

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Muttenz

Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder

Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung innerhalb einer Mutter-Kind-Institution.

Bachelor-Thesis vorgelegt von
Céline Moos
16-649-592

Eingereicht bei
Dr. Brigitte Müller
Muttenz, im Januar 2021

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es, aufzuzeigen welchen Beitrag zur Unterstützung eine Mutter-Kind-Institution in der derzeitigen Unterversorgung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder leisten kann. Einleitend erfolgt eine Literaturanalyse woraus der Unterstützungsbedarf betroffener Familien hergeleitet und definiert wird. Darauf aufbauend werden Mutter-Kind-Institutionen in die derzeitige Versorgungssituation betroffener Familien eingebettet. Nachfolgend wird die Literaturanalyse durch die Ergebnisse einer empirischen Datenerhebung ergänzt. Dazu erfolgt exemplarisch eine Konzeptanalyse und ein Gruppeninterview mit den Leitungspersonen der Institution «casa cantero».

Die nachfolgende Diskussion ergibt folgende Schlussfolgerungen in Bezug auf die Forschungsfrage: In der derzeitigen Unterversorgung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder kann eine Mutter-Kind-Institution einen wichtigen Beitrag als letztes Auffangnetz für betroffene Familien mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf leisten. Die Unterstützung scheint jedoch noch zu wenig auf den spezifischen Unterstützungsbedarf entsprechender Familien angepasst, sodass eine spezifische Weiterentwicklung angeregt wird.

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit dient insbesondere Fachpersonen, welche in Auseinandersetzung mit psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder stehen.

Inhaltsverzeichnis

Á

1Á Einleitung	1Á
1.1Á Ausgangslage	1Á
1.2Á Herleitung der Fragestellung	2Á
1.3Á Relevanz für die Soziale Arbeit	2Á
1.4Á Aufbau der Arbeit	3Á
2Á Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder	4Á
2.1Á Überblick psychiatrische Störungsbilder	4Á
2.2Á Belastungen psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder	7Á
2.2.1Á Belastungen der Eltern	7Á
2.2.2Á Belastungen der Kinder	8Á
2.3Á Risiken und Ressourcen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern	11Á
2.3.1Á Risiken in Familien mit psychisch erkrankten Eltern	11Á
2.3.2Á Ressourcen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern	12Á
2.4Á Familialer Unterstützungsbedarf	14Á
2.5Á Zusammenfassung und Zwischenfazit	17Á
3Á Unterstützungsmöglichkeiten	19Á
3.1Á Spezifische Unterstützungsmöglichkeiten	19Á
3.2Á Massnahmen des Kindesschutzes	20Á
3.3Á Mutter-Kind-Institutionen	21Á
3.4Á Zusammenfassung und Zwischenfazit	23Á
4Á Konzeptanalyse und Gruppeninterview der Institution casa cantero	25Á
4.1Á Design und Vorgehen	25Á
4.2Á Ergebnisse	26Á
4.2.1Á Hintergründe für die Aufnahme von psychisch erkrankten Müttern und deren Kindern	27Á
4.2.2Á Umgang mit der Erkrankung und Kommunikation über die Erkrankung	29Á
4.2.3Á Betreuung und Versorgung der Kinder	33Á
4.2.4Á Gesellschaftsintegration der Mütter und Kinder	35Á
4.2.5Á Kriterien gelingender Unterstützung	37Á
4.3Á Zusammenfassung und Zwischenfazit	40Á

5 Diskussion der Forschungsergebnisse	43
5.1 Unterstützungsmöglichkeiten	43
5.2 Form der Unterstützung	47
6 Schlussfolgerungen	50
6.1 Beantwortung der Fragestellung	50
6.2 Weiterführende Fragen	51
7 Quellen	54
7.1 Literaturverzeichnis	54
7.2 Quellenverzeichnis	55

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben ein hohes Risiko für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf sowie ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko gegenüber Vergleichsgruppen im Erwachsenenalter, an einer psychischen Erkrankung zu leiden (vgl. Lenz 2014: 17). Zusätzlich besteht ein erhöhtes Potenzial für eine Kindeswohlgefährdung, oft in Form von psychischer Misshandlung des Kindes (vgl. ebd.: 49). Wie viele Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil in der Schweiz aufwachsen, wurde bislang noch nicht erhoben. Wenn Berechnungen aus Deutschland in die Schweiz übertragen werden, beläuft sich die Zahl auf mindestens 20'000 - 50'000 betroffene Kinder (vgl. Albermann/Müller 2016: 4). Betroffene Familien weisen einen komplexen Unterstützungsbedarf mit Wechselwirkungsprozessen auf (vgl. Effinghausen 2014: 87).

In der Schweiz gibt es mittlerweile spezifische Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien, jedoch immer noch zu wenige. Dazu gehören Sprechstunden für Angehörige, Patenschaften für Kinder, Notfallbetreuung der Kinder und einige wenige in psychiatrische Kliniken integrierte Eltern-Kind-Angebote für Säuglinge und Kleinkinder und ein Eltern-Kind-Angebot für Vorschulkinder bis zum fünften Lebensjahr (vgl. Albermann/Müller 2016: 5). Insgesamt wurde in verschiedenen internationalen Studien eine unbefriedigende Versorgungssituation von betroffenen Familien betont (vgl. Lenz 2014: 73). Um die betroffenen Familien gelingend zu unterstützen, werden familienorientierte Unterstützungsmöglichkeiten mit der Möglichkeit einer durchgehenden und langfristigen Begleitung gefordert (vgl. Loch 2014: 389, Gutmann 2017: 252). Diesem Anspruch können diese spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten selten entsprechen (vgl. Kapitel 3.2). Neben diesen spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten bestehen als Massnahmen des Kindesschutzes unspezifische Unterstützungsmöglichkeiten. In der Literatur wird dabei von Beratungsstellen, Schulsozialarbeit und der sozialpädagogischen Familienbegleitung gesprochen (vgl. Albermann/Müller 2016: 7). Insbesondere die sozialpädagogische Familienbegleitung scheint eine familienorientierte und langfristige Unterstützungsmöglichkeit darzustellen. Bei den genannten unspezifischen Unterstützungsmöglichkeiten handelt es sich jedoch um ambulante Angebote, welche einem hohen Unterstützungsbedarf, beispielsweise im Zusammenhang mit einer chronisch psychischen Erkrankung eines Elternteils, nicht gerecht werden können (vgl. Kapitel 3.2). Was, wenn diese ambulanten Angebote zur Gewährung des Kindeswohles nicht ausreichen?

Eine Fremdplatzierung als einschneidendste Massnahme des Kinderschutzes soll im äussersten Notfall und nur, wenn der notwendige Schutz und Betreuung nicht anders gewährleistet werden kann, veranlasst werden (vgl. Albermann/Müller 2016: 6f.).

Eine stationäre Mutter-Kind-Institution als Unterstützungsmöglichkeit für betroffene Familien wird in der Literatur nur selten erwähnt. In der Praxis scheint sich gleichwohl ein anderes Bild abzuzeichnen, wie Gaby Schneider und Vincente Valenti im Zeitungsartikel «Zum Schutz der Kinder: Das Mutter & Kind-Haus führt engere Strukturen ein» von der Veränderung ihrer Klientel berichten. Immer mehr Frauen in ihrer Mutter-Kind-Institution würden unter psychischen Erkrankungen leiden. In den vergangenen Monaten habe sich dadurch der Bedarf in ihrer Institution verändert. Früher benötigten die Mütter in ihrer Institution lediglich Unterstützung in ihrer Erziehungsfähigkeit. Durch die Veränderung der Klientel seien nun engere Strukturen und eine intensivere Begleitung nötig (vgl. Krauser 2020).

1.2 Herleitung der Fragestellung

Wie im Abschnitt 1.1 erörtert, könnte eine Mutter-Kind-Institution bei einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf von betroffenen Familien eine geeignete Unterstützungsmöglichkeit darstellen. Da dieser Möglichkeit in der Literatur bislang wenig Beachtung geschenkt wurde, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht werden, was für Möglichkeiten zur Unterstützung eine Mutter-Kind-Institution für betroffene Familien bieten kann und welchen Herausforderungen die Institutionen dabei unterstehen. Dies soll anhand folgender Fragestellung untersucht werden:

«Welchen Beitrag zur Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern kann eine Mutter-Kind-Institution leisten?»

1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Mutter-Kind-Institutionen sind ein verhältnismässig neues Praxisfeld. Sowohl in den platzierenden Behörden, wie auch in den Institutionen selbst, sind Professionelle der sozialen Arbeit als Fachpersonen gut vertreten. Bisher fanden in der Schweiz nur wenige empirische Untersuchungen in diesem Praxisfeld statt. In der Schweiz gibt es rund 30 Mutter-Kind-Institutionen. Die Kantone Bern und Zürich bieten dabei das grösste Angebot¹. Im Kanton Zürich fand im Jahr 2015 eine Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Institutionen statt.

¹ siehe www.mutterkindwohnen.ch

Diese bestätigt den Eindruck, dass psychische Erkrankungen der Klientinnen eine häufig vorkommende Herausforderung für die Mitarbeitenden darstellt, welche konzeptionell nicht vorgesehen ist (vgl. Gabriel et al. 2015: 16). Diese Studie richtete ihren Fokus jedoch nicht auf diese spezifische Herausforderung, sondern vermittelte einen Gesamtüberblick über die Möglichkeiten, Wirkung und Herausforderungen in Mutter-Kind-Institutionen (vgl. ebd.: 7f.).

Die Beantwortung der Forschungsfrage im Rahmen der vorliegenden Arbeit ermöglicht, Einblicke zu erhalten, welche Möglichkeiten eine Platzierung in einer Mutter-Kind-Institution bei einer psychischen Erkrankung der Eltern bieten kann. Dies ist insbesondere für die platzierenden Behörden, wie auch für die Klienten und Klientinnen selbst relevant. Zusätzlich werden mögliche Herausforderungen in der Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und ihrer Kinder aufgezeigt. Dadurch kann eine spezifische Weiterentwicklung der entsprechenden Institutionen angeregt werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird für die Beantwortung der Fragestellung relevante Literatur analysiert. Im ersten Abschnitt erfolgt zunächst eine Abbildung der Störungsbilder von psychiatrischen Erkrankungen auf Basis derer die Belastungsfaktoren, Risiken und Ressourcen der betroffenen Familie erörtert werden. Darauf aufbauend wird der Unterstützungsbedarf betroffener Familien hergeleitet und definiert. Im zweiten Abschnitt folgt zunächst eine Angebotsübersicht über bestehende spezifische Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien. Anhand dessen erfolgt die Erörterung der unspezifischen Unterstützungsmassnahmen im Rahmen des Kindesschutzes und eine Überleitung, unter welchen Bedingungen eine Platzierung in einer Mutter-Kind-Institution sinnvoll erscheint. Abschliessend wird auf eine grobe Darlegung des Angebotes in Mutter-Kind-Institutionen eingegangen. In einem zweiten Teil der vorliegenden Arbeit wird im dritten Abschnitt die Literaturanalyse durch die Ergebnisse einer empirischen Datenerhebung ergänzt. Dazu erfolgt exemplarisch eine Konzeptanalyse und ein Gruppeninterview mit den Leitungspersonen der Institution «casa cantero». Die Ergebnisse werden in einem separaten Abschnitt, unter Einbezug der Literaturanalyse und weiterer Fachliteratur, kritisch diskutiert. Im letzten Kapitel werden auf Basis der Diskussion, Schlussfolgerungen zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Generierung von weiterführenden Fragen gezogen.

2 Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder

Zu Beginn dieser Arbeit werden für die Beantwortung der Fragestellung relevante theoretische Grundlagen erörtert. In diesem Abschnitt folgt dazu ein Überblick über die häufigsten psychiatrischen Störungsbilder, mit dem Ziel, die daraus entstehenden Belastungsmöglichkeiten nachzuvollziehen. Anschliessend werden die Belastungsfaktoren, mögliche Risiken und Ressourcen psychisch erkrankter Eltern und derer Kinder ausgelegt. Dies im Hinblick darauf, aus den Belastungsfaktoren, Risiken und Ressourcen den Unterstützungsbedarf betroffener Familien herzuleiten und zu definieren.

2.1 Überblick psychiatrische Störungsbilder

Um eine Erkrankung definieren zu können, braucht es eine Vorstellung darüber, wann ein Mensch gesund ist und wann nicht. In der Literatur finden sich dazu verschiedene Krankheitsverständnisse, wobei diese in Abhängigkeit von politischen, kulturellen und weltanschaulichen Normen und Werten einer Gesellschaft stehen. Die seelische Gesundheit erfordert demnach Flexibilität und Anpassungsvermögen an das jeweilige soziokulturelle Umfeld. Das dichotome Konzept versteht Gesundheit und Krankheit als zwei sich gegenseitig ausschliessende Zustände (vgl. Effinghausen 2014: 50). Bei psychischen Erkrankungen kann jedoch keine klare Grenze zwischen dem, was noch als gesund bezeichnet wird und dem, was bereits als krank gilt, ausgemacht werden (vgl. ebd.: 52). Das orthogonale Konzept scheint geeigneter, um psychische Erkrankungen zu definieren. Es betrachtet Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Faktoren und damit verbunden, dass ein Mensch gleichzeitig über gesunde und kranke Anteile verfügen kann. Von psychischer Gesundheit wird gesprochen, wenn die gesunden und die kranken Anteile in einer Balance zueinanderstehen. Ist dies nicht der Fall, wird es als Aufgabe des professionellen Hilfesystems gesehen, die gesunden Anteile bzw. Ressourcen zu suchen und zu fördern (vgl. ebd.: 51). Wann ein Mensch unter einer psychischen Erkrankung leidet, stellt demnach eine umfassende Fragestellung dar. In den USA und Europa erfolgt die Diagnose einer psychischen Erkrankung wahlweise anhand zwei anerkannter Klassifikationssysteme: Dem DSM IV (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) oder dem ICD 10 (internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation). Die Klassifikation erfolgt aufgrund einer klinischen Beschreibung der Symptome und Verhaltensauffälligkeiten von Betroffenen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 31).

Die Diagnosen sind dabei abhängig vom derzeitigen wissenschaftlichen Stand und den sozialen Normen der jeweiligen Gesellschaft, weshalb die Störungsbilder laufend erweitert werden. Nachfolgend werden die am häufigsten vorkommenden psychiatrischen Krankheitsbilder skizziert (vgl. ebd.: 32). Dies soll lediglich dazu dienen, eine bessere Vorstellung über die Krankheitsbilder und den daraus möglichen entstehenden Belastungen zu erhalten. Ein komplettes Abbild der psychischen Erkrankungen wird nicht ermöglicht.

Angst und Zwangsstörungen

Von einer Angststörung wird gesprochen, wenn bei Betroffenen pathologische Ängste vorhanden sind. Pathologische Angst meint das Vorhandensein von Angst, welche unverhältnismässig zum Auslöser steht und ist damit klar abzugrenzen von normaler Angst. Dies wird anhand folgender Kriterien bestimmt: Die Reaktion der Angst ist nicht der Situation angemessen, sie ist chronisch, die betroffene Person kann die Angst weder erklären noch selbst reduzieren oder gar bewältigen. Durch die Angst wird die betroffene Person in der alltäglichen Lebensbewältigung eingeschränkt. Es werden dabei folgende Krankheitsbilder unterschieden: Phobien, Panikstörungen, generalisierte Angst und Zwangsstörungen.

Bei Phobien ist die Angst auf ein bestimmtes Objekt, Subjekt oder eine bestimmte Situation bezogen. Eine Panikstörung wird durch wiederholte Angst- und Panikzustände, welche sich nicht auf bestimmte Subjekte, Objekte oder Situationen zurückführen lassen, gekennzeichnet. Diese Zustände dauern meist nur wenige Minuten.

Von einer generalisierten Angststörung wird gesprochen, wenn beim Betroffenen eine anhaltende Angst vorhanden ist, welche nicht auf eine spezifische Situation, Subjekt oder Objekt zurückgeführt werden kann.

Eine Zwangsstörung ist durch wiederkehrende zwanghafte Gedanken und Handlungen, welche von innerer Anspannung und Angstsymptomen begleitet werden, charakterisiert. Zwangsstörungen treten oft in Kombination mit einer Depression auf, wodurch eine Differenzialdiagnose erschwert wird (vgl. ebd.: 32–34).

Affektive Störung

Eine affektive Störung ist durch eine Störung der Stimmung und des subjektiven Gefühlszustandes bei Betroffenen gekennzeichnet. Es wird dabei in unipolare und bipolare Störungen unterschieden.

Bei unipolaren Störungen treten entweder ausschliesslich manische oder depressive Phasen auf. Bei bipolaren Störungen dagegen treten manische und depressive Phasen im Wechsel auf. Der Verlauf erfolgt in Episoden mit unterschiedlicher Dauer.

Eine depressive Phase ist charakterisiert durch eine anhaltende Traurigkeit und Niedergeschlagenheit der Betroffenen. Es besteht ein vermindertes Aktivitätsniveau, wodurch alltägliche Aufgaben als Überforderung erlebt werden.

Zudem gehen depressive Phasen mit einem negativen Selbstkonzept und damit mit dem Verlust des Selbstvertrauens und mit pessimistischen Zukunftsvorstellungen einher.

Eine manische Phase ist gekennzeichnet durch situationsinadäquate, gehobene oder gereizte Stimmung der Betroffenen mit verbundener Steigerung der körperlichen und psychischen Aktivität. Der Beginn einer manischen Phase wird oft als angenehm empfunden. Langfristig verursachen manische Phasen allerdings eine erhebliche Einschränkung der beruflichen und/oder sozialen Funktionsfähigkeit (ebd.: 34–36).

Schizophrene Störung

Eine schizophrene Störung ist durch eine umfassende Störung des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens bei Betroffenen charakterisiert. Dadurch erfolgt eine veränderte Wahrnehmung von Farben und Geräuschen. Geräusche werden dabei oft als Stimmen, welche in dritter Person über die Betroffene sprechen, wahrgenommen. Die Auseinandersetzung mit der inneren Welt führt zur Überlastung, wodurch Anforderungen der Aussenwelt zu Überforderung für Betroffene führen (vgl. ebd.: 37). Der Verlauf kann schleichend stattfinden. Er beginnt meist schon Jahre vor dem Ausbruch einer akuten Phase, wird aber von den Betroffenen selbst und ihrem sozialen Umfeld nur schwer erkannt (vgl. Häfner 2017: 16).

Borderlinestörung

Die Diagnose Borderlinestörung wurde erst in den letzten Jahren als eigenständige Störung klassifiziert. Sie führt zur Beeinträchtigung der inneren Ausgeglichenheit und zu Störungen in sozialen Beziehungen. Als Hauptmerkmal gilt die Instabilität im Selbstbild, der zwischenmenschlichen Beziehungen wie auch der Stimmung. Durch das fehlende konstante Selbstbild ist das Selbstwertgefühl der Betroffenen stets auf aktuelle Erfolgserlebnisse und Bestätigung von aussen gerichtet. Sie stehen damit in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen und versuchen mit allen Mitteln, ein Verlassen werden zu verhindern. In schweren Formen einer Borderlinestörung ist gar mit selbstverletzendem Handeln und Suiziddrohungen zu rechnen (vgl. Schone/Wagenblaus 2010: 39).

Trotz der Unterschiedlichkeit dieser Störungsbilder, beeinflussen alle die Betroffenen im Denken, Fühlen und Wahrnehmen. Solche Persönlichkeitsveränderungen eines Menschen haben grossen Einfluss auf sein familiäres Umfeld, weswegen sie zunehmend als Familienkrankungen benannt werden (vgl. Schmuhl 2015: 40).

2.2 Belastungen psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder

2.2.1 Belastungen der Eltern

Das Thema Elternschaft von psychisch Erkrankten und die damit verbundenen Belastungen erhielten bislang wenig Aufmerksamkeit in der Forschung. Diese schien sich mehr den Belastungen von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern zu widmen. Psychisch erkrankte Eltern stellen jedoch keine Randgruppe dar (vgl. Lenz 2005: 33). Rund 30 % der Frauen in psychiatrischer Behandlung haben minderjährige Kinder, wobei das Krankheitsbild der affektiven Störung am meisten vertreten ist (vgl. Gutmann 2017: 15). Zahlen über psychisch erkrankte Väter liegen bislang nur wenige vor (vgl. Lenz 2005: 33).

Psychisch erkrankte Erwachsene weisen einen komplexen Hilfebedarf mit Wechselwirkungsprozessen auf. Die sozialen und gesundheitlichen Probleme haben negative Auswirkungen auf die finanzielle und berufliche Situation, auf die Beziehungsebene und damit verbunden auf die ganze Lebensqualität der betroffenen Person (vgl. Effinghausen 2014: 87). Je nach Art und Ausmass der Beeinträchtigung durch die psychische Erkrankung, ist die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, wodurch eine zunehmende Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt erfolgt. Ein Mangel an beruflichen Qualifikationen erhöht die Wahrscheinlichkeit dieser Ausgrenzungserfahrungen. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind daher häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und befinden sich dadurch oft in einer finanziell schwierigeren Lage, welche wiederum zu schlechten Wohnverhältnissen führen kann (vgl. ebd.: 82f.).

Eine psychische Erkrankung zu haben, gilt in unserer Gesellschaft immer noch als Tabuthema. Den Betroffenen fällt es dadurch schwer, einen offenen Umgang mit ihrer Erkrankung zu leben. Aus Angst vor Vorurteilen innerhalb des sozialen Umfeldes, wird dieses oft auf Kontakte im engen Familienkreis und mit Gleichgesinnten begrenzt. Durch die Erkrankung selbst können zudem soziale Phobien und eine Einschränkung der sozialen Kompetenzen entstehen, was wiederum das soziale Umfeld zusätzlich einschränken kann. Diese Ausgrenzungserfahrungen innerhalb der Gesellschaft wirken sich zusätzlich negativ auf das Wohlbefinden der Betroffenen aus (vgl. ebd.: 86). Durch diese Folgeprobleme der psychischen Erkrankung, besteht auch nach einer Stabilisierung der psychischen Erkrankung ein hohes Risiko für eine erneute Verschlechterung des psychischen Zustandes (vgl. Gutmann 2017: 16f.).

Mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung erhalten Betroffene in der Gesellschaft die Rolle als Erkrankte zugeschrieben. Dies kann sich einerseits erleichternd auswirken, da die Erwartungen der Gesellschaft, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, sinken. Mit dieser Rolle verbunden, wächst allerdings auch die gesellschaftliche Verpflichtung, sich die nötige Unterstützung zu holen, was Betroffene unter Druck setzen kann. Diese Rollenzuschreibung birgt ausserdem die Gefahr, dass sich Betroffene in ihrer Rolle als Erkrankte hilflos ausgeliefert fühlen und sich mit ihr abfinden, wodurch ihre Veränderungsmotivation abnimmt (vgl. Effinghausen 2014: 89).

Bei psychisch erkrankten Eltern entsteht durch die eigene Krankheitsbewältigung und die Ausübung der Elternrolle eine Doppelbelastung (vgl. Schmuhl 2015: 48). Des Weiteren wirkt sich die verminderte Leistungsfähigkeit von Betroffenen auch in einer eingeschränkten Fähigkeit zur Übernahme der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder aus (vgl. Lenz 2005: 34). Die Schaffung einer kindgerechten Tagesstruktur stellt für psychisch erkrankte Eltern eine Herausforderung dar. Die Strukturierungsproblematik der Eltern steht im Zusammenhang mit der Schwierigkeit von Grenzsetzungen, welche sich in fehlenden oder hoch kontrollierten Grenzen äussern kann. Dadurch kann es zu andauernden Autoritätsproblemen der Eltern und einer Verantwortungsübernahme der Kinder kommen (vgl. ebd.). Die betroffenen Eltern fühlen sich so den Erziehungsaufgaben nicht gewachsen (vgl. Schone/Wagenblast 2010: 13). Infolgedessen entstehen Gefühle der Insuffizienz und damit verbunden die Angst um eine mögliche Fremdplatzierung der Kinder. Wenn zusätzlich im sozialen Umfeld keine Entlastung in der Betreuungs- und Versorgungsfunktion des betroffenen Elternteils geboten werden kann, können sich diese Insuffizienzgefühle so weit verstärken, dass diese zu einer Verschlimmerung des psychischen Zustandes führen können (vgl. Lenz 2005: 34). Als weitere Belastung ist oft keine stabile Partnerschaft vorhanden, wodurch der betroffene Elternteil (meistens Mütter) Entlastung erfahren könnte (vgl. Müller/Alessi/Albermann 2016: 211).

2.2.2 Belastungen der Kinder

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit und Forschung geraten (vgl. Loch 2014: 18). Dementsprechend wurden die Belastungen und deren Folgen für betroffene Kinder bereits vielseitig untersucht.

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Ausgrenzung der betroffenen Eltern aus dem Arbeitsmarkt (vgl. Kapitel 2.2.1.), leiden die Familien oft unter eingeschränkten finanziellen Ressourcen. Somit unterliegen die betroffenen Kinder vermehrt sozioökonomischen Benachteiligungen, wodurch sie beispielsweise in der Wahl ihrer Freizeitbeschäftigungen und damit der sozialen Integration eingeschränkt sind (vgl. Loch 2014: 391).

Akute Erkrankungsphasen der Eltern stellen für die Kinder eine besondere Belastung dar, welche durch fehlende Verlässlichkeit, Berechenbarkeit und wechselseitiges Betreuungssetting gekennzeichnet ist. In akuten Krankheitsphasen ist die Persönlichkeit der Eltern verändert. Dadurch ist das Verhalten der Eltern für die Kinder nicht nachvollziehbar. Zusätzlich haben die Eltern durch die Persönlichkeitsveränderungen für die Kinder keine klare Identität, was den Kindern wiederum die eigene Identitätsbildung erschwert (vgl. Lenz 2008: 25). Akute Erkrankungsphasen tragen zudem häufig die Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes der Eltern mit sich. Die Betreuung der Kinder kann währenddessen meistens nur unzureichend abgedeckt werden. Überwiegend sind die Kinder dadurch einem wechselseitigen Betreuungssetting ausgeliefert (vgl. Wiegand-Grefe/Wagenblass 2013: 16). Für jüngere Kinder wirkt ein Klinikaufenthalt besonders schwerwiegend. Fast immer ist dieser mit einer kompletten Änderung im Betreuungssetting und damit mit einer Veränderung der Umgebung, Rituale und Regeln verbunden (vgl. Lenz 2008: 26). Die Belastung der Kinder steigt, je länger die akuten Erkrankungsphasen der Eltern jeweils andauern und je eingeschränkter ihre Eltern währenddessen im Handlungsspielraum sind (vgl. Wiegand-Grefe/Wagenblass 2013: 16).

Durch die psychische Erkrankung ist die Leistungsfähigkeit der Betroffenen eingeschränkt, wodurch sie meist der Versorgung der Kinder und der Erledigung der Hausarbeit nicht mehr gerecht werden können (vgl. Kapitel 2.2.1.). Die Kinder erhalten so zu wenig elterliche Führung und Unterstützung in der Alltagsbewältigung (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 16f.). Je nach Alter der Kinder ergeben sich daraus unterschiedliche Belastungssituationen.

Im Kleinkindalter stehen die Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion im Vordergrund. Durch die Erkrankung und den daraus resultierenden Belastungen sind die betroffenen Eltern in der emotionalen Verfügbarkeit eingeschränkt. Daraus ergibt sich meist eine mangelnde Feinfühligkeit in Bezug auf die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse, wodurch der Aufbau einer stabilen Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern negativ beeinflusst wird (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 27).

Im Vor- und Grundschulalter der betroffenen Kinder überwiegen die Belastungen durch das inkonsistente Erziehungsverhalten der Eltern, welches oft zwischen einem permissiven und kontrollierenden Erziehungsverhalten schwankt. Somit fehlt es den Kindern an Stabilität im Erziehungsverhalten.

Ab dem Grundschulalter der Kinder zeigt sich zudem eine vermehrte Übernahme von erwachsentypischen Aufgaben und Rollen, welche mit steigendem Alter der Kinder zunehmend sind (vgl. Jungbauer 2016: 12). Durch die vermehrte Verantwortungsübernahme der betroffenen Kinder können normative Generationengrenzen zwischen den elterlichen und kindlichen Rollen verschwimmen. In diesen Fällen wird von einer Parentifizierung gesprochen. Die Kinder fungieren dabei für die Eltern als Vertraute und Ratgebende und übernehmen dadurch die Verantwortung für unterschiedliche Verantwortungsbereiche wie zum Beispiel: Schiedsrichter in elterlichen Konflikten, Verantwortungsübernahme im Haushalt, der Tagesstrukturierung und der Betreuung von jüngeren Geschwistern (vgl. Lenz 2008: 28). Eine derartige Verantwortungsübernahme wird insbesondere dann zur Belastung, wenn das Kind keine Anerkennung für seine Unterstützung erhält und die Verantwortungsübernahme so gross ist, dass die eigene Bedürfnisbefriedigung nicht mehr möglich ist. In diesen Fällen wird von einer destruktiven Parentifizierung gesprochen. Eine destruktive Parentifizierung kann sich derart verfestigen, dass dadurch normative Ablösungsprozesse des Kindes unterbunden werden (vgl. ebd.: 29).

Durch die psychische Erkrankung der Betroffenen und der damit verbundenen Überforderungssituation beider Elternteile entstehen vermehrt elterliche Konfliktsituationen. Oft geraten die Kinder dabei in einen Loyalitätskonflikt mit der direkten oder indirekten Erwartung der Eltern, sich für die Meinung eines Elternteiles zu entscheiden (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 16). Elterliche Konflikte stellen generell einen Belastungsfaktor für Kinder dar. Für Kinder psychisch kranker Eltern wirken sie aufgrund der hohen Verletzlichkeit, verursacht durch die Mehrfachbelastung, allerdings verstärkt (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 28).

Aus Schuld und Schamgefühlen wird die offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung von Betroffenen und meist auch von den gesunden Elternteilen vermieden. Diese Tabuisierung trägt zu einer sozialen Isolierung der Kinder bei (vgl. Lenz 2008: 32). Aufgrund der Tabuisierung können die Kinder den Glauben entwickeln, dass sie die psychische Erkrankung der Eltern als Familiengeheimnis bewahren müssen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 15). Dadurch getrauen sich die Kinder nicht, mit ihrem sozialen Umfeld über die psychische Erkrankung der Eltern zu sprechen, sondern neigen dazu, sich vom sozialen Umfeld zurückzuziehen.

Zur sozialen Isolierung trägt zudem die Übernahme von Verantwortung gegenüber dem erkrankten Elternteil bei. Die Kinder können sich dadurch unentbehrlich für ihre erkrankten Elternteile fühlen und verbringen mehr Zeit zu Hause (vgl. Lenz 2008: 35f.). Des Weiteren sind die Kinder durch die Tabuisierung der psychischen Erkrankung überwiegend nicht über die Erkrankung der Eltern aufgeklärt.

Dadurch suchen sie nach eigenen Erklärungsmustern, wobei sie auf eigene Vermutungen und Schlussfolgerungen angewiesen sind. Die Kinder denken dabei oft, dass ihr Verhalten als Auslöser der elterlichen Erkrankung fungiert, was bei ihnen zu Schuldgefühlen führt (vgl. Schone/Wagenblast 2010: 15). Ohne Erkrankungswissen können die Kinder zudem die Krankheitssymptome und Problematiken ihrer Eltern nicht nachvollziehen, was bei ihnen zu einer Desorientierung führen kann. Diese Unwissenheit kann Angst vor einer eigenen Erkrankung auslösen. Ähnlichkeiten mit den elterlichen Verhaltensweisen können dadurch als eigene Erkrankungsanzeichen und damit mit einer Bedrohung in Verbindung gebracht werden (vgl. Lenz 2008: 33).

2.3 Risiken und Ressourcen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern

2.3.1 Risiken in Familien mit psychisch erkrankten Eltern

Im Abschnitt 2.2. wurden die Belastungen, welche im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung für betroffene Eltern und ihre Kinder entstehen können, erörtert. Das Zusammenspiel der Belastungen kann bei den Kindern zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führen und erhöht ihr Risiko, später selber an einer psychischen Erkrankung zu leiden (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 31).

Die Möglichkeit der Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung der betroffenen Kinder wird in der Literatur mehrfach betont (vgl. Lenz 2005, Loch 2014, Jungbauer 2016). In der High-Risk Forschung wird untersucht, wie hoch das Risiko der betroffenen Kinder ist, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln und welche Bedingungen dazu beitragen (vgl. Loch 2014: 24). Rund zwei Drittel der betroffenen Kinder leiden vorübergehenden oder langfristig unter Verhaltensauffälligkeiten oder einer psychischen Erkrankung (vgl. Schmuhl 2015: 41). Folgende entscheidende Faktoren, welche eine spätere eigene Erkrankung begünstigen, konnten ausgemacht werden:

- Krankheitsbezogene Faktoren: Schweregrad, Symptomatik, Häufigkeit und Dauer der elterlichen akuten Erkrankungsphasen
- Familienkonstellation: Alter der Kinder bei der Erkrankung der Eltern, Häufigkeit von psychischen Erkrankungen innerhalb der Familie, generelles Familienklima
- Chronische soziale Belastungen: Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, soziale Isolation
- Genetische Faktoren: nicht die Krankheit als solche wird vererbt, aber die Verletzlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung (vgl. Loch 2014: 24).

Durch all diese möglichen Belastungssituationen der betroffenen Kinder ist zudem das Risiko der Vernachlässigung und des Missbrauches um das Zwei- bis Fünffache gegenüber Kindern mit gesunden Eltern erhöht (vgl. Jungbauer 2016: 11). Das Risiko von Vernachlässigung und Misshandlung steigt, wenn beide Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden und/oder zur Erkrankung zusätzlich schwierige psychosoziale und ökonomische Lebensbedingungen vorhanden sind, mit gleichzeitiger geringer sozialer Unterstützung. In der Forschung deutet vieles darauf hin, dass dabei die psychische Misshandlung die häufigste Form von Misshandlung bei Kindern psychisch kranker Eltern ist. Zur psychischen Misshandlung gehört unter anderem die destruktive Parentifizierung (vgl. Lenz 2008: 23f.).

Die Angst vor einer möglichen Fremdplatzierung der Kinder aufgrund des eigenen psychischen Gesundheitszustandes der Eltern trägt dazu bei, dass bestehende Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden. Dadurch kann ein folgenschwerer Negativkreislauf entstehen. Ohne die Nutzung der Unterstützungsangebote wird die subjektiv erlebte Überforderung der betroffenen Eltern verstärkt, was wiederum das Risiko einer Kindeswohlgefährdung erhöht. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung werden, überwiegend einschneidendere Unterstützungsmassnahmen der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde angeordnet. Somit kann die Angst der Fremdplatzierung, welche die betroffenen Eltern vordergründig davon abhält, freiwillige Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen, das Risiko einer tatsächlichen Fremdplatzierung erhöhen (vgl. Jungbauer 2016: 25).

2.3.2 Ressourcen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern

Wie im Abschnitt 2.3.1 unter Betrachtung der High-Risk Forschung dargelegt wurde, leiden zwei Drittel der betroffenen Kinder vorübergehenden oder langfristig unter eigenen Verhaltensauffälligkeiten oder einer psychischen Störung.

Dies bedeutet allerdings auch, dass rund ein Drittel der betroffenen Kinder langfristig gesund bleibt (vgl. Schmuhl 2015: 41).

Die Resilienzforschung bietet Antworten darauf, wie und warum betroffene Kinder trotz der dargelegten umfassenden Belastungen und Risiken gesund bleiben und mit ihrer Lebenssituation angemessen umgehen können (vgl. Lenz 2005: 17).

Der Begriff Resilienz stammt vom lateinischen Wort «resiliere» ab, dessen wörtliche Übersetzung «abprallen» bedeutet. In psychologischen Fachkreisen wird der Begriff Resilienz als die psychische Widerstandsfähigkeit definiert. Damit gemeint ist die Fähigkeit, belastenden Lebenssituationen bewältigen zu können (vgl. Wiegand-Grefe/Wagenblaus 2013: 49). Diese Fähigkeit steht in Abhängigkeit von der Art, dem Umfang und der Dauer der Belastung und darf demnach nicht als zeitlich stabile und situationsübergreifende Eigenschaft betrachtet werden (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 50).

Das Ziel der Resilienzforschung ist es, Ansatzpunkte für die gezielte Förderung der Ressourcen von Betroffenen zu entdecken, um daraus Rückschlüsse für die Ausgestaltung präventiver Interventionsmöglichkeiten ziehen zu können (vgl. Wiegand-Grefe/Wagenblaus 2013: 49). Die Begriffe Ressourcen, Schutzfaktoren und Resilienzfaktoren werden dabei in aktuellen Forschungsarbeiten synonym verwendet (vgl. Lyssenko/Bengel 2016).

Es kann zwischen generellen und spezifischen Ressourcen unterschieden werden. Die protektive Wirkung der spezifischen Ressourcen konzentriert sich dabei auf erkrankungsbezogene Belastungen, während sich die generellen Ressourcen protektiv gegenüber allgemeinen Belastungsfaktoren auswirken. Generelle Ressourcen zeigen demnach auch bei anderen Risikogruppen eine protektive Wirkung (vgl. Jungbauer 2016: 16).

Generelle Ressourcen lassen sich folgenden drei Ebenen zuordnen:

- Persönliche Ressourcen des Kindes: ausgeglichenes Temperament, ausgeprägte Selbsthilfefähigkeiten, gute schulische Leistungsfähigkeit, eigene Selbstwirksamkeitsüberzeugung, hohe Sozialkompetenz, gutes Kohärenzgefühl und Planungskompetenz (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 54–58).
- Familiäre Ressourcen: Sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson, positives Erziehungsklima, gute Paarbeziehung der Eltern, konstruktive Überzeugungen der Familie, Fähigkeit zur Flexibilität der Familie und familiärer Zusammenhalt (vgl. ebd.: 58–61).

- Soziale Ressourcen: soziale und emotionale Unterstützung durch Bezugspersonen ausserhalb der Kernfamilie, unterstützende Freundschaftsbeziehungen, positive Erfahrungen in der Schule und gute Integration in Freizeitbeschäftigungen (vgl. ebd.: 62–64).

Folgende zwei spezifische Ressourcen zeigten sich in unterschiedlichen wissenschaftlichen Untersuchungen:

- Erkrankungswissen und Erkrankungsverstehen
Darunter wird eine altersgemässe Aufklärung der Kinder verstanden, welche es ihnen ermöglicht, die elterlichen Verhaltensweisen und die Auswirkungen der Erkrankung auf die Familie nachzuvollziehen. Die Aufklärung sollte dabei an die Ängste und Sorgen der betroffenen Kinder anknüpfen und fortlaufend situationsangepasst stattfinden. Dies kann Hoffnung, Mut und Zuversicht für die Zukunft vermitteln und ermöglicht den Kindern im Allgemeinen eine bessere Einschätzung der Situation. Dieses Sicherheitsgefühl hilft den Kindern, sich trotz der Belastungen auf ihre eigenen Bedürfnisse fokussieren zu können (vgl. ebd.: 71).
- Umgang mit der Erkrankung in der Familie
Ein offener und aktiver Umgang der Eltern mit ihrer Erkrankung hilft den Kindern, sich im Alltag zurechtzufinden und mit den bestehenden Belastungen besser umgehen zu können. Dafür sollten laufende, offene Gespräche zwischen den Eltern, den Kindern und dem sozialen Umfeld stattfinden. Bedingung dafür ist, dass die betroffenen Eltern über Erkrankungsbewusstsein verfügen (vgl. ebd.: 72).

2.4 Familialer Unterstützungsbedarf

Je nach Ausgestaltung der Belastungssituationen und vorhandenen Ressourcen in den Familien gestaltet sich der Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern unterschiedlich gross. Sie stellen demnach keine homogene Gruppe mit einheitlichem Unterstützungsbedarf dar (vgl. Schone/Wagenblast 2010: 208).

Zudem ist der Unterstützungsbedarf, in Abhängigkeit zu den Erkrankungsphasen des betroffenen Elternteils, teilweise grossen Schwankungen unterworfen (vgl. Müller et al. 2016: 220).

Aufgrund der unter Abschnitt 2.2. zusammengefassten Belastungssituationen und den unter Abschnitt 2.3. dargelegten Risiken und Ressourcen betroffener Familien, lassen sich unter Einbezug von Fachliteratur dennoch einige relevante Faktoren festhalten, welche sich bezüglich der Ausgestaltung der Zugangsmöglichkeiten und der Umsetzung von Unterstützungsangeboten als hilfreich für die entsprechende Zielgruppe erweisen. Diese werden nachfolgend als familialer Unterstützungsbedarf zusammengefasst.

Eines haben alle betroffenen Familien gemeinsam. Mindestens ein Elternteil leidet an einer psychischen Erkrankung. Gemäss dem unter Abschnitt 2.1. beschriebenen Konzept des orthogonalen Krankheitsverständnisses, ist das Ziel der erfolgreichen Erkrankungsbewältigung, eine Balance zwischen den gesunden und erkrankten Anteilen eines Menschen wieder- / herzustellen. Dazu soll vom professionellen Hilfesystem gezielt nach den gesunden Anteilen eines Menschen (= Ressourcen) gesucht und diese gefördert werden. Zusätzlich gilt es, Belastungsfaktoren zu reduzieren und sich ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien anzueignen, um einen konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung zu erlernen (vgl. Effinghausen 2014: 91). Um nicht in die unter Abschnitt 2.2.1. beschriebene Rolle als Erkrankter zu verfallen, ist es hilfreich, Wissen über die eigene Erkrankung zu erhalten. So kann die Motivation zur Veränderung der eigenen Situation gefördert werden (vgl. ebd.: 96). Zur Unterstützung der Erkrankungsbewältigung stehen je nach individuellem Bedarf ambulante, teilstationäre und stationäre Therapiemöglichkeiten im psychiatrischen Versorgungssystem zur Verfügung (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 25).

Wie unter Abschnitt 2.2.1. beschrieben, bestehen bei psychisch erkrankten Erwachsenen umfassende Belastungssituationen mit Wechselwirkungsprozessen. Geeignete Unterstützungsangebote sollten demnach neben der Erkrankungsbewältigung ein möglichst breitgefächertes Angebot bieten, mit der Möglichkeit zur Unterstützung bei finanziellen, sozialen und beruflichen Belastungen.

Kombiniert mit der Elternschaft der Betroffenen besteht eine zusätzliche Belastung im Zusammenhang mit der Betreuung und Versorgung der Kinder. Durch die in Kombination mit der psychischen Erkrankung vorhandene Strukturierungsproblematik entsteht ein Unterstützungsbedarf in der kindgerechten Tagesstrukturierung, in der angemessenen Grenzsetzung und der damit verbundenen natürlichen Autoritätsvermittlung.

In Verknüpfung mit den eigenen Belastungssituationen der Eltern entsteht zusätzlich eine Einschränkung der emotionalen Verfügbarkeit der Eltern, was die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse erschwert. Es entsteht somit ein eindeutiger Bedarf, die betroffenen Eltern in ihrer Erziehungsfähigkeit zu stärken (vgl. Lenz/Brockmann 2013: 26).

Damit betroffene Eltern in der Lage sein können, sich auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zu fokussieren, müssen zunächst entsprechende soziale Rahmenbedingungen durch das professionelle Unterstützungssystem geschaffen werden. Dazu dienen biopsychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten der Kinder, wie beispielsweise eine eigene Therapie, Unterstützung in Schularbeiten, sowie eine ausreichende externe Betreuung der Kinder zur Entlastung der Eltern. Durch die im individuellen Umfang nötige Entlastung von Alltagsbelastungen kann die Bereitschaft der Eltern, an ihrer Erziehungskompetenz zu arbeiten und der damit verbundenen Ressourcenförderung der Kinder, erhöht werden (vgl. Loch 2014: 30f.).

Die bisherigen geschilderten Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Familiensystems wirken auch für betroffene Kinder entlastend. Dennoch lässt sich anhand der spezifischen Belastungssituationen und Ressourcen der Kinder zusätzlich ein konkreter Unterstützungsbedarf der Kinder ableiten. In den entsprechenden Abschnitten wird mehrfach der Bedarf einer altersgemässen Aufklärung der Kinder durch das professionelle Unterstützungssystem über die Erkrankung ihrer Eltern verdeutlicht (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 199). Im Besonderen muss die Unterstützungsmöglichkeit durch einen gesunden Elternteil oder eine relevante Bezugsperson für die Kinder erwähnt werden. Sie kann den Belastungen der Kinder entgegenwirken und langfristig stabilisierend wirken. Diese Entlastung ist nicht immer im familiären Umfeld des Kindes vorhanden. Wenn diese Unterstützung im familiären Umfeld nicht gegeben ist, erhält aussenstehende soziale Unterstützung eine zentrale Rolle für die Kinder (vgl. ebd.: 198).

Die unter Abschnitt 2.2.1. beschriebene grosse Sorge, dass das eigene Kind fremdplatziert werden könnte, führt zur Vorsicht in der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Scham und Angst stehen dabei einer aktiven Hilfesuche im Weg (vgl. Lenz 2005: 34). Am ehesten suchen sich Betroffene Unterstützung im Rahmen ihres familiären und sozialen Umfeldes und in Bereichen, welche nicht im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung stehen (vgl. Jungbauer 2016: 15). Zusätzlich erschwerend bei der Inanspruchnahme von Hilfe ist oft das fehlende Wissen der Betroffenen über die Angebotsvielfalt der Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Lenz 2005: 34). Durch die im Abschnitt 2.2.2. beschriebene soziale Isolation der betroffenen Kinder, sind diese meist ausser Stande, sich selber Unterstützung in ihrer Situation zu suchen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 14).

Aufgrund dieser Schwierigkeiten gelten eine gute Vernetzung des Helfernetzes und niederschwellige Angebote als wichtige Voraussetzung für gelingende Unterstützungsangebote (vgl. Schmuhi 2015: 55).

Zudem ist ein gelingender Beziehungsaufbau zwischen den Fachpersonen und ihren Klienten und Klientinnen essenziell (vgl. Gutmann 2017: 225). Zum gelingenden Beziehungsaufbau trägt eine wertschätzende Haltung der Fachpersonen positiv bei, wodurch sich die Eltern in ihrer Rolle ernstgenommen fühlen (vgl. Schmuhl 2015: 55). Zusätzlich ist eine durchgehende und langfristige Begleitung mit möglichst wenigen Ansprechpartnern gefordert (vgl. Gutmann 2017: 252).

Aus der breiten Fachliteratur wird ausserdem deutlich, dass zur gelingenden Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern familienorientierte Angebote getrennten Angeboten vorgezogen werden sollten. Die meist vorhandenen verstrickten Eltern-Kind-Beziehungen in psychisch erkrankten Familien macht die Nutzung von getrennten Angeboten zu einem problematischen Thema (vgl. Loch 2014: 389). Kindesorientierte Unterstützungsangebote verzeigen von betroffenen Familien eine hohe Abbruchrate. Dies, da es den betroffenen Eltern schwerfällt, ihren Kindern einen eigenen Raum zu lassen und/oder die Kinder sich aufgrund ihres Verantwortungsgefühls schlecht von ihren Eltern loslösen können (vgl. ebd.: 27). Zudem weisen erste Untersuchungen darauf hin, dass die Elternrolle einen positiven Einfluss auf den Erkrankungsverlauf der Betroffenen hat. Die Elternrolle bietet emotionale positive Gefühle wie: geliebt werden, Fröhlichkeit, emotionale Nähe und Zugehörigkeit. Der familiäre Alltag bietet den betroffenen eine Lebens- und Alltagsstruktur, welche Halt und Orientierung vermitteln kann (vgl. Schmuhl 2015: 45). Häufig gibt dies den Betroffenen den ausschlaggebenden Anreiz für den Wunsch nach Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes (vgl. ebd.: 46).

2.5 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Psychiatrische Diagnosen sind abhängig vom derzeitigen wissenschaftlichen Stand und den sozialen Normen einer Gesellschaft. Sie sind damit veränder- und erweiterbar. Gemäss dem orthogonalen Krankheitsverständnis müssen zur psychischen Stabilisierung gesunde und erkrankte Anteile eines Menschen miteinander in Balance gebracht werden. Dies erfolgt durch eine gezielte Förderung der gesunden Anteile (= Ressourcen) eines Menschen. Im Abschnitt 2.1. wurden die derzeit häufigsten psychiatrischen Diagnosen kurz abgebildet. Dadurch konnte verdeutlicht werden, dass trotz den unterschiedlichen Störungsbildern alle psychischen Erkrankungen die Betroffenen in ihrem Denken, Fühlen und Wahrnehmen beeinflussen und damit auf ihre Persönlichkeit einwirken.

Diese Persönlichkeitsbeeinflussung wirkt sich in komplexen Belastungssituationen mit Wechselwirkungsprozessen sowohl für die Eltern wie auch für die Kinder aus. Die Belastungen der entsprechenden Kinder sind derart einschneidend, dass dadurch ihr Risiko, später an einer eigenen psychischen Erkrankung zu erkranken, massiv erhöht ist.

Dieses Risiko kann durch die Förderung von Ressourcen vermindert werden, sodass dennoch ein gesunder Entwicklungsverlauf für die Kinder ermöglicht wird.

Obwohl psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder keine homogene Gruppe mit einheitlichem Unterstützungsbedarf darstellen, können Faktoren festgehalten werden, welche sich bezüglich der Ausgestaltung der Zugangsmöglichkeiten, der Umsetzung und Inhalte von Unterstützungsangeboten als hilfreich für die entsprechende Zielgruppe erweisen. Anhand des unter Abschnitt 2.4. dargelegten familialen Unterstützungsbedarfes können folgende Unterstützungsbereiche und -formen ausgemacht werden, auf welche Unterstützungsangebote ausgerichtet sein sollen, um entsprechende Familien gelingend zu unterstützen:

- Unterstützung in der Erkrankungsbewältigung
- Unterstützung in der altersgerechten Aufklärung der Kinder und der Kommunikation über die Erkrankung der Eltern
- Unterstützung in der Erziehungsfähigkeit der Eltern
- Unterstützung/Entlastung in der Betreuung und Versorgung der Kinder
- Unterstützung in der gesellschaftlichen Integration von Eltern und Kind
- Unterstützung in der Koordination und Vernetzung des Helfernetzes
- Unterstützung in Form einer familienorientierten, langfristigen und durchgehenden Begleitung
- Unterstützung in einer spezifischen und niederschweligen Form

3 Unterstützungsmöglichkeiten

Nachfolgend wird zunächst eine Angebotsübersicht über bestehende spezifische Unterstützungsmöglichkeiten gegeben, unterteilt in eltern-, kinder- und familienorientierte Angebote. Ergänzend wird anschliessend auf unspezifische Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Kinderschutzmassnahmen eingegangen. Dies dient dazu, festzuhalten, für welche Familien, aus welchen Gründen die Unterstützung durch eine Mutter-Kind-Institution sinnvoll sein könnte. Zum Schluss erfolgt eine grobe Darlegung des Angebotes in Mutter-Kind-Institutionen und eine Überleitung in die Ergebnisse der empirischen Datenerhebung der vorliegenden Arbeit.

3.1 Spezifische Unterstützungsmöglichkeiten

Elternorientierte Angebote:

Elterngruppe: Das Angebot einer Elterngruppe besteht innerhalb der psychiatrischen Dienste, wie beispielhaft in Bern. Ziel dieses Angebotes ist die Stärkung der Kompetenzen der Eltern, spezifische Informationsvermittlung, der Aufbau von Bewältigungsstrategien und der Austausch mit anderen betroffenen Eltern. Dieses laufend stattfindende Angebot findet in kleinen festen Gruppen statt und erstreckt sich über einen festgelegten Zeitraum².

Kinderorientierte Angebote:

Einzel und Gruppentherapie: Bei diesem Angebot, können sich betroffene Kinder über ihre Erfahrungen mit der elterlichen Erkrankung und die damit zusammenhängenden Gefühle austauschen (vgl. Schone/Wagenblass 2010: 226). Dieses Angebot scheint in der Schweiz noch wenig ausgebaut zu sein. Die Erziehungsberatung Bern bietet ein vergleichbares Angebot³.

Anlaufstelle für Angehörige: Es handelt sich dabei um ein Beratungsangebot, welches auf Angehörige und Kinder von psychisch erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Das Angebot variiert je nach Anbieter. Ein beispielhaftes Angebot bietet die Stiftung Rheinleben in Basel⁴.

Patenschaftsprojekt: Die Patenschaftsprojekte unterstützen das Zusammenleben der Familien mit einem kontinuierlichen Beziehungsangebot ausserhalb der Familie.

² weitere Informationen unter: www.postpartale-depression.ch

³ weitere Informationen unter: www.erz.be.ch

⁴ weitere Informationen unter: www.rheinleben.ch

So entsteht für das Kind eine Ausweichmöglichkeit in Belastungssituationen, welches ihm Schutz und Sicherheit bieten soll. In manchen Projekten ist es vorgesehen, dass die Patenfamilie im Falle eines Klinikaufenthaltes des psychisch erkrankten Elternteils die Rolle der Entlastungsfamilie übernimmt (vgl. ebd.: 233). Ein beispielhaftes Angebot bietet der Verein Espoir⁵.

SOS Kinderbetreuung: Bietet eine Kinderbetreuung in Krisensituationen. Es handelt sich dabei um ein zeitlich begrenztes Überbrückungsangebot mit der Möglichkeit der Koordination von langfristiger Unterstützung. Ein vergleichbares Angebot bietet die Trägerschaft FUJH⁶.

Familienorientierte Angebote

Projekt wikip: Im Rahmen dieses Projektes wurde die Unterstützung von betroffenen Familien durch Netzwerkarbeit, Sensibilisierung der Fachpersonen und der Schaffung neuer Angebote in Winterthur verbessert (vgl. Müller/Gutmann/Fellmann 2014: 80).

Stationäre Mutter-Kind-Therapie: Diese bietet ein stationäres Therapieangebot für Mütter in der Begleitung ihrer Säuglinge / Kleinkinder. Die Ausnahme bietet dabei die Mutter-Kind-Station in Münsterlingen, welche Kinder bis zum fünften Lebensjahr mit aufnimmt. Die Aufenthaltsdauer ist dabei meist auf nur wenige Wochen begrenzt. Die Finanzierung findet mehrheitlich über die Krankenkasse statt (vgl. Albermann/Müller 2016: 5). Ein mustergültiges Angebot bietet das Spital Affoltern⁷.

3.2 Massnahmen des Kindesschutzes

Anhand dieser kurzen Darlegung der spezifischen Angebote für psychisch erkrankte Eltern und deren Kindern wird deutlich, dass nur das Angebot der Patenschaften die Möglichkeit einer langfristigen Begleitung bietet. Die anderen Angebote scheinen mehr auf eine Krisenintervention ausgelegt oder als niederschwellige Anlaufstellen zu dienen. Wie in Abschnitt 2.4. genauer erläutert, steht eine grosse Anzahl psychisch erkrankten Eltern der professionellen Unterstützung kritisch gegenüber. Die dargelegten niederschwelligen und freiwilligen Anlaufstellen weisen dabei eine höhere Inanspruchnahme auf (vgl. Jungbauer 2016: 25). In einigen Fällen scheint dieses spezifische Angebot dennoch nicht genutzt zu werden oder mangels der Möglichkeit der intensiven und langfristigen Begleitung nicht auszureichen, um dem Unterstützungsbedarf der betroffenen Familien gerecht zu werden.

⁵ weitere Informationen unter: www.ponto.ch

⁶ weitere Informationen unter: www.fujh.ch

⁷ weitere Informationen unter: www.spitalaffoltern.ch

In rund 30% der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil werden Massnahmen zum Schutz des Kindeswohles getroffen (vgl. ebd.: 176). Im Rahmen der Kinderschutzmassnahmen stehen verschiedene unspezifische Unterstützungsangebote für Familien zur Verfügung, welche Unterstützung bieten, wenn familiäre Belastungssituationen nicht mehr von der Familie selbstständig bewältigt werden können. Dazu gehören Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche, Familienberatungsstellen, die Schulsozialarbeit oder «Ergänzende Hilfen zur Erziehung» (vgl. Albermann/Müller 2016: 7). Die Bezeichnung «Ergänzende Hilfen zur Erziehung» dient als Sammelbegriff für ambulante und (teil-) stationäre Leistungen für Kinder, Jugendliche und deren Familien (vgl. Eberitzsch et al. 2018: 34).

Überwiegend werden im Rahmen der Kinderschutzmassnahmen bei psychisch erkrankten Eltern aufsuchende und familienbegleitende Angebote installiert. Diese Angebote können langfristige Unterstützung im Bereich der Alltagsentlastung, der Förderung der Erziehungskompetenz und des Aufbaus des sozialen und professionellen Netzwerkes bieten. Früher waren psychische Erkrankungen klare Ausschlusskriterien für eine Familienbegleitung. Heutzutage scheinen diese Ausschlusskriterien zunehmend zu verschwimmen. Da es sich dabei um ein ambulantes Angebot handelt, muss das Vertrauen der Fachpersonen vorhanden sein, dass in der entsprechenden Familie keine akute Gefährdung des Kindeswohles besteht. Die Gefährdungslage der Kinder von psychisch erkrankten Eltern einzuschätzen, stellt dabei eine grosse Herausforderung für die zuständige Fachperson dar. Keiner möchte das Risiko einer unentdeckten Kindeswohlgefährdung und damit zusammenhängend einer negativen Medienmitteilung eingehen. Ein solch gesteigertes Sicherheitsdenken führt jedoch zu vermehrten Fremdplatzierungen der Kinder (vgl. Gutmann 2017: 18). Dem gegenüber gilt es als erstrebenswert, dass eine Fremdplatzierung der Kinder vermieden werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder bessere Entwicklungschancen haben in einem Elternhaus, welches mittels professioneller Hilfe stabilisiert werden kann, als bei einer Fremdplatzierung (vgl. ebd.: 17).

Wenn eine akute Gefährdung des Kindes im Rahmen dieses ambulanten Angebotes nicht ausgeschlossen werden kann, könnte eine gemeinsame Platzierung von Mutter und Kind in einer Mutter-Kind-Institution veranlasst und damit eine Fremdplatzierung des Kindes zumindest vorerst umgangen werden. In der Fachliteratur scheint dieser Unterstützungsmöglichkeit noch wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden zu sein. Im nächsten Abschnitt folgt deswegen erstmals eine Angebotsabbildung.

3.3 Mutter-Kind-Institutionen

In der Deutschschweiz gibt es rund 30 Mutter-Kind-Institutionen. Das grösste Angebot bieten die Kantone Bern und Zürich.

Bei den Mutter-Kind-Institutionen handelt es sich vorwiegend um Kleininstitutionen⁸. Bei dieser Art von Institutionen handelt es sich um ein verhältnismässig neues Praxisfeld. Entsprechend ist bisher wenig Literatur über Mutter-Kind-Institutionen in der Schweiz vorhanden. In Zürich fand im Jahr 2015 eine Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton statt. Dabei wurden die Konzepte von sieben Institutionen untersucht und ergänzende Gruppeninterviews mit den Fachpersonen geführt (vgl. Gabriel et al. 2015: 1). Anhand dieser Quelle erfolgt nachfolgend eine Angebotsübersicht.

Mutter-Kind-Institutionen sind eine stationäre Massnahme, welche unterschiedliche (sozial-)pädagogische Betreuungsintensitäten von einer 24-Stunden Betreuung bis zu einer Teilbetreuung mit Nachtpikett oder Telefondienst anbietet. Eine ambulante Nachbetreuung ist teilweise vorgesehen. Primär sind die Institutionen an junge und/oder überbelastete Mütter mit Säuglingen und Kleinkinder gerichtet, welche nicht in der Lage sind, eigenständig das Wohl ihres Kindes sicherzustellen. Väter werden nur selten mitadressiert. Die geplante Aufenthaltsdauer der Klientinnen variiert von Kriseninterventionen bis zu Langzeitplatzierungen. Häufige Indikatoren dazu sind: Notlage, Mehrfachbelastung, soziale Benachteiligung, sozial schwierige Lebenssituation, psychische Belastungen, leichte kognitive oder körperliche Beeinträchtigungen und Suchtproblematiken. Grundsätzlich kann von der breit definierten Zielgruppe «Mutter mit Kind/-ern» und somit von einer sehr heterogenen Zielgruppe ausgegangen werden. Die zuständigen Fachpersonen sind damit für eine doppelte Adressatengruppe zuständig und dabei der Rollenvarianz als abklärende, begleitende und beratende Fachperson unterstellt. Das primäre Ziel der Institutionen liegt bei der Ressourcenaktivierung der Mutter und der Kinder mit dem Ziel der Kindeswohlsicherung (vgl. ebd.: 13–17). Dieses Ziel wird anhand institutionell verschiedener Angebote verfolgt. Gewisse Gemeinsamkeiten lassen sich jedoch erkennen: In allen Institutionen wird ein internes Betreuungsangebot der Kinder in unterschiedlichem Umfang und regelmässige Beratungsgespräche mit einer Bezugsperson angeboten. Dies wird meist durch kreative Angebote, Gruppenaktivitäten und Frauengruppen ergänzt. Die meisten Klientinnen befinden sich zudem in regelmässiger externer psychotherapeutischer Behandlung (vgl. ebd.: 85).

Die konzeptionellen Ausschlusskriterien sind je nach Institution unterschiedlich. Teilweise wird ein mindest- oder maximales Alter der Mutter festgelegt.

Oft besteht ein Maximalalter zur Aufnahme der Kinder. Innerhalb der untersuchten Konzepte zeigt sich jedoch eine hohe Varianz, von einem Maximalalter der Kinder zwischen einem und neun Jahren.

⁸ Siehe www.mutterkindwohnen.ch

In allen untersuchten Institutionen werden Mütter mit maximal zwei begleitenden Kindern aufgenommen. Zusätzlich sind eine psychische Erkrankung, Suizidgefahr und eine Gewaltbedrohung von aussen (als Abgrenzung zu Frauenhäusern), gängige Ausschlusskriterien. Die Gruppeninterviews mit den Fachpersonen ergaben gleichwohl, dass aufgrund der Kostenintensität dieser Massnahme komplexe Problemlagen vorhanden sein müssen. Ansonsten erhält eine kostengünstigere Massnahme von den Behörden den Vorrang. Um den Erhalt der Institutionen sichern zu können, sind die Leitungspersonen somit oft gezwungen, betreffend der Ausschlusskriterien Kompromisse einzugehen. Daraus ergibt sich, dass psychische Erkrankungen bei den Klientinnen häufiger vorkommen als erwartet und ange-dacht. Laut den Gruppeninterviews werden die Institutionen damit verbunden vor zusätzliche Herausforderungen gestellt. Welche zusätzlichen Herausforderungen sich in der Unterstützung von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern ergeben, wurde im Rahmen dieses Gruppeninterviews jedoch nicht erörtert (vgl. ebd.: 13–16).

3.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in der Schweiz bieten mehrheitlich niederschwellige Zugangsmöglichkeiten und fördern damit die Inanspruchnahme der Hilfe. Das Angebot ist allerdings noch wenig ausgebaut. Mit Blick auf den im letzten Abschnitt zusammengefassten Unterstützungsbedarf der betroffenen Familien fällt zudem auf, dass in den jeweiligen Angeboten meist nur entweder auf den Unterstützungsbedarf der Kinder oder der Eltern geantwortet wird. Keines der spezifischen Angebote bietet eine langfristige und familienorientierte Begleitung. Das bisherige Angebot scheint somit nicht geeignet für Familien, welche einen hohen und komplexen Unterstützungsbedarf aufweisen. Dies ist beispielsweise bei einer chronischen psychischen Erkrankung des Elternteils und geringen familialen Ressourcen der Fall. Es scheint somit nicht erstaunlich, dass in rund 30% der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil Massnahmen zum Schutz des Kindeswohls veranlasst werden. Als Massnahmen des Kindesschutzes werden mehrheitlich unspezifische, dafür längerfristige Unterstützungsangebote genutzt. Bei Familien mit hohem und komplexem Unterstützungsbedarf bietet sich das Angebot einer sozialpädagogischen Familienbegleitung an. Bei schweren psychischen Beeinträchtigungen der Eltern und damit verbundenen Klinikaufenthalten, scheint diese ambulante Unterstützungsmöglichkeit nicht ausreichend, um dem Unterstützungsbedarf der doppelten Anspruchsgruppe gerecht zu werden.

Eine Mutter-Kind-Institution als einziges langfristiges stationäres Angebot für Mutter und Kind bietet in solchen Situationen meist die letzte Möglichkeit, bevor eine Fremdplatzierung des Kindes in Betracht gezogen werden muss. In der Literatur zu psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern wird diese Möglichkeit überwiegend nicht erwähnt. Wie aus dem eingangs zitierten Zeitungsartikel ersichtlich wird, scheint die Gelegenheit einer Mutter-Kind-Institution in der Praxis dennoch für entsprechende Familien genutzt zu werden. Auch aus der Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich wird deutlich, dass, trotzdem eine psychische Erkrankung der Mutter ein gängiges konzeptionell vorgesehene Ausschlusskriterium ist, immer mehr Mütter mit psychischen Erkrankungen und deren Kinder in entsprechende Institutionen aufgenommen werden. Auch besteht Einigkeit darüber, dass die Unterstützung von psychisch erkrankten Müttern und deren Kindern eine zusätzliche Herausforderung für die Institution bedeutet. Welche dies sind, wurde bislang gleichwohl noch nicht untersucht.

4 Konzeptanalyse und Gruppeninterview der Institution casa cantero

Da es sich bei Mutter-Kind-Institutionen um ein verhältnismässig neues und unerforschtes Praxisfeld handelt ist es nicht möglich, die Forschungsfrage rein auf der Basis einer Literaturanalyse zu beantworten. Deswegen erfolgte eine empirische Datenerhebung in Form einer Konzeptanalyse mit ergänzendem Experten-Gruppeninterview. Die Ergebnisse der Konzeptanalyse und der Gruppeninterviews werden nachfolgend anhand von Auswertungskategorien ergänzend dargestellt. Abschliessend werden die Ergebnisse zusammenfassend in Form eines Zwischenfazits über die Möglichkeiten, Grenzen und Herausforderungen von Mutter-Kind-Institutionen zur Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder erörtert.

4.1 Design und Vorgehen

Um dem Umfang dieser Arbeit gerecht zu werden und die Fragestellung dennoch möglichst umfassend beantworten zu können, erfolgt die Datenerhebung exemplarisch an der Mutter-Kind-Institution «casa cantero». In der Konzeptanalyse wurden die Konzepte der Mutter-Kind-Institution auf Möglichkeiten zur Unterstützung psychisch erkrankter Mütter und deren Kinder analysiert. Der Autorin lagen dazu zwei Konzepte der Institution über den Betrieb und die Ausgestaltung der verschiedenen Unterstützungsformen vor (vgl. casa cantero 2018). Deren Analyse ermöglichte es, einen ersten Überblick über die Unterstützungsmöglichkeiten der Mutter-Kind-Institution zu erhalten. Da Konzepte idealtypisch definiert sind, lassen diese keine Rückschlüsse zur konkreten Umsetzung und daraus entstehenden Herausforderungen in der Praxis zu. Deswegen wurden ergänzend Gruppeninterviews mit den Leitungspersonen der entsprechenden Institution geführt. Die Fragen für den Interviewleitfaden wurden primär aus der Literatur- (vgl. «Kapitel 2 und 3.») und der Konzeptanalyse (vgl. «Kapitel 4») abgeleitet. Die Themenbereiche, die mit den Fragen erschlossen werden sollten, bildeten zudem auch die vordefinierten Auswertungskategorien für das Interview. Anhand von diesem Kategoriensystem wurden Aspekte festgelegt, welche aus dem Transkript herausgefiltert und ausgewertet werden (vgl. Mayring 2016: 100). Das Material wurde anschliessend zusammengefasst, dabei jedoch nur soweit reduziert, dass wesentliche Inhalte erhalten blieben (vgl. ebd.: 114). Die Auswertung des Gruppeninterviews folgte dementsprechend dem deskriptiven Auswertungsverfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. ebd.: 100).

Am Gruppeninterview nahmen die Geschäftsleitung sowie die pädagogische Leitung der entsprechenden Institution teil. Beim vorgenommenen Gruppeninterview handelte es sich somit zeitgleich auch um ein Experteninterview. Als Leitungspersonen sind die Expertinnen in der Organisation gut verankert und haben einen Überblick über die infragestehenden Themen. Das Gruppeninterview ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung und ermöglicht mittels einer Gruppendiskussion, an kollektive Einstellungen und Erfahrungen zu gelangen. Gruppen, die interviewt werden, sollen dazu möglichst auch im Alltag als Gruppe interagieren (vgl. ebd.: 76f.). Das Gruppeninterview dauerte eine Stunde, wurde in Schweizerdeutsch geführt und mit dem Einverständnis der Expertinnen zur anschliessenden Transkription auf Tonband aufgezeichnet⁹. Die Transkription erfolgte in Standardsprache. Als Auswertungskategorien wurden dieselben Kategorien wie in der Konzeptanalyse verwendet, jedoch wurden datenbasiert zusätzliche Unterkategorien gebildet. Dadurch können die Ergebnisse der Konzeptanalyse und des Gruppeninterview nachfolgend ergänzend präsentiert werden.

4.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in folgenden Kategorien erörtert:

- Hintergründe für die Aufnahme von psychisch erkrankten Müttern und deren Kinder
- Erkrankungsbewältigung und Kommunikation über die Erkrankung
- Betreuung und Versorgung der Kinder
- Gesellschaftliche Integration der Mütter und Kinder
- Kriterien gelingender Unterstützung

Bei der Ergebnispräsentation wird jeweils die neutrale oder weibliche Form verwendet. Dies, da es sich sowohl bei den Expertinnen, wie auch den Klientinnen durchgehend um weibliche Personen handelt.

⁹ Aus Platzgründen wird darauf verzichtet die Transkription im Anhang beizufügen.

4.2.1 Hintergründe für die Aufnahme von psychisch erkrankten Müttern und deren Kindern

4.2.1.1 Ergebnisse Konzeptanalyse

In der Konzeptanalyse ergaben sich folgende institutionelle Rahmenbedingungen, welche in einen Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Unterstützung für psychisch erkrankte Mütter und ihrer Kinder gestellt werden können:

- Gründung durch Privatpersonen im Sinne einer sozialpädagogischen Grossfamilie
- Bis ins Jahr 2012 wurden alle Menschen in schwierigen Lebenssituationen in den Rahmen der Familie aufgenommen
- Mit zunehmender Professionalisierung erfolgte im Jahre 2012 die Spezialisierung auf die Aufnahme von Müttern und Kindern
- Keine Subventionierung über den Kanton
- Niederschwellige Aufnahmebedingungen für die Klientinnen
- Aufnahme von psychisch erkrankten Klientinnen vorgesehen

4.2.1.2 Ergebnisse Gruppeninterview

Ursprung der Institution

Im Gruppeninterview weisen die Expertinnen darauf hin, dass sie eine der wenigen Mutter-Kind-Institutionen sind, welche psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder aufnehmen. Dies stellen die interviewten Personen in einen Zusammenhang mit dem Ursprung der Institution, dem finanziellen Druck und den bisherigen Praxiserfahrungen der Expertinnen. Der Gründungsgedanke der Institution ist, dass jeder Mensch eine Chance auf ein eigenständiges Leben erhalten soll. Mit dem zunehmenden Professionalisierungsanspruch zur Erlangung einer Betriebsbewilligung als Institution wurde im Jahr 2012 die Spezialisierung auf eine Zielgruppe von der Aufsichtsbehörde gefordert. Die Spezialisierung erfolgte auf Mütter mit ihren Kindern. Die ursprüngliche offene Haltung allen Individuen gegenüber blieb dennoch bis heute bestehen, wie Expertin 1 folgend beschreibt: *Wir waren ja keine Mutter-Kind-Institution, wir haben querbeet alle aufgenommen: wir haben Jugendliche gehabt, wir haben Eltern mit Kindern gehabt; und im Jahr 2012 hat der Kanton gesagt, dass wir uns in eine Richtung spezialisieren müssen. Wir haben dann vorgeschlagen, uns auf Mütter mit Kindern zu spezialisieren, dann wurden wir eine reine Mutter-Kind-Institution.*

Uns haben eigentlich nie die Diagnosen interessiert, sondern wir haben früher viel eher auf die Bereitschaft von den Menschen, also die Kooperationsbereitschaft geachtet. Dies ist auch heute noch ein grosses Thema.

Als weiterer Grund wird die fehlende Leistungsvereinbarung mit dem Kanton und der damit zusammenhängende Auslastungsdruck angegeben¹⁰. So waren die Expertinnen teilweise aktiv dazu gefordert, alle Klientenanfragen entgegenzunehmen. Dadurch machte die Expertin 2 die Erfahrung, dass die Einschätzungen der Behörden nicht immer mit denjenigen der Institution übereinstimmen: *Was ich auch noch finde. Wir haben es schon so oft gehabt, dass wir einen Bericht gehabt haben: Die Mutter ist psychisch so instabil, es ist möglich, dass das Kind in zwei Tagen fremdplatziert werden muss. Andererseits hatten wir einen Bericht einer Mutter, in welchem es hiess, dass diese nicht gross eingeschränkt sei. Im Alltag hat sich das aber komplett widersprüchlich gezeigt. Da, wo die Einschätzung so schlimm war, haben wir gefunden, das ist gar nicht so schlimm, sondern da kann wirklich Entwicklung passieren, und bei der anderen hatten wir das Gefühl, das ist doch recht herausfordernd. Ich habe dadurch das Gefühl, wir schauen gar nicht gross, was uns gesagt wird vor einem Eintritt. Wir sagen, sie soll einfach einmal kommen, egal, was gesagt wird und dann schauen wir dann, wie weiter und wenn es halt gar nicht geht, können wir immer noch zu einem Austritt tendieren.*

Eingehen auf individuelle Bedürfnisse

Im Gruppeninterview wird das Abschätzen, inwieweit individuell auf die Bedürfnisse der Klientinnen eingegangen werden kann und das Einhalten vorhandener struktureller Vorgaben der Institution von den Klientinnen eingefordert wird, als Herausforderung benannt. Grundsätzlich möchten die Expertinnen, dass die Regeln und Strukturen der Institution den Klientinnen individuelle Spielräume lassen. Das macht die Aufnahme einer heterogenen Klientinnengruppe für sie möglich, wie Expertin 2 anhand eines Beispiels verdeutlicht:

¹⁰ Ohne Leistungsvereinbarung müssen die platzierenden Gemeinden die Aufenthaltskosten allein tragen und erhalten keine finanzielle Unterstützung durch den Kanton. Demnach platziert die Gemeinde, wenn immer möglich in Institutionen mit einer Leistungsvereinbarung. Dies führt dazu, dass in Institutionen ohne Leistungsvereinbarung von den Behörden nur Klient/-innen platziert werden, für welche keine andere Möglichkeit besteht, was meist mit einer sehr komplexen Problemlage zusammenhängend ist. Zeitgleich bedeutet dies für die entsprechenden Institutionen grundsätzlich eine geringere Auslastung. Da die Unterhaltskosten der Institutionen komplett über die Aufenthaltskosten finanziert werden müssen, besteht der Druck einer gewissen Auslastung, um das finanzielle Überleben der Institution zu sichern (vgl. Gesetz über die Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen Kt. AG).

Wenn jetzt jemand Depressionen hat und erst um 10.00 Uhr aus dem Bett kann, sagen wir, dass versuchen wir mal so und eine andere Institution sagt halt, wir nehmen nur die auf, welche von Anfang an in unsere Strukturen reinpassen, und wir passen in diesen Fällen halt die Strukturen an.

Wenn aber zu sehr auf die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen eingegangen wird, führt dies zu Unstimmigkeiten und Konflikten unter den Klientinnen. Dies, da sich die anderen Klientinnen nicht gleichberechtigt behandeln fühlen, wenn nicht gewisse Rahmenbedingungen und Regeln bestehen, welche von allen eingehalten werden müssen. Deswegen werden laufend die strukturellen Rahmenbedingungen und Konzepte der Institution an die Gesamtbedürfnisse der Klientinnen angepasst. So braucht es weniger individuelle Ausnahmen. Begünstigt wird dies aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine Kleininstitution handelt. Strukturelle Veränderungen sind in diesem Rahmen einfacher umsetzbar als in grossen Institutionen. Als aktuelles Beispiel wird die Bedarfsänderung aufgrund der Coronapandemie genannt. Seit letztem Frühjahr haben die Platzierungsanfragen von Müttern mit Kindern im Schulalter massiv zugenommen. Dadurch erfolgte eine Anpassung der Strukturen und Angebote an die Bedürfnisse von Kindern im Schulalter. Beispielsweise wurde eine tägliche, begleitete Hausaufgabenstunde eingeführt und die Vernetzung zwischen den Mitarbeitenden und den Lehrpersonen erhöht. Expertin 1 betont die flexible Bedarfsanpassung wie folgt: *Ich denke, wir müssen immer flexibel sein und bleiben. Sonst könnten wir den vielen Bedürfnissen gar nicht gerecht werden. Denn wir haben keine Monokultur, sondern ein absolut lebendiges System mit einer ganz heterogenen Klientinnenzusammensetzung. Wir könnten dabei nicht überleben, wenn wir nicht flexibel wären.*

4.2.2 Umgang mit der Erkrankung und Kommunikation über die Erkrankung

4.2.2.1 Ergebnisse Konzeptanalyse

In den Konzepten wurden folgende Unterstützungsbereiche, welche die Erkrankungsbe-wältigung positiv unterstützen können, genannt:

- Unterstützung in der Erreichung von innerer Stabilität
- Unterstützung in der Aufarbeitung der Vergangenheit/Kindheit
- Gemeinsame Ressourcenentdeckung und Förderung

Im Bereich der Erkrankungsbewältigung und der Kommunikation über die Erkrankung konnten aus den Konzepten nur wenige Ergebnisse gewonnen werden. Deswegen wurde dieser Themenbereich intensiver in das Gruppeninterview einbezogen.

4.2.2.2 Ergebnisse Gruppeninterview

Psychische Stabilisierung

Aus dem Gruppeninterview geht hervor, dass zur psychischen Stabilisierung der Klientinnen sowohl Möglichkeiten innerhalb der Institution, wie auch in Zusammenarbeit mit externen Fachstellen genutzt werden. Innerhalb der Institution wird eine psychische Stabilisierung der Klientinnen vorwiegend über die Ressourcenentdeckung und -förderung angestrebt. Die Expertinnen begründen dies mit ihrer Erfahrung, dass sich die Ressourcenförderung unabhängig von der jeweiligen psychiatrischen Diagnose positiv auf die psychische Stabilisierung der Klientinnen auswirkt. Die psychische Erkrankung wird dabei in der Wechselwirkung mit komplexen Lebensumständen gesehen. Die Ressourcenförderung erfolgt insbesondere in ressourcenorientierten Gesprächen mit der Bezugsperson und in einer bestärkenden Alltagsbegleitung. Diese ressourcenorientierte und lebensweltnahe Form der Unterstützung wird nach Ansicht der interviewten Expertinnen in psychiatrischen Kliniken zu wenig Beachtung beigemessen. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass Klientinnen, welche viele und lange Aufenthalte in der Psychiatrie hatten, sich in der Rolle als Kranker verfangen haben. Dies zeigt sich in einer grossen Abhängigkeit vom Helfernetz. Oft fehlt diesen Klientinnen zunächst der Glaube daran, dass ihre Ressourcen gestärkt werden können. Die Mitarbeitenden versuchen in diesen Fällen, durch Bestärkung in Alltagssituationen das Selbstbewusstsein der Klientinnen soweit zu stärken, dass ein Umdenken möglich wird und die Klientinnen in der Lage sind, (wieder) Eigenverantwortung zu übernehmen. Zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit der Klientinnen erfolgt zudem eine aktive Zusammenarbeit mit externen therapeutischen Angeboten. Je nach Ausprägung der psychischen Erkrankungen werden von den Klientinnen ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote genutzt. Die Institution hat zudem seit kurzem ihr internes Angebot erweitert. Seit einigen Monaten bietet die Institution das Angebot eines internen Psychiaters. Die ambulante Therapie kann so direkt vor Ort erfolgen. Dadurch kann der Austausch zwischen den Mitarbeitenden und dem Psychiater aktiver gestaltet werden. Dies wird insbesondere aufgrund der oft veränderten Wahrnehmung der Klientinnen bei psychischen Erkrankungen als positiv gewertet. Wenn die Klientinnen einverstanden sind, kann die Bezugsperson direkt an den therapeutischen Sitzungen teilnehmen. So kann die Wahrnehmung der Klientinnen mit der des Psychiaters und derjenigen der Bezugsperson abgeglichen werden.

Umgang mit akuten Erkrankungsepisoden

Aus dem Gruppeninterview geht hervor, dass der Umgang mit akuten Erkrankungsepisoden stark von dem Erkrankungsbewusstsein und dem Kooperationsvermögen der Klientinnen abhängig ist.

Der Umgang mit akuten Krankheitssymptomen von Klientinnen wird nicht grundsätzlich als Herausforderung erlebt, wie Expertin 2 nachfolgend beschreibt: *Wenn die Wahrnehmung übereinstimmt und die Mutter mitmacht, sehe ich das gar nicht als grosses Problem, dann macht man diese Krise durch und dann geht's weiter.* Wenn eine akute Erkrankungsepisode der Klientinnen im Rahmen der Institution und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht bewältigt werden kann, wird ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik empfohlen. Die Betreuung der Kinder wird in diesem Fall über die Institution sichergestellt. Die Kinder können so weiterhin innerhalb der Institution wohnen. Der Umgang mit einer akuten Erkrankungsepisode von Klientinnen wird von den Expertinnen dann als Hürde erlebt, wenn die Wahrnehmung der Klientinnen nicht mit der der Mitarbeitenden übereinstimmt. Ohne Erkrankungsbewusstsein der Klientinnen kommt es zur Verweigerungshaltung, sodass die Klientinnen nicht durch eine therapeutische Behandlung unterstützt werden können. Wenn die Symptomatik der Klientinnen derart akut ist, dass ein weiterer Verbleib in der Institution zum Wohle des Kindes und der weiteren Klientinnen nicht möglich ist, muss der Aufenthalt der Klientinnen zumindest vorübergehend unterbrochen werden. Diese Entscheidung gestaltet sich, wie Expertin 2 beschreibt, nicht einfach: *Die ambulanten Ärzte finden, sie ist nicht fremd- oder selbstgefährdend, aber wir finden für unseren Rahmen in der Institution ist die Person aber zu wenig stabil, dass sie jetzt hierbleiben kann. Wenn die Person dann nicht freiwillig in die Klinik geht, bis sie die Stabilität erreicht hat, welche in unserem Empfinden ausreichen würde, dann müssen wir den Aufenthalt abbrechen und das ist dann eigentlich sehr schade.* Bevor die Institution die Kündigung des Aufenthaltes der Klientinnen ausspricht, stellt ein Timeout die letzte Möglichkeit dar. Die Klientinnen werden dabei für ein- bis zwei Wochen von der Institution verwiesen. Die Betreuung der Kinder in diesem Zeitraum wird wiederum von den Mitarbeitenden übernommen. Die Hoffnung, welche hinter einem Timeout steckt, beschreibt Expertin 2 folgendermassen: *Durch das, dass sie eh schon in der Wahrnehmung eine Verzerrung haben, realisieren sie in diesem Moment einer akuten Phase gar nicht, dass, wenn sie jetzt nicht mitmachen, tatsächlich das Kind fremdplatziert wird, und mit der Timeoutmöglichkeit geben wir zuerst die Möglichkeit, zu sehen, wie sich dies anfühlt, sodass diese Wahrnehmung verinnerlicht werden kann und dass dann die Wahrnehmung wieder mehr mit unserer übereinstimmt.* Die Expertinnen sind sich bewusst, dass die damit möglicherweise hergestellte Kooperationsbereitschaft der Klientinnen unter grossem Druck erfolgt.

Sie sehen dies aber in solch einem Fall als letzte Möglichkeit, eine Fremdplatzierung des Kindes zu verhindern, wie Expertin 1 begründet: *Ich denke, das Time Out ist bei uns sehr speziell. Ich weiss von anderen Mutter-Kind-Institutionen, welche dann einfach die Behörden anrufen und sagen, es geht nicht mehr, sie müssen raus und dann sind die Behörden unter Druck und müssen schnell überlegen. Sehr oft führt dies zu einer Fremdplatzierung des Kindes.*

Sie haben zudem die Erfahrung gemacht, dass trotz der grossen Druckausübung seitens der Institution, die Klientinnen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung, das Vorgehen der Institution nachvollziehen können und eine positive Kooperation weitergeführt werden kann. Falls es dennoch zu einer Kündigung des Aufenthaltes kommt und damit meist auch zu einer Fremdplatzierung des Kindes, kann das Kind, bis eine Anschlusslösung gefunden werden kann, in der Institution bleiben.

Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und Förderung der Kommunikation

Aus dem Gruppeninterview geht hervor, dass Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen einerseits Klientinnen unspezifisch in Gruppensequenzen und Klientinnen spezifisch im Rahmen der Therapie beim internen Psychiater stattfindet. Bei den Gruppensequenzen werden den Klientinnen theoretische Wissensbestandteile von psychischen Erkrankungen durch eine Fachperson vermittelt. Im Anschluss folgt eine Gruppendiskussion. Laut den Expertinnen trägt dies zu einer Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen unter den Klientinnen bei. In der ersten Therapiephase beim internen Psychiater wird mit den Klientinnen erarbeitet, dass sie ihr spezifisches Krankheitsbild und die damit zusammenhängenden Symptome verstehen können.

Bei den Kindern wird die altersentsprechende Aufklärung über die Erkrankung der Eltern vom Alter des Kindes und den entstehenden Belastungen in Alltag abhängig gemacht. Expertin 2 verdeutlicht dies folgend: *Ich denke spätestens dann, wenn der Alltag des Kindes tangiert wird, wenn die Mutter zum Beispiel am Morgen nicht mehr aus dem Bett kommt oder wenn eine Mutter plötzlich in einem Geschäft anfängt herumzuschreien, weil sie schnell impulsiv reagiert, dann ist es sicher wichtig, dass dies mit dem Kind thematisiert wird und man anschaut, aus welchem Grund das so ist und wie kann es damit umgehen und dass es dadurch auch lernt, seine Sorgen dabei auszusprechen.* Als herausfordernd wird die altersentsprechende Aufklärung der Kinder beschrieben, wenn die Mütter über kein Erkrankungsbewusstsein verfügen. Die Aufklärung der Kinder über die Erkrankung müsse in Kooperation mit den Müttern erfolgen, ansonsten ist das Risiko zu gross, dass das Kind in einen Loyalitätskonflikt zwischen der Mutter und den Mitarbeitenden gerät.

4.2.3 Betreuung und Versorgung der Kinder

4.2.3.1 Ergebnisse Konzeptanalyse

In der vollbetreuten Wohnform wird ein klar strukturierter Alltag vorgegeben. Zudem kann durch die 24h-Betreuung den Klientinnen jederzeit Unterstützung geboten werden. Beratung und direkte Anleitung bezüglich ihrer Kinder können die Klientinnen dadurch in folgenden Themenbereichen erhalten:

- Erziehung
- Körperpflege
- Gestaltung Tag-Nacht-Rhythmus
- Beziehungsgestaltung
- Ernährung
- Gestaltung von Spielsequenzen

Der Fokus der Beratung und Anleitung wird dabei individuell dem Bedarf der jeweiligen Mutter sowie ihres Kindes angepasst. Neben der Einzelanleitung wird die Förderung der Erziehungsfähigkeit in zwei Gruppenangeboten unterstützt:

- Wöchentliche Gruppensequenzen, bei welchen erzieherischen Themen aufgegriffen und von der Gruppe unter Anleitung einer Fachperson bearbeitet werden.
- Monatliche Gruppenausflüge zur eigenen Ideenankregung und als Erprobungsraum in einem anderen Setting.

Zusätzlich ist eine Entlastung in der Betreuung anhand eines Kinderhortes, welcher jeweils montags bis freitags am Vormittag stattfindet, vorgesehen.

4.2.3.2 Ergebnisse Gruppeninterview

Erziehungsfähigkeit

Aus dem Gruppeninterview wird deutlich, dass sich der Unterstützungsbedarf in der Erziehungsfähigkeit von psychisch erkrankten Müttern unterschiedlich zeigt und der Bedarf demnach individuell ermittelt und bearbeitet werden muss. In einer ersten Phase der Platzierung von Mutter und Kind erfolgt eine Einschätzung dazu, in welchen Bereichen die Klientinnen überfordert sind und Unterstützung benötigen. Bei psychisch erkrankten Müttern zeigen sich dabei vermehrt Probleme mit der Grenzsetzung gegenüber ihren Kindern.

Das zeigt sich in zwei Extremen: Klientinnen, welche Grenzsetzungen gegenüber ihren Kindern vermeiden und Klientinnen, welche eine stark kontrollierende Grenzsetzung gegenüber ihren Kindern ausüben. In beiden Fällen sehen es die Expertinnen als wichtig an, eine Balance zwischen der Grenzsetzung und der Beziehungsgestaltung zum Kind (wieder-) herzustellen. Zudem ist bei psychisch erkrankten Müttern, mit zunehmendem Alter ihrer Kinder, öfters zu beobachten, dass diese für sie als emotionale Stütze fungieren. Um die Kinder von dieser Verantwortungsübernahme loszulösen, scheint es den Expertinnen ausschlaggebend, dass die Mütter eine vertrauensbasierte Beziehung zu den Mitarbeitenden aufbauen und deren emotionale Unterstützung annehmen können. Die Kinder fangen so meist selbstständig an, sich von der Verantwortungsübernahme loszulösen und den eigenen Bedürfnissen nachzugehen. Um dies realisieren zu können, muss meistens zuerst eine Basis geschaffen werden, damit mit den Müttern an ihrer Erziehungsfähigkeit gearbeitet werden kann. Zu dieser Basis gehört laut den Expertinnen eine vertrauensbasierte Beziehungsgestaltung zwischen den Klientinnen und den Mitarbeitenden, wodurch die Klientinnen die Unterstützung der Mitarbeitenden annehmen und so Entlastung im Alltag erfahren können.

Entlastung in der Versorgung der Kinder

Die Auswertung des Gruppeninterviews ergibt, dass bei psychisch erkrankten Müttern zumindest in der ersten Platzierungsphase meist weitaus mehr Entlastung als nur der konzeptionell vorgesehene Kinderhort benötigt wird. Unter gewissen Umständen werden die Betreuung und Versorgung der Kinder gar zeitweise komplett von den Mitarbeitenden übernommen, wie Expertin 1 verdeutlicht: *Es ist sehr individuell. Es gibt Mütter, die sind psychisch so angeschlagen, dass wir eigentlich zeitweise fast zu 100% die Betreuung der Kinder übernehmen müssen.* Dies ist der Fall, wenn die Klientinnen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung derart belastet sind, dass sie trotz der Begleitung im Alltag das Wohl ihres Kindes nicht gewährleisten können oder bei einem stationären psychiatrischen Aufenthalt der Klientinnen. Grundsätzlich wird den Klientinnen in der Betreuung und Versorgung der Kinder soweit Entlastung geboten, wie sie es benötigen. Der Entlastungsbedarf der Klientinnen ist dabei stark abhängig davon, inwieweit sie durch die psychische Erkrankung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.

4.2.4 Gesellschaftsintegration der Mütter und Kinder

4.2.4.1 Ergebnisse Konzeptanalyse

Die Konzeptanalyse ergibt folgende Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich der gesellschaftlichen Integration von Mutter und Kind:

- Einbezug des bestehenden sozialen Netzwerkes
- Förderung der Konfliktfähigkeit von Mutter und Kind
- Zusammenleben in der Gruppe als Lernumfeld für die Sozialkompetenz
- Leben einer offenen Fehlerkultur: Fehler werden als Chance gesehen, dazu zu lernen und sich weiterzuentwickeln
- Unterstützung bei der Freizeitgestaltung und der externen sozialen Integration von Mutter und Kind
- Unterstützung der Mutter bei administrativen Tätigkeiten
- Unterstützung in der Entwicklung von Zukunftsaussichten der Mutter
- Unterstützung bei der Erledigung von schulischen Aufgaben des Kindes

4.2.4.2 Ergebnisse Gruppeninterview

Soziale Integration

Im Gruppeninterview wird der Einbindung des bisherigen sozialen Umfeldes ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Einbindung des bestehenden sozialen Umfeldes erfolgt jedoch nur so weit, wie dies die Klientinnen wünschen. Die Partner von Klientinnen dürfen regelmässige Übernachtungsbesuche in der Institution wahrnehmen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Partner oder die Eltern der Klientinnen an Bezugspersonen- oder Standortgesprächen teilnehmen und so aktiv in den Prozess eingebunden werden. Im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung ist das soziale Umfeld der Klientinnen häufig begrenzt, wobei es jedoch zur erfolgreichen psychischen Stabilisierung ein gutes soziales Umfeld braucht. Im Rahmen der Institution kann dieser ausgeweglosen Situation entgegengewirkt werden, da durch das Zusammenleben in der Gruppe zumindest vorübergehend ein soziales Umfeld entsteht. Trotz Konfliktsituationen unter den Klientinnen, bestehen ein grosser Zusammenhalt und gegenseitige Unterstützung, welche von der Institution zusätzlich aktiv unterstützt wird. Nach erfolgreicher psychischer Stabilisierung erweitert sich das soziale Umfeld der Klientinnen meist auch von selbst wieder. Dennoch bleiben die Kontakte unter den Klientinnen auch nach Austritt aus der Institution oft noch lange bestehen. Bei den Kindern gestaltet sich dies ähnlich.

Durch das Zusammenleben mit anderen Kindern innerhalb der Institution und durch Unterstützung von den Mitarbeitenden, werden sie in ihren Sozialkompetenzen gestärkt. Dadurch gelingt ihnen die soziale Integration auch im externen Umfeld leichter.

Integration der Mütter in den Arbeitsmarkt

Im Gruppeninterview wird von den Expertinnen mehrmals der Zusammenhang zwischen der Integration in den Arbeitsmarkt und der Erweiterung des sozialen Umfeldes betont. Die grösste Herausforderung bei der Integration psychisch erkrankter Mütter in den Arbeitsmarkt, stellt die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Klientinnen dar. Meist gelingt daher die berufliche Integration erst nach einer psychischen Stabilisierung. Grundsätzlich würden die Expertinnen eine vorgängige Integration in den Arbeitsmarkt befürworten, da sich dies stabilisierend auf das psychische Befinden auswirken kann. Für eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt sind die Klientinnen während der psychischen Stabilisierung meist noch zu sehr in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Möglichkeiten zur Integration in den zweiten Arbeitsmarkt gestaltet sich bei Klientinnen mit psychischen Erkrankungen aufgrund fehlender Angebote sehr begrenzt. Die Expertinnen würden sich diesbezüglich eine Angebotsausweitung auf dem zweiten Arbeitsmarkt der externen Anbieter wünschen.

Integration der Kinder in die Schule

Aus dem Gruppeninterview wird deutlich, dass sich die Institution im vergangenen Jahr vermehrt mit dieser Thematik befasste. Seit letztem Frühjahr haben die Platzierungen in der Institution von Kindern im Schulalter, meist mit psychisch erkrankten Müttern, zugenommen. Dies stellt für die Mitarbeitenden eine grosse Herausforderung dar. Die bestehenden Strukturen mussten nämlich an die Bedürfnisse von Kindern im Schulalter angepasst werden. Im Zuge dessen wurde beispielsweise eine tägliche begleitete Hausaufgabenstunde eingeführt. Zudem wurden die Aktivitäten und Spielmöglichkeiten auf die Bedürfnisse von Kindern im Schulalter angepasst/ausgeweitet. Für ältere Kinder werden, wenn möglich, getrennte Zimmer für Mutter und Kind ermöglicht. Zusätzlich ist mit zunehmendem Alter der Kinder meist eine entsprechende eigene negative Vorerfahrung und eigene psychische Vorbelastung verbunden. Insbesondere die Kooperation mit der nahegelegenen Schule musste dadurch verbessert werden. Dies mit dem Ziel, bei den Lehrpersonen Verständnis für die Problematiken dieser Kinder zu wecken und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

4.2.5 Kriterien gelingender Unterstützung

4.2.5.1 Ergebnisse Konzeptanalyse

Aus der Konzeptanalyse ergaben sich anhand der theoretisch hergeleiteten Kriterien gelingender Unterstützung folgende Ergebnisse:

- Platzierung von Mutter und Kind erfolgt über eine zuweisende Stelle
- Mitarbeitende mit breitem Fachwissen, Teamfähigkeit, Belastbarkeit, Reflektionsfähigkeit
- Förderung der Absolvierung von Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden
- Ziel des Aufbaus einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen den Mitarbeitenden und Klientinnen
- Regelmässiger Austausch mit allen involvierten Fachpersonen
- Möglichkeit der langfristigen Begleitung und Nachbegleitung der Klientinnen

4.2.5.2 Ergebnisse Gruppeninterview

Zugänge zur Institution

Die Expertinnen erläutern im Gruppeninterview, dass sie einen freiwilligen Eintritt der Klientinnen in die Institution bevorzugen würden. Um die Finanzierung des Aufenthaltes von Mutter und Kind in der Institution sicherzustellen, ist gleichwohl überwiegend eine Verfügung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde über das Aufenthaltsbestimmungsrecht des Kindes nötig. Die Mutter hält sich somit faktisch freiwillig in der Institution auf und kann diese jederzeit verlassen, jedoch müsste sie ihr Kind in diesem Fall aber in der Institution lassen. Meist stellt eine Platzierung in der Mutter-Kind-Institution für die Mütter die letzte Möglichkeit vor einer Fremdplatzierung des Kindes dar. Die Expertinnen sind deshalb nicht der Meinung, dass von einem freiwilligen Eintritt der Klientinnen gesprochen werden kann, wie Expertin 2 folglich verdeutlicht: *Wenn sie natürlich die Wahl haben, entweder du kannst dein Kind behalten und gehst in eine Mutter-Kind-Institution oder das Kind wird fremdplatziert, dann kommen sie meistens in die Institution. Es heisst, eigentlich sind sie freiwillig bei uns, aber ich persönlich finde es nicht ganz freiwillig, weil es natürlich mit der Entscheidung, Kind bei sich zu haben oder Kind nicht bei sich zu haben, im Zusammenhang steht.*

Spezifisches Fachwissen der Mitarbeitenden

Das Gruppeninterview ergibt, dass die Expertinnen eine Aus- oder Weiterbildung der Mitarbeitenden auf die spezifischen Bedürfnisse von Eltern mit psychischen Erkrankungen und deren Kinder nicht als ausschlaggebend für eine gute Unterstützung der Mütter und Kinder betrachten. Die Expertinnen betonen, dass sich das Klientel der Institution sehr heterogen zusammensetzt. Dadurch ist es nicht möglich, dass alle Mitarbeitenden über eine entsprechende Fachausbildung verfügen. Es wird allerdings auf eine ebenso heterogene Zusammensetzung der Mitarbeitenden in Bezug auf ihre privaten und beruflichen Hintergründe geachtet. Neben einer sozialpädagogischen Ausbildung wird des Weiteren der Lebenserfahrung der Mitarbeitenden ein hoher Stellenwert beigemessen.

Eine sozialpädagogische Ausbildung allein wird somit nicht als ausreichend gesehen. Die Bezugspersonenzuteilung erfolgt allerdings anhand der spezifischen Eignung der Mitarbeitenden für die spezifischen Klientinnen.

Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitenden und Klientinnen

Aus dem Gruppeninterview geht hervor, dass sich der familiäre Ursprung der Institution noch heute in einer familiären Beziehungsgestaltung zwischen den Mitarbeitenden und den Klientinnen widerspiegelt, wie Expertin 1 beschreibt: *Im Grunde genommen sind wir noch heute EINE grosse Familie, in welcher jeder seinen Rucksack an Erfahrungen zu tragen hat.* Viele der Klientinnen sind durch die Eingriffe der Behörden und ihre eigene Vergangenheit vorbelastet und zeigen sich dementsprechend im Beziehungsaufbau zurückhaltend. Die Expertinnen sind sich einig, dass sich eine derartige familiäre Beziehungsgestaltung, welche auf Wertschätzung und Transparenz beruht, sich positiv auf den Entwicklungsprozess der Klientinnen auswirkt. Das Abwägen zwischen einer geeigneten Nähe und Distanz ist dabei aber nicht immer einfach. Die wöchentlichen Teamsitzungen werden unter anderem von den Mitarbeitenden dazu genutzt, ihre Beziehungsgestaltung mit den Klientinnen zu reflektieren.

Multiprofessionelle Vernetzung

Aus dem Gruppeninterview wird deutlich, dass in die multiprofessionelle Zusammenarbeit alle involvierten Stellen einbezogen werden und einer transparenten und guten multiprofessionellen Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Dies beschreibt Expertin 1 wie folgt: *Da bei uns alles so komplex ist, ist ein guter Weg fast nur möglich, wenn man eine gemeinsame Kooperation findet.* Welche Stellen involviert sind, gestaltet sich fall-spezifisch verschieden.

Genannt wurden namentlich: Beistandspersonen von Kindern und Erwachsenen, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, die Jugend- und Familienberatungsstellen, die Sozialdienste der Gemeinden, die Opferhilfestellen, Psychiater/-innen, Psychologen/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Hausärzte/-innen, Heilpädagogen/-innen, Lehrpersonen, Anwälte/-innen sowie das Migrationsamt. Eine gute und transparente Zusammenarbeit mit den externen Fachstellen gelingt jedoch nicht immer. Als mögliche Gründe sehen die Expertinnen die verschiedenen Perspektivenorientierungen und Interessensvertretungen der externen Stellen. Vorwiegend ist die Zuständigkeit der externen Stellen nur entweder für die Mutter oder das Kind vorgesehen. Die Institution selbst ist jedoch für die doppelte Anspruchsgruppe zuständig, wofür teilweise das Verständnis von externen Fachstellen fehlt. Verschiedene Interessensvertretungen zeigen sich insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Gemeinden. Die Mitarbeitenden des Sozialdienstes stehen meist in der Verantwortung, die Kosten für die Gemeinden möglichst tief zu halten. Die Institution vertritt dabei das Interesse einer nachhaltigen psychischen Stabilisierung der Klientinnen, wofür überwiegend eine langfristige und kostenintensive Unterstützung und Begleitung nötig ist.

Möglichkeit der langfristigen und durchgehenden Begleitung:

Aus dem Gruppeninterview geht hervor, dass die Möglichkeiten einer langfristigen und durchgehenden Begleitung durch die Institution von den Klientinnen oft und gerne genutzt werden. Die Institution schreibt keine zeitliche Begrenzung für die Dauer einer Platzierung vor. Die längste Platzierung dauerte insgesamt sieben Jahre. Es kommt allerdings oft vor, dass die Institution eine längere Begleitung empfiehlt, der Kostenträger diese gleichwohl nicht mehr finanziert, wie Expertin 2 offenlegt: *Oft bräuchte es einen längeren Aufenthalt, aber weil so Druck kommt vom Sozialdienst der Gemeinde, wird dieser halt früher abgebrochen, was eben die Rückfallquote, also dass jemand nicht langfristig stabil bleibt, recht erhöht.* Der Kostendruck der Gemeinde äussert sich insbesondere in der fehlenden Inanspruchnahme der Nachbegleitung durch die Institution. Die Nachbegleitung wird oft auf eine krankenkassenanerkannte Institution ausgelagert.

4.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Möglichkeiten, Herausforderungen und Grenzen einer Mutter-Kind-Institution in der Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder aufzuzeigen, um daraus Rückschlüsse auf die Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten. Nachfolgend erfolgt hierzu ein zusammenfassendes Zwischenfazit.

Folgende Möglichkeiten ergeben sich aus der Untersuchung, um psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder im Rahmen der Institution zu unterstützen:

- Trotz der unspezifischen Ausrichtung von Mutter-Kind-Institutionen werden einige Möglichkeiten zur spezifischen Unterstützung in der Erkrankungsbewältigung sowohl für die Mütter wie auch die Kinder angeboten.
- Die Unterstützung in der Stärkung der Erziehungsfähigkeit und der sozialen und beruflichen Integration erfolgt über die gemeinsame und individuelle Ressourcenentdeckung und Förderung der doppelten Anspruchsgruppe.
- Diese Ressourcenförderung wird bei der gesamten Zielgruppe der Institution angewandt und individuell auf den Unterstützungsbedarf der Klientinnen angepasst. Dies ist demnach keine spezifische Unterstützungsmöglichkeit für die untersuchte Zielgruppe.
- Der familiäre Ursprung der Institution trägt zu einem familienähnlichen Zusammenleben und einer familiären Beziehungsgestaltung, beruhend auf Wertschätzung und Transparenz zwischen Mitarbeitenden und Klientinnen, bei.
- Durch das stationäre Angebot besteht die Möglichkeit einer tiefgreifenden Einschätzung der Alltags- und Erziehungskompetenzen der Klientinnen und umfassende Möglichkeiten, das Kindeswohl sicherzustellen, sodass eine Fremdplatzierung des Kindes erst bei einer langfristigen fehlenden Kooperationsbereitschaft der Klientinnen in Betracht gezogen werden muss.

- Zusätzlich bestehen aufgrund des stationären Angebotes und der Zuständigkeit für die doppelte Anspruchsgruppe vielseitige und mehrperspektivenorientierte Möglichkeiten zur multiprofessionellen Vernetzung.
- Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass eine Mutter-Kind-Institution eine ganzheitliche und langfristige Unterstützungsmöglichkeit für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder darstellen kann:
 - Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs von Kindern und Eltern
 - Ermöglicht das Zusammenleben von Mutter und Kind (je den Alters) auch bei schweren psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu Klinikaufenthalten
 - Langfristige Unterstützungsangebote anhand eines Stufensystem, welches eine langsame Ablösung in ein selbstständiges Leben von Mutter und Kind ermöglicht

Die erörterten Möglichkeiten unterstehen bestimmten Herausforderungen und Grenzen, welche nachfolgend zusammenfassend aufgegriffen werden:

- Trotz der spezifischen Möglichkeiten zur Unterstützung der Erkrankungsbewältigung der untersuchten Gruppe zeigt sich, dass die Mitarbeitenden generell nicht über spezifisches Fachwissen über psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder verfügen. Die Möglichkeiten zur Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern wurden demnach anhand des wahrgenommenen Bedarfs unter Einbezug des Erfahrungswissen der Mitarbeitenden generiert.
- Die Aufnahme von Vätern ist nicht vorgesehen, sodass diese nur indirekt unterstützt werden können.
- Grenzen und Herausforderungen in der Unterstützung von psychisch erkrankten Müttern und deren Kinder zeigen sich insbesondere bei fehlendem Erkrankungsbewusstsein und/oder fehlender Kooperationsbereitschaft der Klientinnen.
- Es scheint auffallend, dass weder aus dem Konzept noch aus dem Gruppeninterview deutlich wurde, ob und wie die Institution die Kommunikation über die psychische Erkrankung zwischen Mutter und Kind fördert und unterstützt.

- Trotz den umfassenden Möglichkeiten zur multiprofessionellen Vernetzung der Institution, gestaltet sich diese aufgrund verschiedener Interessensvertretungen und Perspektivenorientierungen der externen Stellen als Herausforderung.
- Die Finanzierung der Platzierungen über die Sozialdienste der Gemeinden und der damit zusammenhängende Kostendruck machen die Mutter-Kind-Institutionen zu einem hochschwelligem Angebot. Dies wirkt sich negativ auf die Zugangsmöglichkeiten der Institution und auf die Beziehungsgestaltung zwischen den Mitarbeitenden und Klientinnen aus. Zusätzlich wird wegen dem Kostendruck der Sozialdienste eine langfristige und durchgehende Begleitung der Klientinnen durch die Institution gefährdet.

5 Diskussion der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit folgt eine Interpretation und kritische Auseinandersetzung mit den relevanten Ergebnissen der empirischen Datenerhebung anhand der Literaturanalyse und unter weiterem Einbezug von Fachliteratur. Dies, um abschliessend daraus Schlussfolgerungen zur Beantwortung der Fragestellung ziehen zu können. Hierzu werden nachfolgend die Möglichkeiten, Grenzen und Herausforderung von Mutter-Kind-Institutionen in Bezug auf die Möglichkeiten und der Form der Unterstützung in separaten Abschnitten diskutiert.

5.1 Unterstützungsmöglichkeiten

Psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder weisen meist einen komplexen Unterstützungsbedarf mit Wechselwirkungsprozessen auf. Um betroffene Familien angemessen zu unterstützen, sind einerseits Unterstützung in der Erkrankungsbewältigung der Eltern und der Förderung der Kommunikation über die Erkrankung der Kinder gefordert. Andererseits geht aus der Literaturanalyse mehrfach hervor, dass zu einer langfristigen psychischen Stabilisierung von Betroffenen auch die Belastungen durch die Wechselwirkungen der psychischen Erkrankung reduziert werden müssen.

Die Expertinnen sehen die Stärken der Institution, gegenüber anderen Unterstützungsmöglichkeiten, explizit in dieser breiten Ressourcenförderung in Bezug auf die Folgebelastungen. Sie machten die Erfahrung, dass sich dies unabhängig von der psychiatrischen Diagnosestellung positiv auf eine langfristige Stabilisierung der Klientinnen auswirkt, was sich somit mit den Erkenntnissen der Literaturanalyse deckt.

Zur Reduktion der Folgebelastungen bietet die Institution Unterstützung in der gesellschaftlichen Integration von Mutter und Kind sowie bei der Förderung der Erziehungsfähigkeit. In der Unterstützung von psychisch erkrankten Müttern und deren Kinder zeigen sich dahingehend spezifische Hürden, auf welche die Mitarbeitenden versuchen, individuell einzugehen.

Durch die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen und der fehlenden Empathie des Umfelds der Betroffenen, verfügen diese oft über ein eingeschränktes soziales Umfeld, was sich wiederum negativ auf das Wohlbefinden und auf die psychische Stabilisierung von Betroffenen auswirkt (vgl. Kapitel 2.2.1). Diese Herausforderung wird auch von den Expertinnen als solche benannt, jedoch könne dem mit dem stationären Setting entgegengewirkt werden.

Durch das Zusammenleben in Form einer Wohngemeinschaft kann den Betroffenen ein vorübergehendes soziales Umfeld geboten werden, was sich positiv auf die psychische Stabilisierung von Betroffenen auswirkt. Mit dieser psychischen Stabilisierung geht oft auch die generelle Ausweitung des sozialen Umfeldes einher.

In Verknüpfung mit der eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Klientinnen wird die Arbeitsintegration von den Expertinnen als grosse Hürde beschrieben. Es fällt den Klientinnen überwiegend schwer, den Anforderungen eines Arbeitsverhältnisses längerfristig gerecht zu werden. Möglichkeiten auf dem zweiten Arbeitsmarkt, dessen Anforderungen geringer wären, können laut den Expertinnen von Betroffenen nur selten genutzt werden, da sie nicht einer berechtigten Anspruchsgruppe angehören. Die spezifische Recherche der Autorin in diesem Zusammenhang ergaben jedoch einige wenige Möglichkeiten für psychisch erkrankte Erwachsene zur Integration in den zweiten Arbeitsmarkt im Einzugsgebiet der Institution¹¹. Wieso diese nicht genutzt werden, bleibt dabei offen. Die Aussage der Expertinnen lässt darauf schliessen, dass sie über die entsprechenden Angebote nicht informiert sind, was wiederum eine bessere Vernetzung nahelegen würde.

Als weitere Herausforderung wird die schulische Integration der Kinder beschrieben. Im Zusammenhang mit den Vorbelastungen der Kinder fällt ihnen dabei die Integration vorherrschend schwer. Die Expertinnen entgegnen dem mit einer vermehrten Vernetzung mit der örtlichen Schule, um so Verständnis für die Lebenssituation der Kinder bei den Lehrpersonen zu wecken. Dies kann die Wahrscheinlichkeit von positiven Erfahrungen im schulischen Kontext erhöhen, was sich wiederum auf eine bessere soziale Integration der Kinder auswirkt und eine wichtige Ressource darstellen kann (vgl. Kapitel 2.3.2).

Analog zu der Literaturanalyse machen auch die Expertinnen die Erfahrung, dass betroffene Eltern zunächst Entlastung in der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder benötigen, um anschliessend wieder in der Lage zu sein, sich auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zu fokussieren und somit ihre Erziehungsfähigkeit erhöht werden kann. Der Entlastungsbedarf von psychisch erkrankten Müttern zeigt sich dabei im Vergleich zu Klientinnen ohne psychische Erkrankungen generell höher. Im Rahmen der Institution kann individuell auf den Entlastungsbedarf eingegangen werden. Bei Bedarf ist gar eine zeitweise komplette Übernahme der Betreuung der Kinder durch die Mitarbeitenden möglich. So kann das Wohl des Kindes sichergestellt werden und die Institution kann eine familienorientierte Unterstützung auch bei schweren psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu Klinikaufhalten der Klientinnen gewährleisten.

¹¹ siehe www.lernwerk.ch

Zusätzlich ist eine Mutter-Kind-Institution die einzige stationäre Massnahme, welche teilweise auch Kinder im Schulalter mit aufnimmt. In den Ergebnissen wird angedeutet, dass sich der Bedarf an stationären Platzierungen von Müttern mit Kindern im Schulalter erhöht hat. Der höheren Nachfrage wurde durch die Institution mit einer Angebotsanpassung an die Bedürfnisse von Schulkindern begegnet. Aus den Ergebnissen wird aber deutlich, dass die Institution mit der Aufnahme von älteren Kindern von psychisch erkrankten Müttern vor neue Herausforderungen gestellt wurde.

Mit steigendem Alter der Kinder kommt es zunehmend zu einer destruktiven Parentifizierung, wodurch die eigene Bedürfnisbefriedigung und normative Ablösungsprozesse der Kinder einschränkt werden. Durch die Verantwortungsübernahme durch die Kinder können sie sich auch schlechter von den Eltern lösen. Diese verstrickte Eltern-Kind-Beziehung macht die Nutzung von getrennten Angeboten schwer (vgl. Kapitel 2.2.2 und 2.4).

Durch den vertrauensvollen Beziehungsaufbau zwischen Klientinnen und Mitarbeitenden können die Mitarbeitenden nach einer gewissen Zeit die Rolle als Ratgebende und Vertraute der Mütter übernehmen. So werden die Kinder in der Verantwortungsübernahme entlastet, sodass die eigene Bedürfnisbefriedigung wieder ermöglicht wird. So kann eine Mutter-Kind-Institution auch für ältere Kinder einen wichtigen Beitrag leisten.

Wie der Name Mutter-Kind-Institution bereits verrät, sind die Institutionen nicht auf die Unterstützung von Vätern und/oder Partnern ausgelegt. Die Expertinnen betonen zwar die aktive Einbindung der Väter/Partner in gemeinsame Gespräche und die regelmässigen Übernachtungsmöglichkeiten. Es bleibt jedoch offen, wie die Väter konkret in die Interventionsprozesse eingebunden werden, weshalb nicht von einer gleichberechtigten Einbindung gesprochen werden kann. Die Benachteiligung von psychisch erkrankten Vätern zeigt sich auch in einem Mangel an Forschungsuntersuchungen (vgl. Kapitel 2.2.1). Diese Ungleichbehandlung könnte in Verknüpfung damit stehen, dass psychisch erkrankte Mütter häufiger alleinerziehend sind und für jedes Familienmitglied, welches in der Institution platziert wird, zusätzliche Aufenthaltskosten resultieren¹². Es scheint somit nachvollziehbar, dass die zahlende Behörde aus Kostengründen nur die Platzierung eines Elternteiles finanziert. Die Einbindung des Vaters/Partners in die breite Ressourcenförderung inklusive der Erkrankungsbewältigung könnte aber massgeblich zu einem positiven Familienklima und einer langfristigen Stabilisierung des gesamten Familiensystems beitragen.

¹² siehe www.mutterkindwohnen.ch

Trotz der heterogenen Ausrichtung der Institution wurden aus den Ergebnissen der Untersuchung deutlich, dass die Institution über spezifische Unterstützungsmöglichkeiten und praktische Erfahrungen in der Unterstützung der Erkrankungsbewältigung verfügt. Den Expertinnen scheint die Gefahr, dass Betroffene in die Rolle als Erkrankte verfallen, wodurch ihre Veränderungsmotivation abnehmen kann, sehr bewusst. Diese Gefahr wird von den Expertinnen jedoch vor allem in Verbindung mit stationären Klinikaufhalten gebracht. Im Rahmen der Institution wird dieser Herausforderung durch die Wissensvermittlung über die Erkrankung durch den internen Psychiater entgegnet. So kann das Bewusstsein für Veränderungsmöglichkeiten geschärft werden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der Literaturanalyse, dass es spezifisches Wissen über die Erkrankung braucht, um die Veränderungsmotivation von Betroffenen zu erhöhen. Zusätzlich erleichtert die Zusammenarbeit mit dem internen Psychiater eine gemeinsame Zielausrichtung aller Beteiligten.

Akute Erkrankungsphasen von Betroffenen werden von den Expertinnen nicht generell als Belastung gesehen, sondern nur, wenn aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen der Betroffenen keine Kooperationsbereitschaft für die Inanspruchnahme der notwendigen psychiatrischen Unterstützung vorhanden ist. In diesem Fall zeigen sich Grenzen in den Handlungsmöglichkeiten der Institution. Die Schwelle für einen stationären Klinikaufenthalt ohne Einwilligung der Klientinnen ist meist so hoch, dass der Aufenthalt in der Institution in diesen Fällen beendet werden muss.

Die Problematik der Abdeckung der Betreuung der Kinder während Klinikaufhalten zeigt sich im Rahmen der Institution nicht. Die Kinder können im Falle eines stationären Klinikaufenthaltes der Mutter weiterhin innerhalb der Institution betreut werden. Dadurch kann einerseits die Inanspruchnahme von notwendigen Klinikaufhalten durch die Klientinnen erhöht werden, andererseits werden die Kinder nicht der Belastung eines wechselseitigen Betreuungssettings ausgesetzt (vgl. Kapitel 2.2).

Die altersgemässe Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Mutter und die Förderung der Kommunikation über die Erkrankung wurde in den Ergebnissen nicht direkt als Schwierigkeit benannt. Es scheint gleichwohl bedenklich, dass dieser spezifische Bedarf nur wenig im Bewusstsein der Expertinnen zu sein scheint und entsprechend von der Institution nur wenig gefördert wird. Weder aus der Konzeptanalyse noch aus dem Interview wurde deutlich, wie die altersentsprechende Aufklärung der Kinder erfolgt oder wie die Kommunikation über die Erkrankung innerhalb der Familie gefördert wird.

Es scheint naheliegend, dass dies in Verbindung damit steht, dass die Institution ihre individuelle Unterstützung anhand des wahrgenommenen Bedarfs und dem Erfahrungswissen der Mitarbeitenden ausrichtet. Der Literaturanalyse kann entnommen werden, dass betroffene Kinder oft den Eindruck vermitteln, nichts über die Erkrankung der Eltern wissen zu wollen. Dadurch kann dieser Bedarf von Fachpersonen nicht von aussen wahrgenommen werden. Um Bewusstsein über die Notwendigkeit dieser spezifischen Ressourcen betroffener Kinder zu erlangen, wird demnach entsprechendes Fachwissen benötigt. Ohne Wissen über die Erkrankung der Mutter sind die Kinder ihren eigenen Erklärungsmustern ausgeliefert. Oft kommt es so zu eigenen Schuldzuweisungen und einer unverhältnismässigen Angst vor einer eigenen Erkrankung (vgl. Kapitel 2.2.2). Die Förderung dieser spezifischen Ressourcen wäre somit essenziell.

5.2 Form der Unterstützung

Aus dem in der Literaturanalyse hergeleiteten Unterstützungsbedarf betroffener Familien geht hervor, dass gelingende Unterstützungsmöglichkeiten eine familienorientierte, langfristige, durchgehende und niederschwellige Form der Unterstützung anbieten sollten. Inwiefern eine Mutter-Kind-Institution diesem Bedarf gerecht werden kann, wird nachfolgend diskutiert.

Die multiprofessionelle Vernetzung in Familien mit psychisch erkranktem Elternteil stellt oft eine grosse Herausforderung dar (vgl. Gutmann et al. 2015: 299). Aufgrund des komplexen Unterstützungsbedarfs von betroffenen Familien besteht ihr Helfernetz meist aus zahlreichen Fachpersonen mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund und Aufträgen. Dadurch herrschen teilweise variierende Ansichten über den Unterstützungsbedarf von betroffenen Familien, was wiederum zu sich widersprechenden Zielsetzungen führen kann (vgl. Müller/Alessi/Albermann 2016: 214). Dies ist insbesondere eine Folge der unterschiedlichen Zuständigkeiten der Fachpersonen, welche vorwiegend entweder auf den Gesundheitszustand der Mutter oder auf das Wohl des Kindes beschränkt sind. Die psychische Gesundheit der Eltern und das Wohl des Kindes sind jedoch eng miteinander gekoppelt, weswegen eine intensive Vernetzung und die gleichzeitige Berücksichtigung des Wohles der Eltern und des Kindes gefordert wird (vgl. Gutmann et al. 2015: 299). In einer Mutter-Kind-Institution wird durch die Zuständigkeit für die doppelte Anspruchsgruppe die Berücksichtigung sowohl der Perspektive der Mutter als auch die des Kindes begünstigt.

Aus den Ergebnissen der untersuchten Institution wird deutlich, dass eine vielseitige Vernetzung besteht und die Mitarbeitenden dabei eine Schlüsselfunktion in der Koordination des Helfernetzes übernehmen können. Dies wird durch die vorhandene Familienorientierung und umfassende zeitliche Ressourcen aufgrund des stationären Settings begünstigt. Zusätzlich können die Mitarbeitenden der Institution als wertvolle Partner für Kindeswohl-Abklärungen fungieren. Durch die lebensweltorientierte Ausrichtung der Institution kann eine allfällige Kindeswohlgefährdung besser eingeschätzt werden.

Zudem kann aufgrund der Möglichkeit der Betreuungsübernahme der Kinder durch die Mitarbeitenden das Kindeswohl in jedem Fall sichergestellt werden. So besteht bei den Abklärungen kein Zeitdruck, was eine fundierte Einschätzung ermöglicht. Dies scheint insbesondere deswegen essenziell, weil die Expertinnen die Erfahrung gemacht haben, dass die Einschätzungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden des Öfteren nicht mit dem Eindruck der Mitarbeitenden der Institution übereinstimmen. Dies lässt sich dadurch begründen, dass Einschätzung über eine Kindeswohlgefährdung für Fachpersonen eine grosse Herausforderung darstellt. Durch die fehlende Lebensweltorientierung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde fällt es den Fachpersonen schwer, eine realistische Einschätzung zu gewinnen. Zusätzlich wird durch die negativen Medienmitteilungen ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis der abklärenden Fachpersonen geschürt, wodurch vermehrte Fremdplatzierungen begünstigt werden. Dies gilt es jedoch zum Wohl des gesamten Familiensystems, wenn immer möglich, zu vermeiden (vgl. Kapitel 3.2).

Teilweise werden jedoch diese umfassenden Möglichkeiten der Mehrperspektivenorientierung und der Kindeswohl-Abklärung durch die Mitarbeitenden der Institution von externen Fachpersonen nicht genügend anerkannt beziehungsweise genutzt.

Auffallend in der multiprofessionellen Vernetzung scheint, dass unter den genannten Kooperationspartner/-innen keine spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder genannt wurden. Dies könnte wiederum mit dem fehlenden spezifischen Fachwissen der Mitarbeitenden und damit zusammenhängend, dem fehlenden Wissen über die spezifische Angebotsvielfalt begründet sein.

Mutter-Kind-Institutionen können eine langfristige, durchgehende und an den Unterstützungsbedarf angepasste Begleitung anbieten. Dementgegen steht jedoch das Interesse der Gemeinden, Kosten zu sparen. Diskussionswürdig erscheint insbesondere, dass die Nachbegleitung der Klientinnen oft auf krankenkassenanerkannte Institutionen ausgelagert wird, um dadurch Kosten einzusparen.

Die Möglichkeiten einer langfristigen und durchgehenden Begleitung durch eine Fachperson werden dadurch durchbrochen, was zu einer erneuten Destabilisierung der psychischen Gesundheit der Betroffenen führen kann (vgl. Kapitel 2.4). Dies kann wiederum den Unterstützungsbedarf der Familie erneut erhöhen, sodass kostenintensivere Unterstützungsmöglichkeiten nötig werden. Dieser mögliche Negativkreislauf scheint allerdings noch nicht ins Bewusstsein von allen zahlenden Behörden durchgedrungen zu sein.

Neben den genannten Möglichkeiten verdeutlichen die Ergebnisse, dass in der Institution aufgrund deren familiären Ursprungs eine aussergewöhnliche Beziehungsgestaltung beruhend auf Wertschätzung und Transparenz besteht, welche jedoch eine stetige Reflexion der Nähe und Distanz zwischen Klientinnen und Mitarbeitenden bedingt.

Aus der Literaturanalyse geht eindeutig hervor, dass eine langfristige und auf Wertschätzung und Transparenz beruhende Beziehungsgestaltung zur gelingenden Unterstützung von Betroffenen positiv beiträgt. Eine solche familiäre Beziehungsgestaltung kann vor dem Hintergrund einer professionellen Beziehungsgestaltung jedoch kritisch betrachtet werden (vgl. Stotz/Freund 2015: 88). Einerseits würde aber die Debatte um das richtige Mass an Nähe und Distanz den Rahmen dieser Arbeit sprengen, andererseits wurde aus den Ausführungen der Expertinnen nicht deutlich, wie diese familiäre Beziehungsgestaltung im Alltag konkret ausgelebt wird. So kann nicht abgeschätzt werden, ob dadurch das professionelle Handeln der Institution eingeschränkt wird.

Aus den vorliegenden Ergebnissen wird mehrfach deutlich, dass es sich bei einer Mutter-Kind-Institution zwangsläufig um eine hochschwellige Form der Unterstützung handelt. Dies begünstigt zwar zwangsweise die Inanspruchnahme der Hilfe, wirkt sich jedoch negativ auf die Kooperationsbereitschaft der Klienten und Klientinnen aus. Insbesondere wenn die Unterstützung der sozialen Arbeit nicht auf Freiwilligkeit der Klienten/-innen beruht oder unter grossem Druck erfolgt, kann die Kooperationsbereitschaft der Klienten/-innen nicht vorausgesetzt werden. Die soziale Arbeit ist jedoch auf die Kooperationsbereitschaft ihrer Klienten/-innen angewiesen. Die Leistung der sozialen Arbeit beinhaltet eine durch Sozialarbeiter/-in und Klient/-in gemeinsam produzierte Leistung. Das Handeln muss dazu auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sein. Teilweise kann diese Kooperationsbereitschaft gleichwohl trotz grossen Bemühungen der Fachpersonen nicht hergestellt werden. In diesem Fall muss akzeptiert werden, dass sich die Klienten/-innen nicht auf eine Arbeitsbeziehung einlassen wollen (vgl. ebd.: 57f.). Diese Grenze des Handelns wird auch von den Expertinnen im Interview explizit bezeichnet.

6 Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel dieser Arbeit werden zur Beantwortung der Fragestellung die relevanten Ergebnisse der Diskussion zusammengefasst dargestellt. Zusätzlich wird im letzten Abschnitt auf weiterführende Fragen und Empfehlungen für die Praxis, welche sich aus der Diskussion der Ergebnisse ergeben, eingegangen.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden in den vergangenen zwei Abschnitten die Möglichkeiten und Herausforderungen, sowie Grenzen von Mutter-Kind-Institutionen auf Basis der Literaturanalyse und der empirischen Datenerhebung ausführlich diskutiert. Da die empirische Datenerhebung exemplarisch an der Institution «casa cantero» erfolgte und innerhalb der Mutter-Kind-Institutionen eine grosse Angebotsvielfalt besteht, könnten die Ergebnisse von anderen Institutionen abweichen. Die Beantwortung der Fragestellung basiert deswegen auf möglichst allgemeingültigen Schlussfolgerungen, welche Abweichungen weniger begünstigen.

«Welchen Beitrag zur Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kinder kann eine Mutter-Kind-Institution leisten?»

Ursprung der vorliegenden Arbeit war der eingangs zitierte Zeitungsartikel, aus dem hervorgeht, dass die Platzierungsanfragen von psychisch erkrankten Müttern und deren Kinder in Mutter-Kind-Institutionen zunehmen. Ob dem so ist und wodurch der zusätzliche Bedarf entsteht, kann anhand der vorliegenden Arbeit nicht abschliessend beantwortet werden. Deutlich wird jedoch, dass die derzeitige Unterversorgung von psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern, kombiniert mit Schwierigkeiten der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, das Entstehen eines hohen und komplexen Unterstützungsbedarfes bei betroffenen Familien begünstigen. Zeitgleich ist die derzeitige Versorgungssituation nicht auf die Unterstützung von betroffenen Familien mit einem hohen und komplexen Unterstützungsbedarf ausgerichtet. In Anbetracht dessen kann eine Mutter-Kind-Institution einen wichtigen Beitrag als letztes Auffangnetz für betroffene Familien leisten. Sie kann eine durchgehende und langfristige Unterstützung für psychisch erkrankte Mütter und deren Kinder (jeden Alters) über den sich veränderbaren Unterstützungsbedarf in Abhängigkeit von den Erkrankungsphasen hinweg bieten.

Im Vergleich zu anderen Unterstützungsmöglichkeiten kann durch das familienorientierte und stationäre Setting eine breite Ressourcenförderung von Mutter und Kind gefördert werden, welche das Risiko der Kinder, später selbst an einer psychischen Erkrankung zu leiden, verringert und eine langfristige psychische Stabilisierung der Mütter begünstigt. Zusätzlich wird durch das stationäre Setting und die Unterstützung der doppelten Anspruchsgruppe eine vielseitige und mehrperspektivenorientierte Möglichkeit der multiprofessionellen Vernetzung geschaffen, womit ein wichtiger Beitrag zur Koordination der Unterstützungsangebote geleistet werden kann.

Für die platzierenden Behörden kann eine Mutter-Kind-Institution durch ihre Lebensweltorientierung eine tiefgreifende Einschätzung der Alltags- und Erziehungskompetenz der Mütter bieten und zeitgleich das Wohl des Kindes sicherstellen. So kann dazu beigetragen werden, voreilige Fremdplatzierungen der Kinder zu vermeiden.

Mutter-Kind-Institutionen sind gleichwohl auf die Aufnahme einer heterogenen Klientinnenzusammensetzung ausgerichtet. Das Bewusstsein des spezifischen Unterstützungsbedarfes von psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern scheint dabei noch nicht genügend vorhanden. Die Unterstützungsmöglichkeiten sind mitunter deswegen noch nicht genügend auf den spezifischen Bedarf von psychisch erkrankten Müttern und deren Kinder ausgerichtet. Insbesondere der Beitrag zur spezifischen Ressourcenförderung der Kinder wird dadurch begrenzt.

Wie eingangs begründet, handelt es sich ausserdem um eine hochschwellige Unterstützungsmöglichkeit. Eine Mutter-Kind-Institution entspricht demnach nicht dem geforderten Bedarf an niederschweligen Unterstützungsmöglichkeiten, sondern es handelt sich um eine ganzheitliche Unterstützungsmöglichkeit für psychisch erkrankte Mütter, deren Bedarf sich zumindest teilweise aus der derzeitigen Unterversorgung für betroffene Familien begründen lässt und somit keine Lösung der derzeitigen Versorgungslücke darstellt.

6.2 Weiterführende Fragen

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit konnte umfassend beantwortet werden. Jedoch wurden bei der empirischen Datenerhebung exemplarisch nur Daten der Institution «casa cantero» erhoben. Da eine grosse Angebotsvielfalt innerhalb der entsprechenden Institutionen besteht, kann kein Anspruch auf Repräsentativität der Ergebnisse erhoben werden. Aus der vorliegenden Arbeit kann dessen ungeachtet hervorgehen, welche Herausforderungen sich in der Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern zeigen können und wie im Rahmen einer Mutter-Kind-Institution adäquat darauf eingegangen werden kann.

Somit konnten klare Hinweise gewonnen werden, inwiefern das Angebot in Mutter-Kind-Institutionen bedarfsgerecht (weiter-) entwickelt werden müsste, um psychisch erkrankte Eltern gelingend zu unterstützen und in welchen Bezügen ein weiterer Forschungsbedarf besteht. Dies soll nachfolgend erörtert werden.

Laufend in dieser Arbeit aufgegriffen wurde die Ungleichbehandlung von Vätern und Müttern in der Unterstützung durch Mutter-Kind-Institutionen, wie auch im Stand der Forschung. In der Diskussion wurden mögliche Beweggründe hierzu erörtert. Da dies jedoch nicht Themenschwerpunkt der vorliegenden Arbeit war, bleibt die endgültige Beantwortung der Frage offen, welchen Beitrag eine Mutter-Kind-Institution oder eben idealerweise eine Eltern-Kind-Institution zur Unterstützung der Väter beitragen könnte. Zwar wurde im ersten Abschnitt der Unterstützungsbedarf der ganzen Familie hergeleitet, jedoch zeigte sich in einer ersten Untersuchung zum Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Vätern, dass auch Väter spezifischer Unterstützung bedürfen würden (vgl. Schmuhl 2015). Diese Ungleichbehandlung scheint bereits teilweise im Bewusstsein der entsprechenden Institutionen zu sein. Beispielsweise gibt es im Kanton Zürich wenige Institutionen, welche sich spezifisch an beide Elternteile richten¹³. Inwiefern dieses oder ähnliche Angebote dem spezifischen Unterstützungsbedarf der betroffenen Väter gerecht werden können, müsste allerdings noch untersucht werden.

In dieser Arbeit kam auch zum Ausdruck, dass das Bewusstsein der Mitarbeitenden über den spezifischen Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Eltern und über spezifische Unterstützungsangebote erweiterungsbedürftig ist. Wie aus der Diskussion deutlich wird, bleibt fraglich, ob die im Konzept festgehaltenen und die im Interview berichteten Haltungen, Strukturen und Angebote ausreichen, um angemessen auf die Bedürfnisse psychisch kranker Mütter und ihrer Kinder einzugehen, oder ob es in Bezug auf diese Gruppe von Klientinnen zusätzliche spezifische Konzepte und Angebote bräuchte. Insgesamt scheint es naheliegend, dass, wenn die Unterstützungsmöglichkeiten der Institution, neben dem wahrgenommenen Bedarf und dem Erfahrungswissen der Mitarbeitenden, auch auf Fachwissen aufbauen würde, eine fundiertere Unterstützung möglich wäre. Zusätzlich könnte eine vermehrte Vernetzung mit den spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten ergänzend positiv wirken. Beispielsweise könnte eine Anlaufstelle für Angehörige oder eine Gruppentherapie für Kinder die altersentsprechende Aufklärung der Kinder und die Kommunikation der Familie über die Erkrankung übernehmen.

¹³ weitere Informationen unter: www.heizenholz.ch und www.diealternative.ch

Dennoch sollte auch hinterfragt werden, wieso der Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Eltern und die spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten nicht genügend im Bewusstsein der Mitarbeitenden vorhanden sind und ob in diesem Aspekt zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit nötig wäre.

Im umgekehrten Sinne scheinen jedoch auch die Möglichkeiten und Chancen, die Mutter-Kind-Institutionen bieten, nicht ausreichend im Bewusstsein der externen Fachpersonen verankert. Aus der vorliegenden Arbeit geht mehrfach hervor, dass die Möglichkeiten zur Einbringung der Mehrperspektivenorientierung und der tiefgründigen Einschätzung betreffend der Alltags- und Erziehungskompetenzen der Klientinnen durch die Mitarbeitenden von externen Fachpersonen nicht als entsprechend wertvoll anerkannt werden. Dies könnte damit in Zusammenhang stehen, dass es sich bei Mutter-Kind-Institutionen noch um ein verhältnismässig neues und unerforschtes Praxisfeld handelt und die Möglichkeiten der Institutionen entsprechend wenig im Bewusstsein der Fachpersonen verankert sind. Umso essenzieller erscheinen die weitere Forschung und auch die Öffentlichkeitsarbeit dieses Praxisfeldes.

Zu guter Letzt scheint die Form der Finanzierung der Institutionen auf diverse Bereiche negativen Einfluss zu haben. Die Subjektfinanzierung macht die Institutionen in einem gewissen Mass abhängig von der platzierenden Behörde, was ihre Verhandlungsposition zu Gunsten der Behörden schwächt und die Institutionen zu einer hochschwelligeren Form der Unterstützung macht, als es wahrscheinlich nötig wäre. Dies wirkt sich wiederum negativ auf die essenzielle Kooperationsbereitschaft zwischen Mitarbeitenden und Klientinnen aus. Zusätzlich begünstigt die Subjektfinanzierung, dass aus Kostengründen nur der Aufenthalt eines Elternteils finanziert wird. Diesbezüglich wäre spannend zu analysieren, welchen Einfluss eine Objektfinanzierung der Mutter-Kind-Institutionen auf die genannten Negativfaktoren haben könnte.

7 Quellen

7.1 Literaturverzeichnis

- Albermann, Kurt/Müller, Brigitte (2016). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern: Information und Vernetzung tragen erheblich zum Gelingen bei. In: Zeitschrift Pädiatrie. 21. Jg. (3). S. 4-9.
- Eberitzsch, Stefan/Berger, Sabina/Keller, Samuel/Los, Barbara/Wendland, Jessica/Werner, Karin (2018). Zum Stand der ergänzenden Hilfen zur Erziehung. In: Zeitschrift SozialAktuell. 50.Jg. (11). S. 34-35.
- Effinghausen, Sabrina (2014). Diagnose psychisch krank - ein Leben ohne Zukunft?: Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Gabriel, Thomas/Keller, Samuel/Brombach, Clara/Stohler, Renate/Ibrahimi, Bujare (2015). Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich. URL: https://digital-collection.zhaw.ch/bitstream/11475/14558/2/2015_Bombach_Wirkungsanalyse%20MutterKind%20Angebote_Schlussbericht.pdf [Zugriffsdatum: 19. September 2020].
- Gutmann, Renate/Müller, Brigitte/Fellmann, Lukas/Albermann, Kurt (2015). Netzwerke für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Wüthrich, Bernadette/Amstutz, Jeremias/Fritze, Agnès (Hg.). Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 297–302.
- Gutmann, Renate (2017). Professionelle Hilfe aus der Sicht von Müttern mit einer psychischen Erkrankung. 1. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Häfner, Heinz (2017). Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4. Aufl. München: C.H.Beck Verlag.
- Jungbauer, Johannes (2016). Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Forschungsbefunde und Praxiskonzepte. 2. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Lenz, Albert (2005). Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert/Brockmann, Eva (2013). Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2014). Kinder psychisch kranker Eltern. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Loch, Ulrike (2014). Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern: Ethnografie im Jugendamt. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Müller, Brigitte/Gutmann, Renate/Fellmann, Lukas (2014). wikip Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern: Projektevaluation. URL: <http://www.kinderseele.ch/wp-content/uploads/2015/12/Evaluationsbericht-wikip-FHNW-HSA.pdf> [Zugriffsdatum: 19. September 2020].
- Müller, Brigitte/Alessi, Monika/Albermann, Kurt (2016). «Es war schwer, weil ich wusste nicht wohin...» Unterstützung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). Privileg Gesundheit? Zugang für alle! Zürich: Seismo Verlag. S. 204-225.
- Schmuhl, Miriam (2015). Väter im Spannungsfeld zwischen männlicher Rollenerwartung und psychischer Erkrankung. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Schone, Reinhold/Wagenblast, Sabine (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind ...: kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag.
- Stotz, Walter/Freund, Ursula Hochuli (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wiegand-Grefe, Silke/Wagenblast, Sabine (2013). Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

7.2 Quellenverzeichnis

- casa cantero (2018) Betriebskonzept. Gebenstorf.
- casa cantero (2018) Konzept Betreutes Wohnen. Gebenstorf.
- Gesetz über die Einrichtungen für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen. Kanton Aargau - Erlass-Sammlung. URL: <https://gesetzessammlungen.ag.ch/frontend/versions/2479> [Zugriffsdatum: 14. Dezember 2020].
- Krauser, Helena (2020). Zum Schutz der Kinder: Das Mutter&Kind-Haus führt engere Strukturen ein. URL: <https://www.bzbasel.ch/basel/basel-stadt/zum-schutz-der-kinder-das-mutterkind-haus-fuehrt-engere-strukturen-ein-136186630> [Zugriffsdatum: 19. September 2020].
- Lyssenko, Lisa/Bengel, Jürgen (2016). Resilienz und Schutzfaktoren. URL: www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/resilienz-und-schutzfaktoren/ [Zugriffsdatum: 19. Dezember 2020].

Anhang II

Interviewleitfaden

Einleitung

Vielen Dank, dass sie sich bereit erklärt haben dieses Interview mit mir zu führen und dass sie mir die Konzepte ihrer Institution für meine Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich erarbeiten, welchen Beitrag eine Mutter Kind Institution leisten kann, um psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder zu unterstützen. Wie aus ihrem Konzept deutlich wird, nehmen Sie Mütter mit psychischen Erkrankungen und deren ihre Kinder auf.

1. Was sind die Hintergründe, dass sie die Aufnahme von Müttern mit psychischen Erkrankungen konzeptionell vorsehen?
2. Sind ihre Mitarbeiter für die Problematik von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern spezifisch ausgebildet? Wenn ja, wie?
3. Wie kommen die Mütter in die Institution, freiwillig, über KESB-Massnahmen, wenn ja, welche?
4. Was sind für sie, bzw. ihre Mitarbeiter die grössten Herausforderungen in der Unterstützung von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern?

Erkrankungsbewältigung und Kommunikation über die Erkrankung

5. Welche Behandlungsmöglichkeiten im Falle einer psychischen Erkrankung werden durch die Mütter ihrer Institution genutzt? Erfolgt die Behandlung freiwillig?
6. Wie gehen Sie, bzw. ihre Mitarbeiter mit akuten Krankheitsphasen einer Mutter um?
 - *Mögliche Rückfrage: Welchen Herausforderungen begegnen sie, bzw. ihre Mitarbeiter in Bezug auf die Stabilisierung der psychischen Gesundheit gegenüber den Müttern und Kindern*
7. Laut bisherigen Studien ist es sowohl für die Erkrankten selbst wie auch für ihre Kinder wichtig, Wissen über die Erkrankung zu erhalten. Wie wird dies in ihrer Institution gehandhabt?

Beziehung und Erziehung

8. Welche Unterschiede sehen sie im Rahmen ihrer Institution bezüglich dem Unterstützungsbedarf von psychisch erkrankten Müttern in der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder, gegenüber Müttern ohne psychische Erkrankungen?
 - *mögliche Rückfrage: Falls mehr Entlastung gefordert ist. In welchem Umfang wird die Entlastung in der Institution angeboten?*
9. Welchen Herausforderungen begegnen sie, bzw. ihre Mitarbeiter in Bezug auf die Förderung der Erziehungsfähigkeit von psychisch erkrankten Müttern?

Begleitung und Hilfe

10. Welchen Herausforderungen begegnen sie, bzw. ihre Mitarbeiter bei der Unterstützung der beruflichen / schulischen und der sozialen Integration der Mütter und Kinder?
11. Mit welchen Fachstellen erfolgt eine aktive Zusammenarbeit und wie gestaltet sich diese? Herausforderungen dabei?
12. Inwiefern wird das soziale Umfeld der Mütter und Kinder in die Zusammenarbeit eingebunden?
13. Wird die Möglichkeit einer langfristigen und durchgehenden Begleitung durch ihre Institution genutzt? Bzw. aus welchen Gründen nicht?

Abschliessende Fragen:

14. Was bräuchte es ihrer Meinung nach zusätzlich um psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder im Rahmen ihrer Institution gut / besser zu unterstützen?
 - *Mögliche Rückfrage: Vor welchen Herausforderungen würden sie stehen, wenn sie diese zusätzliche Unterstützung umsetzen würden?*