

Münchener Hilfe- netzwerk für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern

ANHANG ZU DEN GRUND-
SÄTZEN INTERDISZIPLINÄRER
KOOPERATION



**MÜNCHNER
HILFENETZWERKE**

für Kinder und ihre suchtkranken oder
psychisch erkrankten Eltern



Die Grundsätze interdisziplinärer Kooperation sind in einem separaten Band aufgeführt. Dieser ist abrufbar unter folgender Internetadresse:

www.hilfenetzwerke.de/downloads



Inhalt

Vorbemerkung	4
Basisinformationen	5
1. Lebenslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern.....	5
1.1 Überblick über psychische Störungen/Erkrankungen.....	5
1.2. Behandlungsmöglichkeiten.....	7
1.3. Spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern (Gender Mainstreaming) und Menschen mit Migrationshintergrund.....	8
1.4. Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf Elternschaft und Erziehungsfähigkeit.....	10
1.5. Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf die Kinder (Risikofaktoren).....	11
1.6. Schutzfaktoren für Kinder.....	13
2. Aufgaben und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe.....	14
2.1. Übersicht über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe für Eltern und ihre Kinder in München.....	15
2.2. Gefährdung des Kindeswohls.....	15
2.2.1. Rechtliche Grundlagen.....	15
2.2.2. Schutzauftrag der Jugendhilfe im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII).....	16
2.2.3. Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung.....	18
3. Fazit zur Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutionellen Kooperation.....	20
Überblick über die potentiell zu beteiligenden Kooperationspartner*innen	21
Glossar	24
Gesetzestexte	40

Vorbemerkung

Dieser Band ist Anhang zu den Grundsätzen interdisziplinärer Kooperation für das Münchner Hilfenetzwerk für Kinder¹ und ihre psychisch erkrankten Eltern². Er bietet Basisinformationen als hilfreiches Hintergrundwissen für Fachkräfte, die mit Familien mit psychisch erkrankten Eltern arbeiten.

Im ersten Abschnitt finden Sie Informationen

- › zur Lebenssituation von Familien mit psychisch erkrankten Eltern,
- › zu psychischen Störungen und deren Auswirkungen,
- › zur Situation der betroffenen Kinder,
- › zu spezifischen Risiko- und Resilienzfaktoren (Widerstandsfähigkeit) für Kinder.

Der zweite Abschnitt bietet eine Übersicht über die wichtigsten Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie der Jugendhilfe. Er informiert außerdem über die relevanten Grundlagen des Kinderschutzes und der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen als Teil des Schutzauftrages der öffentlichen Jugendhilfe.

Der dritte Abschnitt schließt mit einem Fazit zur Bedeutung interdisziplinärer / interinstitutioneller Kooperation, einem Glossar sowie mit Auszügen aus relevanten Gesetzestexten.

Die Grundsätze, die diesem Anhang zugrunde liegen, sind unter folgender Internetadresse abrufbar:

www.hilfenetzwerke.de

1 Im folgenden Text wird der Begriff "Kinder" verwendet im Sinne von "Kinder psychisch erkrankter Eltern" und umfasst die Altersgruppe 0 bis 18 Jahre, also auch Jugendliche

2 Im folgenden Text wird aus Gründen der Lesbarkeit nur noch der Begriff "Eltern" gleichermaßen für ein Elternteil oder beide Eltern sowie für andere Fürsorgeberechtigte verwendet.

Basisinformationen

1. Lebenslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern

Um die Situation von Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil besser verstehen zu können, ist es hilfreich, grundlegendes Wissen über psychische Störungen/Erkrankungen und deren Auswirkungen zu haben.

1.1 Überblick über psychische Störungen/Erkrankungen

Das im deutschsprachigen Raum gebräuchliche Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen ICD 10 (International Classification of Diseases) ordnet psychiatrische Erkrankungen im Wesentlichen nach phänomenologischen Gesichtspunkten, ohne – wie in früheren Versionen – Ursachen bzw. Entstehungsbedingungen zu berücksichtigen. Die Erkrankungen werden gemäß der Kriterien Symptomatik, Schweregrad und Verlauf beschrieben. Folgende Hauptgruppen benennt die ICD für psychische Störungen/Erkrankungen bei Erwachsenen:

- **F0:** körperlich begründbare psychische Störungen (bspw. bei Multipler Sklerose, Zustand nach Entzündungen des Gehirns, Zustand nach Schädelhirntrauma, bei Epilepsie oder schwerer Schilddrüsenfunktionsstörung),
- **F1:** Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Suchterkrankungen),
- **F2:** schizophrene Störungen, anhaltende wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen,
- **F3:** affektive Störungen (verschiedene Subtypen depressiver Störungen, bipolare Störungen, Dysthymie, Manien),
- **F4:** neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: dazu gehören Angsterkrankungen wie Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung. Ferner Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen (mit übermäßiger Reaktion auf akute Stressoren, kritische Lebensereignisse), die posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen (mit wechselnden vielfältigen körperlichen Symptomen ohne definierbare organische Ursache) und die anhaltende Schmerzstörung,

- › **F5:** Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen (z.B. Anorexia nervosa, Bulimie),
- › **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, wozu neben spezifischen Persönlichkeitsstörungen (wie dissoziale, histrionische, abhängige, ängstlich-vermeidende und Borderline-Persönlichkeitsstörung) auch abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle gehören (wie z.B. Kleptomanie) sowie
- › **F7:** nicht erworbene Störungen der Intelligenz.

Die Symptomatik einer psychischen Erkrankung wird im psychischen bzw. psychopathologischen Befund erfasst. Bei psychiatrischer Diagnostik sollte auch eine somatische Untersuchung sowie – je nach Krankheitsbild – ergänzende Labordiagnostik oder neuroradiologische bildegebende Verfahren durchgeführt werden.

Im psychopathologischen Befund werden Auffälligkeiten/Veränderungen im Erleben der Betroffenen sowie erkennbare Störungen ihrer Wahrnehmung, Kognition und Emotionalität dargestellt. Zudem werden Auffälligkeiten im Verhalten und in der sozialen Interaktion beschrieben. Der psychische Befund ist so individuell wie möglich zu erfassen, da die Ausprägung einer Störung oder Erkrankung sehr unterschiedlich sein kann: So können mehrere Diagnosen nebeneinander bestehen. Nur eine individuelle Erfassung der Symptomatik erlaubt eine Einschätzung der Erkrankung und ihrer Folgen. Eine übergeordnete Diagnose allein kann nur eine grobe Orientierung bieten.

Im Kontext psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder ist darauf hinzuweisen, dass eine psychische Störung/Erkrankung per se keine Gefährdung des Kindeswohls beinhaltet, wohl aber ein Risiko dafür. Risiken bestehen im Einzelfall bspw. in Abhängigkeit vom Alter des Kindes, von der Akuität versus Chronizität des Krankheitsbildes, der Verlaufsform, der Behandlung bzw. professionellen Unterstützung sowie von Krankheitseinsicht und Behandlungswillen der/des Erkrankten. Zudem sind Schutzfaktoren in und außerhalb der Familie zu berücksichtigen, die abhängig sind vom sozialen und materiellen Status, den Lebens- und Wohnbedingungen, der Familienkonstellation, bestehende soziale Netzwerke oder auch der Kooperationsbereitschaft der Eltern.

Im Kontext psychisch erkrankter Eltern sind vor allem folgende psychischen Erkrankungen/Störungen relevant:

- › affektive Störungen,
- › schizophrene Störungen,
- › Zwangs- und Angststörungen,
- › Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSB) sowie
- › Persönlichkeitsstörungen.

Auf Abhängigkeitserkrankungen z.B. von Alkohol und Drogen (F1) soll im Folgenden nicht weiter eingegangen werden, da es für diese zum Teil eigene Hilfeangebote und Netzwerke gibt.

Bei psychischen Störungen kommen psychosoziale Probleme im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung gehäuft vor: Vereinsamung und soziale Isolation, Partnerschaftsprobleme, Arbeitsstörungen, Arbeitsplatzverlust mit fehlender Tagesstruktur, Frühinvalidität (bspw. wurden in jüngerer Zeit ca. 15 % aller unter 40-jährigen schizophren Erkrankten in Deutschland früh berentet.³⁾, wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten bei Mietverhältnissen bis hin zum Verlust

³ Clade, H. (2003): Fallbeispiel Schizophrenie: Hohe soziale Kosten. Deutsches Ärzteblatt 8, S. 353–354.

der eigenen Wohnung. Im Zusammenspiel mit umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren (z.B. Anforderungen der Arbeitswelt, gesellschaftliche Stigmatisierungen) und einer beeinträchtigten Teilhabe droht dann eine anhaltende psychische Erkrankung zu einer seelischen Behinderung zu werden.

Psychische Störungen können bspw. zu Beeinträchtigungen in der Bewältigung des Alltags oder des Haushalts führen sowie zu Schwierigkeiten im Kontakt zur Nachbarschaft und im Umgang mit Ämtern und Behörden. Allerdings sind diese oder auch andere Einschränkungen nicht zwingend bei einer psychischen Erkrankung vorhanden. Es gibt durchaus Betroffene, die von der Erkrankung unberührte Möglichkeiten und Fähigkeiten haben und ihr Leben auf diese Weise gut bewältigen können. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen phasisch verlaufen oder auch als einmalige Episode auftreten können. Dies bedeutet, dass die betroffenen Patient*innen nicht dauerhaft in ihrer Alltagsbewältigung beeinträchtigt sind, sondern „gute wie schlechte Zeiten“ erleben und leben.

Psychische Erkrankungen und ggf. behinderungsbedingte Auswirkungen schränken nicht zwangsläufig alle Bereiche des Lebens ein. Es sind im Einzelfall stets Risiko- und Schutzfaktoren gleichermaßen wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Des Weiteren müssen bei der Einschätzung einer psychischen Erkrankung Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) und andere Ressourcen der*des Betroffenen einbezogen werden, welche das Krankheitsbild formen und die individuelle Lebensführung prägen.

Nähere Erläuterungen wie zu Kernsymptomen der einzelnen Erkrankungen/Störungen befinden sich im Glossar dieses Anhangs.

1.2. Behandlungsmöglichkeiten

Nach heutigem Verständnis und Standard umfasst die Behandlung psychischer Erkrankungen zwei Hauptelemente: Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. Diese beiden Behandlungsformen schließen sich nicht gegenseitig aus, wie früher angenommen, sondern ergänzen sich vielmehr sinnvoll in Abhängigkeit von diagnostischer Zuordnung und Schweregrad einer Erkrankung. Eine sinnvolle Ergänzung stellt die Psychoedukation dar.

Eine **Therapie mit Psychopharmaka** greift in den Stoffwechsel des Gehirns ein: Sie beeinflusst die Konzentration von Neurotransmittern (Botenstoffen im Gehirn), welche bei einzelnen psychischen Erkrankungen erhöht oder erniedrigt sein können (bspw. Dopaminüberschuss bei akuten Psychosen oder Serotoninmangel bei depressiven Störungen).

Man unterscheidet grundsätzlich Antidepressiva (stimmungsaufhellend, angstlösend, antriebssteigernd), Neuroleptika (antipsychotisch, beruhigend, Behandlung von Unruhezuständen und schweren Schlafstörungen), Beruhigungsmittel bzw. Benzodiazepine (beruhigend, angstlösend, muskelentspannend) und Phasenprophylaktika bzw. Stimmungsstabilisatoren (stabilisieren insbesondere bei bipolaren Störungen die extremen Stimmungsschwankungen). Die Gefahr der Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit besteht zweifelsohne vor allem bei der Verordnung von Benzodiazepinen.

Die Auswahl und Dosis eines passenden Medikaments muss in enger Abstimmung zwischen Psychiater*in und Patient*in erfolgen. Psychopharmaka können neben den erwünschten Hauptwirkungen unerwünschte Nebenwirkungen haben. So hatten etwa Neuroleptika der ersten Generation teilweise erhebliche Nebenwirkungen die Motorik betreffend. Derartige unerwünschte Wirkungen können ein wichtiger Grund sein, warum Patient*innen ihre Psycho-

pharmaka absetzen. Dies muss von den beteiligten Fachkräften ernst genommen und - unter dem Aspekt der Vorrangigkeit erwünschter Wirkungen - einfühlsam besprochen werden. In der Regel stellen Nebenwirkungen den Nutzen eines Medikaments aber nicht in Frage. Im Einzelfall müssen verschiedene Medikamente ausprobiert werden, um ein Präparat zu finden, das möglichst nebenwirkungsarm ist.

Die Behandlungsbereitschaft (sog. Compliance oder Adherence) muss als prozesshaft, als Teil der Auseinandersetzung mit der Erkrankung verstanden werden und ist abhängig von der sogenannten Krankheitseinsicht.

Psychopharmaka heilen eine Krankheit zwar nicht, doch sie tragen dazu bei, Symptome zu lindern oder sogar zum Verschwinden zu bringen. Somit können sie die Lebensqualität der Patient*innen verbessern und ihnen bestenfalls eine normale Alltagsgestaltung ermöglichen.

Psychotherapie erfolgt ambulant oder stationär mittels verschiedener Verfahren, wie bspw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie/Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, systemischer Familientherapie oder Gestalttherapie. In den Praxen ambulant tätiger Psychotherapeut*innen werden nur die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die analytische Psychotherapie von den Krankenkassen übernommen. Mit Änderung der Psychotherapie-Richtlinien im Jahre 2017 wurden neue Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akuttherapie, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Hintergrund war das Bestreben, Wartezeiten bis zu dem Beginn psychotherapeutischer Behandlung zu verkürzen.

Als **Psychoedukation** wird die Aufklärung der Patient*innen und ihrer Angehörigen über physische und psychische Erkrankungen bezeichnet. Sie beinhaltet systematische und didaktisch aufbereitete Informationen und Interventionen, die meist in Gruppen angeboten werden. Sie soll das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die Krankheitsbewältigung fördern.

Weitere Verfahren: In psychiatrischen wie psychosomatischen Kliniken wird regelmäßig bspw. Bewegungstherapie, Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie, Gestaltungs- und Musiktherapie, Einübung in Alltagsbewältigung angeboten. Unter ambulanten Bedingungen ist es niedergelassenen Fachärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen möglich, Soziotherapie oder Ergotherapie zu verordnen.

1.3. Spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern (Gender Mainstreaming) und Menschen mit Migrationshintergrund

Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen. Ein geschlechtsspezifischer Ansatz, der sowohl spezifische Aspekte der weiblichen, als auch der männlichen Entwicklung und Sozialisation erfasst, ist sinnvoll.

So finden sich bestimmte psychische Störungen bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern. Essstörungen etwa treten vermehrt bei Mädchen bzw. Frauen auf, da diese sich stark mit den Schönheitsidealen der westlichen Welt identifizieren. Ebenso treten affektive Störungen, bestimmte Angststörungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei

Frauen vermehrt auf. Nicht zu vernachlässigen sind die komplexen Traumafolgestörungen durch spezifische Belastungen in der Biographie von Frauen wie seelischer und körperlicher Missbrauch und Gewalt. Psychische Erkrankungen bei Frauen erscheinen oft in der Postpartalzeit zum ersten Mal, also nach der Geburt eines Kindes⁴. Bei Männern hingegen treten tendentiell gehäuft bestimmte Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen auf. Bei schizophrenen Störungen spielt das Geschlecht keinerlei Rolle.

Das Geschlecht des psychisch erkrankten Elternteils wirkt sich auch auf die Situation der Kinder aus: So sind psychisch kranke Mütter häufiger alleinerziehend als andere Frauen. Erkrankt der Vater, so leben nur mehr rund 57 % der Kinder mit ihren Vätern zusammen. Bei den Müttern sind es noch ca. 71 %. Die Erkrankung der Väter beeinflusst die Entwicklung der Kinder erfahrungsgemäß weniger stark, da diese meist noch in einer Partnerschaft leben. Ein weiterer Aspekt ist, dass psychisch erkrankte Mütter häufiger in Gewaltbeziehungen leben. Gleichzeitig verfügen sie über weniger soziale Netze und damit über geringere Ressourcen für eine Trennung als Männer⁵.

Der Unterstützungsbedarf der Mütter ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Häufig hindert sie ihr Verantwortungsgefühl für die Kinder daran, stationäre Einrichtungen aufzusuchen oder sie brechen einen Klinikaufenthalt vorzeitig ab. Psychisch erkrankten Müttern sollte daher ein ambulantes Versorgungsnetz, Mutter-Kind-Stationen und Wohnmodelle mit sozialpsychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Betreuung zur Verfügung stehen.

Menschen mit Migrationshintergrund leben mehrheitlich unter erschwerten und sozial benachteiligenden Bedingungen. Aufenthaltsrechtliche Aspekte, Sprachprobleme, Anpassungsforderungen der aufnehmenden Gesellschaft oder Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierungserfahrungen können besondere Belastungen hervorrufen. Diese Faktoren lassen eine entsprechend erhöhte Vulnerabilität für psychische und körperliche Störungen erwarten. Neben diesen migrationspezifischen Belastungen können sowohl Kommunikationsprobleme und differierende Krankheitskonzepte als auch Informationsdefizite über bestehende Hilfsstrukturen eine rechtzeitige Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten erschweren. Des Weiteren hindern Tabus und Angst vor Stigmatisierung viele Migranten daran, sich frühzeitig entsprechende Hilfe zu holen. Zudem sind Flüchtlinge aufgrund von Traumatisierungen häufig nicht in der Lage, aus eigener Kraft angemessene Hilfe aufzusuchen.

Um Betroffene frühzeitig zu unterstützen, muss die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Beratungs- und Gesundheitsangeboten fortgeführt und ausgebaut werden. Dies kann zum einen durch Einstellung von Fachpersonal mit unterschiedlichen Muttersprachen, zum anderen durch mehrsprachiges Informationsmaterial geschehen. Weitere Maßnahmen hierzu sind interkulturelle Supervision, Dolmetscherdienste und Module zu Kultursensitivität in Aus- und Fortbildung.

4 Riecher-Rössler, A., Rohde, A. (Hrsg.) (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Karger-Verlag, Basel-Freiburg.

5 Schone, R., Wagenblass, S. (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind – Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Votum, Münster.

1.4. Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf Elternschaft und Erziehungsfähigkeit

Psychische Erkrankungen können die Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen. Je nach Art, Schwere und Verlaufsform der Erkrankung können Einschränkungen auf die Erziehungsfähigkeit unterschiedlich ausgeprägt sein. Bei phasischem bzw. schubförmigem Verlauf einer Erkrankung können Phasen der Stabilität – kognitiv wie emotional – und des adäquaten Realitätsbezugs wechseln mit floriden (d.h. voll ausgeprägten) Krankheitsbildern, in denen Denkfähigkeit, Sprache und Emotionalität stark beeinträchtigt sind. Insbesondere die Symptome akuter schizophrener Psychosen wie Wahnerleben, Halluzinationen und desorganisiertes Handeln lassen es bei starker Ausprägung nicht zu, die Bedürfnisse eines Kindes angemessen wahrzunehmen und zu befriedigen. Kinder können in das Wahnerleben einbezogen werden, was zu akuten Gefährdungen ihrer körperlichen Unversehrtheit und tiefer emotional-kognitiver Verunsicherung führen kann.

An einer schweren Depression erkrankte Eltern sind durch Antriebslosigkeit, tiefe Traurigkeit oder „versteinerte“ Gefühle und die Tendenz zum sozialen Rückzug nur eingeschränkt in der Lage, der Fürsorge und Erziehung ihrer Kinder gerecht zu werden.

Persönlichkeitsstörungen sind starke und starre Ausprägungen von Charaktereigenschaften, die Krankheitswert haben und die Umwelt und die Beziehungen eines Menschen belasten. Der Leidensdruck ist meist hoch und die soziale Stabilität eingeschränkt, insbesondere, wenn kein eigenes Krankheitsverständnis entwickelt wird. Im Kontakt mit Kindern können die Widersprüchlichkeit des Verhaltens und die Brüche in Beziehungen von diesen als belastend erlebt werden.

Die Empathiefähigkeit psychisch erkrankter Eltern kann krankheitsbedingt eingeschränkt sein, was sich insbesondere bei Müttern von sehr kleinen Kindern negativ auf deren Bindungsfähigkeit auswirkt. Auf diese Weise kann die frühkindliche Entwicklung negativ beeinflusst werden. Besonders prägnante Beispiele hierfür sind die postpartale Depression (Wochenbettdepression) und postpartale Psychose.

Eine stabile, bindungsfähige Bezugsperson ist insbesondere in den ersten achtzehn Lebensmonaten, in denen die neuronale Plastizität des Gehirns besonders hoch ist und somit die Bindungsfähigkeit und Entwicklung eines Kindes besonders störanfällig ist, von herausragender Bedeutung.

Je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung sind elterliche Zuwendung und Erziehungsverhalten wenig stabil und für die Kinder nicht einschätzbar. In gesunden Phasen kann die Beziehung herzlich, engagiert und fürsorglich sein, in Krankheitsphasen hingegen affektiv distanziert, abwesend oder abweisend. Psychisch erkrankte Menschen sind in der Regel weniger stresstolerant als gesunde Menschen und sie können in belastenden Situationen ihren Kindern teils nicht den Halt und die Sicherheit vermitteln, die sie brauchen. Zudem kann sich ein Kreislauf aus beiderseitigen Belastungen entwickeln, insbesondere dann, wenn die Kinder selbst soziale oder psychische Auffälligkeiten zeigen und auf Aufmerksamkeit, Stabilität und Engagement ihrer Eltern besonders angewiesen sind.

Nicht selten ist es für die psychisch erkrankten Eltern selbst sehr schwer zu beurteilen, inwieweit sie in der Lage sind, den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden und inwieweit ihre Erziehungsfähigkeit durch ihre Erkrankung eingeschränkt ist. Darüber hinaus sind soziale Kontakte oder die Inanspruchnahme von außerfamiliärer oder professioneller Unterstützung häufig reduziert oder nicht möglich. Zudem leiden viele dieser Eltern unter Schuldgefühlen ihren Kindern

gegenüber, was zusätzlich zu instabilem Erziehungsverhalten führen kann. Verschärfen kann sich die Situation mancher Familien noch dadurch, dass zusätzliche Risiken wie Armut, alleinerziehende Elternschaft oder zusätzliche somatische Erkrankungen bestehen.

Als wichtige Faktoren bezüglich der Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen auf die Kinder sind Krankheitseinsicht, Behandlungswille und -compliance der/des Betroffenen anzusehen. Bei einer Gesamteinschätzung der familiären Situation ist es aber auch wichtig, die Ressourcen der Familien angemessen zu berücksichtigen. Ein gesunder Elternteil oder auch eine der Familie nahestehende, gesunde erwachsene Person (Großeltern, enge Freunde, etc.) kann die Entwicklungsrisiken der Kinder mindern. Dies gilt gleichermaßen für eine ausreichende finanzielle Absicherung sowie feste und unterstützende soziale Strukturen, in die die Kinder eingebunden sind (Kindergarten, Schule, Jugendgruppen etc.). Zu berücksichtigen sind auch erkennbare Resilienzfaktoren der betroffenen Personen.

Psychisch erkrankte Eltern leiden sehr häufig unter der Angst, ihre Kinder könnten ihnen „weggenommen“, also in Obhut genommen werden. Aus diesem Grund nehmen vor allem Mütter ärztliche bzw. psychologische Behandlung oder soziale Unterstützung teils nicht oder zu spät wahr. Oder aber sie verschweigen, dass sie Kinder haben oder wie diese versorgt werden. Zudem lässt sie die Sorge um das Wohl ihrer Kinder Behandlungen nicht selten vorzeitig abbrechen oder beunruhigt sie - bspw. während eines stationären Aufenthalts - so sehr, dass sie sich nicht ausreichend auf ihre eigene Behandlung einlassen und konzentrieren können. Insofern ist Offenheit im Umgang mit der Situation der Kinder nicht nur für die gesunde Entwicklung dieser wichtig, sondern auch ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung der Eltern.

1.5. Auswirkungen psychischer Störungen/ Erkrankungen auf Kinder (Risikofaktoren)

Ein beträchtlicher Anteil von Kindern psychisch erkrankter Eltern entwickelt sich unauffällig, jedoch sind sie potentiell gefährdet, durch die Erkrankung ihrer Eltern Schaden in ihrer eigenen Entwicklung zu nehmen. Dieses ist von vielen Faktoren abhängig: von der Konstitution des Kindes selbst, vom Alter des Kindes bei Ausbruch der Erkrankung der Eltern, von Dauer und Schwere der Erkrankung, vom weiteren familiären und sozialen Umfeld, genetischen und anderen Faktoren. Die Gefahr einer Beeinträchtigung ist umso höher, je jünger und abhängiger die Kinder von der erkrankten Bezugsperson sind.

Im Säuglingsalter stehen die körperlichen Symptome mit Gedeihstörungen im Vordergrund begleitet von Entwicklungs- und Regulationsstörungen. In dieser Entwicklungsphase des Kindes ist eine stabile emotionale Beziehung zu einem Elternteil oder zu einem nahen Verwandten erforderlich, damit das Kind eine sichere Bindung entwickeln kann. Die frühkindlichen Entwicklungs- und Regulationsstörungen können sich bis ins Kleinkindes- und Vorschulalter fortsetzen. Zu ängstlichem oder regressivem, aber auch aggressivem oder überangepasstem Verhalten, können im Schulalter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, psychosomatische Beschwerden, Lernstörungen und soziale Kontaktstörungen dazukommen. Wird im Umgang mit diesen Auffälligkeiten nicht erkannt, dass sie eine Bewältigungsstrategie der Kinder im Leben mit ihren psychisch erkrankten Eltern sind und bleibt adäquate Hilfe aus, kann das Kind in der Folge sowohl psychische als auch soziale Beeinträchtigungen bis hin zu chronischen Störungen entwickeln.

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind aber auch in der Gefahr, sehr viel Verantwortung für ihre Eltern und Geschwister zu übernehmen oder aufgebürdet zu bekommen. Sie üben Elternfunktionen aus und können sich daher zum Teil nicht altersgerecht emotional und sozial entwickeln. Dies wird verstärkt, wenn seitens der Eltern eine geringe Sensibilität für die Bedürfnisse ihrer Kinder vorliegt.

In den bisherigen Ausführungen wurde das allgemeine psychische Erkrankungsrisiko der Kinder beschrieben. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder psychisch erkrankter Eltern im Verlauf ihrer Kindheit ebenfalls eine psychische Auffälligkeit oder Störung⁶ entwickeln, liegt bei ungefähr 60 %. Das bedeutet, dass das Risiko um den Faktor 3 - 4 höher liegt als bei Kindern allgemein. Das spezifische Erkrankungsrisiko, also das Risiko, dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln wie ihre Eltern, ist bei den Kindern ebenfalls erhöht: das Lebenszeitrisiko für Schizophrenie liegt bei 17 % gegenüber 1 % in der Gesamtbevölkerung, falls ein Elternteil erkrankt ist; sind beide Eltern schizophren erkrankt, steigt das Risiko auf 46 %. Die Rate depressiver Erkrankungen bei Kindern depressiver Eltern liegt bei 23 % bis 38 %⁷ gegenüber 10 % (WHO) in der Gesamtbevölkerung. Auch wenn das Risiko hoch erscheint, zeigen die Zahlen doch auch, dass etwa ein Drittel der Kinder keine psychische Erkrankung und ein weiteres Drittel nur eine vorübergehende psychische Auffälligkeit entwickeln.

Ob Kinder Störungen oder Erkrankungen entwickeln, ist in hohem Maße abhängig von ihrem Alter und damit von ihrer Fähigkeit, ihre eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren. Die Fähigkeit, das Verhalten der Eltern als Krankheit zu verstehen und die Symptome nicht als Folge eigenen Fehlverhaltens zu interpretieren, ist ein wesentlicher Schritt in der Bewältigung der Situation für die Kinder. Kinder unter sechs Jahren sind hierzu noch nicht in der Lage. Gleichzeitig sind sie noch von der Zuwendung und Versorgung einer stabilen Bezugsperson abhängig und deshalb den Schwankungen der elterlichen Zuwendung besonders ausgeliefert.

Oft zeigt sich eine psychische Belastung/Störung erst in der späteren Kindheit oder Jugend. Auch diese Gruppe benötigt eine spezifische Diagnostik und spezielle, altersgerechte Unterstützung.

Neben dem Risiko, selbst eine Störung zu entwickeln, und der Notwendigkeit, die fehlende elterliche Fürsorge auszugleichen, sehen sich die Kinder psychisch erkrankter Eltern auch mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen konfrontiert. Dies macht es ihnen schwer, über ihre persönliche und familiäre Situation zu sprechen und sich Informationen und Hilfe zu holen. Sie können darüber in eine soziale und nicht selten auch emotionale Isolation geraten. Da das psychiatrische System ebenso wie das System der Jugendhilfe zunächst keine ausdrücklichen Angebote an sie richtet, können sie kaum erleben, dass ihre Nöte und Ängste normal sind und dass sie einen Anspruch auf altersgerechte Information und Unterstützung in ihrer Situation haben.

Wenn Eltern oder andere am Helfersystem Beteiligte Anzeichen von psychischen Auffälligkeiten, insbesondere Traurigkeit, Anhänglichkeit, Ängste, sozialer Rückzug, schulische Probleme, Entwicklungsprobleme o.ä., wahrnehmen, ist auch eine Einleitung spezifischer Hilfen für Kinder sinnvoll. Die Inanspruchnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Beratung ermöglicht, auf spezifische Probleme der Kinder einzugehen und geeignete Lösungen

6 Matthejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.) (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance Buch und Medien Verlag, S. 79.

7 Schone, R., Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 2., unveränderte Auflage, Weinheim: Juventa Verlag, S. 11.

zu suchen. Die Diagnostik, Beratung und Behandlung kann in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen oder auch in Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen erfolgen.

1.6. Schutzfaktoren für Kinder

Kinder psychisch erkrankter Eltern müssen trotz eines erhöhten Risikos nicht zwangsläufig selbst erkranken oder die obengenannten Auffälligkeiten entwickeln. Unstrittig ist aber, dass sie unter den vielfältigen Belastungen und Problemen leiden, die die Erkrankung ihrer Eltern mit sich bringen und dies meist weit über ihre Kindheit hinaus. Je früher sie und ihre Eltern Unterstützung und Hilfestellung erhalten, umso eher können Belastungen in ihrer Ausprägung gemildert und in ihren Folgen für alle Beteiligten begrenzt werden.

Studien⁸ zeigen, dass neben einer genetischen Disposition ebenso soziale und individuelle Schutzfaktoren eine große Rolle dabei spielen, ob ein Mensch im Laufe seines Lebens psychisch erkrankt oder Resilienz entwickelt. Unter die personalen Schutzfaktoren fallen ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament, kognitive Fähigkeiten, emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit, ein positives Selbstwertgefühl, Vertrauen in die Selbstwirksamkeit und ein aktives Bewältigungsverhalten.

Dazu kommen die sozial-familiären Schutzfaktoren wie die sichere emotionale Bindung an eine Bezugsperson, ein förderliches Erziehungsklima und eine gute Paarbeziehung der Eltern. Weiterhin zählen dazu ein angemessener Umgang des erkrankten Elternteils mit seiner Erkrankung, Umfang und Qualität des sozialen Netzwerks der Familie sowie eine alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung.

Schützend wirken auch ein hinreichendes Einkommen der Familie, eine geregelte Tagesstruktur, eine fördernde Tagesbetreuung sowie Erwachsene im familiären Umfeld, die als Rollenmodell vorbildhaft fungieren. Die Schutzfaktoren variieren stark mit dem Alter der betroffenen Kinder.

Das Wissen um solche Schutzfaktoren ermöglicht es den Hilfesystemen, entsprechende unterstützende und ausgleichende Hilfen für die Eltern und ihre Kinder zu entwickeln und einzusetzen, wie z.B. Paten als stabile Bezugspersonen für die Kinder außerhalb der Familie.

8 Lenz, A., (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.

2. Aufgaben und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

Es ist die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, eventuelle Benachteiligungen abzubauen, ihre Teilhabe und Zugehörigkeit zu stärken sowie die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu beraten und zu unterstützen. Auf Hilfen bei der Erziehung und auf Eingliederungshilfen besteht ein Rechtsanspruch. Um viele der angebotenen Beratungs- und Unterstützungsangebote können sich die Eltern selbst bemühen. Diese werden in den Einrichtungen der öffentlichen und freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe angeboten wie z.B. Tagesbetreuung, Familienbildung oder Erziehungs- und Familienberatung (siehe Kapitel 2.1).

Die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe wird in der Landeshauptstadt München durch die Bezirkssozialarbeit (BSA), die Vermittlungsstelle (VMS) und die sozialpädagogischen Fachkräfte im Jugendamt geleistet. Grundsätzlich ist die Bezirkssozialarbeit im Rahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern in München zuständig. Bei Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung bzw. einer Eingliederungshilfe gem. SGB VIII in einer teilstationären oder stationären Einrichtung oder einer Pflegefamilie untergebracht sind, geht die Zuständigkeit auf die Vermittlungsstelle über. Für junge Erwachsene ist eine zentrale Stelle im Stadtjugendamt zuständig. Die Bezirkssozialarbeit und die Vermittlungsstelle sind regional in 12 Sozialbürgerhäusern (SBH) angesiedelt, die Bezirkssozialarbeit ergänzend noch im Amt für Wohnen und Migration in der Abteilung Wohnungslosenhilfe und Prävention.

Bezirkssozialarbeit (BSA) der Landeshauptstadt München

Die Bezirkssozialarbeit berät und unterstützt alle Münchner Bürger*innen in persönlichen und wirtschaftlichen Not-situationen, bei Familien- und Partnerkonflikten, bei Schwierigkeiten in der Versorgung und Erziehung von Kindern, bei Fragen zu Trennung/Ehescheidung und Sorgerechtsregelungen, in Lebenskrisen und bei psychischen Belastungen sowie bei sozialen Problemen in Folge von Alter bzw. Krankheit.

Wird der BSA ein Unterstützungsbedarf in der Erziehung von Kindern bekannt, erarbeitet sie gemeinsam mit der Familie eine Soziale Diagnose, die eine umfassende Problem- und Ressourcenanalyse beinhaltet. Dazu gehört der Aufbau einer Beziehung mit der Familie und ggf. die Kontaktaufnahme mit deren Umfeld und Hinzuziehung beteiligter Fachkräfte (z.B. Erzieher*innen, Lehrer*innen, Ärzt*innen usw.).

Die Mitarbeit der Eltern und die Beteiligung der Kinder am Beratungsprozess ist wesentlich für die Annahme und das Gelingen einer geeigneten Hilfe. Dieses Vorgehen ist ein zeitintensiver und aufwändiger Prozess. Bei Bedarf leitet die BSA – mit Zustimmung der Eltern – geeignete Erziehungs- und Eingliederungshilfen nach dem SGB VIII ein, für die in der Regel ein Hilfeplan notwendig ist (ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfe). Hilfen können nur in Zusammenarbeit von Fachkräften und den betroffenen Familien sinnvoll geleistet werden und sind an den individuellen Ressourcen und Problemen der Eltern sowie den Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ausgerichtet. Gemeinsam mit der Familie werden die Hilfeziele, Rahmenbedingungen und notwendige Kooperationen im Rahmen einer Hilfeplanung besprochen und festgelegt.

Die Aufgaben der Bezirkssozialarbeit bei einer Gefährdung des Kindeswohls sind im Kapitel 2.2 näher beschrieben.

2.1. Übersicht über Angebote der Kinder- und Jugendhilfe für Eltern und ihre Kinder in München

Die Kinder- und Jugendhilfe hält zahlreiche Angebote vor, die niedragschwellig und ohne Antrag in Anspruch genommen werden können. Beispiele hierfür sind Beratungsstellen (z.B. Erziehungsberatung) und andere in den Sozialräumen verfügbare Hilfen und Unterstützungsangebote wie z.B. Kindertagesbetreuung, Schulsozialarbeit, Patenschaftsprojekte oder Familienzentren. Eine Vermittlung kann auch über die Bezirkssozialarbeit erfolgen.

Nachfolgende Angebote müssen über die öffentliche Jugendhilfe im SBH beantragt werden:

- › Legasthenietherapie und Dyskalkulietherapie, wenn Kostenübernahme durch die öffentliche Jugendhilfe erwünscht ist (§ 35 a SGB VIII),
- › sozialpädagogische Lernhilfen (§13.1 SGB VIII),
- › ambulant betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Eltern/Alleinerziehende und ihre Kinder (§ 53 SGB XII i.V.m § 27 Abs. 2 SGB VIII),
- › Kinderkrankenpflegekräfte (§ 27 Abs. 2 SGB VIII),
- › ambulante Erziehungshilfe (§§27 i.V. m 29, 30, 31, 35 SGB VIII),
- › Erziehung in sozialpädagogischen Tagesgruppen am Nachmittag (§32 SGB VIII),
- › Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung des Kindes in Form von teilstationärer Betreuung in einer heilpädagogisch-therapeutischen Einrichtung (§ 35a SGB VIII),
- › gemeinsame Wohnformen für alleinerziehende Eltern und Kinder unter 6 Jahren (§19 SGB VIII),
- › Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder stationären Einrichtungen (§§33, 34, 35, SGB VIII) sowie
- › stationäre Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung des Kindes/Jugendlichen (§35a SGB VIII),
- › etc.

Teilweise ist ein Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII notwendig.

Auf den Internetseiten www.hilfenetzwerke.de sowie www.kipse.de sind wichtige Kontaktdaten zu Unterstützungsangeboten für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern in München zu finden. Weiterführende Informationen finden Sie auch **im Glossar dieses Anhangbandes**.

2.2. Gefährdung des Kindeswohls

2.2.1. Rechtliche Grundlagen

Das Kindeswohl ist ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff im Kindschafts- und Familienrecht (vgl. §1666 BGB), der inhaltlich in jedem Einzelfall detailliert belegt werden muss. Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass den Eltern das Wohl ihrer Kinder besonders am Herzen liegt und daher die Sicherung der Elternrechte gleichzeitig das Kindeswohl sichert (vgl. Artikel 6 Abs. 2 des Grundgesetzes). Aber nicht immer können Eltern ausreichend förderliche Entwicklungsbedingungen für ein Kind gewährleisten. Immer dann, wenn Eltern ihre Erziehungsverantwortung nicht

oder in nicht ausreichendem Umfang wahrnehmen, ist das Jugendamt dafür verantwortlich, Maßnahmen zum Schutz der Kinder anzubieten und zu veranlassen. Das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie der Schutz des Kindeswohls entsprechen dem Recht eines jeden Kindes und Jugendlichen auf körperliche, geistige und seelische Entwicklung und Entfaltung.

Die Rechtsprechung definiert die Kindeswohlgefährdung wie folgt: Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 Abs. 1 BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt. (BGH, 23.11.2016 - XII ZB 149/16)

Das Gefährdungsrisiko ist also sowohl in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht zu beurteilen. Die zeitliche Einschätzung bezieht sich einerseits auf die Notwendigkeit bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben des Kindes unverzüglich zu handeln, was vor allem bei kleinen Kindern bedeutsam ist. Andererseits soll zuverlässig prognostiziert werden, ob Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung auftreten, die erst zeitlich verzögert sichtbar werden. Die sachliche Einschätzung bezieht sich auf die konkreten Umstände des Einzelfalles. Dabei lassen sich die folgenden Formen der Gefährdung unterscheiden:

- › körperliche und seelische Vernachlässigung,
- › körperliche Misshandlung,
- › psychische Misshandlung,
- › sexuelle sowie
- › Miterleben von häuslicher Gewalt bspw. Gewalt zwischen den Eltern / Elternteil und Lebenspartner*in.

2.2.2. Schutzauftrag der Jugendhilfe im Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)

Gefährdungseinschätzung in der Kinder- und Jugendhilfe

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung liegt gemäß §8a SGB VIII beim Jugendamt, verpflichtet aber ausdrücklich auch die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Kindertagesstätten, Schulsozialarbeit usw.) durch den §8a Abs. 4, auf gewichtige Anhaltspunkte von Kindeswohlgefährdung unverzüglich zu reagieren: das bedeutet, die Gefährdung abzuklären und diese abzuwenden sowie bei akuter Gefährdung Schutzmaßnahmen für das Kind zu veranlassen. In München werden die Aufgaben des Jugendamtes überwiegend von der Bezirkssozialarbeit (BSA) umgesetzt.

Der §8a Abs. 1-3 SGB VIII beschreibt für die öffentliche Jugendhilfe folgende Vorgehensweise: In einem ersten Schritt sollen gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen erkannt und das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte eingeschätzt werden. Hierbei sind die Kinder bzw. Jugendlichen sowie die Erziehungsberechtigten in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen, soweit der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt wird. Wenn die fachliche Einschätzung dies erfordert, soll sich das Jugendamt einen unmittelbaren Eindruck des Kindes bzw. Jugendlichen und von seiner persönlichen Umgebung verschaffen. Hält das Jugendamt die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, um Gefahren abzuwenden, so hat es diese der*den Erziehungsberechtigten anzubieten und auf die Mitarbeit hinzuwirken.

Folgendes gilt, wenn das Jugendamt es als notwendig erachtet, das Familiengericht in den Fall einzubeziehen:
„Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.“ (§8a Abs. 2 SGB VIII)

Die Komplexität des Schutzauftrages erfordert ein hohes Maß an Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte, die zudem gesetzlich vorgeschrieben ist. Innerhalb des Sozialbürgerhauses ist die Bearbeitung einer (vermuteten) Kindeswohlgefährdung durch ein standardisiertes Qualitätssicherungsverfahren festgelegt: Dies beinhaltet die Gefährdungseinschätzung im Vier-Augen-Prinzip, die verbindliche Bewertung der Gefährdungsmerkmale sowie die Erarbeitung eines Schutzkonzeptes.

Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, die nach dem SGB VIII Leistungen erbringen, müssen eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (§8a Abs. 4 SGB VIII) bei der Gefährdungseinschätzung hinzuziehen. Einrichtungen, die selbst nicht über eine entsprechend qualifizierte Person verfügen, haben gegenüber dem Jugendamt den Anspruch, bei der Gefährdungseinschätzung beraten zu werden. Die Falleingabe muss hierfür in anonymisierter Form erfolgen (§64 Abs. 2a SGB VIII). Bei der vorgeschriebenen Gefährdungseinschätzung durch Träger, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, sind die Betroffenen – also die Personensorgeberechtigten und die Kinder bzw. Jugendlichen – mit einzubeziehen. Das bedeutet, dass die Fachkräfte mit den Betroffenen über die Gefährdungsaspekte sprechen, soweit dadurch nicht der wirksame Schutz der Kinder und Jugendlichen in Frage gestellt wird und auf die Inanspruchnahme von geeigneten und notwendigen Hilfen hinwirken. Gelingt es bspw. der Kindertagesstätte nicht, die Eltern zur Annahme von Hilfen zu motivieren, muss das Jugendamt kontaktiert werden. In diesem Fall sind gefährdungsrelevante Informationen an die zuständigen Fachkräfte des Sozialbürgerhauses weiterzugeben.

In dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) wird die Prävention sowie Intervention im Kinderschutz gesetzlich gestärkt. Im §4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) wird festgelegt, dass alle Berufsgeheimnisträger*innen wie Ärzt*innen, Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Lehrer*innen, Erziehungsberater*innen, Sozialpädagoge*innen etc. bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ebenso wie die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe einen Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (vgl. hierzu auch §8b SGB VIII) haben. Weiterhin sollen sie mit den Eltern und Kindern/Jugendlichen die Gefährdungsaspekte erörtern sowie bei den Eltern auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, sofern nicht der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Des Weiteren berechtigt dieses Gesetz die Berufsgeheimnisträger*innen trotz Schweigepflicht dazu, Mitteilungen an das Jugendamt zu richten, um eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen – Die Inobhutnahme

Vorrangige Aufgabe der öffentlichen Jugendhilfe ist es, Familien bei ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen und bei Bedarf entsprechende Hilfe und Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Dies hat stets Vorrang vor staatlichen Eingriffen in das Sorgerecht. Bei einer Kindeswohlgefährdung kann das Jugendamt entsprechend seines staatlichen „Wächteramtes“ nach §42 SGB VIII Minderjährige in Obhut nehmen, wenn akuter Handlungsbedarf besteht. Da es sich bei dieser Maßnahme um einen Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Sorgerecht der Eltern handelt, muss bei Widerspruch durch die Eltern die Maßnahme aufgehoben (§42 Abs. 3 Nr. 1, §2 SGB VIII) oder eine familiengerichtliche Entscheidung umgehend eingeholt werden.

2.2.3. Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind Hinweise oder Informationen über Handlungen gegen Kinder und Jugendliche oder Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährden. Gewichtige Anhaltspunkte sind juristisch nicht abschließend definiert. Sie müssen daher aufgrund einschlägiger wissenschaftlicher Studien zur Kindeswohlgefährdung, mit Hilfe fachlicher Standards zu Voraussetzungen für die gesunde Entwicklung von Kindern sowie aus der Praxis der Jugendhilfe und der Gesundheitsberufe begründet werden.

Auf folgenden Ebenen können Anhaltspunkte auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen:

a. Kindbezogene Ebene

Wie stark ein Kind durch die psychische Erkrankung eines Elternteils belastet ist und ob es Hinweise für eine Gefährdung gibt, hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren ab. Die folgende Aufzählung bietet lediglich einen Auszug und ist daher nicht abschließend. Faktoren, die die Resilienz bzw. Vulnerabilität des Kindes beeinflussen können:

- › das Alter des Kindes, wobei die gesundheitliche Gefährdung umso größer ist, je jünger und damit abhängiger die Kinder von den erkrankten Bezugspersonen sind,
- › das Ausmaß der genetischen Belastung,
- › das Entwicklungsalter des Kindes und damit seiner Fähigkeit, die eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren,
- › die Entwicklungsrisiken und -defizite des Kindes, wie z.B. Frühgeburt und Teilleistungsstörungen,
- › die körperliche Konstitution und das Temperament des Kindes,
- › altersgerechte Informationen des Kindes zur Erkrankung,

Weitere wichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung:

- › der körperliche Zustand des Kindes,
- › das Verhalten des Kindes,
- › Äußerungen des Kindes (Gefühlslage, familiäre Situation),
- › nicht durchgeführte ärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
- › ungeklärte Fehltage in Schule / Kindertageseinrichtung.

b. Ebene der Eltern

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- › Wie ist die elterliche Entwicklungs- und Lebensgeschichte beschaffen?
Gibt es bspw. eigene traumatische Trennungserfahrungen?
- › Wie verhält es sich mit Intensität, Chronizität und Verlauf der Erkrankung
sowie der Häufigkeit von Klinikaufenthalten?
- › Besteht eine Doppeldiagnose, d.h. eine zusätzliche Suchterkrankung?
- › Wie verhält es sich mit dem Krankheitsbewusstsein, der Empathie und Selbstreflexivität der Eltern?
Werden ärztliche Verordnungen und Therapien eingehalten?

- › Wie gut kennen die Eltern ihr Kind und können sich in dessen Bedürfnisse einfühlen?
Wie stabil ist das Erziehungsverhalten?
- › Wie hoch ist die Mitwirkungsbereitschaft und Mitwirkungsfähigkeit bei angebotenen Hilfen?
- › Gibt es Partnerschaftskonflikte oder Partnerschaftsgewalt?

c. Eltern-Kind-Interaktion

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- › Ist das Kind unterstimuliert? Eltern, die bspw. an einer Depression erkrankt sind, können aufgrund ihrer eigenen Antriebslosigkeit, flachen Emotionalität und ihres sozialen Rückzugs nur eingeschränkt ihr Kind in seinem Spiel-, Explorations- und Leistungsverhalten fördern.
- › Ist das Kind überstimuliert? Dies kann in manischen Phasen, bei Ängsten, bei Kontrollbemühungen oder bei offen oder verdeckt feindseligem Verhalten der Eltern auftreten.
- › Liegt mangelnde Sensitivität und Responsivität vor? Beispielsweise können bei Schizophrenie in Phasen von Wahnerleben, Halluzinationen, eingeschränkter Affektivität und desorganisiertem Handeln die Bedürfnisse eines Kindes nicht angemessen wahrgenommen und befriedigt werden.
- › Werden die Kinder in die Krankheitsinhalte wie Wahn, Ängste und Zwänge einbezogen?
- › Liegt emotionaler Missbrauch vor? Übernehmen bspw. die Kinder Verantwortung für die elterliche Befindlichkeit (Parentifizierung), wobei die Eltern vom Kind abhängig werden?
- › Gibt es Aggressionen und Entwertungen gegenüber dem Kind?
Nehmen die Eltern das Kind in verzerrter Weise wahr?
- › Fehlt den Eltern die Fähigkeit, die kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen?
- › Fehlt die emotionale Zuwendung durch die Eltern?
- › Ist die regelmäßige tägliche Versorgung des Kindes (z.B. geregelter Wach-Schlafrhythmus des Kindes, altersgemäße Ernährung, Körperhygiene, witterungsgemäße Kleidung, pünktliches Erscheinen in der Kindertagesstätte oder in der Schule) gesichert?
- › Besteht ein angemessener Umgang mit einer eventuellen Behinderung des Kindes durch die Eltern und werden alle bestehenden Kompensationsmöglichkeiten ausgeschöpft?

d. Lebensumfeld der Familie

Auf dieser Ebene sind unter anderem folgende Fragen zu klären:

- › Lebt die Familie sozial isoliert und erleben die Kinder dadurch einen Mangel an Beziehungen?
- › Gibt es für die Kinder Zeiten, in denen sie sich in unbelasteter, kindgerechter und fördernder Umgebung aufhalten (z.B. im Rahmen einer Tagesbetreuung)?
- › Ist die Wohnsituation z.B. durch Vermüllung oder Wohnungslosigkeit belastet? Ist die Wohnung kindgerecht zum Schutz vor Unfällen ausgestattet?
- › Ist angemessene Bekleidung und Spielzeug in der Wohnung vorhanden?
- › Ist die finanzielle Existenz der Familie durch geregelte Einkünfte bzw. öffentliche Unterstützung gesichert?

Nach der Darstellung der Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung sei abschließend darauf hingewiesen, dass diese Risikofaktoren stets im Zusammenhang mit den in Kapitel 1.6. erläuterten Schutzfaktoren betrachtet werden müssen.

3. Fazit zur Bedeutung interdisziplinärer und interinstitutionellen Kooperation

Die Grundsätze des Hilfenetzwerkes für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern gehen von folgendem Verständnis aus:

Bei der Frage nach einer Gefährdung des Kindeswohls stellt die psychische Erkrankung von Eltern generell einen Risikofaktor dar. Ein großer Anteil betroffener Kinder entwickelt sich unauffällig. Dennoch sind Kinder psychisch erkrankter Eltern gefährdet, Schaden in ihrer eigenen Entwicklung zu nehmen. Die Risiko- und Schutzfaktoren müssen im Einzelfall geprüft werden. Eine pauschale Beurteilung der Gefährdungssituation ohne Berücksichtigung der jeweils individuellen Bedingungen ist nicht möglich.

Dies bedeutet für alle Fachkräfte, dass sie die Auswirkungen der Erkrankung auf das Alltagsleben der Familie, das familiäre Klima, das Fürsorge- und Bindungsverhalten der Eltern und die Verfügbarkeit von Ressourcen bei den Familienmitgliedern und im sozialen Umfeld im Einzelfall beurteilen müssen.

Bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos sind unter anderem die Fachkräfte der Bezirkssozialarbeit auf eine Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften angewiesen. Sie benötigen Informationen sowohl zu Hinweisen im Erleben, Verhalten oder körperlichen Zustand des Kindes (kindbezogene Ebene) als auch zu den Eltern (Ebene der Eltern), deren Entwicklungs- und Krankheitsgeschichte und deren Möglichkeiten im Umgang mit ihrem Kind (Eltern-Kind-Interaktion) sowie der familiären und außerfamiliären sozialen und beruflichen Lebenssituation (Lebensumfeld). Eine Kooperation unterschiedlicher Fachrichtungen und Institutionen ist daher unabdingbar.

Die Grundsätze dieses Hilfenetzwerkes, vor allem das Round-Table-Verfahren ist hierbei als „Handwerkszeug“ zu betrachten, das eine gelingende Kooperation aller beteiligten Fachkräfte gemeinsam mit den Familien ermöglichen soll.

Überblick über die potentiell zu beteiligenden Kooperationspartner*innen

Sowohl die psychiatrische Versorgung, als auch das System der Kinder- und Jugendhilfe umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher, mehr oder weniger spezialisierter Angebote. Um einen Überblick über die Angebotsvielfalt zu vermitteln, werden im Folgenden die wichtigsten Institutionen und Hilfsangebote für Familien mit psychisch erkrankten Eltern in tabellarischer Form dargestellt, ohne dass diese Auflistung den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Weitergehende Erläuterungen zu den einzelnen Hilfsangeboten befinden sich im Glossar dieses Anhangbandes.

Medizinische und psychotherapeutische Versorgung

- › Hausärzt*innen
- › Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie
- › Kinder- und Jugendärzt*innen
- › Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- › (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeut*innen
- › Frauenärzt*innen
- › Geburtskliniken
- › Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
- › Psychiatrische Kliniken für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche
- › Psychosomatische Kliniken für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche
- › Kinderkliniken
- › Sozialpädiatrische Zentren
- › Medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung (RPK)
- › Frühförderstellen
- › therapeutische Gruppenangebote für Kinder, Jugendliche, Eltern

Angebote der Pflege und rund um die Geburt

- › Hebammen und Entbindungspfleger
- › Familienhebammen / Frühe Hilfen
- › Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen⁹
- › Familienbildungsangebote
- › Schwangerschaftsberatungsstellen

⁹ Da in der aufsuchenden Gesundheitsberatung für Familien mit Kindern unter sechs Jahren ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen tätig sind, wird auf die männliche Berufsbezeichnung verzichtet.

Sozialpsychiatrische Angebote

- › Sozialpsychiatrische Dienste
- › Krisendienst Psychiatrie
- › Ambulant betreute Wohnformen
- › Stationäre Wohnheime
- › Tagesstätten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und andere tagesstrukturierende Angebote
- › Angebote der psychiatrischen Selbsthilfe bzw. psychiatrischer Beschwerdestellen
- › Angebote im Bereich Tagesstruktur und Teilhabe am Arbeitsleben

Freie und öffentliche Kinder- und Jugendhilfe

- › Bezirkssozialarbeit
- › Frühe Hilfen / Familienhebammen
- › Kindertageseinrichtungen
- › Kindertagespflege
- › Familienbildung
- › Erziehungs- und Familienberatung
- › ambulante Angebote für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung, z.B. Legasthenietherapie, Dyskalkulietherapie, heilpädagogische Lerntherapie usw.
- › Gemeinsame Wohnformen für Kinder und ihre (psychisch kranken) Eltern
- › ambulante Erziehungshilfen
- › stationäre Hilfen zur Erziehung
- › stationäre Eingliederungshilfe für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung
- › Pflegekinderwesen
- › Sozialpädagogische Tagesgruppen am Nachmittag
- › teilstationäre Betreuungsangebote in heilpädagogischen Einrichtungen für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung
- › Kinder- und Jugendschutzstellen
- › Spielgruppen
- › Schulsozialarbeit bzw. Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS)

Bildung und Erziehung in Schulen und Einrichtung der Kindertagesbetreuung

- › Schulamt
- › Schulleitung
- › Lehrkräfte
- › Schulpsycholog*innen
- › Qualifizierte Beratungslehrer*innen
- › Mobile sonderpädagogische Dienste (MSD)
- › Alternatives schulisches Angebot (AsA)
- › Staatliche Schulberatungsstelle
- › Bildungsberatung
- › Ggf. direkt an Schulen angestellte Schulsozialarbeiter*innen

Angebote kommunaler Daseinsfürsorge und der Wohnungslosenhilfe

- › Paar-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen
- › Frauenhäuser
- › Krisenhilfen, Suizidpräventionsstellen
- › Beratungsangebote durch das Gesundheitsreferat der LH München
- › Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Polizei, Bewährungshilfe, Familiengericht
- › Wohnungslosenhilfe

Unterstützende Kooperationspartner*innen auf Steuerungs- und Koordinationsebene

- › Gesundheitsreferat
- › Referat für Bildung und Sport
- › Sozialreferat
- › Bezirk Oberbayern
- › Krankenkassen und Rentenversicherungsträger
- › Staatliches Schulamt
- › Berufsstandsorganisationen, z.B. Landesverband der Kinder- und Jugendärzt*innen, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband

Glossar

(in alphabetischer Reihenfolge)

Dieses Glossar bietet eine erste Orientierung zu wesentlichen Begrifflichkeiten. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Affektive Störungen

Unter affektiven Störungen versteht man Krankheitsbilder, die in erster Linie die Veränderung der Stimmung, deren Ausprägung und eine Veränderung der Affektivität betreffen. Man unterscheidet monopolar verlaufende depressive Störungen und bipolare Störungen. Bei bipolaren Störungen treten neben depressiven Episoden auch manische oder zumindest hypomane Phasen auf. Bei depressiven Störungen sind nach ICD 10 Hauptsymptome und Zusatzsymptome zu unterscheiden. Hauptsymptome sind depressive Stimmung/ Antriebsmangel und erhöhte Ermüdung/Interessenverlust und/oder Freudlosigkeit. Zusatzsymptome sind vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen/ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit/ Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit/ Suizidgedanken oder -versuche/ negative und pessimistische Zukunftssicht/ vermindeter Appetit/ Schlafstörungen.

Eine schwere depressive Episode ist nach ICD 10 durch Vorliegen von 3 Hauptsymptomen und mindestens 4 Zusatzsymptomen charakterisiert. Die Trias von traurig-gedrückter Grundstimmung, psychomotorischer Hemmung und Antriebsminderung/Interessenverlust findet sich bei nahezu allen depressiven Störungen; in ihrer Ausprägung abhängig vom Schweregrad. Im Rahmen der Vitalstörungen spielen rheumaähnliche Beschwerden im Bewegungsapparat, Herzbeschwerden, Appetitmangel und vor allem Schlafstörungen eine große Rolle. Der Gesamtkomplex der Symptomatik kann bei den Betroffenen zu innerem wie sozialem Rückzug führen, was sich in der familiären Interaktion negativ auf alle Familienmitglieder auswirkt.

Ein spezifisches Problem in der Depression ist Suizidalität, wobei – wiederum in Abhängigkeit des Schweregrades – ein ernst gemeinter Todeswunsch bestehen kann oder „nur“ ein Hilferuf in ausweglos erlebter existentieller Notlage. In jeder Form ist Suizidalität ernst zu nehmen und bedarf rascher fachärztlicher Abklärung und ggf. Intervention. Hinsichtlich des Erkrankungsverlaufs werden episodische, rezidivierende und langanhaltende depressive Störungen unterschieden.

Bipolare Störungen sind durch abgrenzbare (sub)depressive, (hypo)manische oder gemischte Episoden gekennzeichnet. Die Diagnosestellung erfolgt anhand des psychischen Befunds und des Krankheitsverlaufs im Querschnitt und Längsschnitt. Dazu dienen die Informationen vom Patienten und den Angehörigen. Durch zusätzliche Untersuchungen (CCT, MRT, EEG, Labor etc) werden körperliche Ursachen ausgeschlossen.

Man unterscheidet Bipolar I und II Störungen. Bei einer Bipolar I Störung müssen im Verlauf mindestens eine depressive und eine manische oder gemischte Episode aufgetreten sein. Bei einer Bipolar II Störung sind depressive und lediglich hypomane Phasen kombiniert. Meist besteht zwischen den Krankheitsphasen eine Vollremission. Allerdings ist die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen hoch (60-80%).

Zu den affektiven Störungen zählt nach gängigen Diagnosemanualen auch die Zykllothymia. Sie ist gekennzeichnet durch eine anhaltende, mindestens 2 Jahre bestehende, wechselnde subdepressive und hypomane Symptomatik.

Bipolare Störungen können medikamentös, insbesondere phasenprophylaktisch gut behandelt werden. Nach der aktuellen S3-Leitlinie gilt Lithium noch immer als Goldstandard der medikamentösen Stimmungsstabilisierung und Phasenprophylaxe.

Ambulante Erziehungshilfe (AEH)

Ambulante Erziehungshilfe (AEH) bietet beratende, betreuende, begleitende und unterstützende individuelle erzieherische Hilfen für Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und deren Familien an. Die ambulanten erzieherischen Hilfen werden zeitnah, nachhaltig und zielgenau ausgestaltet. Die Ambulante Erziehungshilfe fördert junge Menschen in ihrer Entwicklung und ihrem Recht auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Die Personensorgeberechtigten erfahren Unterstützung in ihrem Erziehungsvermögen, bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung und in ihrer familiären Kompetenz. Die Ambulante Erziehungshilfe arbeitet bedarfsgerecht, lebensweltorientiert und sozialraumorientiert und wird im Rahmen des Hilfeplanverfahrens entschieden, vermittelt, vereinbart und überprüft.

Leistungen der ambulanten Erziehungshilfe (AEH):

- › Beratung und Unterstützung der Eltern/Personensorgeberechtigten bei Erziehungsproblemen
- › Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, bei der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen
- › Unterstützung in der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen
- › Intensive Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung
- › Hilfe bei der Persönlichkeitsentwicklung
- › Entwicklung und Stärkung von Selbsthilfepotenzialen

Die Hilfe wird in der Regel über das zuständige Sozialbürgerhaus beantragt.

Aufsuchende Gesundheitsberatung durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen¹⁰ des Gesundheitsreferates (GSR)

Die aufsuchende Gesundheitsberatung können Familien mit Kindern bis drei Jahre in Anspruch nehmen. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des GSR bieten umfassende Beratung zu allen Fragen rund um die gesunde Entwicklung des Kindes an, wie zum Beispiel Stillen und Ernährung, Pflege und Versorgung, Förderung der Entwicklung, Sicherheit und Notfall.

¹⁰ Da in der aufsuchenden Gesundheitsberatung für Familien mit Kindern unter sechs Jahren ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen tätig sind, wird auf die männliche Berufsbezeichnung verzichtet.

Ziel der Beratung ist die Stärkung der familiären Gesundheitskompetenz, die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Kinder und die Kompetenzsteigerung der Eltern im Umgang mit ihren Kindern und dient somit der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung.

Im Rahmen dieser Beratung, die immer im Lebensumfeld des Kindes stattfindet, klärt die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin nach standardisierten Kriterien, ob ein weiterer Unterstützungsbedarf gemäß dem Münchner Modell der Frühen Hilfen (s. Frühe Hilfen) vorliegt. Bei Bedarf und Einverständnis der Familie vermittelt sie in die Frühen Hilfen. Zusätzlich wird die Beratung und Begleitung auch für Familien mit Kindern von drei bis sechs Jahren mit chronischen Erkrankungen oder fehlendem Betreuungsplatz angeboten.

Der Zugang erfolgt durch Selbstanforderung der Familien, Vermittlung von Kooperationspartnern und auch proaktiv durch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in sogenannten Schwerpunktadressen. Die Inanspruchnahme ist freiwillig.

Betreute Wohnformen für psychisch erkrankte Erwachsene

Die unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens sind z.B. das betreute Einzelwohnen und therapeutische Wohngemeinschaften. In den unterschiedlichen Angebotsformen gehen die Bezugsbetreuer*innen auf die individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme der Klient*innen ein, um sie für eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu stärken und sie nach und nach zu selbstständigem Leben anzuleiten.

Verschiedene Träger der freien Wohlfahrtspflege bieten betreute Wohnformen mit unterschiedlichen inhaltlichen und organisatorischen Schwerpunkten und unterschiedlicher Betreuungsintensität an. Das Angebot richtet sich an Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft nicht ohne Hilfestellung leben können. Häufig stellen betreute Wohnformen den Übergang von einer Klinikbehandlung zum eigenständigen Leben dar. Betreute Wohneinrichtungen sind auch geeignet, Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Der Antrag auf Aufnahme in das betreutes Wohnen ist bei den jeweiligen Anbietern zu stellen, der Antrag auf Übernahme der Kosten bei dem überörtlich zuständigen Leistungsträger Bezirk Oberbayern. Der Bezirk Oberbayern als Träger der Eingliederungshilfe übernimmt die Kosten auf Grundlage des SGB XII, ab dem 01.01.2020 ergänzt durch das Bundesteilhabegesetz, einem eigenständigen Leistungsgesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Entsprechende Nachweise zum Vorliegen einer (drohenden) seelischen Behinderung und des damit verbundenen Bedarfs von Leistungen zur Teilhabe müssen eingereicht werden. Der Einsatz von Einkommen und Vermögen richtet sich nach festgelegten Freibetragsgrenzen. Außerdem wird geprüft, ob sich unterhaltspflichtige Angehörige an den Kosten beteiligen müssen.

Bezirkssozialarbeit (BSA) in der Landeshauptstadt München

Die Bezirkssozialarbeit (BSA) als kommunaler Sozialdienst der Stadt München ist regional in 12 Sozialbürgerhäusern (SBH) und der Zentralen Wohnungslosenhilfe angesiedelt. Sie berät und unterstützt alle Münchner Bürger*innen in persönlichen und wirtschaftlichen Notsituationen, bei Familien- und Partnerkonflikten, bei Schwierigkeiten in der

Versorgung und Erziehung von Kindern, bei Fragen zu Trennung/Ehescheidung und Sorgerechtsregelungen, in Lebenskrisen und bei psychischen Belastungen sowie bei sozialen Problemen in Folge von Alter bzw. Krankheit.

Dabei arbeitet die BSA sowohl präventiv als auch in gefährdenden Lebenslagen. Bei einer festgestellten Gefährdung entwickelt die BSA ein individuelles Schutzkonzept mit den Betroffenen und leitet adäquate Interventionsmaßnahmen zur Abwendung der Gefährdung ein. Wird der BSA ein Unterstützungsbedarf in der Erziehung von Kindern / Jugendlichen bekannt, erarbeitet sie gemeinsam mit der Familie eine Soziale Diagnose, die eine umfassende Problem- und Ressourcenanalyse beinhaltet. Dazu gehört der Aufbau einer Beziehung mit der Familie und ggf. die Kontaktaufnahme mit deren Umfeld und Hinzuziehung beteiligter Fachkräfte (z.B. Erzieher*innen, Lehrer*innen und Ärzt*innen usw.).

Die Mitarbeit der Eltern und die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen am Beratungsprozess ist wesentlich für die Annahme und das Gelingen einer geeigneten Hilfe. Bei Bedarf leitet die BSA – mit Zustimmung der Eltern – geeignete Erziehungs- und Eingliederungshilfen nach dem SGB VIII ein, für die in der Regel ein Hilfeplan notwendig ist (ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfe). Hilfen können nur in Zusammenarbeit von Fachkräften und den betroffenen Familien sinnvoll geleistet werden und sind an den individuellen Ressourcen und Problemen der Eltern sowie den Belastungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ausgerichtet. Gemeinsam mit der Familie werden die Hilfeziele, Rahmenbedingungen und notwendige Kooperationen im Rahmen einer Hilfeplanung besprochen und festgelegt.

Erziehungs- und Familienberatung (EB)

Das Leben mit Kindern und Jugendlichen fordert von allen Beteiligten viele persönliche Fähigkeiten und große Flexibilität. Erziehungsberatungsstellen bieten ihre Dienste an, um Familien bei Erziehungsfragen, kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensproblemen, familiären Konflikten, Trennung/Scheidung oder in anderen besonderen Problemlagen wie die psychische Krise eines Elternteils, zu beraten oder vorübergehend zu begleiten. Die Form der Unterstützung ist vielseitig und flexibel und orientiert sich an dem jeweiligen Bedarf der Familien.

Erziehungsberatung umfasst ein weites Spektrum und kann von eher präventiven, familienbildenden Angeboten (Sauberkeitserziehung, Umgang mit Trotzphase, Übergangsphasen zur Kindertagesbetreuung und Schule, Pubertät, Sexualentwicklung etc.) bis hin zu sehr intensiven und hochfrequenten therapeutischen Beratungsprozessen reichen. Gearbeitet wird mit dem ganzen Familiensystem und/oder den Eltern, Kindern und Jugendlichen alleine. Neben Diagnostik von Kindern und Jugendlichen stehen auch thematische Gruppen und andere präventive Angebote zur Verfügung wie z.B. Beratung von anderen Bezugspersonen und von Fachkräften, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

Neben vielen Anlässen, die zur Erziehungsberatung führen können, sind auch die Zugänge vielfältig. Ein großer Vorteil ist, dass Ratsuchende sich selbst bei einer Beratungsstelle ihrer Wahl anmelden können. Sie werden aber auch über geregelte Kooperationen mit anderen Diensten (insbesondere BSA oder AEH) oder in Zwangskontexten (z.B. Gerichtsaufträgen) in die Beratung vermittelt. Wenn Eltern oder auch Jugendliche von sich aus die Angebote der Erziehungsberatung wahrnehmen, dann oft aus dem Wunsch oder der Notwendigkeit heraus, etwas in der Familie ändern zu wollen. In einem gemeinsamen Prozess kann ein passendes Beratungskonzept entwickelt werden, das durch die eigene Motivation dann auch so angenommen wird. Die niederschwellige, freiwillige und ohne Verwaltungsakt der öffentlichen Jugendhilfe gewährte Begleitung ermöglicht manchen Menschen sogar erst den Zugang zum Hilfesystem.

Familienbildung

Familienbildung verfolgt das Ziel Eltern und Familien in ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu stärken und die Entwicklungs- und Bildungsprozesse der Kinder zu fördern.

Familienbildung bietet Information und Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen. Familienbildung ist präventiv, frühzeitig und lebensbegleitend, für alle Eltern und/oder Erziehungsberechtigten, unabhängig davon in welcher Familienform sie zusammen leben. Überdies richtet sich die Familienbildung auch an junge Menschen sowie an werdende Eltern, damit sie auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereitet sind.

Die Familienbildung umfasst eine bunte Vielfalt von Angeboten zur Stärkung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Sie sollen Familien stabilisieren, Überforderung auffangen sowie Bildungs- und Entwicklungschancen von Kindern verbessern. Die Familienbildungsangeboten dienen Familien als Orientierungshilfe, sind familienfreundlich, niederschwellig und flexibel. Die Angebote sind zu finden in Familienzentren, Familienstützpunkten, Familienbildungsstätten, Erziehungs- und Familienberatungsstellen aber auch in zielgruppenorientierte Einrichtungen, beispielsweise für Familien mit Migrationshintergrund oder Familien in besondere Belastungssituationen.

Darüber hinaus erhalten in München alle Eltern mit Kindern bis 14 Jahren regelmäßig Elternbriefe sowie weitere Informationen zu Erziehungs- und Entwicklungsfragen durch die Elterninformation im Stadtjugendamt und im Rathaus.

Das Angebot umfasst neben Information in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen vor allem Begegnungsmöglichkeiten für Familien, offene Gruppen, Kurse, Seminare, Vorträge und Vortragsgespräche, Trainings, Feste und Freizeiten zu folgenden Themenbereichen: Rund um die Geburt, Erziehung, Kindliche Entwicklung, Gesundheit, Partnerschaft, Alltagskompetenz, Integration, Vereinbarkeit von Familien und Beruf und qualitative Familien(frei)zeit.

Familienergänzende Erziehungshilfen

Teilstationäre Hilfen bietet das Jugendamt für schulpflichtige Kinder und Jugendliche nach der Schule in Sozialpädagogischen Tagesgruppen (Erziehungshilfe nach § 32 SGB VIII) und in Heilpädagogischen Tagesstätten (HPT) oder Integrationshorten (Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII) an.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche mit erzieherischem Unterstützungsbedarf, insbesondere in den Bereichen ihrer Schulentwicklung und ihrer sozialen Kompetenz sowie Kinder und Jugendliche, deren Teilhabe am Leben durch psychische Störungen, Entwicklungsstörungen, Lern- und (Teil)Leistungsstörungen und familiäre Belastungen erheblich beeinträchtigt ist. Ziel ist es, den Verbleib in der Familie zu sichern und Kinder und Jugendliche in ihrer Persönlichkeit so zu unterstützen, dass sie sich altersangemessen und gesund entwickeln können. Die Eltern werden im Hilfeprozess intensiv beraten und unterstützen die Hilfe durch eigene Mitwirkung.

Sozialpädagogische Tagesgruppen und Heilpädagogische Tagesstätten arbeiten in kleinen Gruppen (8-9 oder 12 Kinder/Jugendliche) und bieten ein Mittagessen, Hausaufgabenbetreuung, Lernhilfen, vielfältige Freizeitangebote

und Elternarbeit an. Alle Angebote sind methodisch so angelegt, dass für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern (Personensorgeberechtigte) gewünschte Veränderungsprozesse angeregt und diese pädagogisch und therapeutisch begleitet werden. Alle Tagesgruppen-Plätze können individuell und nach Bedarf auch für weniger als 5 Tage/Woche vereinbart werden.

Die teilstationären, familienergänzenden Erziehungshilfen werden im Rahmen des Hilfeplanverfahrens beraten, entschieden, vermittelt, vereinbart und überprüft. Falleinbringende und federführende Stelle im Hilfeplanverfahren ist in der Regel die Bezirkssozialarbeit bzw. die Vermittlungsstelle in den Sozialbürgerhäusern.

Familienzentren

Die 27 Münchner Familienzentren sind Einrichtungen der Familienbildung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe gemäß § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie).

Durch ihre Lage im Sozialraum sind sie besonders geeignet, Familien mit Angeboten zu erreichen und zur Chancen- und Bildungsgerechtigkeit beizutragen. Auch für Familien in prekären Lebenslagen und für unsichere, erschöpfte Familien bieten sie passende und wohnquartiersnahe Angebote „aus einer Hand und unter einem Dach“. Familienzentren sind ein wesentlicher Baustein der frühkindlichen und familiären Hilfenetzwerke, weil sie eine der wenigen, wohnortnahen Institutionen und Anlaufstellen für Eltern sind, die die Lücke zwischen Geburt und institutioneller Kinderbetreuung positiv füllen.

Die Münchner Familienzentren bilden offene, niedrighschwellige Knotenpunkte in einem sozialräumlichen Netzwerk. Die Familienzentren sind Bildungs- und Erfahrungsorte, die an alltäglichen Lebenszusammenhänge anknüpfen, Selbsthilfepotentiale von Eltern aktivieren, deren soziale Netzwerke unterstützen und ehrenamtliches Engagement individuell und strukturell fördern. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Initiierung, Stabilisierung und Begleitung von Entwicklungsprozessen der Eltern und Kinder und bieten vielfältige Impulse für die Bewältigung familiärer Erziehungsaufgaben.

Charakteristisch für Münchner Familienzentren ist der für Familien unkomplizierte, niederschwellige Zugang, unabhängig von der jeweiligen Familienform und Lebenslage. Der erste Schritt in ein Münchner Familienzentrum ist ohne Problemdefinition und Diagnose, Anmeldung oder Platzzusage möglich, und zwar über das klassische Kernelement der Familienzentren, den Offenen Bereich mit seinen vielfältigen Angebotsformen.

In den Familienzentren wird auf die Bedürfnisse und Interessen der Eltern und der Kinder eingegangen. Durch die Mitarbeiter*innen werden sie im Sinne der Ressourcenorientierung zur aktiven Mitgestaltung des Familienzentrums und zur Mitbestimmung motiviert. Hier bekommen alle Familien die Möglichkeit, ihr eigenes Wissen, ihre Fähigkeiten und auch ihre Kulturen mit ihren Besonderheiten in die Angebote mit einzubringen.

Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen sind ein Angebot des präventiven Kinderschutzes und der frühzeitigen Unterstützung psychosozial belasteter Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis drei Jahre. Durch Früherkennung von Risiken und gezielte Frühintervention soll eine gesunde Entwicklung des Kindes unterstützt werden. Die Inanspruchnahme ist freiwillig.

Das „Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“ basiert auf der Kooperation zwischen dem Gesundheitsreferat, dem Sozialreferat und den freien Trägern, die die Leistung erbringen.

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des Gesundheitsreferats stellen bei Hausbesuchen den Bedarf der Familie fest (s. aufsuchende Gesundheitsberatung).

In jedem Sozialbürgerhaus und in der Zentralen Wohnungslosenhilfe des Amtes für Wohnen und Migration (zuständig für wohnungslose Familien) erfüllt eine der Teilregionsleitungen die Funktion der „Koordinierenden Kinderschutzstelle“ (KoKi). Die KoKis sind als Vertreter*innen des öffentlichen Trägers der Kinder- und Jugendhilfe die Auftraggeber*innen der Fachkräfte Frühe Hilfen und gewährleisten sichere Übergaben an die Fachkräfte.

Sie haben den Beginn und das Ende jeder Frühen Hilfe im Blick, leisten Fachberatung für die Fachkräfte der Frühen Hilfen, koordinieren Angebot und Bedarf der Frühen Hilfen in der Region und steuern die Kapazitäten (Wartelisten, Verbundvertretungen). Eine weitere Aufgabe ist der Aufbau und die Pflege verlässlicher Kooperationsbezüge im Netzwerk Frühe Kindheit.

Die Fachkräfte der Frühen Hilfen erbringen oder vermitteln in aufsuchender Arbeit adäquate, passgenaue psychosoziale Hilfen und unterstützen eine gelingende Eltern-Kind-Interaktion. Insbesondere unterstützen die Frühen Hilfen Eltern, die kindlichen Bedürfnisse in den Vordergrund ihres Lebens zu stellen: Das bedeutet, die kindlichen Signale und die Perspektiven des Kindes wahrzunehmen, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und Mütter und Väter zu befähigen, bei sich anbahnenden Krisensituationen rechtzeitig Hilfen in Anspruch zu nehmen. Frühe Hilfen können auch konkrete Hilfen und praktische Unterstützung im Alltag mit dem Kind, wie bspw. Haushaltshilfen, kurzfristige Erholungsmaßnahmen, kindgerechte Spielmaterialien und kleine Anschaffungen bieten.

Für die Frühen Hilfen ist eine Dauer von drei Monaten vorgesehen. Bei intensivem und längerfristigem Bedarf werden Anschlusshilfen vermittelt.

Seit 2012 sind im Münchner Modell der Frühen Hilfen auch Familienhebammen¹¹ im Einsatz. Vermittelt werden die Familienhebammen durch die Bezirkssozialarbeit im jeweiligen Sozialbürgerhaus oder durch die Schwangerschaftsberatungsstellen.

Die gesundheitsorientierte Familienbegleitung durch eine Familienhebamme beginnt im Münchner Modell der Frühen Hilfen immer während der Schwangerschaft und endet, wenn das Baby etwa drei Monate alt ist. Ziel der Familienhebammen ist neben der Gesundheitsberatung und -förderung die Stärkung der werdenden bzw. frisch gebackenen Eltern in ihren Beziehungs- und Erziehungs- sowie der Versorgungskompetenzen. Auch sie vermitteln den Familien bei Bedarf passende weiterführende Hilfen.

11 Da im Münchner Modell der Frühen Hilfen ausschließlich Familienhebammen die gesundheitsorientierte Familienbegleitung leisten, wird auf die männliche Berufsbezeichnung verzichtet.

Frühförderung

In der Frühförderung erhalten Familien mit entwicklungsauffälligen und/oder behinderten Kindern ein individuell abgestimmtes Förderangebot. Dort werden Eltern auch dann unterstützt, wenn sie selbst Fragen zur Entwicklung ihres Kindes haben. Die Kinder können von ihrer Geburt an bis zur Einschulung gefördert werden. Die Frühförderstellen sind in München und im Landkreis München tätig und arbeiten sowohl ambulant in den Räumen der Frühförderstellen als auch mobil in der Familie oder in der Kindertageseinrichtung, die das Kind besucht. Die folgenden Leistungen können in Anspruch genommen werden: Offene Beratungsangebote, Entwicklungsdiagnostik, Therapie und Förderung, Beratung und Begleitung der Eltern und anderer Bezugspersonen. Bei allen Angeboten wird eng mit den Eltern zusammen gearbeitet. In München gibt es vier Frühförderstellen. Deren multidisziplinären Teams setzen sich aus Fachkräften der Psychologie, Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie zusammen.

Zugangs- /Aufnahmevoraussetzungen:

Die Beantragung der interdisziplinären Frühförderung erfolgt in Abstimmung zwischen Eltern, Kinderärzt*innen und der Frühförderstelle. Als Komplexleistung wird sie über die gesetzlichen Krankenkassen und die örtlichen Sozialhilfeträger finanziert.

Heilpädagogische Tagesstätten

siehe familienergänzende Erziehungshilfen.

Kinder- und Jugendpsychiater*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Kinder- und Jugendpsychiater*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen diagnostizieren und behandeln psychiatrische Erkrankungen bei Kindern nach den 6 Achsen des ICD 10. Die Abklärung wird meistens durch verschiedene Berufsgruppen (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sprachtherapeut*innen) durchgeführt. D.h in die Diagnostik fließen neben der Beurteilung des psychischen Erlebens auch die Beurteilung der sprachlichen und motorischen Entwicklung, der Intelligenz, der körperlichen Erkrankungen, der psychosozialen Bedingungen und Anpassung mit ein. In die Beurteilung werden die Angaben der Kinder; Eltern und anderen Bezugspersonen wie Lehrer*innen, Erzieher*innen etc. mit einbezogen. Grundlage der multidisziplinären Diagnostik in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ist die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nach der ausführlichen Diagnostik wird ein differenzierter Behandlungsplan aufgestellt und mit den Bezugspersonen besprochen. Am häufigsten wird eine ambulante psychotherapeutische Behandlung, eine Unterstützung durch das Sozialbürgerhaus oder manchmal auch medikamentöse Behandlung empfohlen. Möglich ist auch die Empfehlung für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kosten für die Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung übernimmt in der Regel die Krankenkasse.

Das „Beratungsprogramm Kinder Kranker Eltern“ soll Familien mit einem schwer körperlich (z.B: Krebserkrankungen, Multiple Sklerose, Schlaganfall) oder psychisch kranken Elternteil bei der Kommunikation mit den eigenen Kindern unterstützen. Ziel ist die Prävention von psychischen Störungen bei Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer

schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotential besteht. Das Programm gilt für Versicherte folgender Krankenkassen: AOK, TK, DAK, Siemens BKK, BMW BKK. Um das Beratungsprogramm in Anspruch zu nehmen, ist keine Überweisung nötig. Über die Versicherungskarte des kranken Elternteils können 8 Beratungsstunden bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder bei einem psychologischen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen werden.

Das Programm kann bei der Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. dem -psychiater oder bei der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten auch dazu genutzt werden, eine Psychotherapie beim Kind einzuleiten. Eine Wartezeit kann durch das Programm überbrückt werden. Zusätzlich zu dem Programm sind vor Therapiebeginn weitere Termine für eine Psychodiagnostik bzw. probatorische Sitzungen möglich.

Kindertagesbetreuung

Kindertagesbetreuung ist auf Bundesebene in den §§ 22 bis 25 des Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) und auf Landesebene im Bayerischen Gesetz zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege (Bayerisches Kinderbildungs- und -betreuungsgesetz – BayKiBiG) gesetzlich verankert.

Neben der institutionellen Kindertagesbetreuung in Kinderkrippen, Kindergärten, Kinderhorten, sowie den altersgemischten Häusern für Kinder, gibt es Betreuung im Rahmen der Kindertagespflege in Familien, der Großtagespflege, der Eltern-Kind-Initiativen, sowie der Spielgruppen. Kindertagesbetreuung soll im Auftrag der Eltern die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern und hat gleichzeitig auch den Auftrag, den Eltern dabei zu helfen, Erwerbstätigkeit und Kindererziehung besser miteinander vereinbaren zu können.

Das Förderungsangebot soll sich pädagogisch und organisatorisch an den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien orientieren. Der Förderungsauftrag umfasst die Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes. Er schließt die Vermittlung orientierender Werte und Regeln ein. Die Förderung soll sich am Alter und Entwicklungsstand, den sprachlichen und sonstigen Fähigkeiten, der Lebenssituation sowie den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes orientieren und seine ethnische Herkunft berücksichtigen.

Um dem wachsenden Bedarf an Betreuung durch einen verstärkten Platzausbau und auch durch aktuelle, bedürfnisorientierte Konzepte entgegenzukommen, verfolgt die Landeshauptstadt München seit 2005 neben der Förderung des kommunalen und der bewährten Träger der Kinder- und Jugendhilfe auch die Förderung privat-gewerblicher Träger der institutionellen Tagesbetreuung. Kinder und Eltern haben nach §§ 5 SGB VIII als „Leistungsberechtigte“ das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen. Dieses Wunsch- und Wahlrecht bezieht auch privat-gewerbliche Anbieter mit ein.

Derzeit bieten im Stadtgebiet München ca. 419 Kindertageseinrichtungen in kommunaler Trägerschaft, sowie rund 861 Einrichtungen freigemeinnütziger und sonstiger Träger Betreuungsplätze für Kinder im Alter von 9 Wochen bis 10 Jahren an.

Krisendienst Psychiatrie

Psychische Notfallsituationen sind für die Betroffenen häufig selbst nicht zu erkennen, insbesondere dann, wenn sie nicht mehr ansprechbar sind, alle Vorschläge ihnen zu helfen ablehnen, nicht mehr vernünftig und sachlich reagieren können, einen hilflosen oder verzweifelten Eindruck machen und sich völlig auf sich selbst zurückziehen. Dies kann einhergehen mit ungewohnten und unkontrollierten Handlungsweisen oder einer Aufgabe jeder Fürsorge für sich selbst. Eine besonders kritische Situation ist gegeben, wenn jemand durch Worte oder entsprechendes Handeln zu erkennen gibt, nicht mehr leben zu wollen oder zu können. In anderen Fällen kommt eine Notsituation dadurch klar zu Ausdruck, dass ein psychisch erkrankter Mensch aggressiv gegen seine Umwelt wird, seine Handlungen nicht mehr kontrolliert sind und die Sorge besteht, es könnte eine Gefahr von ihm ausgehen oder diese Gefahr tatsächlich schon gegeben ist. In diesen Fällen können sich Angehörige, Bezugspersonen, aber auch professionelle Kontaktpersonen wie Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Sozialpädagog*innen an den psychiatrischen Krisendienst wenden. Auf rechtlicher Grundlage des neuen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes in Bayern (PsychKHG) sollen die psychiatrischen Krisendienste in Bayern flächendeckend installiert werden.

Die Inanspruchnahme des Krisendienstes ist kostenfrei. Derzeit erfolgt die Finanzierung über die bayerischen Bezirke. Die aufsuchende Arbeit wird von sozialpsychiatrischen Diensten und den aufsuchenden Teams beteiligter Einrichtungsträger geleistet. Weitere Kooperationspartner*innen sind die psychiatrischen Institutsambulanzen und Praxen niedergelassener Nervenärzt*innen sowie Psychiater*innen. Außerhalb der Erreichbarkeit des Krisendienstes Psychiatrie München kann der ärztliche Notdienst über die Nummer 112 bzw. die Polizei über die Nummer 110 hinzugezogen werden.

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch ein relativ starres, „eindimensionales“ Erlebens- und Verhaltensmuster, jeweils unabhängig von der sozialen Situation. Es fehlt in individueller Ausprägung die Flexibilität eines situationsangemessenen Verhaltensrepertoires in sozialen Bezügen. Je nach hervorstechenden Merkmalen werden (in der ICD 10) unter anderem die abhängige, paranoide, zwanghafte, histrionische (früher hysterische) und die Borderline Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die Borderline Störung zeichnet sich aus durch eine emotionale Instabilität, das heißt in sich widersprüchliche Erlebens- und Verhaltensweisen (bspw. rasch wechselnde Zustände von sozialem Rückzug und sozialer Überaktivität).

Persönlichkeitsstörungen sind spezifische Muster einer Persönlichkeitsorganisation. In Komorbidität liegen häufig andere psychische Störungen, wie z.B. Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, rezidivierende depressive Störungen oder Angststörungen, vor.

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Ein psychisches Trauma ist: "(...) ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und

so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt¹² Die Diagnose einer PTBS wird gestellt, wenn die folgende Symptomatik länger als einen Monat besteht, wobei sie nicht unmittelbar nach der traumatisierenden Situation sondern auch später auftreten kann: Allgemeine Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit (Hyperarousal), Intrusionen und Flashbacks (sich aufdrängende Bilder, Wiederholungen des Erlebnisses), emotionale Taubheitszustände und Vermeidungsverhalten. Die Diagnose ist relativ „jung“ und wurde aufgrund psychischer Störungen bei Veteranen des Vietnamkrieges konzeptualisiert. In Deutschland wird sie gehäuft bei Bürgerkriegsflüchtlingen, aber auch bei Bundeswehrsoldaten nach einem Kampfeinsatz beobachtet.

Ursachen einer PTBS können aber auch sexualisierte und körperliche Gewalterfahrungen sein. Diagnostisch wird die PTBS ICD-gestützt mit F43.1 kodiert. Komplexe Traumafolgestörungen entstehen häufig durch jahrelange Gewalt und sexualisierte Ausbeutung in der engeren Familie. Das diagnostische Konstrukt der komplexen PTBS wird höchstwahrscheinlich in der neuen Version des Diagnose-Manuals ICD 11 enthalten sein.

Die Psychotherapie von PTBS und Traumafolgestörungen sollte inzwischen entwickelte und in ihrer Wirksamkeit validierte traumatherapeutische Strategien wie z.B. EMDR enthalten. EMDR ist auch als Methode neben verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Verfahren in der kassenärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zugelassen.

Psychiater*innen

Psychiater*innen sind Ärzt*innen mit der Facharztausbildung Psychiatrie, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung auch die Kompetenz für Psychotherapie erwerben. Sie sind spezialisiert auf die Behandlung psychischer Störungen und Erkrankungen. Bestandteil der Facharztausbildung Psychiatrie und Psychotherapie ist auch ein Jahr Klinische Tätigkeit in der Neurologie. Psychiater*innen arbeiten entweder in eigenen Praxen oder Praxismgemeinschaften oder sind in einer (psychiatrischen) Klinik, Institutsambulanz oder Tagklinik beschäftigt.

Vor jeder – insbesondere – psychiatrischen Behandlung veranlassen die*der behandelnde Ärzt*innen beim ersten Auftreten eines psychopathologisch auffälligen Befundes in der Regel auch eine körperliche Untersuchung. Es muss immer ausgeschlossen sein, dass somatische Befunde Ursache psychischer Komplikationen sind.

Die Kosten übernehmen die Krankenkassen in gleicher Weise wie in anderen Fällen fachärztlicher Behandlung. Über niedergelassene Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie informieren die kassenärztliche Vereinigung Bayern und die Servicestellen der Krankenkassen. In dringenden Fällen kann eine Terminvermittlung über die Terminservice-stelle der kassenärztlichen Vereinigung erfolgen.

12 Gottfried Fischer und Peter Riedesser (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart, Urban & Schwarzenberg.

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Das Behandlungsangebot der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) richtet sich an Patient*innen die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen krankenhausnahen Angebotes bedürfen sowie an Patient*innen, die nach eigener Einschätzung eine psychiatrische Notfallbehandlung benötigen. Darüber hinaus will die psychiatrische Institutsambulanz Rückfallaufenthalte in Krankenhäusern vermeiden, Krankenhausbehandlungszeiten verkürzen sowie die soziale Integration fördern.

Die PIA kann auch von Patient*innen mit einer Ersterkrankung in Anspruch genommen werden, wenn dieser nicht in der Lage sind, aus eigenem Antrieb eine notwendige kontinuierliche ambulante fachspezifische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Die Vermittlung an die PIA erfolgt überwiegend durch die behandelnden Ärzt*innen einer Klinik, in der die Patient*innen zuvor stationär untergebracht waren oder durch die Haus- oder Fächärzt*innen. Die Kosten übernimmt die Krankenkasse bzw. der zuständige Sozialversicherungsträger. Patient*innen dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in die Behandlung der PIA aufgenommen werden, wenn sie gleichzeitig von niedergelassenen Psychiater*innen oder Neurolog*innen behandelt werden. Psychiatrische Institutsambulanzen sind an psychiatrische Fachkliniken oder psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angegliedert.

Psychiatrische Kliniken

In psychiatrischen Krankenhäusern werden unterschiedliche Krankheitsbilder behandelt, häufig in getrennten Abteilungen, die entsprechend unterschiedlicher Formen psychischer Erkrankungen organisiert sind. Zudem gibt es Spezialkliniken z.B. für Kinder und Jugendliche, für besondere psychosomatische Erkrankungen und häufig auch für Suchterkrankungen.

Die meisten Kliniken verfügen über abgeschlossene Abteilungen. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann zeitweilig eine sogenannte geschlossene Unterbringung erforderlich sein. Darüber entscheiden die Fachärzt*innen im Einvernehmen mit den Patient*innen bzw. deren Betreuer*innen oder gegebenenfalls unter Einschätzung des Betreuungsgerichts. Aufenthalte auf geschlossenen Stationen sind überwiegend kurzfristig und vorübergehender Natur. Diese Aufenthalte in geschlossenen Abteilungen müssen richterlich genehmigt sein, wenn sie gegen den Willen der*des Patient*in durchgeführt werden. Vorläufige geschlossene Unterbringungen ohne Zustimmung der*des Patient*in werden von der örtlich zuständigen Gesundheitsbehörde entschieden. Ziel der Krankenhausbehandlung ist die Akutbehandlung. Geschlossene Abteilungen werden heute meist als geschützte Abteilungen bezeichnet.

Zugangs-/Aufnahmevoraussetzungen:

Bei Menschen mit akuten psychischen Störungen kann eine Einweisung entweder über niedergelassene Ärzt*innen oder durch eine Anmeldung, aus eigener Initiative der Patient*innen oder durch Angehörige erfolgen. Ebenfalls kann eine Zuweisung durch eine andere Einrichtung oder Zwangseinweisung durch die Polizei erfolgen. Die Kosten werden von der Krankenkasse bzw. dem zuständigen Sozialsicherungsträger übernommen.

Psychosomatische Kliniken

Psychosomatische Kliniken bieten stationäre therapeutische Unterstützung bei psychosomatischen oder anderen psychischen Störungen. Überwiegend wird nach tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten behandelt. Im Gegensatz zu psychiatrischen Kliniken werden keine Notfälle (z.B. akute Selbst- oder Fremdgefährdung, akutes psychotisches Erleben, z.B. im Rahmen einer Schizophrenie oder Manie oder akute Pflegebedürftigkeit) behandelt. Einige Kliniken haben ein eigenes Profil mit einem ganzheitlichen integrativen Ansatz im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft. Hier werden teilweise auch Suchterkrankungen nach erfolgter Entgiftung mitbehandelt.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Menschen mit somatischen und leichteren psychischen Störungen. Die stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik erfolgt entweder als stationäre Rehabilitation (Kostenträger Rentenversicherung) oder akute Krankenhausbehandlung (Kostenträger gesetzliche oder private Krankenversicherung). In beiden Fällen sind schriftliche Anträge und Stellungnahmen der behandelnden Ärzt*innen oder psychologischen Psychotherapeut*innen erforderlich.

Selbsthilfe / Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind.

Die Selbsthilfegruppen wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung der persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in das soziale und politische Umfeld.

In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit wird Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe betont. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem nach ihren Mitgliedern. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements.

Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfer*innen (z.B. Ärzt*innen, Therapeut*innen, sowie Fachkräfte aus anderen medizinischen oder sozialen Berufen) geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Expert*innen zu bestimmten Fragestellungen hinzu.

Sozialbürgerhäuser (SBH)

Die Münchner Sozialbürgerhäuser (SBH) sind der wohnortnahe Ansprechpartner für Angebote und Leistungen des Sozialbürgerhauses Soziales und des Jobcenters München. Die Zuständigkeiten eines SBH gelten jeweils für eine Sozialregion, in der ein oder mehrere Stadtbezirke zusammengefasst sind.

In jedem SBH sind viele soziale Dienstleistungen unter dem Aspekt der Bürgerorientierung und den gesamten regionalen Zuständigkeiten zusammengeführt. Durch die interdisziplinäre Organisation und Arbeitsweise entsteht ein ganzheitliches Hilfeangebot. Bei Bedarf arbeiten Fachkräfte aus verschiedenen Fachrichtungen im Team zusammen.

Das Sozialbürgerhaus bietet Information, Beratung und Unterstützung in folgenden Bereichen an:

- › Vermittlung in Ausbildung und Arbeit,
- › beschäftigungsorientiertes Fallmanagement,
- › Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Leistungsberechtigte und die mit ihnen in einem Haushalt lebenden Personen,
- › Leistungen aus dem Bildungspaket für Kinder und Jugendliche,
- › Wirtschaftliche Notsituationen und Überschuldung,
- › Familien- und Partnerkonflikte,
- › Versorgung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen,
- › Fragen zu Trennung/Ehescheidung und Sorgerechtsregelung,
- › Wohnprobleme und drohende Obdachlosigkeit,
- › Pflegebedürftige Bürger*innen sowie deren Angehörige,
- › Schwierigkeiten im Alter,
- › gesetzliche Vertretung Erwachsener,
- › gesundheitliche Probleme,
- › Vermittlung von Kindertagesbetreuung in Familien in den Sozialbürgerhäusern Mitte, Orleansplatz, Pasing und Neuhausen-Moosach.

Die Sozialbürgerhäuser sind Anlaufstelle und leiten Schutzmaßnahmen ein für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bei Gewalt, Gefährdung und Vernachlässigung.

Sozialpädiatrie

Die Sozialpädiatrie ist in der Kinder- und Jugendmedizin angesiedelt und befasst sich mit den äußeren Einflüssen auf Gesundheit und Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Zu ihren Aufgaben gehören Früherkennung, Behandlung und Versorgung bei kindlichen Entwicklungsstörungen, Verhaltensstörungen, drohenden oder eingetretenen Behinderungen, Mehrfachbehinderungen und chronische Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung von Lebensbewältigung und Teilhabe. In der Mehrbereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS) werden Entwicklungsstand des Kindes, körperliche Erkrankungen, Psychischer Befund/Erkrankung, Soziale Belastungsfaktoren, Ätiologie und Teilhabe erfasst und ermöglichen eine Einschätzung von individuellen Risiken, aber auch Ressourcen.

Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi)

Das Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste umfasst einerseits Information und Beratung rund um psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Fragestellungen. Die Mitarbeitenden des SpDi bieten Einzel- und Familiengespräche an – auch in Form von Hausbesuchen. Sie helfen Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ihrer Alltagsbewältigung und unterstützen und betreuen diese z.B. vor und nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik. Weitere Zielgruppen der Beratungsangebote aller SPDis sind Angehörige psychisch erkrankter Menschen sowie Fachpersonal. SPDis bieten auch diverse Gruppenangebote an. Das Personal der SPDis umfasst sozialpädagogische, psychologische und teils ärztliche Fachkräfte. Der sozialpsychiatrische Dienst stellt damit ein gemeindenahes, ambulantes Angebot dar, häufig ergänzt durch die fachärztliche Behandlung, die jedoch keine Bedingung darstellt.

Zugangs- / Aufnahmevoraussetzungen:

Alter in der Regel zwischen 18 und 60 Jahren, regionale Zuständigkeit des jeweiligen SpDi. Die Angebote des SpDi sind unentgeltlich und auf Wunsch anonym. Der SpDi kann auch als Fachberatung von anderen Institutionen genutzt werden.

Schizophrene Störungen

Schizophrenie ist ein Sammelbegriff für eine Gruppe psychischer Störungen, die sich nach Verlaufskriterien wie Akuität/ Chronizität, Erkrankungsbeginn, Dauer und vollständige Remission bzw. Residualsyndrom unterscheiden lassen (der sogenannte schizophrene Formenkreis). Die Erkrankung umfasst nahezu alle Bereiche des Erlebens, Verhaltens und der sozialen Integration.

Häufig wird angenommen, dass Schizophrenie gleichzusetzen ist mit einer Spaltung der Persönlichkeit, manchmal in „gut“ und „böse“. Diese Annahme ist falsch. Vielmehr zeigt sich bei Schizophrenie in Krankheitsphasen neben zahlreichen anderen möglichen Symptomen häufig das Auftreten von falschen Überzeugungen in vielfältigster Form (sog. Wahn, z.B. Verfolgungswahn) und von Halluzinationen (v.a. akustische Halluzinationen, z.B. Stimmenhören). Auch die Affektivität ist in der Regel verändert: Die Betroffenen erleben oft angstvolle oder gereizte Verstimmungen. Es kann auch zu akuter Selbst- und Fremdgefährdung kommen. Untersuchungen einer Arbeitsgruppe um Prof. Fazel der Universität Oxford geben Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit Schizophrenie gewalttätig werden, deutlich in Zusammenhang stehen mit komorbidem Suchtmittelkonsum und männlichem Geschlecht. Typisch für die meisten Krankheitsverläufe ist ein episodenhafter Verlauf, d.h. auf Phasen mit ausgeprägter Symptomatik folgen Phasen mit weniger oder fehlenden Symptomen. Vor einer Krankheitsepisode zeigen sich häufig Frühwarnzeichen (z.B. Lärmempfindlichkeit, Schlafstörung u.a.) Die Symptome einer Schizophrenie können zu einem mangelndem Verständnis für die eigene Erkrankungssituation führen und – in sich konsequent – zur Ablehnung einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Für professionelle Helfer*innen, speziell aus dem psychosozialen Bereich, stellt ein mangelndes Krankheitsverständnis, zumeist als „mangelnde Krankheitseinsicht“ bezeichnet, eine hohe Hürde dar, wenn eine Therapie notwendig erscheint bzw. indiziert ist. Im Rahmen und mit Hilfe kontinuierlicher psychosozialer wie ärztlicher Begleitung und Betreuung betroffener Patient*innen gelingt es aber, ein besseres Krankheitsverständnis zu erreichen und die Behandlungsmotivation (Compliance) zu stärken.

Tagkliniken

Eine Tagklinik ist eine Einrichtung der teilstationären Patientenbetreuung. Im Bereich der Psychiatrie sind Tagkliniken soziale – und teilweise auch psychotherapeutisch ausgerichtete – Einrichtungen von Krankenhäusern oder anderen Trägern, in denen die Patient*innen eine Zeit lang tagsüber betreut und gegebenenfalls beschäftigt werden. Die Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit, in der übrigen Zeit in der eigenen Wohnung oder in der eigenen Familie zurechtzukommen.

Zugangs-/Aufnahmevoraussetzungen:

Menschen mit psychischen Störungen, die keine vollstationäre Versorgung benötigen. Die Kosten übernimmt die Krankenkasse bzw. der zuständige Sozialversicherungsträger. Tagkliniken sind häufig an psychiatrische und psychosomatische Kliniken angehängt oder werden von Kliniken wie Außenstationen betrieben.

Zwangs- und Angststörungen

Die **Zwangsstörung** ist dadurch gekennzeichnet, dass Betroffene sich zu bestimmten Handlungen wider besseren Wissens gezwungen fühlen (bspw. sich übermäßig zu waschen oder Ordnungsrituale einzuhalten). Das Abnorme ihres Verhaltens ist ihnen – im Unterschied zu Wahnkranken – bewusst, doch sie können sich nicht dagegen wehren. Der Zwangshandlung liegt in der Regel eine Zwangsvorstellung zugrunde, bspw. sich mit Krankheitskeimen zu infizieren. Eine Sonderform ist das sogenannte Messie-Syndrom, das mit Störungen der Planung und Ausführung von eigenen Vorhaben in räumlicher und zeitlicher Hinsicht einhergeht (bspw. Wohnungsverwahrlosung oder krankhaftes Aufschieben). Von einigen Autoren¹³ wird das Syndrom den Zwangsstörungen zugerechnet.

Bei **Angststörungen** sind die generalisierte Angststörung und begrenzte, auf einzelne Lebensbereiche bezogene Phobien zu unterscheiden. In jedem Fall ist das Gefühl der Angst die das Erleben beherrschende Emotion. Als Reaktion auf die Angst kommt es gehäuft zu Vermeidungsverhalten, was bedeutet, dass die Angst auslösende Situation gemieden wird (bspw. vermeiden es die Betroffenen eine Straße zu überqueren, wenn sie unter Agoraphobie (Angst vor Plätzen) leiden). Dies kann bei schweren Erkrankungsformen zu einer Einengung des sozialen Radius führen. Auch bei dieser Störung wissen die Betroffenen um ihr krankhaftes Verhalten, können sich aber – analog zum Zwang – aus eigener Kraft nicht dagegen wehren. Da sie unter erheblichem Leidensdruck stehen, suchen sie therapeutische Hilfe eher auf als bspw. Patient*innen, die an einer depressiven oder schizophrenen Störung leiden.

13 Rehberger, R. (2007): Messies- Sucht und Zwang. Stuttgart, Klett-Cotta.

Gesetzestexte¹⁴

Im Folgenden werden die wichtigsten Vorschriften im Bereich des Kinderschutzes aufgeführt. Bitte beachten Sie, dass in konkreten Einzelfällen der Gesetzestext immer auf Aktualität zu prüfen ist.

Grundgesetz

Art 6 GG

- (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.
- (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.
- (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

Sozialgesetzbuch

SGB VIII (Kinder- u. Jugendhilfegesetz KJHG)

§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

¹⁴ Alle angegebenen Gesetzestexte können Sie in aktueller Fassung der Website www.gesetze-im-internet.de entnehmen.

- (2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.
- (4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass
1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
 2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
 3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

- (5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

§ 8b SGB VIII – Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

- (1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.
- (2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien
1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie
 2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

§ 42 SGB VIII Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

- (1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
1. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
 2. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nummer 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

- (2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen; § 39 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.
- (3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich
1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
 2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.

Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nummer 2 entsprechend. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.

- (4) Die Inobhutnahme endet mit
1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
 2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.
- (5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für

Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

- (6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

- › Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
- › Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- › Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
- › Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- › Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
- › staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
- › Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

- (2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
- (3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Art. 14 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

- (1) Die Personensorgeberechtigten sind verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen im Sinn der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 26 in Verbindung mit § 25 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen.
- (2) Sämtliche Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.
- (3) ¹Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz arbeiten im Rahmen ihrer Aufgaben nach dieser Bestimmung mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Schulen und Stellen der Schulverwaltung sowie mit Einrichtungen und Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe zusammen. ²Werden ihnen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, schalten sie unverzüglich das zuständige Jugendamt ein.
- (4) ¹Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz bieten gesundheitliche Beratung und Untersuchung im Kindes- und Jugendalter, insbesondere im Rahmen der Schulgesundheitspflege. ²Sie beraten über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen anbieten und gewähren können. ³Sie weisen dabei auch auf die gemäß Abs. 1 bestehende Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche hin.
- (5) ¹Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz nehmen in Zusammenarbeit mit der Schule und den Personensorgeberechtigten die Schulgesundheitspflege wahr. ²Diese hat das Ziel, gesundheitlichen Störungen vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege für deren Behebung aufzuzeigen. ³Soweit auf Grund der gesundheitlichen Situation des Kindes Folgerungen für die Unterrichtsgestaltung zu ziehen sind, geben die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz die notwendigen Hinweise an die Schulleitung.

⁴Im Rahmen der nach Art. 80 Satz 1 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen von den unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz durchzuführenden Schuleingangsunter-suchung haben die Personensorgeberechtigten den Nachweis über die nach Abs. 1 vorgeschriebene Teilnahme an der U9-Früherkennungsuntersuchung vorzulegen.

⁵Wird dieser Nachweis nicht erbracht, haben die betroffenen Kinder an einer schulärztlichen Untersuchung teilzunehmen. ⁶Wird auch die schulärztliche Untersuchung verweigert, erfolgt eine Mitteilung an das zuständige Jugendamt.

⁷Die Jugendämter haben unter Heranziehung der Personensorgeberechtigten oder der Erziehungsberechtigten festzustellen, ob gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung im Sinn des § 8a des Achten Buches Sozialgesetzbuch bestehen. ⁸Bei der Schuleingangsunter-suchung nach Satz 4 und bei weiteren schulischen Impfberatungen sind vorhandene Impfausweise und Impfbescheinigungen (§ 22 IfSG) der Kinder durch die Personensorgeberechtigten vorzulegen.

⁹Einzelheiten werden in einer Rechtsverordnung der beteiligten Staatsministerien nach Art. 34 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 geregelt.

- (6) Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1666 BGB Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

- (1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.
- (2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.
- (3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere
1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
 2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
 3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
 4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
 5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge, die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.
- (4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

Impressum

Herausgeber:
Münchner Hilfenetzwerke
Koordination
Landeshauptstadt München
Gesundheitsreferat
Bayerstraße 28a
80335 München
hilfenetzwerke.de

Bildnachweis S. 47: [vegefox.com](https://www.vegefox.com) – stock.adobe.com

Stand: Mai 2021

