



Deutsches
Jugendinstitut

Expertise

Anita Plattner

Gefährdungseinschätzung und Entwicklung eines Schutzkonzepts bei psychisch- und suchtkranken Eltern bzw. Elternteilen

Band 5: Besondere Fallgruppen und Psychohygiene

Forschung zu Kindern, Jugendlichen und Familien an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Fachpraxis

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit 60 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Aktuell sind an den beiden Standorten München und Halle (Saale) etwa 470 Beschäftigte tätig, darunter rund 280 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Finanziert wird das DJI überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält es im Rahmen von Projektförderungen u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Die vorliegende Expertise entstand im Rahmen des DJI-Projekts "Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Baden-Württemberg". Das Projekt wurde vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert und erstreckte sich von Juli 2018 bis Dezember 2020. Die Expertise wurde im Zeitraum 2019–2020 verfasst. Nähere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Projekthomepage: www.dji.de/QuaKi

Impressum



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

© 2023 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstraße 2
81541 München
www.dji.de

Grafik: graphodata GmbH

Datum der Veröffentlichung: 23.10.23

ISBN: 978-3-86379-496-5

DOI: 10.36189/DJI202343

Autorin:

Dr. Anita Plattner
Diplom-Psychologin
Belfortstr.7
81667 München

Telefon: 09 89 370 10 435

Fax: 09 89 370 10 436

E-Mail: anita.plattner@svring.de

Web: www.sachverstaendigenring.de

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Statistische und wissenschaftliche Grundlagen	5
2.1 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen	5
2.2 Kinder psychisch kranker Eltern	7
3. Erziehungsfähigkeit und Kindeswohlgefährdung	8
3.1 Kindeswohlgefährdung aus gesetzlicher Sicht	8
3.2 Kindeswohlgefährdung aus Sicht des Jugendamts	8
3.3 Psychologische Kriterien der Erziehungsfähigkeit	9
4. Kindeswohlgefährdung bei psychisch kranken Eltern	11
4.1 Anhaltspunkte für alle Formen von Kindeswohlgefährdung auf Seiten der Eltern	12
4.2 Seelische Kindeswohlgefährdung	15
4.3 Misshandlungen	16
4.4 Sexueller Missbrauch	16
4.5 Kindstötungen	17
5. Entwicklung eines Kinderschutzbogens für psychisch kranke Eltern	19
6. Besondere Probleme für den Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern	20
6.1 Äußerungen der Kinder	20
6.2 Informationen von Dritten	20
6.3 Äußeres Erscheinungsbild und Auftreten des Elternteils	21
7. Geeignete Mittel zur Verbesserung des Kinderschutzes bei psychisch kranken Eltern	22
8. Literaturverzeichnis	25

1.

Einleitung

In den letzten Jahren haben Forschung und Hilfsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern sowie eine Informationsverbreitung über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich zugenommen. Psychisch kranke Eltern rückten jedoch auch betreffend ihre Erziehungsfähigkeit in den Fokus der Öffentlichkeit, da in Einzelfällen von Seiten der Jugendämter getroffene Fehlentscheidungen auch bei psychisch kranken Eltern vorkommen. Dabei können erfahrungsgemäß folgende *Feblannahmen* zugrunde liegen:

- Medikamentöse Behandlung führt im Gegensatz zu emotionaler Unterstützung und Psychotherapie zu keiner ausreichenden Stabilisierung.
- Aus ärztlicher Sicht erfolgreiche medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung führt zu einer ausreichenden Erziehungsfähigkeit.
- Psychische Erkrankungen bleiben lebenslang bestehen.
- Persönlichkeitsstörungen, z. B. eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, bestehen lebenslang und sind nicht ausreichend behandelbar.
- Milder ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierungen widersprechen einer Kindeswohlgefährdung.
- Eine psychische Erkrankung ist gleichzusetzen mit einer Kindeswohlgefährdung.

Bei Fachkräften der Jugendämter bestehen oft Unsicherheiten hinsichtlich der Besonderheiten in der Gefährdungseinschätzung und Planung von Schutzkonzepten, wenn psychische Erkrankungen bei den Eltern eine Rolle spielen. Die vorliegende Expertise wird hier den Forschungsstand – soweit nicht vorhanden in Form von Erfahrungswissen – aufarbeiten und dort, wo es möglich ist, mehr Sicherheit vermitteln.

Statistische und wissenschaftliche Grundlagen

Im Folgenden wird ein Überblick über die Charakteristik, Einteilung und Häufigkeiten der relevanten psychischen Erkrankungen sowie zu den vorliegenden Daten zu den Kindern psychisch kranker Eltern gegeben.

2.1 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Die gebräuchlichen Diagnosesysteme (ICD-10 und DSM-V) unterscheiden zwischen sogenannten klinischen *psychischen Störungen* und *Persönlichkeitsstörungen*.

Insgesamt kommt in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Jahres etwa bei 28 % bzw. bei 17,8 Millionen der erwachsenen Bevölkerung irgendeine *klinische psychische Störung* vor (Bundesgesundheitsurvey, Jacobi u. a. 2014). Am häufigsten sind mit 15,3 % Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen mit 9,3 % – in dieser Gruppe sind am häufigsten die Depressionen vertreten-, Störungen durch Substanzgebrauch mit 5,7 % (ohne Nikotinabhängigkeit), Zwangsstörungen mit 3,6 % und psychotische Störungen mit 2,6 %.

Diese Störungen können – im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen - irgendwann im Leben erstmals auftreten. Sie verlaufen häufig in Phasen (auch „Episoden“ genannt) und können in ihrer Symptomatik mehr oder weniger schwer ausgeprägt sein. Zwischen den Phasen kann eine Person sich vollkommen gesund fühlen, während bei anderen Personen mehr oder weniger schwer ausgeprägte „Reste“ einer Erkrankung bestehen bleiben. Im schlechtesten Fall kann eine psychische Störung chronifizieren, sodass keine sichtbare Gesundung mehr besteht.

Autismus-Spektrum-Störungen (im ICD-10 „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ genannt) sind eine erst in den letzten Jahrzehnten intensiver erforschte Störungsgruppe, die nicht phasisch verläuft und von Geburt an besteht. Sie werden jedoch nicht den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet.

Unter einer *Persönlichkeitsstörung* leiden etwa 10 bis 15 % der Bevölkerung, die für sich allein, aber auch zusätzlich zu einer klinischen psychischen Erkrankung vorliegen kann. Zwischen einer gesunden Persönlichkeit und einer Persönlichkeitsstörung besteht ein fließender Übergang, sodass man von einer „Persönlichkeitsakzentuierung“ oder von einem „Persönlichkeitsstil“ spricht, wenn nicht alle Diagnosekriterien ausreichend erfüllt sind. Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen liegen vor, wenn die Persönlichkeit eines Menschen – also die Summe seiner Eigenschaften - stark von der Norm abweicht. Das typische Verhaltensmuster besteht seit der Kindheit oder frühen Jugend, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte in der Regel aber erst nach dem 18. Lebensjahr gestellt werden.

Gemäß internationalen Kriterien (ICD-10) (Dilling u. a. 1991) ist eine Persönlichkeitsstörung ein tief verwurzelttes Verhaltensmuster, das sich in gleichartigen und unflexiblen Reaktionen in unterschiedlichsten Lebenslagen wie Familie, Beruf und Freizeit äußert. Gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung gibt es deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen (Castellanos/Hertkorn 2016). Dabei ist es ein entscheidendes Merkmal der Persönlichkeitsstörung, dass das Verhaltensmuster von der betroffenen Person nicht als unerwünschtes „Symptom“ betrachtet wird, sondern als zur Person gehörig. Daher kommt es oft erst bei erheblichem Leidensdruck zu einer „Krankheitseinsicht“ bzw. zum Wunsch nach Behandlung und Therapie.

Es ist auch möglich, dass über viele Jahre kein Leidensdruck bei der Person selbst besteht, sondern das jeweilige soziale Gegenüber leidet unter der betroffenen Person, wie es beispielsweise bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung der Fall ist. Erst im Verlauf kommt es meist auch zu eigenem Leiden, da die Person immer wieder negative Rückmeldungen aus der Umwelt erhält, was zu nicht mehr kompensierbaren Krisen führen kann.

Zu den Persönlichkeitsstörungen zählen die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung, weiter die emotional instabile (Borderline-), die antisoziale bzw. dissoziale, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie die ängstlich-vermeidende, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Verbunden mit einer Persönlichkeitsstörung kann das sogenannte Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom sein-auch als „Münchhausen-by-Proxy“ bezeichnet, das sich in Form einer Kindesmisshandlung durch Vortäuschen von Symptomen beim Kind äußert.

Die paraphile Störung, besser als *Pädophilie* bekannt, ist eine Störung der sexuellen Orientierung. Einschlägig verurteilte Pädophile unterliegen einer hohen Rückfallgefahr von ca. 50 % (Egg u. a. 2001). Pädophile berichten auch bei „Abstinenz“ von starken entsprechenden sexuellen Fantasien, sodass das Kindeswohl als wahrscheinlich gefährdet anzusehen ist, wenn ein Kind mit einem pädophilen Elternteil mit im Haushalt lebt. Sexuelle Übergriffe an Kindern werden jedoch nicht überwiegend von pädophilen Tätern begangen (Zonana/Abel 1999).

Das bereits erwähnte Bundesgesundheitsurvey (Jacobi u. a. 2014) kam zu dem Ergebnis, dass nur 50 % der Personen, die an einer klinischen psychischen Störung erkrankt sind, im Laufe eines Jahres eine Behandlung in Anspruch nahmen. Für Persönlichkeitsstörungen ohne klinische psychische Störung liegen hierzu keine zuverlässigen Daten vor, sodass – bei dem oft langjährig geringen eigenen Leidensdruck - mit ziemlicher Sicherheit die Behandlungs- und Therapierate noch niedriger liegen dürfte.

2.2 Kinder psychisch kranker Eltern

In Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern haben ca. drei Millionen Kinder Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung mindestens eines Elternteils (Überblick bei Plass/Wiegand-Grefe 2012), nämlich:

- 270 000 Kinder mit einem an einer Schizophrenie erkrankten Elternteil;
- 740 000 Kinder mit einem alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil;
- 1 230 000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil;
- 1 555 000 Kinder mit an einem an einer Angststörung erkrankten Elternteil.

3.

Erziehungsfähigkeit und Kindeswohlgefährdung

3.1 Kindeswohlgefährdung aus gesetzlicher Sicht

Wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, wird eine Überprüfung durch das Jugendamt nach § 8a SGB VIII eingeleitet. Stellt das Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung fest, die strittig ist oder willigen die Eltern in die deswegen empfohlenen Maßnahmen nicht ein, so wird das Familiengericht zum Zweck einer Beurteilung nach § 1666 BGB angerufen. Aus Sicht des Familiengerichts kann auf dieser Grundlage eine Kindeswohlgefährdung in seelischer, geistiger oder körperlicher Hinsicht bestehen. Wenn mildere Mittel nicht ausreichen, die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die durch ihr Verhalten bestehende Gefährdung oder entsprechende Gefährdungen durch einen Dritten abzuwenden, so wird den Eltern das Sorgerecht ganz oder teilweise entzogen. Das Familiengericht überprüft diesen Entzug regelmäßig einmal im Jahr, wenn die Eltern gegebenenfalls einen entsprechenden Antrag stellen, bereits früher.

Aus Sicht des Bundesgerichtshofs müssen drei Kriterien gleichzeitig erfüllt sein, damit von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist:

- Die Gefährdung des Kindes muss gegenwärtig gegeben sein.
- Die gegenwärtige oder zukünftige Schädigung muss erheblich sein.
- Die Schädigung muss sich mit ziemlicher Sicherheit vorhersehen lassen, sofern sie noch nicht eingetreten ist.

3.2 Kindeswohlgefährdung aus Sicht des Jugendamts

Es sind verschiedene Formen einer Kindeswohlgefährdung zu unterscheiden. Eine *körperliche Kindeswohlgefährdung* kann *passiv* in Form einer längerdauernden *Vernachlässigung* bestehen, wenn deutliche Defizite in der Ernährung, Hygiene,

Zuführung zu ärztlicher Versorgung oder Verletzungen der Aufsichtspflicht festzustellen sind. Eine körperliche Kindeswohlgefährdung kann auch *aktiv* in Form von *sexuellem Missbrauch*, *körperlichen Misshandlungen* oder in der Gefahr einer *Kindstötung* bzw. der Gefahr eines erweiterten Suizids bestehen.

Eine *geistige Kindeswohlgefährdung* besteht in der Regel durch eine mangelnde Beaufsichtigung des regelmäßigen Schulbesuchs. Auch eine mangelnde geistige bzw. schulische Förderung kann bei Kindern mit besonderem Förderbedarf eine Kindeswohlgefährdung nach sich ziehen. Die mangelnde geistige Förderung kann auch eine seelische Kindeswohlgefährdung verursachen, wenn das Kind hierunter psychisch stark leidet bzw. es deswegen nicht mehr ausreichend in die Gruppe Gleichaltriger integriert ist.

Eine *seelische Kindeswohlgefährdung* kann bestehen, wenn das kindliche Bedürfnis nach emotionaler Wärme, Wertschätzung und Bindung nicht ausreichend befriedigt wird. Man spricht dann von einer seelischen Vernachlässigung (Galm/Hees/Kindler 2016).

Eine seelische Kindeswohlgefährdung besteht auch, wenn das Kind selbst psychisch erkrankt ist – oder von einer psychischen Erkrankung bedroht ist, und die Eltern für keine entsprechende Hilfe sorgen.

Eine *seelische Misshandlung* besteht bei Ablehnung des Kindes oder bestimmter Eigenschaften des Kindes, ignorieren, herabsetzen, ängstigen, terrorisieren, isolieren, korrumpieren, zuschreiben von Eigenschaften, vorenthalten eigener Entwicklungsschritte (etwa durch Einbindung in Sekten), chronisch überfordern, parentifizieren oder ausbeuten (Kindler u. a. 2006).

Ferner stellt das Miterleben von Partnerschaftsgewalt in der Familie sowie der Einbezug des Kindes in hochstrittige, eskalierte Trennungs- und Sorgerechtskonflikte unter Umständen eine seelische Kindeswohlgefährdung dar und ist auch mit einem deutlich erhöhten Risiko für körperliche Misshandlung der Kinder behaftet (Clemens u. a. 2019).

3.3 Psychologische Kriterien der Erziehungsfähigkeit

Unter Erziehungsfähigkeit wird neben den konkreten erzieherischen Verhaltensweisen die grundlegende Fähigkeit eines Elternteils verstanden, die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes einfühlsam wahrzunehmen, das Kind

zu versorgen und erzieherisch angemessen auf signalisierte Bedürfnisse einzugehen.

Zur Erziehungsfähigkeit gehören weiter die Lernfähigkeit der Eltern, die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit mit Dritten, die Bereitschaft, die erzieherische Verantwortung zu übernehmen, sowie die Bindungstoleranz gegenüber dem jeweils anderen Elternteil oder anderen wichtigen Bezugspersonen des Kindes.

Die Erziehungsfähigkeit kann durch eine psychische Erkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt sein. Durch eine milder ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung kann es in Zeiten zusätzlicher elterlicher Belastung – wie z. B. einer hochkonflikthaften Trennung oder Scheidung – ebenfalls zu einer beeinträchtigten Erziehungsfähigkeit kommen.

Kindeswohlgefährdung bei psychisch kranken Eltern

In der ärztlichen Kinderschutz-Leitlinie (S3(+)) Leitlinie Kinderschutz; AWMF 2011) wird statt „psychische Erkrankung“ der Begriff „psychische Belastung“ verwendet, da das Vorliegen einer Diagnose einer psychischen Erkrankung nur bedingt Aussagen über die aktuelle Belastung der unmittelbar betroffenen Personen und der Kinder erlaubt. Die Frage, ob die Erziehungsfähigkeit eines psychisch kranken Elternteils noch ausreichend gegeben ist oder nicht, kann schon deswegen nicht auf der alleinigen Grundlage einer Diagnose beantwortet werden, da die Krankheitsverläufe individuell unterschiedlich sind. Eine Beantwortung dieser Frage mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ ist auch nach Einschätzung von familienpsychologischen Gutachtern nicht von vornherein, d. h. allein aufgrund der Diagnose, möglich (Wiedemann 2013).

Daher müssen ergänzend weitere Kriterien hinzugezogen werden, die allgemein als Kriterien der Erziehungsfähigkeit gelten. Diese betreffen das unterstützende soziale Netzwerk der Familie, die Kooperationsbereitschaft der Eltern, das Hilfesuchverhalten der Eltern, die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung bzw. der Bindung sowie der Partnerbeziehung der Eltern und die Möglichkeit der Kompensation von erzieherischen Defiziten des hauptsächlich betreuenden Elternteils durch Jugendhilfemaßnahmen und andere Unterstützungsangebote. Zudem müssen auf Seiten des Kindes Entwicklungsauffälligkeiten, psychische und soziale Auffälligkeiten sowie dessen Ressourcen eingeschätzt werden (Hipp 2014).

Dennoch gibt es Besonderheiten auf Seiten der psychisch erkrankten Eltern in Bezug auf alle Formen einer Kindeswohlgefährdung (Überblick bei Plattner 2019). Fast alle Diagnosen sind mit einem höheren Risiko für eine Kindeswohlgefährdung verbunden, auch wenn die Diagnose an sich noch keine sichere Aussage erlaubt.

Besonderheiten bestehen bei psychisch kranken Eltern betreffend eine seelische Kindeswohlgefährdung. Bei bestimmten Erkrankungen ist das Risiko für eine körperliche Kindeswohlgefährdung oder für einen sexuellen Missbrauch erhöht.

4.1 Anhaltspunkte für alle Formen von Kindeswohlgefährdung auf Seiten der Eltern

Im Folgenden wird eine Übersicht über die wichtigsten Anhaltspunkte einer möglicherweise eingeschränkten Erziehungsfähigkeit spezifisch für psychisch kranke Eltern gegeben:

- a. bei Schizophrenien, bipolaren oder manischen Störungen, mittelgradigen bis schweren Depressionen (hoher genetischer Faktor, vgl. Adoptionsstudien);
- b. bei eigener Traumatisierung, schwierigen familiären Bedingungen in der Kindheit des Elternteils;
- c. bei fehlender Krankheitseinsicht und/oder Behandlungsbereitschaft;
- d. bei (zusätzlichen) Persönlichkeitsstörungen;
- e. bei (zusätzlichem) Substanzmissbrauch;
- f. bei Säuglingen und frühem Erkrankungsbeginn der Mutter gemessen am Alter des Kindes, z. B. bei nachgeburtlicher - postpartaler – Depression oder Psychose;
- g. bei feindseliger Einstellung der Eltern zum Kind, häufigen physischen, aber auch verbalen Aggressionen des Elternteils;
- h. hohe Impulsivität;
- i. hohe Chronizität und Schwere der psychischen Erkrankung.

Zu a) Bei einer Schizophrenie ist das Kindeswohl in unbehandelten akuten Krankheitsphasen immer bedroht, da es zu Wahn erleben und Halluzinationen kommt. Bei Wahninhalten, in die das Kind einbezogen wird, besteht diese Gefahr auch bei behandelten Schizophrenien, vor allem wenn das Kind feindselig in den Wahn einbezogen ist. Wahninhalte sind für das Kind ängstigend, da sie sich von dem Erleben des Kindes unterscheiden und da sie meist mit starken Ängsten und Erregungszuständen des Elternteils einhergehen, was sich auf das Kind überträgt. Es ist besonders zu beachten, dass es auch bei nichtakuter, d. h. bei ausgeprägter sogenannter „Negativsymptomatik“ in Form von mangelndem Antrieb und schweren Konzentrationsschwierigkeiten zu Kindeswohlgefährdungen in Form von Vernachlässigungen in seelischer, geistiger oder körperlicher Hinsicht kommen kann.

Bei manischen oder bipolaren - also manisch-depressiven - Störungen besteht in den manischen Phasen auf Seiten der Eltern eine Selbstüberschätzung, die zu für das Kind gefährdendem Verhalten führen kann. Auch medikamentös gut eingestellte Eltern setzen wegen dieser Selbstüberschätzung bei Beginn der manischen Phase ihre Psychopharmaka oft ab. Es besteht ferner ein erhöhtes Aktivitätsniveau, welches das Kind überfordern kann, worauf der Elternteil infolge der Manie mit Ungeduld und Beschimpfungen bis hin zu Schlägen reagieren kann.

Bei mittelgradigen bis schweren Depressionen kann es zu allen Formen von Vernachlässigungen kommen. Depressionen sind zwar in der Regel medikamentös und psychotherapeutisch gut behandelbar und bedeuten dann nicht unbedingt eine Kindeswohlgefährdung. Zu bedenken ist jedoch das bei allen Depressionen deutlich erhöhte Suizidrisiko. Besonders stark sind Kinder depressiver Eltern dann belastet, wenn sie zusätzlich zu der emotionalen Vernachlässigung abgelehnt werden. Bei Depressionen kann Reizbarkeit ein Symptom sein, sodass die Kinder kritisiert und herabgewürdigt werden. Hier findet sich auch ein belegbarer Zusammenhang mit Suiziden der betroffenen Kinder in der Adoleszenz (Donath u. a. 2014).

Zu b) Eigene schwierige familiäre Verhältnisse der Eltern wie Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, Fremdunterbringung, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, psychische Erkrankungen oder schwere körperliche Erkrankungen in der Familie können zu einer verminderten psychischen Stabilität und Erziehungsfähigkeit der Eltern beitragen und sind insofern als Risikofaktoren zu verstehen (Fegert 2008).

Zu c) Bei einigen Krankheitsbildern kommt es über längere Zeiträume zu fehlender oder schwankender Krankheitseinsicht und/oder Behandlungsbereitschaft. Hierzu zählen die Schizophrenien, manische Zustandsbilder und Persönlichkeitsstörungen. Die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft kann nicht erzwungen werden, sondern erfordert in der Regel eine möglichst längerfristige vertrauensbildende Anbindung des Elternteils an irgendeine eltern- oder kindzentrierte Hilfe, um evtl. später eine geeignete ärztlich-therapeutische Anbindung zu erreichen. Bei akuter Kindeswohlgefährdung widerspricht eine fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht einer ausreichenden Lern- und Kooperationsfähigkeit und damit einer zu diesem Zeitpunkt ausreichenden Erziehungsfähigkeit der Eltern.

Zu d) Bereits diagnostizierte Persönlichkeitsstörungen können in ihrer Ausprägung schwanken, d. h. es kommt auch ohne Behandlung vielfach zu spontanen Besserungen, aber auch zu Verschlechterungen (Lenzenweger u. a. 2004). Für eine Beurteilung der Erziehungsfähigkeit der Eltern ist es besonders bedeutsam, dass es bei der Mehrzahl der Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Verlauf zu Besserungen kommt, sodass die Diagnosekriterien nicht mehr – oder nicht mehr vollständig – erfüllt sind (Zanarini u. a. 2012). Für Persönlichkeitsstörungen existieren zudem durchaus Behandlungsmöglichkeiten, wie etwa die Dialektisch-Be-

viorale Therapie (DeVylder 2010) oder direkt in Bezug auf die Erziehungsfähigkeit „Mentalisierungsbasierte Interventionen“ (Lenz 2019), die bei einem Teil der Patientinnen und Patienten einen hohen Behandlungserfolg verzeichnen.

Dennoch gibt es Persönlichkeitsstörungen bzw. mit einer Persönlichkeitsstörung eng verknüpfte Störungen, die unter dem Aspekt des Kinderschutzes besonders bedeutsam sind.

- Bei Eltern, meist Müttern, mit einem Münchhausen-By-Proxy-Syndrom ist eine Kindesmisshandlung wesentlicher Teil der Diagnose, sodass ein entsprechender Verdacht immer sorgfältig überprüft werden muss. Verweigern Eltern hier eine rechtsmedizinische Untersuchung, sind Sorgerechtsmaßnahmen bzw. eine Inobhutnahme mit ziemlicher Sicherheit angezeigt.
- Eine Kindeswohlgefährdung ist auch bei der antisozialen/dissozialen Persönlichkeitsstörung bzw. auch bei einer antisozialen Persönlichkeitsakzentuierung anzunehmen. Solche Personen verfügen über eine nicht vorhandene oder nicht ausreichende emotionale Empathie, d. h. Einfühlung in ihr Gegenüber, und neigen zu sadistisch ausgeprägter Gewalt. Hinweise bestehen hierbei in einer entsprechenden Vorgeschichte mit Straffälligkeit, vor allem durch Körperverletzung oder sexuelle Übergriffe. Umgekehrt ist nicht jeder Straffällige von einer solchen Persönlichkeitsstörung betroffen.
- Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verhalten sich ihren Kindern gegenüber weniger warm und einfühlsam (Newman u. a. 2007) sowie feindseliger (Trupe 2010). Die Kinder zeigen unsichere Bindungsmuster, Ängste und mehr Zeichen einer Vernachlässigung. Sie erleben häufigere Umzüge, Partnerwechsel und Schulwechsel, Drogenmissbrauch ihrer Eltern und elterliche Suizidversuche (Überblick bei Bartsch/Roberts/Davies/Proebe 2016).

Zu e) Der Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen haben erhebliche Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils, die in Zusammenhang mit den dadurch ausgelösten psychischen Störungen und/oder Verhaltensänderungen stehen. Diese gilt bei anhaltendem Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. der Abhängigkeit von psychotrop wirksamen Substanzen grundsätzlich als erheblich eingeschränkt und im akut berauschten Zustand als aufgehoben (Hertkorn 2017).

Die Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit zeigen sich aufgrund der mangelnden Feinfühligkeit beispielsweise in der Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisse, der Einschränkung des elterlichen Interesses auf den Suchtmittelkonsum, einer mangelnden Beaufsichtigung, die bis zur akuten Lebensgefährdung führen kann (Kraus 2016) sowie in einer erhöhten negativen Affektivität unter Drogeneinfluss. Das elterliche Erziehungsverhalten kann – in Abhängigkeit vom erlebten Suchtdruck bzw. den Auswirkungen des Suchtmittels auf die eigene Emotionalität – zwischen fürsorglicher und liebevoller Verwöhnung – auch durch ein sogenanntes „schlechtes Gewissen“ dem Kind gegenüber gespeist – und aggressiver Ungeduld schwanken.

In Folge zusätzlich gehäufte Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder kommt es im Alltag leicht zur Überforderung der Eltern. Bei suchtmittelabhängigen Eltern besteht ein um ein Vielfaches erhöhtes Risiko, die im Haushalt lebenden Kinder zu misshandeln, zu vernachlässigen oder sexuell zu missbrauchen (Zobel 2006; Deegener 2005). Daneben besteht die Gefahr, dass Eltern ihren Kindern zur Ruhigstellung Drogen oder Medikamente verabreichen. Jedes zweite Paar mit Alkoholproblemen weist zudem Untersuchungen zufolge Partnerschaftsgewalt auf (Kindler 2006).

Zu f) Säuglinge sind einerseits in der Beaufsichtigung und Pflege besonders anspruchsvoll und andererseits in ihrer gesunden körperlichen und seelischen Entwicklung besonders verletzlich. Im ersten Lebensjahr können sich Ess-, Schlaf-, und Bindungsstörungen zeigen. Bei den Müttern sind nachgeburtliche Depressionen oder Psychosen in Folge von Schwangerschaft und Geburt ein besonderer Risikofaktor für eine Kindeswohlgefährdung (siehe auch im Folgenden unter 3.).

Zu g) Eine feindselige Einstellung der Eltern zum Kind kann krankheitsbedingt bei Psychosen und bei antisozialen Persönlichkeiten auftreten und ist dann als schwerwiegende Kindeswohlgefährdung mit akutem Handlungsbedarf seitens der Jugendhilfe zu werten. Ablehnung von Kindern kommt auch bei anderen Krankheitsbildern vor – wie z.B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der narzisstischen Persönlichkeitsstörung - und muss immer als ernster Risikofaktor für eine Kindeswohlgefährdung gelten.

Zu h) Eine hohe Impulsivität – oft auch als „Impulsdurchbrüche“ bezeichnet - kann bei verschiedenen Krankheitsbildern, insbesondere bei klinischen psychischen Störungen mit Manie, bei einer Schizophrenie oder bei einer antisozialen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten. Destruktive Impulsivität erhöht das Risiko für ein aus Sicht des Kindes unvorhersehbares Verhalten des Elternteils in Form von herabwürdigendem Schimpfen oder auch in Form von körperlichen Übergriffen.

Zu i) Mittelgradige bis schwere und mehrfache sowie chronifizierte Krankheitsepisoden sprechen für eine stärkere Beeinträchtigung der elterlichen Erziehungsfähigkeit.

4.2 Seelische Kindeswohlgefährdung

Kinder psychisch kranker Eltern zeigen eine Reihe typischer seelischer Belastungszeichen: Drei- bis viermal häufiger kommt eine psychische Entwicklungsstörung vor (Kuhn/Lenz/Jungbauer 2011). Kinder können mit Aggressionen und Problemen im Sozialverhalten reagieren, besonders oft finden sich aber Introversion

und sozialer Rückzug (Plass/Ohntrup/Wiegand-Grefe 2011), da die Kinder sich mit ihren kranken Eltern solidarisieren und in den Familien ein unausgesprochenes oder offenes Schweigegebot über die Erkrankung herrscht.

Parentifizierung – d. h. die Übernahme zumindest von Teilen der Elternrolle durch die Kinder – kommt bei Kindern psychisch kranker Eltern besonders häufig vor. An sich ist sie nicht unbedingt schädlich für die kindliche Entwicklung.

Eine adaptive Parentifizierung kann gelingen, wenn das Kind seine Sorgen und Ängste einer Person mitteilen kann und selbst Unterstützung erfährt. Erhält es Anerkennung für geleistete Hilfen, kann es sogar ein gesteigertes Selbstbewusstsein und vermehrt Empathie entwickeln. Das Kind erlebt sich dann nicht als hilflos, sondern im Gegenteil als selbstwirksam (Luszczynska/Gutierrez-Dona/Schwarzer 2005) und dazu in der Lage, die Schwierigkeiten in seinem Leben zu bewältigen. Destruktive Parentifizierung hingegen beinhaltet die übermäßige und der Entwicklung des Kindes unangemessene Übernahme von Verantwortung und Fürsorge des Kindes für seine Eltern.

4.3 Misshandlungen

Es gibt Belege für ein teils deutlich erhöhtes Risiko für körperliche Misshandlungen durch suchtkranke Eltern und Eltern mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sowie Eltern – meist Mütter - mit einem Münchhausen-By-Proxy-Syndrom (vgl. im Vorherigen unter 1.d und 1.e). Das Risiko für Misshandlungen ist ferner bei Erkrankung eines Elternteils an einer Depression, Manie oder Schizophrenie erhöht (Walsh/MacMillan/Jamieson 2002). Bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen bis zu 80 % etwa einjähriger Kinder eine desorganisierte – also hochunsichere - Bindung (Hobson u. a. 2005), was auf körperliche Übergriffe hinweist.

Ferner zeigen erfahrungsgemäß Eltern mit zwanghaften Persönlichkeitsstörungen oder mit Autismus-Spektrum-Störungen beim Erleben von Kontrollverlust eine Neigung zu körperlichen Übergriffen.

4.4 Sexueller Missbrauch

Für einen sexuellen Missbrauch durch psychisch kranke Eltern ist das Risiko bei schizophrenen, manischen und depressiven Eltern etwas erhöht. Ferner ist bei pädophilen Tätern, die mit einem Kind im Haushalt leben, die bereits erwähnte hohe Rückfallquote der Täter von etwa 50 % zu beachten.

4.5 Kindstötungen

Die Beurteilung der Gefahr einer Kindstötung oder eines erweiterten Suizids gehört zu den sensibelsten Fragestellungen im Bereich der elterlichen Erziehungsfähigkeit. Die Wahrscheinlichkeit hierfür ist glücklicherweise ausgesprochen gering: Betroffen sind 5 pro 100.000 Kinder. Bei den Kindstötungen sind 80 % der Kinder jünger als ein Jahr. Nach dem 6. Lebensjahr ist eine Kindstötung noch seltener und meist im Umfeld misshandelnder und delinquenter Eltern zu finden, sodass hier eine rechtzeitige Vorhersage vergleichsweise leichter zu treffen ist (Herrmann u. a. 2016).

Bei den Kindstötungen lassen sich beim Neonatizid, also dem Töten von Säuglingen innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt, zwei Gruppen von Täterinnen unterscheiden (Überblick bei Häßler/Schepker/Schläfke 2008). Die eine Gruppe befindet sich im Teenager-Alter und ist bis auf eine mangelnde Schwangerschaftsvorsorge psychisch soweit bekannt unauffällig, die zweite Gruppe besteht aus Müttern mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt. Postpartale Depressionen und Psychosen spielen hierbei die größte Rolle, da Schwangerschaft und Geburt häufig Erstauslöser einer psychischen Erkrankung sind und im Fall einer zweiten Schwangerschaft eine hohe Rückfallquote besteht.

Eine besondere Gruppe stellen Mütter mit verdrängter Schwangerschaft dar. Oft handelt es sich nicht um die erste Geburt. Diese Mütter sind relativ jung, erscheinen im Verhalten oft infantil und neigen zu Dissoziationen. Körperliche Schwangerschaftszeichen wie Ausbleiben der Regel und Gewichtszunahme sind nur eingeschränkt vorhanden oder werden negiert. Oft kommt es im häuslichen Umfeld zu Sturzgeburten, und die Mütter verlassen das Kind in panikartigen Zuständen.

Auch beim Filizid, also der Tötung nach dem oben genannten Zeitraum bis etwa zum 12. Lebensjahr – die Definitionen betreffend das Alter sind hierbei unterschiedlich, lassen sich zwei Gruppen von Täterinnen unterscheiden: Die erste Gruppe ist arm, ohne Beschäftigung, sozial isoliert und Partnerschaftsgewalt ausgesetzt, und es findet sich Substanzmissbrauch, während die zweite Gruppe unter einer psychischen Störung wie Depressionen oder Psychosen leidet und schon früher ambulante psychiatrische Hilfen oder Behandlungen in Anspruch genommen hat (Überblick bei Häßler/Schepker/Schläfke 2008).

Bei psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis kann es im Rahmen von Halluzinationen, insbesondere Stimmen, die eine Tötung des Kindes „befehlen“, sowie bei psychotischem Wahn zu Kindstötungen kommen (Wiedemann 2013).

Bei Kindstötungen findet sich oft bereits vor der Tötung oder nach der Tötung eine erhöhte Suizidalität der Mütter. Die Suizidgefahr ist bei Depression, bipolarer

Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie sowie bei Suchterkrankungen erhöht. Bei Depressionen ist die Suizidgefahr mit Abstand am höchsten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016).

Beim erweiterten Suizid gelten schwere Depressionen mit Wahn als besonderer Risikofaktor (Stolpmann u. a. 2010). Wahn kann bei schweren Depressionen auftreten: Besonders häufig lassen sich Schuldwahn, Versündigungswahn, Verarmungswahn und nihilistischer Wahn beobachten. Das Motiv eines erweiterten Suizids ist dann „pseudoyaltruistisch“, d. h. der Elternteil nimmt sein Kind in den Tod mit, um es vor dem Übel des Lebens zu bewahren. Auch Depressionen mit begleitender narzisstischer Persönlichkeitsstörung werden als Ursache für einen erweiterten Suizid diskutiert.

Allgemeine Risikofaktoren für Kindstötungen sind unerwünschte Kinder, soziale Isolation und Überforderung vor allem in den ersten sechs Lebensmonaten eines Kindes. Die Gefahr für körperliche Misshandlungen ist allgemein am höchsten in den ersten fünf Lebensjahren.

Väter sind insofern an Taten beteiligt, als – über alle Tötungsarten und Müttergruppen hinweg - in der Mehrzahl der Taten die Mütter keine ausreichende Unterstützung der Väter erfuhren bzw. teilweise Partnerschaftsgewalt vorlag. Ein Teil der Studien zeigt, dass auch Väter in bis zu 50 % der Fälle direkt die Täter sind. Dies ist vor allem bei vorher bereits misshandelnden Vätern, bei antisozialen Persönlichkeiten und bei Gewaltausübung infolge Alkoholmissbrauchs der Fall. Andere psychische Störungen werden bei Vätern in den Studien nicht aufgeführt (Häßler/Schepker/Schläfke 2008).

Entwicklung eines Kinderschutzbogens für psychisch kranke Eltern

Es existieren inzwischen eine Reihe regional unterschiedlicher allgemeiner Kinderschutzbögen, die in den Jugendämtern routinemäßig zur Anwendung kommen. Teilweise wurden diese Bögen bereits auf ihre Vollständigkeit, Effizienz und Anwenderfreundlichkeit untersucht.

Es lässt sich insgesamt folgern, dass vielfach Wünsche der Mitarbeiter:innen nach kurzen, komprimierten Checklisten geäußert werden. Übersichtlich sind Ampellisten, die das Risiko einer Kindeswohlgefährdung visuell wiedergeben können. Basierend auf den bisherigen Ausführungen wurde von der Autorin eine „Ampelliste Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern“ erstellt (siehe Anhang).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Liste nur für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder spezifische Beurteilungskriterien enthält. Allgemeine Kriterien für eine Kindeswohlgefährdung, wie sie in den bereits angewandten Kinderschutzlisten enthalten sind, sind nicht in der „Ampelliste Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern“ enthalten. Hierzu gehören diverse Zeichen der körperlichen, geistigen oder seelischen Vernachlässigung auf Seiten des Kindes. Nicht erfasst sind auf Elternseite zudem allgemeine Merkmale der Erziehungsfähigkeit. Zu ergänzen sind zudem Ressourcen auf Eltern- und Kinderseite sowie weitere psychosoziale Risikofaktoren wie soziale Isolation und Partnerschaftsgewalt.

Die „Ampelliste Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern“ bezieht sich speziell auf krankheitsbezogene Risikofaktoren, die eine erhöhte Aufmerksamkeit auf Seiten des Kinderschutzes verlangen.

6.

Besondere Probleme für den Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern

6.1 Äußerungen der Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern befinden sich – auch wenn keine maßgebliche Kindeswohlgefährdung vorliegt – in starken Loyalitätskonflikten. Das Thema „Eltern“ ist oft stark tabuisiert, sodass die Kinder im Gespräch oft schwer belastet sind. Daher ist es schwierig, aussagekräftige Informationen von den Kindern über ihre tatsächliche Situation zu erhalten. Kinder psychisch kranker Eltern haben Angst, ihren Elternteil zu „verraten“, sodass sie oft beschönigende Angaben machen oder schweigen. Angaben der Kinder sind in diesem Fall nur begrenzt für den Kinderschutz verwertbar.

6.2 Informationen von Dritten

Im Fall einer (vermuteten) psychischen Erkrankung eines Elternteils sind die Mitarbeiter der Jugendämter auf mündliche oder schriftliche Einschätzungen von ärztlichen oder psychologischen Expertinnen und Experten angewiesen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass behandelnde Ärzte bzw. Ärztinnen oder Psychotherapeuten und -therapeutinnen der Eltern aus verschiedenen Gründen einseitig auf Seiten der Eltern stehen und das Wohlergehen der Kinder weniger im Blick haben. Dies hat mehrere Gründe: Die Ärzte und Ärztinnen haben nur Informationen von diesem Elternteil, d. h. es fehlen Angaben des Partners, des Jugendamts oder Familiengerichts und weiterer beteiligter Personen wie Kinderarzt/-ärztin, Familienhebamme, Mitarbeiter:innen von Kinderkrippen oder Kindergärten. Ein weiterer Grund für eine Fehleinschätzung ist es, dass sie manchmal unkritisch an die Gesundheit ihres Patienten oder ihrer Patientin glauben und – gerade gegenüber dem Jugendamt oder Familiengericht – keine kritischen Angaben machen,

da sie ihren Patienten oder ihre Patientin nicht weiter schwächen wollen. Daher sollte bei einer fraglichen Kindeswohlgefährdung, d. h. insbesondere bei Kindern bis zum sechsten Lebensjahr, eine neutrale ärztliche Meinung zur psychischen Stabilität des Elternteils in Form einer psychiatrischen Begutachtung eingeholt werden. Zusätzlich ist eine qualifizierte Interaktionsbeobachtung zwischen Eltern und Kindern – bei Kindern unter zwei Jahren in Form einer Bindungsdiagnostik - dringend zu empfehlen, wie sie beispielsweise im Rahmen einer familienpsychologischen Begutachtung durchgeführt werden kann.

6.3 Äußeres Erscheinungsbild und Auftreten des Elternteils

Im persönlichen Kontakt können psychisch kranke Eltern höflich, freundlich und gepflegt wirken, obwohl eine schwere Störung vorliegt. Dies gilt vor allem für Eltern mit antisozialer/dissozialer, narzisstischer oder emotional-instabiler (Borderline-)Persönlichkeitsstörung, die im Bedarfsfall gewinnend auftreten können. Aber auch Eltern mit klinischen Störungen können punktuell unauffällig erscheinen, wenn keine akute Krankheitsphase vorliegt.

In diesem Fall berichten die beteiligten Professionellen jedoch oft über ein „komisches Bauchgefühl“ oder eine „Intuition“, was weiterer Nachforschungen bedarf. Gleiches gilt für widersprüchliche Einschätzungen durch verschiedene Fachkräfte. In solchen Fällen sollten die „insoweit erfahrenen Fachkräfte“ (ISEF) oder familienpsychologische oder psychiatrische Gutachter:innen einbezogen werden, oder sonstige Vier-Augen-Maßnahmen ergriffen werden. Es ist insbesondere danach zu fragen, welche konkreten Beobachtungen oder Informationen im Einzelnen das „Bauchgefühl“ bzw. die „Intuition“ auslösen.

7.

Geeignete Mittel zur Verbesserung des Kinderschutzes bei psychisch kranken Eltern

Da Kinder im ersten Lebensjahr besonderen Gefährdungen ausgesetzt sein können, sind für den Kinderschutz die „Frühen Hilfen“ in Form von Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern von besonders hoher Bedeutung. Für die erweiterte Risikoeinschätzung bis zum 6. Lebensjahr oder länger sind die Sozialpädagogischen Familienhilfen (SPFH) von großer Bedeutung.

Ein besonders geeignetes Mittel zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung in diesem Arbeitsfeld wäre eine standardisierte Interaktionsbeobachtung, welche Hinweise auf hochunsichere Bindungen bzw. Bindungsstörungen und damit auf mögliche Misshandlungen, Missbrauch und Vernachlässigung erlaubt (Pillhofer u. a. 2016). Für Kinder bis zwei Jahren lässt sich etwa der CARE-Index nach Crittenden (Child-Adult-Relationship-Experimental Index; Crittenden 2005) einsetzen und für Kinder und Jugendliche die Marschak-Interaktions-Beobachtung, für die inzwischen eine standardisierte Methode zur Durchführung und Auswertung vorliegt (MIM/D-EIS; Salo/ Mäkelä 2006, 2010, 2017).

Die hier entwickelte „Ampelliste Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern“ ist für den Einsatz der Fachkräfte vor Ort nicht geeignet, da sie den Zusammenfluss verschiedenster Informationen erfordert. Für die Entscheidungsträger:innen – also Mitarbeiter:innen der Bezirkssozialarbeit und deren Vorgesetzte – im Kinderschutz wären hingegen gezielte Fortbildungen zum Thema „Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern“ zu empfehlen, da auch der Einsatz von Listen bei den oft komplexen Problemlagen im Zweifelsfall keine eindeutigen Lösungen ergeben kann.

Nicht zuletzt ist zu betonen, dass die Ressourcenorientierung ein wichtiger präventiver Aspekt für den Kinderschutz psychisch kranker Eltern ist. Aktuell hiermit befasst ist auf Bundesebene die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern“. Die interdisziplinäre und interministerielle Arbeitsgruppe

erarbeitet mit Beteiligung von Fachverbänden und Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern.

Inzwischen gibt es eine Reihe von spezifischen Interventionen, deren Wirksamkeit belegt ist. Als besonders wirksam auf Kinderseite haben sich Gruppenprogramme erwiesen. Auf Elternseite existieren evaluierte Interventionen zur Verbesserung der elterlichen Reflexions- und Einfühlsamkeit sowie Trainingsprogramme zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion.

Nicht zuletzt bieten Patenschaftsprogramme eine wirksame und niederschwellige Möglichkeit, die Betroffenen zu stabilisieren. Es ist ferner ausgesprochen zu begrüßen, dass in einigen Regionen spezialisierte Sozialpädagogische Familienhilfen installiert wurden, die auf Hilfen für psychisch kranke Eltern fokussiert sind.

Ampelliste Kinderschutz bei psychisch kranken Eltern

Diagnostizierte Klinische Störung	Risiko einer Kindeswohlgefährdung		
	Hoch	Mittel	Gering
Psychotische/Schizophrene Erkrankung mit Wahn vorhanden	x		
Kind feindselig in das Wahnsystem einbezogen	x		
Mittelgradige bis schwere Depressive Phase	x		
Bipolare (Manisch-Depressive) Störung	x		
Suizidversuche/Suiziddrohungen in den letzten 3 Jahren	x		
Postpartale/Postnatale Psychose oder Depressionend)	x		
vordiagnostizierte Pädophilie/Paraphilie	x		
Substananzhängigkeit	x		
Substituierte Substanzabhängigkeit		x	
Regelmäßige Anbindung an niedergelassenen Psychiater/ Tagesklinik		x	
Fehlende Krankheitseinsicht / Behandlungsbereitschaft	x		
Keine stabile medikamentöse Behandlung, trotz ärztlicher Empfehlung		x	
Eigenständiges Absetzen der Medikation in Phasen beginnender Verschlechterung (beginnende Psychose/ beginnende Manie)	x		
Mehrere Krankheitsphasen/stationär-psychiatrische Behandlungen in der Vergangenheit		x	
Ausgeprägte aktuelle Symptomatik	x		
Seit 3 Jahren psychisch stabil mit / ohne Dauermedikation (Prophylaxedosis)			x
Beide Elternteile sind erkrankt	x		

Diagnostizierte Persönlichkeitsstörung	Risiko einer Kindeswohlgefährdung		
	Hoch	Mittel	Gering
Irgendeine Persönlichkeitsstörungen vorhanden		x	
Münchhausen-By-Proxy x	x		
Unbehandelte Emotional Instabile (Borderline-)Persönlichkeitsstörung zum jetzigen Zeitpunkt	x		
Stationär und ambulant behandelte Emotional Instabile (Borderline-) Persönlichkeitsstörung		x	
Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung älter als 3 Jahre		x	
Antisoziale/Dissoziale Persönlichkeitsstörung	x		
Irgendeine Persönlichkeitsakzentuierung vorhanden		x	

Kindbezogene Risikofaktoren bei psychisch kranken Eltern	Risiko einer Kindeswohlgefährdung		
	Hoch	Mittel	Gering
Alter des Kindes unter 1 Jahr	x		
Alter des Kindes unter 6 Jahre		x	
Verhaltensauffälligkeiten / Psychische Auffälligkeiten / Entwicklungsstörungen		x	
Kind sozial auffällig in der Gruppe Gleichaltriger: Aggressives Verhalten, Außenseiter und/oder überangepasst		x	
Hochunsichere (desorganisierte) Bindung oder Bindungsstörung des Kindes	x		
Auffallend introvertiertes Verhalten des Kindes		x	
Destruktive Parentifizierung des Kindes		x	

Therapie und Behandlung	Risiko einer Kindeswohlgefährdung		
	Hoch	Mittel	Gering
Regelmäßige Anbindung an niedergelassenen Psychiater/ Tagesklinik		x	
Fehlende Krankheitseinsicht / Behandlungsbereitschaft	x		
Eigenständiges Absetzen der Medikation in Phasen beginnender Verschlechterung (beginnende Psychose/ beginnende Manie)	x		
Mehr als 2 Krankheitsphasen/stationär-psychiatrische Behandlungen in der Vergangenheit		x	
Ausgeprägte aktuelle Symptomatik	x		
Seit 3 Jahren psychisch stabil mit / ohne Dauermedikation (Prophylaxedosis)			x

Quelle: Eigene Darstellung

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2011): S3(+) Kinderschutzleitlinie. AWMF Register-Nummer 027-069

Bartsch Dianna, Roberts Rachel Margaret, Davies Matthew, Proeve Michael (2016) Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. In: Aust Psychol H. 51, S. 472–480

Castellanos, Helen A./Herkorn, Christiane (2016): Psychologische Gutachten im Familienrecht. Nomos-Verlag, Baden-Baden

Clemens, Vera/Plener, Paul L./Kaveman, Barbara/Brähler, Elmar/Strauß, Bernhard/ Fegert, Jörg M. (2019): Häusliche Gewalt: Ein wichtiger Risikofaktor für Kindesmisshandlung. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, H. 67, S. 92–99

Crittenden, Patricia M. (2005): CARE-Index Toddlers Coding Manual. Unpublished manuscript. Family Relations Institute, Miami/Florida

Deegener, Günther (2005): Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlungen. In: Deegener, Günther/ Körner, Wilhelm (Hrsg): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Ein Handbuch. Göttingen, S. 37–58

DeVylder, Jordan (2010): Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Borderline Personality Disorder: An Evaluation of the Evidence International. In: Journal of Psychosocial Rehabilitation, 15. Jg., H. 1, S. 61–70

Dilling Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H./Schulte-Markwort, Elisabeth (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern

Donath, Carolin/Graessel, Elmar/Baier, Dirk/Bleich, Stefan/Hillemacher, Thomas (2014): Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? In: BioMedCentral Pediatrics, 14. Jg., Art. 113 www.biomedcentral.com/1471-2431/14/113 (07.07.2022)

Egg, Rudolf/Pearson, Frank S./Cleland, Charles M./Lipton, Douglas S. (2001): Evaluation von Straftäterbehandlungsprogrammen in Deutschland. Überblick und Meta-Analyse. In: Rehn, Gerhard/Wischka, Bernd/Lösel, Friedrich/Walter, Michael (Hrsg.): Behandlung „gefährlicher Straftäter“. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbolzheim, S. 321–347

Fegert, Jörg M. (2008): Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordination und Vernetzung im Kinderschutz. In: Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M. (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München, S. 195–206

Galm, Beate/Hees, Katja/Kindler, Heinz (2016): Kindesvernachlässigung. München

Häbler, Frank/Schepker, Renate/Schläfke, Detlef (Hrsg.) (2008): Kindstod und Kindstötung. Berlin

- Herrmann, Bernd/Dettmeyer, Reinhard/Banaschak, Sibylle/Thyen, Ute (2016): Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 3. Aufl. Berlin
- Hertkorn, Christiane (2017): Eltern mit Suchterkrankungen. In: Plattner, Anita (Hrsg.): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. München, S. 74–84
- Hipp, Michael (2014): Kriterienkatalog zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit bei psychisch beeinträchtigten Eltern. In: Die Kinderschutzzentren (Hrsg.): Hilfen für psychisch belastete Familien, Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe, S. 69–82
- Hobson, R.Peter/Patrick, Matthew/Crandell, Lisa/García-Pérez, Rosa/Lee, Anthony (2005): Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. In: *Development and Psychopathology*, 17. Jg., H. 2, S. 329–347
- Jacobi, Frank/Höfler, Michael/Strehle, Jens/Mack, Simon/Gerschler, Anja/Scholl, Lucie/Busch, Markus A./Maske, Ulrike/Hapke, Ulfert/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Wagner, Michael/Zielasek, Jürgen/Wittchen, Hans-Ulrich(2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit. In: *Nervenarzt*, 85. Jg., S. 77–87
- Kraus, Christina (2016): Rauschgiftlage 2014. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2016*. Lengerich, S. 145–160
- Kindler, Heinz (2006): Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung. Ein Forschungsüberblick. In: Kavemann, Barbara, Kreyszig, Ulrike (Hrsg.): *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt*. Wiesbaden, S. 36–53
- Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/Blüml, Herbert/Meysen, Thomas/Werner, Annegret (Hrsg.) (2006): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München
- Kuhn, Julian/Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (2011): Stressbewältigung bei Kindern schizophrene erkrankter Eltern. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hrsg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung*. Kornwestheim, S. 299–314
- Lenz, Albert (2019): Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. Ein Gruppenprogramm zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Reihe *Therapeutische Praxis*. Göttingen
- Lenzenweger, Mark F./Johnson, Matthew D./Willet, John B. (2004): Individual Growth Curve Analysis Illuminates Stability and Change in Personality Disorder Features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. In: *Archives of General Psychiatry* 61. Jg., S. 1015–1024
- Luszczynska, Aleksandra/Gutiérrez-Doña, Benicio/Schwarzer, Ralf (2005): General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. In: *International Journal of Psychology*, 40. Jg, H.2, S. 80–89
- Newman, Louise K./Stevenson, Caroline S./Bergman, Lindy R./Boyce, Philip (2007): Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41. Jg., H. 7, S. 598–605

- Pillhofer, Melanie/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M./Hoffmann, Till/Paul, Mechthild (2016): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Plass, Angela/Ohntrup, Janna M./Wiegand-Grefe, Silke (2011): Die Genderperspektive: Psychische Auffälligkeiten von Jungen und Mädchen. In: Wiegand-Grefe, Silke/Mattejat, Fritz/Lenz, Albert (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung. Kornwestheim, S. 375–401
- Plass, Angela/ Wiegand-Grefe, Silke (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel
- Plattner, Anita (Hrsg.) (2019): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. München
- Salo, Saara & Mäkelä, Jukka (2006, 2010, 2017). Dyadic Emotional Interaction Style (D-EIS). Helsinki University/ National Institute of Health and Welfare
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe: Depression. Infos und Hilfe. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe?r=p> (07.07.2022)
- Stolpmann, Georg/Fromberger, Peter/Jordan, Kirsten/Schwerdtner, Johannes/Müller, Jürgen L. (2010): Patienten mit einer wahnhaften Depression in der Maßregel nach § 63 StGB. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, H. 4, S. 160–165
- Trupe, Rebecca Devan (2010): Effect of Maternal Borderline Personality Disorder on Emotional Availability in Mother-Child Interactions. University of Tennessee, Masters Theses. https://trace.tennessee.edu/utk_gradthes/836/ (07.07.2022)
- Walsh, Christine/MacMillan, Harriet/Jamieson, Ellen (2002): The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. In: Child Abuse and Neglect, 26. Jg., H. 1, S. 11–22
- Wiedemann, Michael (2013): Begutachtung psychisch gestörter Eltern. In: Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, H. 1, S. 6–16
- Zanarini, Mary C./Frankenburg, Frances R./Reich, D. Bradford/Fitzmaurice, Garrett (2012): Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. In: American Journal of Psychiatry, 169. Jg., H. 5, S. 476–483
- Zobel, Martin (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Göttingen
- Zonana, Howard/Abel, Gene (1999): Dangerous Sex Offenders. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, Washington DC

Deutsches Jugendinstitut e. V.

Nockherstraße 2
D-81541 München

Postfach 90 03 52
D-81503 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

www.dji.de