6-18 Kompetenzen: Schule

	n	%
fehlende Werte	8	14,3
auffällig	6	10,7
Grenzbereich	2	3,6
unauffällig	40	71,4
Gesamt	56	100,0

Die Kinder scheinen bezüglich der eingeschätzten Kompetenzen (Aktivitäten, Soziale Kompetenzen, Schule) weitgehend unauffällig zu sein. Weitere Auswertungen zeigen, dass hinsichtlich der Einschätzung durch unterschiedliche ausfüllende Personen keine systematischen Unterschiede zu erkennen sind.

- **Probleme**

a) Internale Probleme

Tabelle 7: CBCL 6-18 Ängstlichkeit / Depressivität

	n	%
auffällig	7	12,5
Grenzbereich	9	16,1
unauffällig	40	71,4
Gesamt	56	100,0

Tabelle 8: CBCL 6-18 Rückzug / Depressivität

	n	%
auffällig	5	8,9
Grenzbereich	7	12,5
unauffällig	44	78,6
Gesamt	56	100,0

Tabelle 9: CBCL 6-18 Körperliche Beschwerden

	n	%
auffällig	7	12,5
Grenzbereich	8	14,3
unauffällig	41	73,2
Gesamt	56	100,0

Bei den internalen Problemskalen werden 16 mal (28,6 %) Kinder bei der Skala ängstlich / depressiv, 12 mal (21,4 %) Kinder bei der Skala rückzöglich / depressiv und 15 mal (26,8 %) Kinder bei der Skala körperliche Beschwerden als auffällig bzw. im Grenzbereich eingestuft.

b) Externale Probleme

Tabelle 10: CBCL 6-18 Aggressives Verhalten

	n	%
auffällig	7	12,5
Grenzbereich	6	10,7
unauffällig	43	76,8
Gesamt	56	100,0

Tabelle 11: CBCL 6-18 Regelverletzendes Verhalten

	n	%
auffällig	4	7,1
Grenzbereich	4	7,1
unauffällig	48	85,7
Gesamt	56	100,0

Bei den externalen Problemskalen werden 13 mal (23,2 %) Kinder im Hinblick auf die Skala aggressives Verhalten und 8 mal (14,3 %) Kinder in Bezug auf die Skala regelverletzendes Verhalten als auffällig bzw. im Grenzbereich eingeschätzt.

c) Gemischte Probleme

Tabelle 12: CBCL 6-18 Aufmerksamkeitsprobleme

	n	%
auffällig	10	17,9
Grenzbereich	11	19,6
unauffällig	35	62,5
Gesamt	56	100,0

Tabelle 13: CBCL 6-18 Denk- / Schlaf- / Repetitive Probleme

	n	%
auffällig	4	7,1
Grenzbereich	13	23,3
unauffällig	39	69,6
Gesamt	56	100,0

Tabelle 14: CBCL 6-18 Soziale Probleme

	n	%
auffällig	7	12,5
Grenzbereich	6	10,7
unauffällig	43	76,8
Gesamt	56	100,0

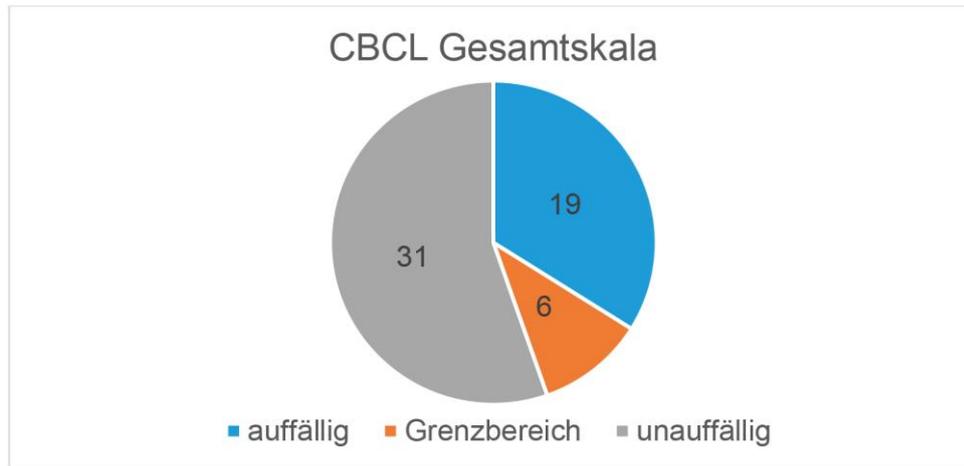
Bei den gemischten Problemen werden 21 mal (37,5 %) Kinder auf der Skala Aufmerksamkeitsprobleme, 17 mal (30,4 %) Kinder auf der Skala Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme und 13 mal (23,2 %) Kinder auf der Skala Soziale Probleme als auffällig bzw. im Grenzbereich gesehen.

In Tabelle 15 ist der Gesamtwert für die Einschätzung von Auffälligkeiten angegeben. Auffällige bzw. grenzwertige Einschätzungen liegen in 44,6 % der Fälle vor (siehe auch Abbildung 6). Dies entspricht im Wesentlichen älteren nationalen Untersuchungen, bei denen 46,8 % der Kinder und Jugendlichen dem auffälligen-grenzwertigen Bereich zugeordnet wurden (Wiegand-Grefe et al. 2009).

Tabelle 15: CBCL 6-18 Gesamtskala Probleme

	n	%
auffällig	19	33,9
Grenzbereich	6	10,7
unauffällig	31	55,4
Gesamt	56	100,0

Abbildung 6: CBCL Gesamtskala Probleme



Fazit

Die Datenlage spricht dafür, dass aus Sicht der Eltern und Bezugspersonen ein erheblicher Anteil an Auffälligkeiten vorzuliegen scheint, die sich am häufigsten in internalen (vor allem Ängstlichkeit / Depressivität und körperliche Beschwerden) sowie Aufmerksamkeitsproblemen und Denk- / Schlaf- / und repetitiven Problemen äußern.

3.3.3 Ergebnisse der Einschätzung der Kompetenzen und Probleme durch die Kinder / Jugendlichen (YSR/11-18)

Den YSR/11-18 füllten 8 Kinder / Jugendliche (2 Mädchen und 6 Jungen) aus, davon 2 mal 2 Kinder aus einer Familie. Der Altersrange beträgt 11-16 Jahre. Aufgrund der geringen Anzahl können nur Tendenzen berichtet werden.

- **Kompetenzen**

Tabelle 16: YSR/11-18 Aktivitäten

	n	%
unauffällig	8	100,0
Gesamt	8	100,0

Alle 8 Kinder / Jugendliche schätzen sich – übereinstimmend mit den Einschätzungen der Eltern und Bezugspersonen – im Hinblick auf ihre Aktivitäten als unauffällig ein.

Tabelle 17: YSR/11-18 Soziale Kompetenzen

	n	%
Grenzbereich	1	12,5
unauffällig	7	87,5
Gesamt	8	100,0

Auch ihre sozialen Kompetenzen beurteilen die Kinder / Jugendlichen weitestgehend als unauffällig. Tabelle 18 zeigt den Vergleich der Eigeneinschätzung mit der Einschätzung der Eltern und Bezugspersonen: 3 Kinder/ Jugendliche schätzen ihre sozialen Kompetenzen besser ein, 1 Kind / Jugendlicher schlechter.

Tabelle 18: YSR/11-18 Soziale Kompetenzen: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
Ähnlich	4
Selbsteinschätzung höher	3
Selbsteinschätzung niedriger	1

Die Kinder/Jugendlichen scheinen demnach auch aus eigener Sicht bezüglich der eingeschätzten Kompetenzen eher unauffällig zu sein.

Der Bereich Schule wird bei den Kindern / Jugendlichen nicht erfasst.

- **Probleme**

a) Internale Probleme

5 Kinder / Jugendliche stufen sich bzgl. der Dimension Ängstlichkeit / Depressivität als unauffällig ein, 3 als auffällig oder im Grenzbereich (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: YSR/11-18 Ängstlichkeit / Depressivität

	n	%
auffällig	2	25,0
Grenzbereich	1	12,5
unauffällig	5	62,5
Gesamt	8	100,0

Tabelle 20 zeigt den Vergleich der Eigeneinschätzung mit der Einschätzung der Eltern und Bezugspersonen: 3 Kinder / Jugendliche schätzen ihre Ängstlichkeit / Depressivität höher ein, 1 Kind / Jugendlicher niedriger.

Tabelle 20: YSR/11-18 Ängstlichkeit / Depressivität: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	4
Selbsteinschätzung höher	3
Selbsteinschätzung niedriger	1

6 Kinder / Jugendliche stufen sich bei der Dimension Rückzug / Depressivität als unauffällig ein (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: YSR/11-18 Rückzug / Depressivität

	n	%
auffällig	1	12,5
Grenzbereich	1	12,5
unauffällig	6	75,0
Gesamt	8	100,0

Diese Einschätzung stimmt weitgehend mit der Einschätzung der Eltern und Bezugspersonen überein (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: YSR/11-18 Rückzug / Depressivität: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	5
Selbsteinschätzung höher	2
Selbsteinschätzung niedriger	1

6 Kinder sehen sich nicht durch körperliche Beschwerden belastet (siehe Tabelle 23). In 3 Fällen ist die Selbsteinschätzung diesbezüglich höher, in einem Fall niedriger (siehe Tabelle 24).

Tabelle 23: YSR/11-18 Körperliche Beschwerden

	n	%
auffällig	2	25,0
unauffällig	6	75,0
Gesamt	8	100,0

Tabelle 24: YSR/11-18 Körperliche Beschwerden: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	4
Selbsteinschätzung höher	3
Selbsteinschätzung niedriger	1

b) Externale Probleme

Der größte Teil der Kinder / Jugendlichen (n = 6) schätzt sich nicht als auffällig in Bezug auf aggressives Verhalten ein (siehe Tabelle 25). Dies stimmt weitgehend mit der Einschätzung der Eltern und Bezugspersonen überein (siehe Tabelle 26).

Tabelle 25: YSR/11-18 Aggressives Verhalten

	n	%
auffällig	1	12,5
Grenzbereich	1	12,5
unauffällig	6	75,0
Gesamt	8	100,0

Tabelle 26: YSR/11-18 Aggressives Verhalten: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	6
Selbsteinschätzung höher	1
Selbsteinschätzung niedriger	1

Auch im Hinblick auf das regelverletzende Verhalten herrscht große Übereinstimmung in Richtung „unauffällig“ (siehe Tabellen 27 und 28).

Tabelle 27: YSR/11-18 Regelverletzendes Verhalten

	n	%
auffällig	1	12,5
unauffällig	7	87,5
Gesamt	8	100,0

Tabelle 28: YSR/11-18 Regelverletzendes Verhalten: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	7
Selbsteinschätzung niedriger	1

c) Gemischte Probleme

7 Kinder / Jugendliche sind ihren eigenen Aussagen zufolge bei Denk- / Schlaf- / Repetitiven Problemen unauffällig (siehe Tabelle 29), allerdings fällt die Selbsteinschätzung hier in 3 Fällen geringer und in 3 Fällen höher aus (siehe Tabelle 30).

Tabelle 29: YSR/11-18 Denk- / Schlaf- / Repetitive Probleme

	n	%
auffällig	1	12,5
unauffällig	7	87,5
Gesamt	8	100,0

Tabelle 30: YSR/11-18 Denk- / Schlaf- / Repetitive Probleme: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	2
Selbsteinschätzung niedriger	3
Selbsteinschätzung höher	3

Bei den Aufmerksamkeitsproblemen und den sozialen Problemen sind die Kinder / Jugendlichen aus eigener Sicht eher unauffällig (siehe Tabellen 31 und 32), das stimmt mit der Einschätzung der Eltern und Bezugspersonen in weiten Teilen überein.

Tabelle 31: YSR/11-18 Aufmerksamkeitsprobleme

	n	%
auffällig	2	25,0
unauffällig	6	75,0
Gesamt	8	100,0

Tabelle 32: YSR/11-18 Aufmerksamkeitsprobleme: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	4
Selbsteinschätzung niedriger	2
Selbsteinschätzung höher	2

Tabelle 33: YSR/11-18 Soziale Probleme

	n	%
auffällig	1	12,5
unauffällig	7	87,5
Gesamt	8	100,0

Tabelle 34: YSR/11-18 Soziale Probleme: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	5
Selbsteinschätzung höher	1

Insgesamt sehen sich 3 Kinder / Jugendliche als auffällig, 5 als unauffällig (siehe Tabelle 35), wobei sich 2 davon als höher belastet, 3 als niedriger belastet einschätzen als die Eltern und Bezugspersonen (Tabelle 36).

Tabelle 35: YSR/11-18 Gesamtskala Probleme

	n	%
auffällig	3	37,5
unauffällig	5	62,5
Gesamt	8	100,0

Tabelle 36: YSR/11-18 Gesamtskala Probleme: Selbst-und Fremdeinschätzung

Selbst- vs. Elterneinschätzung	n
ähnlich	3
Selbsteinschätzung niedriger	3
Selbsteinschätzung höher	2

Fazit

Für die 8 Kinder / Jugendlichen, die den YSR/11-18 ausgefüllt haben, liegen generell große Übereinstimmungen mit den Einschätzungen durch die Eltern und Bezugspersonen vor. Nicht übereinstimmende Ergebnisse zeigen meist sowohl höhere als auch niedrigere Werte, so dass zumindest in dieser Stichprobe von einer generellen Tendenz weder zu besonders sensiblen noch zu eher relativierenden Urteilen ausgegangen werden kann. Bei den internalen Problemen fällt auf, dass bei abweichender Selbsteinschätzung diese tendenziell etwas höher ausfällt, die Kinder / Jugendlichen sich selbst also als etwas belasteter erleben als die Eltern dies tun.

3.3.4 Ergebnisse des Fragebogens zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8)

Die adaptierte Version des SSKJ 3-8 wurde von 12 Kindern / Jugendlichen (6 Mädchen und 6 Jungen) ausgefüllt. In Tabelle 37 sind die Ausprägungen der eingesetzten Stressbewältigungsstrategien aufgelistet.

Tabelle 37: Eingesetzte Stressbewältigungsstrategien

	gering	durchschnittlich	stark
Destruktiv-ärgerbezogen	1	7	4
Konstruktiv-palliativ		8	4
Problemorientiert	2	7	3
Suche nach sozialer Unterstützung	3	9	
Vermeidend	3	8	1

Fazit

Somit scheinen die Kinder / Jugendlichen tendenziell eher zu destruktiv-ärgerbezogenen, konstruktiv-palliativen und problemorientierten Stressbewältigungsstrategien zu neigen und weniger zu Vermeidung und Suche nach sozialer Unterstützung. Insbesondere die erhöhte Neigung zu destruktiv-ärgerlichen Mechanismen und die geringer ausgeprägte Suche nach sozialer Unterstützung lässt es sinnvoll erscheinen, den Kindern / Jugendlichen, z. B. im Rahmen von Gruppenangeboten, soziale Unterstützung zukommen zu lassen.

3.3.5 Ergebnisse des Fragebogens zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ)

Der FRKJ wurde von 14 Kindern / Jugendlichen (8 Mädchen und 6 Jungen) ausgefüllt. Tabelle 38 gibt einen Überblick über die Ausprägungen der personalen und sozialen Ressourcen, Tabelle 39 enthält die entsprechenden Mittelwerte.

Tabelle 38: Ausprägungen der personalen und sozialen Ressourcen

Ressourcen	niedrig	mittel	hoch
Personale Ressourcen			
Empathie und Perspektivenübernahme	3	9	2
Selbstwirksamkeit	6	5	3
Selbstwertschätzung	4	9	1
Kohärenzsinn*	5	8	1
Optimismus	1	12	1
Selbstkontrolle	4	9	1
Soziale Ressourcen			
Elterliche Unterstützung	5	8	1

Ressourcen	niedrig	mittel	hoch
Autoritativer Erziehungsstil	4	10	
Integration Peergruppe	3	10	1
Schulische Integration	5	6	3

Antwortskalierung: 1-2 niedrige, 3-7 mittlere, 8-9 hohe Ausprägung

* Kohärenzsinn: Grundeinstellung, Geschehnisse als verstehbar, bewältigbar und sinnvoll zu erleben.

Tabelle 39: Personale und soziale Ressourcen: Mittelwerte

Ressourcen	MW
Personale Ressourcen	
Empathie und Perspektivenübernahme	4.8
Selbstwirksamkeit	4.4
Selbstwertschätzung	4.4
Kohärenzsinn	3.9
Optimismus	4.9
Selbstkontrolle	3.9
Soziale Ressourcen	
Elterliche Unterstützung	4.0
Autoritativer Erziehungsstil	4.1
Integration Peergruppe	4.2
Schulische Integration	4.5

Fazit

Bei den Kindern / Jugendlichen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, liegt das Ausmaß der Ressourcen somit insgesamt in einem mittleren Bereich, wobei Optimismus und Empathie die höchsten Ausprägungen aufweisen, Kohärenzsinn und Selbstkontrolle die niedrigsten. Auch dieses Ergebnis spricht dafür, die Kinder / Jugendlichen beim Aufbau von personalen und sozialen Ressourcen zu unterstützen.

3.3.6 Bedarfsanalyse

Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurden die Eltern gefragt, welcher Bedarf an Maßnahmen / Hilfestellungen bei ihnen derzeit besteht und welche Voraussetzungen Angebote erfüllen müssten, damit sie von ihnen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. Tabelle 40 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Angebote, für die von den Eltern Bedarf geäußert wurde, und die Voraussetzung für deren Inanspruchnahme (Mehrfachnennungen möglich).

Tabelle 40: Ergebnisse der Bedarfsanalyse

Angebote, für die Bedarf geäußert wurde	n
Psychologische Unterstützung / Beratung Psychoedukation / Therapie (Eltern / Kind)	16
Hilfen im Haushalt	8
Änderung der Wohnsituation (Eltern / Kind)	8
Freizeitangebote	3
Voraussetzungen für Inanspruchnahme	
Qualifikation der Anbieter (einfühlsam, freundlich, interessiert)	4
Angebote müssen kostengünstig sein.	4
Angebote müssen erreichbar sein.	3
Offenheit (sich einlassen, Hilfe annehmen, als notwendig ansehen)	2

Wenn von den Eltern bisher keine Angebote in Anspruch genommen wurden, wurde dies damit begründet, dass die Eltern der Ansicht waren, dass sie es alleine schaffen (n = 3), aus Krankheitsgründen (n = 3), dass es bisher nicht notwendig war bzw. der Leidensdruck nicht

hoch genug war (n = 2), aus Zeitmangel (n = 1) oder aufgrund von fehlender Motivation bzw. Krankheitseinsicht (n = 1).

3.3.7 Empfohlene Angebote

Insgesamt wurden 22 Familien 67 Angebote empfohlen. Bei den Empfehlungen handelte es sich um ein breit gefächertes Spektrum für die Eltern und ihre Kinder. Dieses reichte von Angeboten des Jugendamtes und des Gesundheitsamtes über themenzentrierte Kindergruppen (z. B. Aurn-Gruppe, Tembo-Gruppe), Freizeit- und Sportangebote, Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie, Erziehungsberatung & Familienhilfe, Schulpsychologie bis hin zu einzelnen sonstigen Angeboten für Kinder (Kinder-Reha, Jugendwohngruppe, Nachhilfe, Gewichtsreduktion) und für die Eltern (Suchttherapie, Tagesklinik, Selbsthilfegruppe, ambulant betreutes Wohnen, ambulante psychiatrische Pflege, Geburtsvorbereitungskurs). Anhang 2 enthält eine detaillierte Auflistung aller empfohlenen Maßnahmen, der entsprechenden Stadtteilen und der beteiligten Netzwerkpartner.

Die Vermittlung funktionierte aus Sicht der Beraterinnen besonders gut bei Krankheitseinsicht der Familien, bei Einsicht in die Notwendigkeit professioneller Hilfe, bei genügend Zeit für die Teilnahme an Angeboten (z. B. Kindergruppen) und wenn Freizeitangebote finanziert werden konnten. Die Möglichkeit, die Finanzierung von Angeboten zu unterstützen (z. B. über Mitmachpaten oder Stiftungen), stellte für viele Familien eine zentrale Voraussetzung dafür dar, Angebote in Anspruch nehmen zu können.

3.3.8 Fragen zur Vernetzung & Schnittstellenproblematik

Es liegen 20 ausgefüllte Fragebogen zur Vernetzung vor. Es konnten zum Teil neue Kooperationspartner gewonnen werden (z. B. im Zusammenhang mit der Regelung finanzieller Unterstützung der Eltern oder in der Vermittlung von Freizeitangeboten). Bei der Frage „Wie hat die Vernetzung mit den beteiligten Netzwerkpartnern funktioniert?“ wurde auf einer Antwortskala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut ein Mittelwert von 4,1 erzielt. Somit war die Zufriedenheit mit der Vernetzung überdurchschnittlich hoch. Die Vernetzung funktionierte dann gut, wenn von den Eltern Schweigepflichtentbindungen erteilt worden waren und wenn bereits ein Netzwerk vorhanden war.

Bei der Beantwortung der Frage „Wie bewerten Sie bei der Vermittlung der Familie die Schnittstellenproblematik?“ ergab sich auf einer Antwortskala von 1 = gar nicht vorhanden bis 4 = sehr stark ausgeprägt ein Mittelwert von 1,9. Die Schnittstellenthematik wurde nur in seltenen Fällen als problematisch angegeben. Als entscheidend für die Familien wurde die Transparenz hinsichtlich der Zuständigkeit und Vernetzung von Hilfsmöglichkeiten und Angeboten gesehen. Mit dem Einverständnis der Eltern konnte eine vorhandene Schnittstellenproblematik im gegenseitigen Austausch in der Regel gut geklärt werden.

Die Schnittstellenproblematik hat sich aus Sicht der Beraterinnen dahingehend noch weiter verbessert, dass der Kontakt zu den bereits vorhandenen Netzwerkpartnern intensiviert wurde und neue Netzwerkpartner hinzugewonnen werden konnten. Im Sinne der Nachhaltigkeit wurde aber darauf hingewiesen, dass es trotzdem weiterer Anstrengungen bedarf, um die Vernetzung zu optimieren. Hier wurde u. a. auch die Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe genannt sowie die Kooperation innerhalb der LWL Klinik zwischen dem Personal (Pflegepersonal, Sozialdienst, Ärzteschaft, Psychologischer Dienst) und den Familienberaterinnen. Die Kooperation funktionierte gut,

wenn aktiv Akquise für die Familiensprechstunde betrieben wurde, leider ist diese aber noch nicht automatisch in den Klinikalltag eingebunden.

3.3.9 Ergebnisse der Evaluation der Beratung durch die Eltern

Vorab sei angemerkt, dass nicht auszuschließen ist, dass es sich bei den Eltern und Kindern, von denen Daten zur Evaluation des Projekts vorliegen, um eine selektive Stichprobe handeln kann, nämlich um jene Familien, in denen die Beratung eher erfolgreich verlaufen ist bzw. abgeschlossen werden konnte. Im Folgenden werden die teils quantitativen, teils qualitativen Ergebnisse der Evaluation durch die Eltern, die Kinder und die Beraterinnen vorgestellt.

- **Quantitative Ergebnisse**

Tabelle 41 sind die Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Bewertung verschiedener Beratungsaspekte durch die Eltern zu entnehmen (n = 18).

Tabelle 41: Quantitative Bewertung verschiedener Beratungsaspekte durch die Eltern

	MW*
Wie hilfreich waren die Erläuterungen zum Krankheitsbild des Elternteils (Psychoedukation)?	2,09
Wie hilfreich waren die Informationsmaterialien?	2,29
Wie hilfreich war die Beratung für das Elternteil?	2,75
Wie sehr hat sich das Elternteil im Beratungsprozess verstanden gefühlt?	2,83

*MW = Mittelwert; Antwortskalierung: 0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = ziemlich, 3 = sehr

Die Elternteile, die die Selbstevaluationsbögen ausgefüllt haben, waren somit im Mittel ziemlich zufrieden bis sehr zufrieden mit den verschiedenen Aspekten der Beratung, vor allem mit der Beratung selbst. Weiterhin haben sie sich in einem großen Ausmaß verstanden gefühlt.

- **Qualitative Ergebnisse**

Tabelle 42 gibt einen Überblick über die qualitativen Ergebnisse der Elternbefragung am Ende der Beratung.

Tabelle 42: Qualitative Bewertung verschiedener Beratungsaspekte durch die Eltern (Mehrfachnennungen)

Frage	Antworten	n
Neu gewonnene Erkenntnisse durch die Beratung	Wissen über das Vorhandensein von Angeboten	
	▪ Hilfsangebote und Anlaufstellen	8
	▪ Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten	2
	▪ Hilfsmaterial wie Bücher	1
	Wissen über den eigenen Umgang mit der Erkrankung	
	▪ Mit der Erkrankung generell (neue Sichtweise darauf)	2
	▪ Mit Stress und Ressourcen	1
	▪ Notwendigkeit der Enttabuisierung der Erkrankung	1
	Verständnis für Umgang mit den Kindern im Rahmen der Erkrankung	
	▪ Welche Schutzfaktoren es für Kinder gibt.	1
▪ Wie man kindgerecht über die Erkrankung kommuniziert.	1	
▪ Wie sich Kinder bei der Problembewältigung verhalten.	1	
Positiv bewertete Behandlungselemente	Wissensvermittlung	
	▪ Hilfreiche Infomaterialien (Bücher und Ratgeber)	4
	▪ Auskunft über Hilfsangebote	2
	▪ Hilfreiche Ratschläge	1
	Merkmale der Beraterinnen	
	▪ Verständnis und Einfühlungsvermögen	7
	▪ Fachliche Kompetenz	3
	▪ Geduld und „sich-Zeit-nehmen“	3
	▪ Bemühung und Unterstützung	3
	▪ Freundlichkeit und Zugewandtheit	2
	▪ Guter Umgang mit den Kindern	2
	Merkmale der Beratung	
	▪ Kindgerechte Vermittlung	1
	▪ Individuell auf die Familiensituation abgestimmte Beratung	3
▪ Freiwilligkeit des Angebots	1	
▪ Offener Austausch über Probleme, damit „nicht-alleine-sein“	3	

Tabelle 42: Qualitative Bewertung verschiedener Beratungsaspekte durch die Eltern (Fortsetzung)

Frage	Antworten	n
Positive Veränderungen durch die Umsetzung von Beratungsinhalten	Für die betroffenen Eltern	
	▪ Inanspruchnahme von Hilfen (Hilfsangebote, Anlaufstellen, Bezugspersonen)	11
	▪ Verständnis für die Sichtweise des Kindes auf die Erkrankung	1
	▪ Feinfühligerer Umgang mit dem Kind	1
	▪ Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens (weniger Sorgen, eine optimistische Grundhaltung, ruhiger)	3
	▪ Sicherheit in Entscheidungen zum Wohle des Kindes (z.B. Veränderung der Wohnsituation, Kontakt zum leiblichen Vater)	4
	Für die gesamte Familie	
	▪ Offenes Ansprechen von Problemen und Sorgen	4
	▪ Kommunikation ohne Schuldzuweisungen	1
	▪ Besserer Umgang mit Trennungs- und Verabschiedungssituationen	1
▪ Offene Kommunikation über die Erkrankung mit den Kindern	4	
Für die Kinder		
▪ Verständnis der aktuellen Situation bedingt durch die Erkrankung	4	
▪ Weniger Ängste	1	
▪ Weniger ablehnende Haltung gegenüber dem erkrankten Elternteil	1	
▪ Mehr Selbstbewusstsein	2	
▪ Unbeschwertheit	1	
Hinderlich für die Umsetzung von Beratungsinhalten	▪ Medikamenteneinnahme für Schlafprobleme erschwert Aufstehen und Tagesstruktur	1
	▪ Abbruch der Beratung wegen Rückfällen	1
	▪ Zeitknappheit für weitere Termine	1
Verbesserungsvorschläge	▪ Mehr Beratungszeit	2
	▪ Vermehrte Hinweise auf die Beratung in der Klinik	1
Angenommene Angebote und positive Veränderungen dadurch	Für die Eltern	
	▪ Beratungsgespräche vom VSE (Verbund sozialth. Einricht.)	3
	▪ Beratungsgespräche vom KSD (Kommunaler Sozialdienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien)	1
	▪ Sozialpädagogische Familienhilfe	1
	▪ Ambulant betreutes Wohnen	3
	▪ Ambulante Erziehungshilfe	1
	▪ Familien-/Eheberatung	1
	Für die Kinder	
	▪ Tembo-Gruppe	2
	▪ Treffen beim VSE	2
▪ Mitmachpaten	1	
▪ Reiten	1	
▪ Schwimmkurs	2	
Gründe für nicht wahrgenommene Angebote	Bei den Eltern	
	▪ Kein Bedarf	6
	▪ Angebote wurden schon vorher wahrgenommen	2
	▪ Noch für kein Angebot entschieden	1
	▪ Angebote wurden noch nicht begonnen	2
	Beim Kind	
	▪ Kein Bedarf	4
	▪ Angebote wurden schon vorher wahrgenommen	1
▪ Angebote wurden noch nicht begonnen	2	
▪ Ablehnung durch das Kind	1	

3.3.10 Evaluation der Beratung durch die Kinder

- **Quantitative Ergebnisse**

Bei den Fragen „Wie hilfreich war die Beratung für dich?“ und „Hast du das Gefühl gehabt, dass die Beraterin versteht, wie es dir geht?“ gab es zwei unterschiedliche Antwortskalierungen: Bei den älteren Kindern (n=10) jeweils „gar nicht – etwas – ziemlich – sehr“, bei den jüngeren Kindern (n=3) „eher hilfreich“ und „eher nicht so hilfreich“ bzw. „ja“ und „nein“. Tabelle 43 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 43: Zufriedenheit der Kinder mit der Beratung

	n ältere Kinder	MW*	n jüngere Kinder	Anzahl
Wie hilfreich war die Beratung für dich?	10	1,3	3	„eher hilfreich“: 3
Hast du das Gefühl gehabt, dass die Beraterin versteht, wie es dir geht?	10	2,2	3	„ja“: 3

*MW = Mittelwert

Somit fühlten sich die 10 älteren Kinder, für die Daten vorliegen, im Durchschnitt von der Beraterin ziemlich verstanden, die Beratung selbst wurde aber als weniger hilfreich eingeschätzt. Die 3 jüngeren Kinder bewerteten die Beratung demgegenüber als eher hilfreich, sie fühlten sich von der Beraterin uneingeschränkt verstanden.

- **Qualitative Ergebnisse**

Tabelle 44 gibt einen Überblick über die qualitativen Ergebnisse, die am Ende der Beratung im Gespräch mit den Kindern gewonnen wurden.

Am häufigsten nannten die Kinder als Erkenntniszuwachs „das Wissen über die elterliche Erkrankung und ihre Auswirkungen“ und „das Verständnis dafür, keine Schuld an der elterlichen Erkrankung zu haben“. Besonders positiv wurden die Spiele mit den Beraterinnen bewertet.

Tabelle 44: Bewertung der Beratung durch die Kinder

Frage	Antworten	n
Neu gewonnene Erkenntnisse durch die Beratung	Wissen über die elterliche Erkrankung und ihre Auswirkungen	7
	Verständnis dafür, keine Schuld an der elterlichen Erkrankung zu haben	4
	Wissen darüber, wie man sich verhalten kann, wenn es dem Elternteil schlecht geht	2
	Verständnis für das erkrankte Elternteil	1
	Verständnis für die Sichtweisen aller an der Erkrankung beteiligten Personen	1
	Erkenntnis, dass es auch andere Kinder mit erkrankten Elternteilen gibt	1
Positiv bewertete Beratungselemente	Die Spiele in den Sitzungen	4
	Malen	2
	Austausch und offene Kommunikation über die elterliche Erkrankung	2
	Verständliche Wissensvermittlung über die elterliche Erkrankung	2
	Verständnis und neutrale Haltung der Beraterin	2
	Die gesamte Beratung	1
	Ein Geschenk zu bekommen	1
Positive Veränderungen durch die Beratung für das Kind	Weniger Stress für das Kind und im Familienalltag	2
	Umgestaltung der Freizeit	2
	Mehr Zeit mit dem erkrankten Elternteil	1
	Entlastende Umgestaltung der Wohnsituation	1
	Weniger häufig negative Emotionen wie Wut oder Trauer	1
Gründe für nicht wahrgenommene Angebote	Keine Zeit	2
	Kein Interesse	2
	Noch kein Antrag gestellt	2
	Warten auf ein Angebot	1
Weitere Angebotswünsche	Sportangebote:	
	Leichtathletik	1
	Schwimmen	1
	Reiten	1
	Tanzen	1

3.3.11 Selbstevaluation der Beraterinnen

- **Quantitative Ergebnisse**

Tabelle 45 und die Abbildungen 7 und 8 geben die quantitativen Ergebnisse der Selbstevaluation wieder.

Tabelle 45: Quantitative Ergebnisse der Selbstevaluation

Variable	n	MW (SD)*
Was glauben Sie, wie hilfreich die Beratung für die Familie insgesamt war?	35	1.54 (.78)
Wurden Ihrer Einschätzung nach personelle und zeitliche Ressourcen im Beratungsprozess sinnvoll eingesetzt?	33	1.94 (.79)

* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Antwortskalierung: 0 (gar nicht) bis 3 (sehr)

Insgesamt schätzen die Beraterinnen, dass die Beratung im Mittel eher hilfreich für die Familien war und dass die personellen und zeitlichen Ressourcen weitgehend sinnvoll eingesetzt wurden.

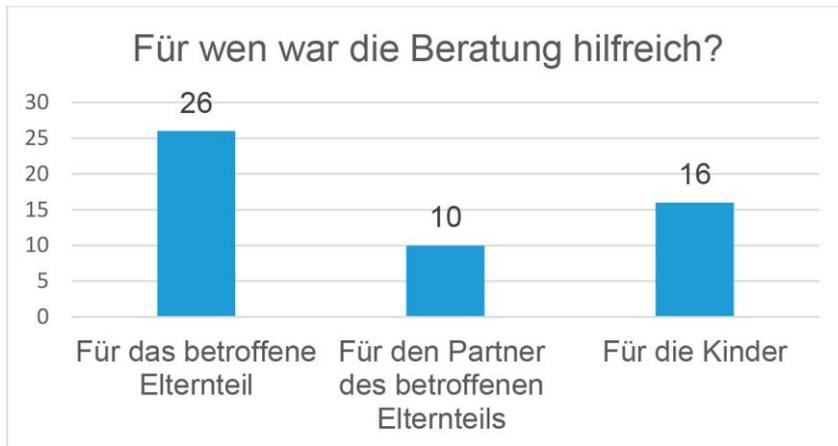


Abbildung 7: Für wen war die Beratung hilfreich? (n = 35)

Am häufigsten wird die Beratung als hilfreich für das betroffene Elternteil gesehen.

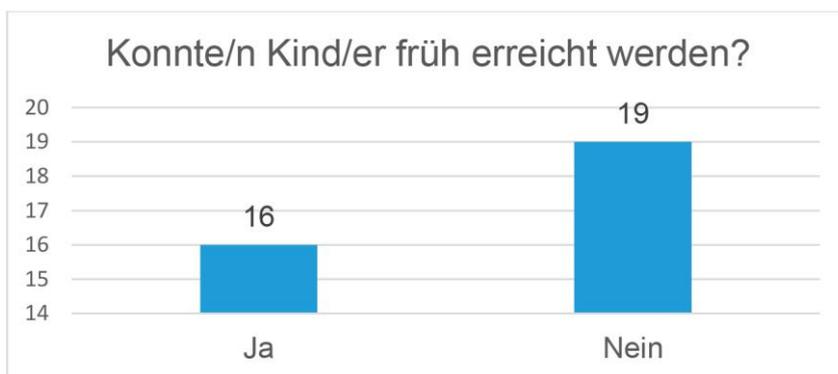


Abbildung 8: Konnte/n Kinder früh erreicht werden? (n = 35).

Laut den Aussagen der Beraterinnen konnten 16 Kinder früh erreicht werden.

- **Qualitative Ergebnisse**

In Tabelle 46 sind die Ergebnisse der Beantwortung der offenen Fragen der Selbstevaluation der Beraterinnen ab einer Häufigkeit von 7 Nennungen kategorisiert wiedergegeben. Anhang 3 enthält eine Tabelle mit allen genannten Kategorien.

Tabelle 46: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation (ab n = 7 Nennungen)

	Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Anzahl der Nennungen
1. Was wurde im Beratungsprozess als hinderlich erlebt?			
1.1	Beratungsresistenz		
	Ablehnung der Psychoedukation für die Kinder	<i>Die Eltern wollen aufgrund von Ängsten oder aus Überzeugung nicht, dass ihre Kinder an der Beratung teilnehmen und aufgeklärt werden.</i>	7
1.2	Organisatorische Probleme		
	Terminschwierigkeiten	<i>Es gibt Probleme bei der Terminfindung, es kommt zu großen zeitlichen Abständen zwischen den Terminen und sie werden oft verschoben oder abgesagt, sodass es oft zu Fehlbesuchen kommt und Flexibilität gefordert ist.</i>	9
2. Was wurde im Beratungsprozess als hilfreich erlebt?			
2.1	Für die Kinder		
	Literatur zur Unterstützung der Psychoedukation	<i>Geschichten und Literatur unterstützen die Psychoedukation und damit das Verständnis der Krankheit (z. B. „Sonnige Traurigtage“)</i>	14
	Vermittlung zu den Kindergruppen	<i>Tembo-Gruppe, Aurnyn-Gruppe</i>	8
3. Positive Veränderungen durch die Beratung			
3.1	Für die gesamte Familie		
	Kommunikation über die Krankheit innerhalb der Familie	<i>Die Familie kann sich nun offen über die Erkrankung des betroffenen Elternteils austauschen, inklusive aller Befürchtungen oder durch die Krankheit entstehenden Probleme, und entwickelt Verständnis für die Bedürfnisse der jeweils anderen Familienmitglieder.</i>	9
	Kommunikation über generelle Sorgen innerhalb der Beratung	<i>Die Familienmitglieder haben in der Familienberatung einen Ansprechpartner für eigene Sorgen und Probleme und können sich durch das Ansprechen entlasten.</i>	14
3.2	Für die betroffenen Eltern		
	Hilfen für eigene Probleme	<i>Hilfsangebote wie Paarberatung, psychotherapeutische Behandlung oder Selbsthilfegruppen werden in Anspruch genommen und helfen den Eltern, ihre eigenen Probleme zu bearbeiten. Auch die Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst wird als Entlastung wahrgenommen.</i>	14
	Hilfen für die Erziehung	<i>Hilfsangebote wie Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienpaten, stationäre Jugendhilfe, Ambulant Betreutes Wohnen oder die Schulpsychologische Beratungsstelle entlasten das betroffene Elternteil in Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder. Auch die Beratung durch das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien wird als Entlastung wahrgenommen.</i>	12
	Verständnis für Auswirkungen der Krankheit durch Psychoedukation	<i>Die Eltern entwickeln ein Verständnis dafür, welche Auswirkungen die Krankheit auf ihre Kinder oder die gesamte Familie haben kann, welche Bewältigungsstrategien die Kinder vielleicht bereits haben oder wie sie noch unterstützt werden können.</i>	18
3.3	Für die Kinder		
	Verständnis der Krankheit durch Psychoedukation	<i>Die Kinder entwickeln ein Verständnis für die Krankheit und dass sie dafür keine Verantwortung tragen.</i>	9

Tabelle 46: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation (ab n = 7 Nennungen) (Fortsetzung)

	Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Anzahl der Nennungen
4. Verbesserungsvorschläge			
4.1	Mehr Zeit für Familiensprechstunde	<i>Es braucht oft mehr Zeit als angedacht, damit die Familienmitglieder den Grund der Beratung verstehen, und Vertrauen zu ihnen aufgebaut werden kann, vor allem bei geringer Beratungsmotivation oder bei Unsicherheiten.</i>	12

Die folgende Tabelle 47 fasst einige abschließende Kommentare der Beraterinnen zusammen.

Tabelle 47: Abschließende Kommentare der Beraterinnen

Stärken des Projekts „Familiensprechstunde“:
<ul style="list-style-type: none"> - Niedrigschwelliges Angebot - Kinder im Fokus - Sorgen der Eltern finden Berücksichtigung. - Die Psychoedukation steht im Mittelpunkt (Wie kann ich meinen Kindern die Erkrankung und die Behandlung erklären?). - Tipps zur Stärkung der Ressourcen der Kinder und der Familie (stabile Bezugspersonen, Paten) - Finanzielle Unterstützung von Spiel- und Freizeitangeboten (z. B. Mitmachkinder) - Gewährleistung der Freiwilligkeit
Schwächen des Projekts „Familiensprechstunde“:
<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Akquise beim Personal in der Klinik - Projekt ist insgesamt sehr zeitaufwändig.
Für welche Familien ist die Familiensprechstunde gut geeignet?
<ul style="list-style-type: none"> - Familien mit Krankheitseinsicht - Eltern mit depressiven Störungen (F3) und Belastungsstörungen (F4) - Eltern mit krankheitsbedingtem Leidensdruck gegenüber Kindern - Eltern mit Wunsch nach Erklärung der Erkrankung für die Kinder
Für welche Familien muss die Familiensprechstunde individueller angepasst werden?
<ul style="list-style-type: none"> - Familien mit wenig Krankheitseinsicht - Eltern mit Suchterkrankungen (F1) und Schizophrenien (F2) - Komplexe Familiensituationen (Paarkonflikte, Trennung, Sorgerechtsstreit etc.) - Eltern in akut schlechtem Krankheitszustand (akute Psychose und Entzugssymptome etc.) - Ausschlusskriterium ist eine akute Kindeswohlgefährdung (Schweigepflicht ist in diesem Fall nicht mehr zu gewährleisten, andere Kooperationspartner müssen einbezogen werden, es handelt sich dann nicht mehr um ein vertrauliches Angebot).

3.4 Diskussion

Wie eingangs erwähnt, ist die Datenlage aufgrund der geringen Teilnahme der Familien an der kompletten Evaluation (hohe Dropout-Rate) nur eingeschränkt aussagekräftig. Dies ist bereits in anderen Studien auch ein Problem gewesen (siehe 1.2) und vor allem den Besonderheiten der Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Elternteilen geschuldet (siehe 3.2.4.6). Die Ergebnisse sind somit als Tendenzen zu werten.

Positiv kann festgestellt werden, dass fast 55 % der 55 im Projekt erfassten Familien dem Gesundheitsamt Münster bis zum Projektbeginn nicht bekannt gewesen waren. Auch wenn nur 25 Familien das Projekt ganz zu Ende führten, wurden alle 55 Patientinnen und Patienten der LWL-Klinik in einem Erstkontakt informiert und auf die Problematik ihrer Kinder aufmerksam gemacht. Insofern wurden viele Familien durch das Projekt erstmalig angesprochen, was einen Mehrwert darstellt.

Knapp 24 % der 55 Familien hatten eine Migrationsvorgeschichte. Dies ist als erfreulich hoch zu bewerten, da bei diesen Patientinnen und Patienten mehr Hemmnisse und Vorbehalte erwartet wurden.

Die Analysen der vorliegenden 36 Basisdokumentationen zeigen, dass ca. 47 % der Patientinnen und Patienten alleinerziehend und hierdurch bedingt zusätzlich sozial benachteiligt waren.

Bei den 25 Familien, die das Projekt bis zu Ende durchführten, wurden in 7 Fällen (28 %) die angedachten Präventionsmaßnahmen durch finanzielle Hilfen (u. a. Stiftungsgelder) ermöglicht. Diese zeitaufwändige zusätzliche Unterstützung durch die Beraterinnen war an den Bedürfnissen der Familien orientiert, die im Projekt fast ausnahmslos über finanzielle Schwierigkeiten geklagt hatten. Außerdem motivierte dies die Familien zur Inanspruchnahme und Fortsetzung der empfohlenen präventiven und unterstützenden Maßnahmen für die Kinder.

Insgesamt zeigte sich, dass durch das Projekt Familien mit zusätzlichen Risikofaktoren (Migration, Alleinerziehung, finanzielle Not) grundsätzlich erreicht werden konnten. Familien in finanzieller Notlage profitierten eindeutig von der Finanzierung der empfohlenen präventiven und unterstützenden Maßnahmen.

Die ermittelten Daten weisen darauf hin, dass die sozialen Kompetenzen und Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen von der Familie überwiegend als unauffällig angesehen wurden. Dennoch beschrieben die Eltern und Bezugspersonen in vielen Fällen erhebliche Belastungen. Die Auswertungen der 56 standardisierten Checklisten (CBCL) an 35 Mädchen und Jungen zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr ergaben, dass Eltern und andere Bezugspersonen bei fast 45 % der Minderjährigen auffällige oder grenzwertige Störungen sahen. Besonders häufig wurden Aufmerksamkeitsprobleme (38 %) und Denk-, Schlaf- und repetitive Störungen (30 %) benannt. Als internale Probleme wurden vor allem Ängstlichkeit / Depressivität (29 %) und körperliche Beschwerden (27 %) beschrieben. Die 8 selbst befragten Jugendlichen (YSR/11-18) hatten überwiegend ähnliche Einschätzungen wie die Eltern und Bezugspersonen. Diese vorbestehenden Störungen der Kinder und Jugendlichen erklären möglicherweise, warum die Beraterinnen bei 54 % der 35 Minderjährigen feststellten, diese nicht früh erreicht zu haben (siehe 3.3.11).

Die qualitativen Analysen ergaben, dass die psychisch kranken oder suchtkranken Eltern häufig Überforderungsgefühle erlebten, wenn die Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend über die psychische Erkrankung oder Suchterkrankung informiert waren. Auch wurden von den betroffenen Eltern Belastungen beschrieben, wenn Angehörige die Krankheitssituation nicht verstanden. Darüber hinaus wurden familiäre Konflikte, Fragen zur eigenen Gesundheit, berufliche Sorgen, Wohnverhältnisse und (fast ausnahmslos) finanzielle Nöte als belastend dargestellt.

Durch die Beratungen in der Familiensprechstunde gewannen die Eltern neue Erkenntnisse, die sich auf die vorhandenen Angebote, den eigenen Umgang mit der Erkrankung, das Verständnis für den Umgang der Kinder mit der Erkrankung und die Kommunikation mit den Kindern über ihre Erkrankung beziehen. Sie berichteten von zahlreichen positiven Veränderungen und erlebten die Wissensvermittlung (Psychoedukation), die Wertschätzung der Beraterinnen und die speziellen Merkmale der Beratung (kindgerechte Vermittlung, individuell auf die familiäre Situation abgestimmte Beratung, Freiwilligkeit des Angebots, offener Austausch über Probleme) als hilfreich.



„Neu war für mich, dass wir Kinder keine Schuld haben!“



„Ich weiß jetzt mehr über die Krankheit von Mama!“

Die Kinder und Jugendlichen berichteten in erster Linie von neu gewonnen Erkenntnissen über die Erkrankung ihrer Eltern und über positive Veränderungen in der Familie und der Freizeit – beides Aspekte, die stark zu ihrer Entlastung beitrugen.

Auch die Beraterinnen sahen als positive Aspekte der Familiensprechstunde vor allem die veränderte Kommunikation über die elterliche Krankheit innerhalb der Familie, das bessere Verständnis über die Auswirkungen der psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung und die Bereitschaft, Hilfe bei Problemen anzunehmen.

Die guten Kenntnisse der Beraterinnen zu universellen, selektiven und indizierten Präventionsangeboten (siehe 1.2) in der Stadt Münster ermöglichten es, passende Hilfen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu vermitteln und Zugangshemmnisse zu reduzieren. Es konnten insgesamt 67 Angebote von primär stärkenden Maßnahmen im Freizeitbereich bis hin zu ärztlich-therapeutischen Hilfen empfohlen werden. Insbesondere die Vermittlung in die spezifischen Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern (Auryn-Gruppen) und Kinder suchtkranker Eltern (Tembo-Gruppen) wurde als wirksam erlebt.



„Ich bin für Hilfen offener geworden!“

Grundsätzlich war die Familiensprechstunde für alle Familien geeignet, auch wenn das Vorgehen entsprechend den Diagnosen, dem Krankheitszustand, der Teilhabebeeinträchtigungen, der Krankheitseinsicht und der Familiensituation immer wieder individuell angepasst werden musste. Hier bedarf es zukünftig noch weiterer Anstrengungen, um insbesondere komplexer belastete Familien zu erreichen oder nicht aus der Beratung zu verlieren.

Die Vernetzung mit anderen Institutionen hat im Projekt unproblematisch funktioniert, es konnten weitere Kooperationspartnerinnen und -partner gewonnen werden. Die Schnittstellenproblematik erwies sich insgesamt als gering ausgeprägt. Dies ist möglicherweise auf die vorbestehenden guten Vernetzungsstrukturen in Münster zurückzuführen. Deutliches Verbesserungspotential wurde dennoch in der Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe gesehen. Auch muss zukünftig das Personal innerhalb der LWL-Klinik (Pflege, Ärzteschaft, Sozialarbeit) stärker in die Akquise der Familien und in die Vernetzung eingebunden werden, damit möglichst viele der behandelten Eltern die Familiensprechstunde als Präventionsangebot auch wirklich in Anspruch nehmen.

Bei Berücksichtigung aller quantitativen und qualitativen Daten schafft die Familiensprechstunde in der LWL-Klinik einen guten (aber noch verbesserungsbedürftigen) Zugang zu Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern. Sie vermittelt für die betroffenen Kinder und Jugendlichen passgenaue Angebote oder Hilfen (ggf. auch mit finanzieller Unterstützung), die sich in das bestehende Netzwerk einfügen, ohne Parallelstrukturen aufzubauen.

4 Schlussfolgerungen

4.1 Fazit für die Praxis

Obwohl sich in der Stadt Münster mittlerweile differenzierte Angebote und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern entwickelt haben, erhalten die belasteten Familien in der Regel immer noch zu spät die notwendigen und adäquaten Unterstützungen, oft erst nach dem Auftreten vielfältiger Probleme. Ein gezielter Zugangsweg ist – wie bereits in Norwegen gesetzlich verankert (siehe 1.2) – der psychiatrische Klinikaufenthalt eines Elternteils. In den Behandlungsstrukturen der Eltern können die Familien systematisch erreicht werden. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurde die Familiensprechstunde in der LWL-Klinik Münster 2016 als Pilotprojekt im Rahmen der Landesinitiative NRW „Starke Seelen“ vom damaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) bewilligt.

In der Projektphase zwischen dem 01.10.2016 und dem 31.03.2019 hat sich gezeigt, dass die ressourcenorientierte Familiensprechstunde eine niederschwellige und flexible Ergänzung zu den bisherigen Förder- und Hilfestrukturen in der Stadt darstellt.

Sie spricht an der Schnittstelle zur Erwachsenenpsychiatrie insbesondere die Familien an, die Angebote zur Förderung ihrer Kinder nicht ausreichend, nicht vernetzt oder nicht zielführend nutzen können. Dabei richtet sie sich sowohl an Eltern als auch an deren Kinder, berücksichtigt alle Altersgruppen der Kinder bis zum 18. Lebensjahr, schließt keine psychiatrischen Diagnosen der Eltern aus und ist geschlechtergerecht und kultursensibel ausgerichtet. Durch die fallbezogene und übergeordnete Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern wird die Betroffenenansicht in der Familiensprechstunde regelhaft berücksichtigt (Partizipation).

Etwas mehr als die Hälfte der Eltern, die einen Erstkontakt im Projekt wahrgenommen haben, sind dem Gesundheitsamt bislang nicht bekannt gewesen. Dies bedeutet für die Praxis, dass im Rahmen der Familiensprechstunde viele Familien erstmalig auf die Möglichkeiten zur präventiven Unterstützung ihrer Kinder angesprochen werden. Besonders positiv ist zu werten, dass es gelingt, insbesondere Familien mit zusätzlichen Risikofaktoren (Migration, Alleinerziehung, Armut) zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren.

Bei einkommensschwachen Familien erweist sich die stets mitgedachte Finanzierung präventiver Maßnahmen (z. B. Sport- und Musikangebote) als überaus wirksam. Im Bedarfsfall werden die Eltern bei der Beantragung von Geldern (Stiftungen, Bildungs- und Teilhabepaket) unterstützt. Dies hat zur Folge, dass sie die empfohlenen Förderungen für ihre Kinder konsequenter wahrnehmen.

Auch aus systemischer Perspektive werden durch die Familiensprechstunde positive Entwicklungen angestoßen.

Die Betroffenen bestätigen, dass sie durch die Eltern-, Kinder- und Familienberatungen im Projekt neue Erkenntnisse im Umgang mit der Erkrankung, der familiären Kommunikation und den sozialraumorientierten Unterstützungsmöglichkeiten erwerben. Dabei wird der altersangepassten Informationsvermittlung und Aufklärung der Kinder über die Erkrankung des betroffenen Elternteils (Psychoedukation) ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Trotz eingeschränkter Datenlage im Projekt (siehe 3.4), kann insgesamt festgestellt werden, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Familiensprechstunde frühzeitiger als bisher zur Gesundheitsförderung motiviert werden können. Dies ist bezogen auf ihre Entwicklung leider immer noch nicht früh genug. Die Ergebnisse zu den projektteilnehmenden Kindern und Jugendlichen zeigen, wie auch in anderen Studien schon beschrieben (Wiegand-Grefe 2009), dass bei ihnen in knapp der Hälfte der Fälle bereits auffällige oder grenzwertige Störungen vorliegen, u. a. im Bereich der Aufmerksamkeit, Ängstlichkeit und Depressivität (siehe 3.3.2).

Die Familiensprechstunde in der LWL-Klinik fügt sich in das bereits bestehende und gut funktionierende Netzwerk kommunaler Angebote und Kooperationen in Münster ein (siehe 1.3), ohne Parallelstrukturen zu entwickeln. Es werden für die betroffenen Familien nur die Voraussetzungen geschaffen, die bestehenden Hilfesysteme und Förderungsmöglichkeiten besser auszuschöpfen und Zugangshemmnisse abzubauen. Die Beratung beinhaltet sowohl verhältnisbezogene als auch verhaltensbezogene Elemente und berücksichtigt die Lebenswelten der Familien (Setting-Ansatz).

Es hat sich bewährt, die Federführung für die Familiensprechstunde beim Gesundheitsamt anzusiedeln. Die spezifische Situation jeder Familie im Kontext ihrer Umgebung muss möglichst präzise hinsichtlich der Ressourcen und Defizite von Eltern und Kindern erfasst werden, um passgenaue Entlastungs-, Förderungs- und Unterstützungsangebote ableiten zu können. Es bedarf hierzu sozialpsychiatrischer Kompetenzen, präventiver Strategien, sozialraumorientierter Kenntnisse und guter Kooperationen. Da diese Familien nur eingeschränkt von Komm-Strukturen profitieren, sind auch aufsuchende Beratungen von Vorteil. Alle diese Voraussetzungen werden vom Gesundheitsamt – im engen Zusammenwirken mit allen beteiligten Institutionen in Münster – erfüllt.

Trotz der beschriebenen positiven Erfahrungen mit der Familiensprechstunde gibt es auch Verbesserungsbedarf:

- Das Präventionsangebot könnte von deutlich mehr Familien in Anspruch genommen werden. Das Personal der LWL-Klinik (Pflegekräfte, Sozialarbeit, Ärzteschaft) muss hierzu stärker in die Akquise und in die Vernetzung einbezogen werden. Auch müssen die Zugangshemmnisse von suchtkranken oder psychotisch erkrankten Eltern (unterrepräsentiert) genauer identifiziert und dann vermindert werden.
- Es sollten weniger Familien die Maßnahme vorzeitig beenden (bislang knapp über 50 %). Auch wenn dies den Besonderheiten der hochbelasteten Familien geschuldet ist und alle Studien eine hohe „Dropout-Rate“ haben (siehe 1.2), bedarf es gezielter Anstrengungen, die Familien nicht aus der Beratung zu verlieren. Möglicherweise hat bei einigen Familien die aufwändige, aber in der Evaluationsphase notwendige, Datenerhebung dazu beigetragen, dass es zu einem vorzeitigen Abbruch kam. In diesen Fällen kann zukünftig eine Reduktion der Erhebungsbögen und Testverfahren Entlastung bringen.
- Die Rolle der Väter – sowohl der erkrankten als auch der gesunden – ist noch zu wenig in den Blick genommen worden. Die Mütter dominieren mit 81 % die Inanspruchnahme der Familiensprechstunde (siehe 3.3.1).
- Es bedarf noch weiterer Anstrengungen, die Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe zu verbessern.

„Untersuchungen belegen, dass frühe interdisziplinäre Hilfen, die professionell und

niedrigschwellig angeboten werden, eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die gesamte Gesellschaft darstellen“ (Görres und Pirsig 2011, Seite 8).

Die Familiensprechstunde in der LWL-Klinik Münster konnte in diesem Sinne für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern als niederschwelliges und flexibles kommunales Präventionsprojekt etabliert und verstetigt werden. Sie trägt zur quantitativen und qualitativen Verbesserung in der Versorgung dieser hochbelasteten Familien bei.

4.2 Ausblick

Seit dem 01.04.2019 wird die Familiensprechstunde in modifizierter Form als Regelangebot des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes der Abteilung „Psychische Gesundheit“ des Gesundheitsamtes in der LWL-Klinik mit durchschnittlich 10 Wochenstunden fortgesetzt. Die Durchführung obliegt einer Sozialpädagogin und einem Sozialpädagogen.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt veranlassen uns, das Personal der LWL-Klinik (Pflegekräfte, Ärzteschaft, Sozialarbeit) nun in engen Zyklen intensiver zu informieren und zu schulen. Hierdurch soll erreicht werden, dass die dort behandelten psychisch kranken oder suchtkranken Eltern häufiger zur Mitarbeit in der Familiensprechstunde motiviert werden. Die ständigen Akquisebemühungen werden so zu einem festen „Baustein“ in der Familiensprechstunde.

Für Eltern mit Suchterkrankungen oder mit psychotischen Erkrankungen muss der Zugang zur Familiensprechstunde noch individueller angepasst werden. Dies gilt es gemeinsam mit der LWL-Klinik zu entwickeln. Bislang nehmen diese Familien das Angebot noch deutlich zu selten wahr.

Die Anzahl der Erhebungsbögen kann reduziert werden, um einer Überforderung der Familien mit der Gefahr eines Beratungsabbruchs entgegenzuwirken. Die bereits im Projekt erprobten Testverfahren zu möglichen Störungen der Kinder und Jugendlichen (CBCL, YSR/11-18), zu ihren Ressourcen (FRKJ) und zu ihrer Stressbewältigung (SSKJ) werden auf Wunsch der Familien oder bei indizierten Fragestellungen weiterhin durchgeführt, gehören aber nicht zwingend zur Präventionsberatung.

Die Psychoedukation wird aufgrund ihrer hohen protektiven Bedeutung und der positiven Bewertung der Familien mindestens im gleichen Umfang fortgeführt.

Die Rolle der Väter – sowohl der erkrankten als auch der gesunden – wird hinsichtlich ihrer Bedeutung zukünftig genauer betrachtet. Im Projekt waren sie ebenso unterrepräsentiert (19 %) wie in allen bisherigen Studien zu betroffenen Familien.

Die Familiensprechstunde kann auf Wunsch auch in den anderen psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken in Münster durchgeführt werden.

Die psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen in Münster, die bislang kaum in die Vernetzung eingebunden sind, sollten vermehrt über die Familiensprechstunde informiert werden.

Bei neuen Erkenntnissen, u. a. aus dem noch ausstehenden Abschlussbericht der Arbeitsgruppe der Bundesregierung (siehe 1.2), wird ggf. eine Anpassung der Familiensprechstunde vorgenommen.

Alle Maßnahmen sollen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, in Zukunft mehr betroffene Familien noch früher und noch passgenauer zu erreichen.

Literatur

Albermann, K. [2019]

Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Praxis für Kinderpsychologie und Psychiatrie 68(1): 6-26.

Beardslee, W.R. et al. [1997]

Examination of children`s responses to two preventive intervention strategies over time. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 36(2): 196-204.

Beardslee, W.R. [2009]

Hoffnung, Sinn und Kontinuität: Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern. dgvt-Verlag Tübingen.

Brockmann, E., Lenz, A. [2017]

Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern. Psychoedukation als spezifischer Schutzfaktor zur Stärkung der individuellen und familiären Resilienz. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für psychosoziale Praxis 13 (1,2): 23-36.

Clemens, V. et al. [2018]

Kinder psychisch kranker Eltern. Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes. Nervenarzt 89(11): 1262-1270.

Deutscher Bundestag [2017]

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Bundestagsdrucksache 18/12780
<https://www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812780.pdf>

Döpfner, M. et al. [2014]

CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von T. M. Achenbach. Hogrefe Verlag Göttingen.

Evangelisches Klinikum Bethel, Deutscher Kinderschutzbund e. V. Bielefeld [2017]

Kanu - ein Präventionsangebot für Familien mit einer elterlichen psychischen Erkrankung. Informationsbroschüre.

<https://www.kinderschutzbund-bielefeld.de>

Franz, M. et al. [2012]

Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? Psychiatrische Praxis 39(5): 211-216.

Görres, B., Pirsig, T. [2011]

Projekte- und Finanzierungshandbuch. Kinderprojekte.

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Stand der Dinge. Dachverband Gemeindepsychiatrie (Hrsg.), gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

<https://www.dvqp.org>

Herpertz, S. C., Grabe H.J. [2019]

Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Der Nervenarzt 90(3): 233-234.

Hirsch, L. [2019]

Umsetzung des Präventionsgesetzes in NRW. Antragsverfahren für Projekte zur Primärprävention und Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten.

<https://www.bagso.de>

Hoff, P., Pietsch, S. [2012]

Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern. Ergebnisse der Projektevaluation. Stiftung Kinderland (Hrsg.). Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung, Gesellschaft und Kultur 67.

Klein, M. et al. [2012]

Trampolin. Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtblasteten Familien. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

Klein, M. [2018]

Kinder von Suchtkranken. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? Sozial Extra 42(1): 31-35.

Kölch, M. et al. [2019]

Prävention bei Kindern mit depressiven oder angsterkrankten Eltern. Nationale und internationale Ansätze und deren Altersspezifität. Der Nervenarzt 90(3): 251-259.

Krane-Naumann, P., Lenz, A. [2018]

Projekt: Kinder schützen durch Stärkung der Eltern. Abschlussbericht des Caritasverbandes für das Erzbistum Paderborn und der Katholischen Hochschule NRW. Förderung durch das MAGS, Landesinitiative Starke Seelen NRW.

<https://www.dvqp.org>

Lauritzen, C., Reedtz, C. [2016]

Child responsible personnel in adult mental health services. International Journal of Mental Health Systems 10(64).

<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0098-y>

Lenz, A. [2010]

Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Hogrefe Verlag Göttingen.

Lenz, A. [2011]

Kinder psychisch kranker Eltern – Belastungen, Bewältigung und Unterstützung – ein Überblick. In: Görres, B., Pirsig, T. (Hrsg.): Kleine Held(inn)en in Not. Praxis Gemeindepsychiatrie Band 4: 13-23.

Lenz, A. [2018]

Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. Ein Gruppenprogramm zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Hogrefe Verlag Göttingen.

Lohaus, A. et al. [2006]

Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter (SSKJ 3-8). Hogrefe Verlag Göttingen.

- Lohaus, A., Nussbeck, F.W. [2016]
Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ). Hogrefe Verlag Göttingen.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. [2008]
Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt 105(23): 413-418.
- Maybery, D. et al. [2016]
Worker, workplace or families: What influences family focused practices in adult mental health? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 23(3-4): 163-171.
- Pillhofer, M. et al. [2016]
Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, BZgA Köln.
<https://www.fruehehilfen.de>
- Punamäki, R. L. [2013]
Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study. Journal of Family Psychology 27(4): 683-690.
- Schaub, A., Frank, R. [2010]
Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 158(9): 858-867.
- Schmid, M. et al. [2008]
Kinder psychisch kranker Eltern – eine Studie zu stationär behandelten psychisch kranken Eltern: Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. Nervenheilkunde 27(6): 521-526.
- Schmutz, E. [2010]
Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Arbeitshilfe auf der Basis der von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism).
- Sidor, A. et al. [2018]
Einfluss der sozioökonomischen Risikobelastung auf mütterliche Feinfühligkeit, Stressbelastung und Familienfunktionalität. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 67(3): 257-273.
- Siemer-Eikermann, A. [2015]
Kinder psychisch kranker Eltern. Gesundheitsförderung für betroffene Familien in Münster. Gesundheitsbericht 2015. Stadt Münster, Gesundheits- und Veterinäramt.
- Stiawa, M., Kilian, R. [2017]
Soziale Netzwerke von Kindern psychisch kranker Eltern. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 66(8): 599-613.
- Walter-Rosenheimer, B. [2013]
Stellungnahme der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern. 04.06.2013.
<https://www.beate-walter-rosenheimer.de>

Wiegand-Grefe, S. et al. [2009]

Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. Kindheit und Entwicklung 18(2): 111-121.

Wiegand-Grefe, S. et al. [2019]

Fachexpertise: Kinder psychisch kranker Eltern „Forschung“. Ist-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern.

<https://www.ag-kpke.de>

Anhang

Anhang 1: Beratungsabbrüche in Abhängigkeit von Diagnosen

Anhang 2: Empfohlene Angebote

Anhang 3: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation

Anhang 4: Veröffentlichungen

Anhang 5: Erhebungsbögen vom Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung (zepf)

Anhang 6: Flyer der Familiensprechstunde

Anhang 1: Beratungsabbrüche in Abhängigkeit von Diagnosen (ICD 10*)

	Beratung abgebrochen	Beratung beendet
Suchtbezogene Erkrankung F1	5	3
Psychische Erkrankung F2	1	1
Psychische Erkrankung F3	9	15
Psychische Erkrankung F4	4	6
Psychische Erkrankung F5	0	2
Psychische Erkrankung F6	0	7
Psychische Erkrankung F9	1	2

F1: Störungen durch psychotrope Substanzen

F2: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen

F3: Affektive Störungen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

*Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10

Anhang 2: Empfohlene Angebote (n = 67)

Amt für Kinder, Jugendliche und Familien

Pädagogische Beratung (n = 3)

Stadtteil: Münster Nord

Netzwerkpartnerschaft: KSD Nord

Pädagogische Beratung

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: KSD Mitte

Gesundheitsamt

Sozialpsychiatrische Beratung

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDI)

Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik und Beratung

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)

Kinderschutzbund

Pädagogische Beratung

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Kinderschutzbund

Themenzentrierte Kindergruppen

Auryn-Gruppe (n = 4)

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Beratungsstelle Südviertel e. V.

Auryn-Gruppe (n = 5)

Stadtteil: Münster Süd

Netzwerkpartnerschaft: Beratungsstelle Südviertel e. V.

Tembo-Gruppe (n = 3)

Stadtteil: Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Diakonie Münster e. V.

Therapeutische Kindergruppe

Beratungsstelle Hamburg

Netzwerkpartnerschaft: Wellengang Hamburg

Freizeit- und Sportangebote

Kickboxen

Stadtteil: Münster Mitte

Netzwerkpartnerschaft: Budosportcenter Münster

Reiten

Stadtteil: Münster West

Netzwerkpartnerschaft: Mitmachkinder

Rettungsschwimmkurs
Stadtteil: Münster-Ost
Netzwerkpartnerschaft: Sportamt Stadt Münster

Schwimmkurs
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Mitmachkinder

Tischtennis
Stadtteil: Münster Ost
Netzwerkpartnerschaft: TSV Angelmodde

Basketball oder Schwimmen
Stadtteil: Münster Süd-Ost
Netzwerkpartnerschaft: TUS Hiltrup oder DLRG

Fußball
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: SC Westfalia Kinderhaus, Mitmachkinder

Fußball
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: SC Westfalia Kinderhaus, Mitmachpaten

Ponyreiten
Stadtteil: Münster West
Netzwerkpartnerschaft: Ponyreitschule, Mitmachkinder, Mitmachpaten

Tanzen
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Rebeltanz, Mitmachkinder

Malen
Stadtteil: Münster-Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Zeichenschule, Mitmachkinder

Hiltruper Ferienspaß
Stadtteil: Münster Hiltrup
Netzwerkpartnerschaft: Begegnungszentrum Stadt Münster

Kinder- und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Angebote

Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis – Diagnostik
Stadtteil: Gesamte Stadt
Netzwerkpartnerschaft: Praxis für KJP

Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Stadtteil: Münster West
Netzwerkpartnerschaft: Praxis für KJP

Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: APV

Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: Praxis für KJP

Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Praxis für KJP

Erziehungsberatung und ambulante Hilfen zur Erziehung

Erziehungsberatung
Stadtteil: Münster West
Netzwerkpartnerschaft: Caritas-Verband für die Stadt Münster e. V. und KSD West

Erziehungsberatung und Hilfen zur Erziehung (n = 3)
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: Caritasverband für die Stadt Münster e. V. und KSD Nord

Erziehungsberatung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Caritasverband für die Stadt Münster e.V., Diakonie Münster e. V.

Familienberatung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle, Bistum Münster

Eltern-Kind-Gruppen
Stadtteil: Münster Gesamt
Netzwerkpartnerschaft: Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Hilfen zur Erziehung
Stadtteil: Münster Ost
Netzwerkpartnerschaft: KSD Ost

Hilfen zur Erziehung (Sozialpädagogische Familienhilfe)
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: KSD Nord

Hilfen zur Erziehung (Sozialpädagogische Familienhilfen) (n = 2)
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: KSD Mitte

Aufsuchende Familientherapie
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: KSD Nord, AWO Familienhilfe

Vortrag: Resilienz": Wie stärke ich mein Kind?
Stadtteil: Münster Ost
Netzwerkpartnerschaft: Haus der Familie

Schulpsychologische Diagnostik und Beratung

Leistungstestung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Schulpsychologische Beratungsstelle

Schulpsychologische Beratung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Schulpsychologische Beratungsstelle

Weitere Angebote für Kinder

Familienpaten
Stadtteil: Münster West
Netzwerkpartnerschaft: Mitmachpaten

Frühe Hilfen
Stadtteil: Münster Nord
Netzwerkpartnerschaft: Caritasverband für die Stadt Münster e.V.

Kinder-Reha
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Rentenversicherung, Kinderarzt

Jugendwohnen
Stadtteil: Münster Ost
Netzwerkpartnerschaft: KSD Ost und Diakonie e. V.

Nachhilfe in Mathematik und Französisch
Stadtteil: Münster Süd-Ost
Netzwerkpartnerschaft: Schule

Gewichtsreduktion
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Kinderarzt, Ernährungsberatung, Krankenkasse

Weitere Angebote für Eltern

Stationäre Suchtbehandlung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: LWL-Klinik

Reha/Entwöhnungsbehandlung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: LWL-Klinik

Ambulante Suchtbehandlung
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Suchtambulanz LWL-Klinik

Familienhebamme
Stadtteil: Münster Kinderhaus
Netzwerkpartnerschaft: Selbstständige Hebamme

Geburtsvorbereitungskurs
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Gynäkologische Praxis

Tagesklinik
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: LWL-Klinik

Selbsthilfegruppen
Stadtteil: Münster gesamt
Netzwerkpartnerschaft: Anonyme Alkoholiker / Kreuzbund

Ambulant betreutes Wohnen
Stadtteil: Münster Ost
Netzwerkpartnerschaft: BeWo Alexianer

Ambulante psychiatrische Pflege
Stadtteil: Münster Mitte
Netzwerkpartnerschaft: Psychosoziales Zentrum des FSP (Für soziale Teilhabe und
Psychische Gesundheit e. V. Münster)

Anhang 3: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation

	Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Anzahl der Nennungen
1.	Was wurde im Beratungsprozess als hinderlich erlebt?		
1.1	Familiäre Rahmenbedingungen		
	Elterliche Konflikte	<i>Beziehungskrisen, eine bevorstehende Trennung oder mangelnde Kommunikation bei getrenntlebenden Eltern behindern die Beratung.</i>	4
	Langjährige Krankheitsvorgeschichte	<i>Die Krankheit des betroffenen Elternteils liegt schon lange vor (oder ist lange her) und somit auch die Auswirkungen auf die Kinder. Die Kinder können somit nicht präventiv erreicht werden und die Beratung ist langwieriger.</i>	5
	Ungünstige Wohnsituation	<i>Die Kinder oder der Partner leben nicht im nahen Umkreis und werden somit nicht durch die Beratung erreicht oder können Hilfsangebote nicht annehmen.</i>	5
1.2	Beratungsresistenz		
	Fehlende Krankheitseinsicht der Eltern	<i>Die Bedeutung der Krankheit und die damit verbundene Belastung für die Kinder werden vom betroffenen Elternteil oder dem Partner nicht erkannt oder tabuisiert.</i>	5
	Ablehnung der Psychoedukation für die Kinder	<i>Die Eltern wollen aufgrund von Ängsten oder aus Überzeugung nicht, dass ihre Kinder an der Beratung teilnehmen und aufgeklärt werden.</i>	7
	Unsicherheit der Kinder	<i>Die Kinder wollen nicht mit den Beraterinnen sprechen oder können sich nicht öffnen, aus Ängstlichkeit oder anderen unbekanntem Gründen.</i>	5
1.3	Organisatorische Probleme		
	Terminschwierigkeiten	<i>Es gibt Probleme bei der Terminfindung, es kommt zu großen zeitlichen Abständen zwischen den Terminen und sie werden oft verschoben oder abgesagt, sodass es oft zu Fehlbesuchen kommt und Flexibilität gefordert ist.</i>	9
	Zeitknappheit	<i>Die Zeit für Gespräche und Beziehungsaufbau ist zu knapp bemessen, u. a. durch den kurzen Aufenthalt des betroffenen Elternteils oder generell durch zu wenige Termine, die notwendig wären.</i>	4
	Zeitaufwand durch Hausbesuche und Abendtermine	<i>Hausbesuche und häufige Abendtermine außerhalb der offiziellen Sprechstunden bedeutet einen größeren Zeitaufwand für die Beraterinnen.</i>	2
	Abbruch des Projekts	<i>Die Eltern / das betroffene Elternteil sind plötzlich nicht mehr erreichbar und brechen das Projekt ab, sodass die Kinder nicht mehr gesehen werden können.</i>	4
	Viele Paralleltermine	<i>Einzelne Familienmitglieder sind durch viele Termine außerhalb der Beratung (z. B. durch Wohngruppen, Schule) sehr eingespannt, können Beratungstermine o. Angebote nicht wahrnehmen.</i>	3

Anhang 3: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation (Fortsetzung)

	Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Anzahl der Nennungen
2.	Was wurde im Beratungsprozess als hilfreich erlebt?		
2.1	Für die gesamte Familie		
	Angenehme Gesprächs-atmosphäre	<i>Eine verständnisvolle und wertschätzende Grundhaltung der Berater und eine angenehme Atmosphäre schaffen die Voraussetzung für eine gute Beratung.</i>	5
	Krankheitseinsicht und offene Kommunikation	<i>Die Familie kommuniziert bereits offen über die Krankheit, hat Verständnis für die Krankheit und die damit verbundenen Probleme.</i>	3
2.2	Für die Kinder		
	Literatur zur Unterstützung der Psychoedukation	<i>Geschichten und Literatur unterstützen die Psychoedukation und damit das Verständnis der elterlichen Krankheit (z. B. „sonnige Traurigtage“)</i>	14
	Vermittlung zu den Kindergruppen	<i>Tembo-Gruppe, Auryr-Gruppe</i>	8
	Aufwärmspiele	<i>Malen und Spielen werden als hilfreich zum Abbau von Unsicherheiten des Kindes erlebt</i>	3
2.3	Für die betroffenen Eltern		
	Inner- und außerfamiliäre Ressourcen	<i>Innerfamiliäre Angehörige (z. B. Großeltern) sowie außerfamiliäre Beziehungen (Freunde) werden während der Beratung als Ressource miteinbezogen.</i>	3
	Motivation zur Beratung und Psychoedukation	<i>Das betroffene Elternteil ist für die Beratung motiviert und steht der Psychoedukation für sich und auch für die Kinder offen gegenüber.</i>	4
3.	Positive Veränderungen durch die Beratung		
3.1	Für die gesamte Familie		
	Kommunikation über die Krankheit innerhalb der Familie	<i>Die Familie kann sich nun offen über die Erkrankung des betroffenen Elternteils austauschen, inklusive aller Befürchtungen oder durch die Krankheit entstehenden Probleme, und entwickelt Verständnis für die Bedürfnisse der jeweils anderen Familienmitglieder.</i>	9
	Kommunikation über generelle Sorgen innerhalb der Beratung	<i>Die Familienmitglieder haben in der Familienberatung einen Ansprechpartner für eigene Sorgen und Probleme und können sich durch das Ansprechen entlasten.</i>	14
	Kommunikation über die Krankheit mit außerfamiliären Ansprechpartnern	<i>Die Familienmitglieder können sich mit außerfamiliären Ansprechpartnern wie Bekannten oder pädagogischen Institutionen wie der Schule über die Krankheit und damit verbundene Probleme austauschen.</i>	3

Anhang 3: Qualitative Ergebnisse der Selbstevaluation (Fortsetzung)

	Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Anzahl der Nennungen
3.2	Für die betroffenen Eltern		
	Hilfen für eigene Probleme	<i>Hilfsangebote wie Paarberatung, psychotherapeutische Behandlung oder Selbsthilfegruppen werden in Anspruch genommen und helfen den Eltern, ihre eigenen Probleme zu bearbeiten. Auch die Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst wird als Entlastung wahrgenommen.</i>	14
	Hilfen für die Erziehung	<i>Hilfsangebote wie Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienpaten, stationäre Jugendhilfe, Ambulant Betreutes Wohnen oder die Schulpsychologische Beratungsstelle entlasten das betroffene Elternteil in Bezug auf die Erziehung ihrer Kinder. Auch die Beratung durch das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien wird als Entlastung wahrgenommen.</i>	12
	Verständnis für Selbstfürsorge	<i>Das betroffene Elternteil lernt, wie wichtig Selbstfürsorge und ein guter Umgang mit Stresssituationen für die Krankheitsbewältigung ist.</i>	4
	Verständnis für Auswirkungen der Krankheit durch Psychoedukation	<i>Die Eltern entwickeln ein Verständnis dafür, welche Auswirkungen die Krankheit auf ihre Kinder oder die gesamte Familie haben kann, welche Bewältigungsstrategien die Kinder vielleicht bereits haben oder wie sie noch unterstützt werden können.</i>	18
3.3	Für die Kinder		
	Unterstützung im Alltag	<i>Die Kinder erfahren mehr Unterstützung durch die Eltern (beim Lernen und in der Freizeit), da diese auf ihre Bedürfnisse aufmerksam gemacht werden.</i>	6
	Verständnis der Krankheit durch Psychoedukation	<i>Die Kinder entwickeln ein Verständnis für die Krankheit und dass sie dafür keine Verantwortung tragen.</i>	9
4.	Verbesserungsvorschläge		
4.1	Zeitpunkt der Beratung verschieben	<i>Bei Rahmenbedingungen wie intensiver psychiatrischer Behandlung des Elternteils oder einer akuten Beziehungskrise der Eltern sollte die Beratung verschoben werden.</i>	2
4.2	Mehr Zeit für Familiensprechstunde	<i>Es braucht oft mehr Zeit als angedacht, damit die Familienmitglieder den Grund der Beratung verstehen und Vertrauen zu ihnen aufgebaut werden kann, vor allem bei geringer Beratungsmotivation oder Unsicherheiten.</i>	12
4.3	Literatur für alle Altersstufen	<i>Als Ergänzung zur Psychoedukation sollte es für alle Altersstufen entsprechende Literatur zum Verständnis geben.</i>	1
4.4.	Bessere Absprache mit der Station	<i>Bessere Kommunikation mit dem Stationspersonal und somit eine verbindliche erste Kontaktaufnahme mit dem betroffenen Elternteil könnten Terminabbrüche verhindern.</i>	2
4.5	Familiensprechstunde überall anbieten	<i>Die im Projekt angebotene Beratung und damit zusammenhängende Hilfsangebote sollten für alle Familien angeboten werden, nicht nur für die in Münster lebenden Familien.</i>	3
4.6	Nicht zu viele Angebote auf einmal	<i>Zu viele Angebote können eher überfordernd als hilfreich sein, weshalb sich lieber auf die für die Familie relevanten Angebote beschränkt werden sollte.</i>	1

Anhang 4: Veröffentlichungen

Das Projekt kann seit der Bewilligung durch das damalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) in der Projekt-Datenbank des Landesentrums Gesundheit NRW (LZG) eingesehen werden:

www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php

Auf Anfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BAG) wurde die Familiensprechstunde vom Gesundheits- und Veterinäramt der Stadt Münster auf dem bundesweiten Kongress für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD-Kongress) im Mai 2017 in München präsentiert.

Die KommunalAkademie der Konrad-Adenauer-Stiftung wählte im Juli 2018 bundesweit 30 Präventionsprojekte (4 in NRW) als gute Praxisbeispiele aus, worauf sie auf ihrer Webseite hinweist. Zu diesen ausgewählten Projekten gehört auch die Familiensprechstunde. Das Projekt kann dort auf der Themenseite „Gesundheit und Pflege“ eingesehen werden:

<https://www.kas.de/einzeltitel/-/content/kommunale-aktivitaten-zur-gesundheitsforderung-und-praevention>

Im Oktober 2018 gab es eine ausführliche Pressemitteilung zur Familiensprechstunde, die in den Printmedien und der Online-Version der Westfälischen Nachrichten und der Münsterschen Zeitung veröffentlicht wurde.

Der Zwischenbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) wurde auch als öffentliche Berichtsvorlage (V/0733/2018) im November 2018 in den politischen Gremien der Stadt Münster vorgestellt.

Anhang 5: Erhebungsbögen

vom Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung (zefp) der Universität Koblenz-Landau

Die vom zefp für die Familiensprechstunde neu entwickelten Erhebungsbögen sind abrufbar unter:

<https://www.zepf.eu>

Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung (zefp) der Universität Koblenz-Landau
(Projekt Familiensprechstunde)

Sie können auch angefragt werden unter:

sozialpsychiatrieKJ@stadt-muenster.de

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Gesundheits- und Veterinäramt der Stadt Münster
(Projekt Familiensprechstunde)

Anhang 6: Flyer der Familiensprechstunde

Kontakt und Anmeldung

Bei Interesse wenden Sie sich gerne an

Julia Düvel
Sozialpädagogin (M.A.)
Tel. 02 51/4 92-53 29
E-Mail: Duevel@stadt-muenster.de

Roswitha Sterz
Dipl. Sozialpädagogin
Tel. 02 51/4 92-53 52
E-Mail: Sterzr@stadt-muenster.de

Mit Ihrem Einverständnis kann auch das Ihnen vertraute Personal der Klinik den Kontakt zu uns herstellen.



Nutzen Sie diese Chance für Ihre Kinder und sprechen Sie uns an!

Veranstalter



Gesundheits- und Veterinäramt

Projektleitung
Dr. Annette Siemer-Eikelmann
Abteilung Psychische Gesundheit

In Kooperation mit



LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Zentrum für Empirische Pädagogische Forschung
UNIVERSITÄT KOBLENZ-LANDAU, CAMPUS LANDAU

Gefördert durch

Projekt im Rahmen:
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Landesinitiative NRW

Impressum:
Herausgeberin:
Stadt Münster, Gesundheits- und Veterinäramt
Juli 2018, 400



Familiensprechstunde
Gesundes Aufwachsen in Münster

Ein Präventionsprojekt für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern

Kennen Sie diese Fragen...

Hat meine Erkrankung Auswirkungen auf die Entwicklung meines Kindes?

Wie erkläre ich meinem Kind altersgerecht, was mit mir los ist?

Wer kann uns im Alltag mehr unterstützen?

Kenne ich alle spannenden Angebote im Stadtteil für mein Kind? Wer bietet finanzielle Unterstützung, um uns diese zu ermöglichen?

Auch Ihre Kinder haben sicherlich viele Fragen....

Die **Familiensprechstunde** in der LWL Klinik Münster möchte ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern nachhaltig fördern und die Lebensqualität der betroffenen Familien von Beginn an steigern. Kinder und Jugendliche werden als Angehörige frühzeitig mit in den Blick genommen.

Wir bieten:

- Beratung für Eltern und Kinder
- Erfassung von Stärken und Belastungen der Familie
- Information über und Vermittlung in entwicklungsförderliche Angebote für Kinder im Stadtteil (z.B. Freizeit- und Sportangebote)
- Unterstützung bei sozialen Kontakten



Wann und wo Sie uns finden:
Termine nach Vereinbarung

Gespräche finden im Haus 19 der LWL Klinik oder nach Rücksprache auf der Station statt.

Alle Angebote sind **kostenlos**.

Alle Gespräche sind **vertraulich** und unterliegen der Schweigepflicht.