

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

# **Kinder psychisch kranker Eltern: kindliche Entwicklung und Inanspruchnahme von Hilfen**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von:

Nikolai Stephan Schmid

Geboren in Leonberg

Vorgelegt 2020

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Ute Ziegenhain

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald Gündel

Tag der Promotion: 29.04.2022

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Kinder psychisch kranker Eltern: Eine Risikopopulation .....	1
1.2 Verfügbare Hilfen .....	6
1.3 Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen .....	8
1.4 Zielsetzung und Hypothesen .....	15
<b>2. Material und Methoden.....</b>	<b>17</b>
2.1 Auswahl der Stichprobe und Studiendurchführung ..	17
2.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente .....	20
2.3 Statistische Verfahren.....	23
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>24</b>
3.1 Beschreibung der Stichprobe .....	24
3.2 Drop-out Analyse .....	37
3.3 Unterschiede zwischen Stadt und Land .....	45
3.4 Sozioökonomischer Status und Inanspruchnahme von Hilfen .....	46
3.5 Psychische Erkrankung der Eltern.....	51
3.6 Komorbidität.....	56

3.7	Belastung von Kindern psychisch kranker Eltern und Inanspruchnahme von Hilfen .....	57
3.8	Gruppenunterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfen zwischen den Altersstufen .....	60
3.9	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	61
<b>4.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>64</b>
4.1	Krankheit der Eltern und Komorbidität .....	65
4.2	Sozioökonomischer Status und Hilfen .....	66
4.3	Lebensqualität, kindliche Auffälligkeiten und Hilfen ..	67
4.4	Unterschiede zwischen Stadt und Land .....	68
4.5	Einschränkungen der Studie.....	69
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>72</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>74</b>
<b>7.</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>86</b>
<b>8.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>91</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>105</b>
	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>106</b>

## Abkürzungsverzeichnis

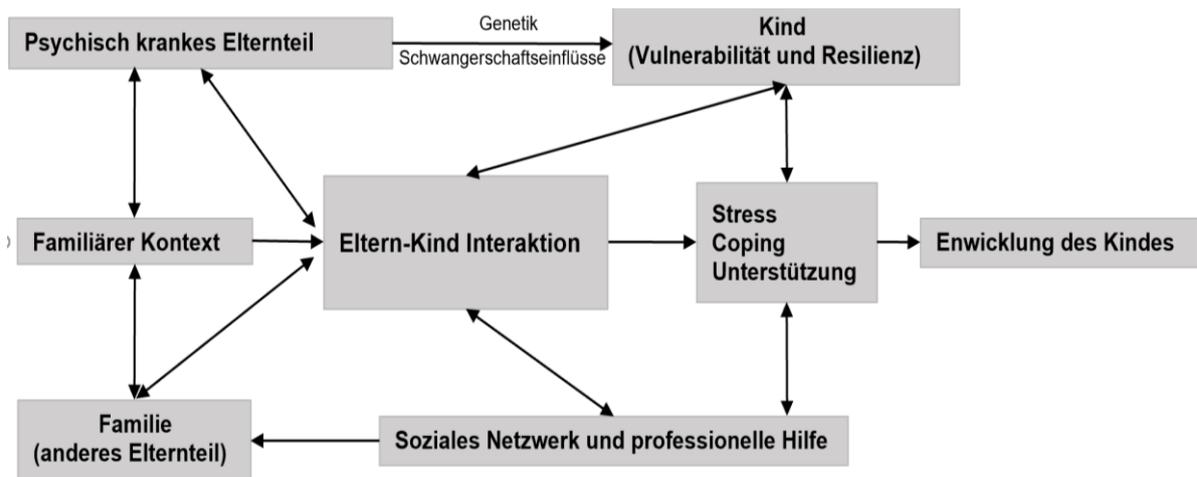
df:	Freiheitsgrade
DRK	Deutsches rotes Kreuz
F00–F09:	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29:	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39:	Affektive Störungen
F40–F48:	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59:	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69:	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
IBM:	International Business Machines Corporation
ICD-10:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ILK:	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
Kita	Kindertagesstätte
KoKi:	Koordinierende Kinderschutzstellen in Bayern im Kontext Früher Hilfen
KPKE	Kinder psychisch kranker Eltern
M:	Mittelwert
n:	Anzahl
p:	Signifikanz
SD:	Standardabweichung
SDQ:	Strength and Difficulties Questionnaire
SDQ EP:	Subskala für emotionale Probleme des SDQ
SDQ VA:	Subskala für externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des SDQ
SDQ HYP:	Subskala für Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme des SDQ
SDQ PG:	Subskala für Probleme mit Gleichaltrigen des SDQ
SDQ PRO:	Subskala für prosoziales Verhalten des SDQ
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
T:	Prüfgröße aus dem t-Test

# 1. Einleitung

## 1.1 Kinder psychisch kranker Eltern: Eine Risikopopulation

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln. Kinder psychisch kranker Eltern stellen somit eine Risikopopulation dar (Wiegand-Grefe, Geers, Petermann, & Plass, 2011). Psychische Erkrankungen sind in Deutschland nicht selten. Es ist davon auszugehen, dass rund 30% der deutschen Bevölkerung innerhalb eines Jahres unter einer psychischen Störung leidet (Lenz & Brockmann, 2013). Dabei beeinflusst die psychische Erkrankung eines Elternteils immer auch die ganze Familie (Seifer, 2003). Zum einen belastet die psychische Erkrankung selbst, zum anderen bestehen Risiken für Sekundärfolgen wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und niedrigen sozioökonomischen Status (Kölch et al., 2014). In Deutschland leben 3,8 Millionen Kinder mit einem beziehungsweise zwei psychisch kranken Elternteilen, davon leben allein 2,65 Millionen Kinder in suchtblasteten Familien (Klein, 2004). Dies entspricht einem Anteil von mehr als einem Viertel aller in Deutschland lebender Kinder (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2011). Etwa ein Drittel der in Deutschland stationär in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten haben Kinder zwischen null und achtzehn Jahren (Kölch & Schmid, 2008; Stadelmann et al., 2010).

Eine Vielzahl von Untersuchungen zeigten, dass das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern selbst eine psychische Störung zu entwickeln im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Hosman et al., 2009; Schlack et al., 2010; Wiegand-Grefe et al., 2009, 2011). Dabei beschreiben Beardseele et al., (1998) und Wiegand-Grefe et al., (2009) ein drei bis siebenfach erhöhtes Risiko, Hosman et al., (2009) im Vergleich zur Normalbevölkerung ein bis zu achtfach erhöhtes Risiko. Das von Hosman et al (2009) entwickelte Modell der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen beschreibt wie es zu diesem erhöhten Risiko kommen kann und in welchen Bereichen sich Risikofaktoren für die Transmission einer psychischen Störung finden lassen.



**Abbildung 1: Transgenerationale Transmission psychischer Störungen nach Hosman et al (2009)**

In diesem Modell der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen werden vier Ebenen unterschieden: die Ebene der Eltern, die Ebene des Kindes, die Ebene der Familie und die Ebene des sozialen Umfeldes. Diese Ebenen interagieren, wie in Abbildung 1 ersichtlich, über verschiedene Mechanismen miteinander und können Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes nehmen. Folgende Mechanismen der Transmission werden hierbei differenziert: genetische und pränatale Einflüsse, die Eltern-Kind-Interaktion, familiäre Einflüsse und soziale Einflüsse von außerhalb der Familie. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Im Folgenden werden zunächst auf diesen Ebenen identifizierte Risikofaktoren erläutert.

Auf der Ebene der Eltern ist der Einfluss des erkrankten Elternteils individuell verschieden, da psychische Erkrankungen selbst sehr heterogen sind. Der Verlauf der Erkrankung mit Schweregrad und Chronizität ist individuell unterschiedlich. Der Verlauf der psychischen Krankheit der Eltern hat wiederum Einfluss auf die Entwicklung der Kinder. So zeigte sich, dass das Erkrankungsrisiko von Kinder psychisch kranker Eltern umso höher ist, je länger und häufiger Krankheitsepisoden auftreten und je schwerer die psychische Störung verläuft (Keller et al., 1986; Sameroff et al., 1987; Wiegand-Grefe et al., 2009). Auch die Art der elterlichen Erkrankung kann ein

Risikofaktor sein. Es konnte beispielsweise ein hohes Erkrankungsrisiko von Kindern mit Eltern, die eine depressive Erkrankung haben, in vielen Studien gezeigt werden (Beardseele et al., 1998; Kölch et al., 2014). Allerdings konnte bislang noch nicht gezeigt werden, dass die Gefährdungspotentiale von der Art der elterlichen Erkrankung abhängen. Es ist also noch nicht geklärt, ob die bisher gefundenen Risiken störungsspezifisch sind oder, ob sich die verschiedenen Störungen ähnlich auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Mattejat et al., 2000). Laucht et al., (1992) konnten allerdings zeigen, dass Kinder von psychisch kranken Eltern mit Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung stärker gefährdet sind als Kinder von depressiv erkrankten Eltern. Zudem führte Komorbidität psychischer Störungen zu einer Erhöhung der Hospitalisierungsrate und zu erhöhter familiärer und sozialer Belastung (Kölch et al., 2014). Es konnte bereits gezeigt werden, dass Kinder von Eltern mit komorbiden Störungen häufiger selbst psychische Störungen entwickeln (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Es besteht allerdings ein Forschungsmangel hinsichtlich des zeitgleichen Auftretens mehrerer psychischer Erkrankungen der Eltern (Wiegand-Grefe et al., 2019). Außerdem wird ein Mangel an Forschung bei anderen Krankheitsbildern als affektiven Störungen und Angststörungen bemängelt (Christiansen et al., 2019). Bislang liegen auch noch keine Untersuchungen vor, ob psychiatrische Ko- oder Multimorbidität oder eine psychische Erkrankung beider Elternteile die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen beeinflusst.

Eine weitere Komponente des Modells der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen stellt die Schnittstelle der Ebene der Eltern und der Ebene des Kindes, also die Eltern-Kind-Interaktion dar. Hier werden zudem individuell unterschiedliche Auswirkungen von psychischer Erkrankung der Eltern auf mögliche Entwicklungsrisiken und -probleme bei ihren Kindern diskutiert. Dabei gehen moderne Entwicklungstheorien davon aus, dass gelingende, misslingende beziehungsweise pathologische Entwicklung durch das Zusammenspiel von jeweils individuell unterschiedlichen biologischen, aber auch kulturellen und psychosozialen Bedingungen sowie kindseigenen Erfahrungen bestimmt wird (Wiegand-Grefe et al., 2019). Hinzu

kommen auch unterschiedliche Auswirkungen je nach Entwicklungsalter der Kinder. Insbesondere junge Kinder gelten beispielsweise als besonders vulnerabel. In der Entwicklungspsychologie wird üblicherweise eine Alterseinteilung in die frühe Kindheit (null bis drei Jahre), das Vorschulalter (vier bis sechs Jahre), die mittlere Kindheit, (sieben bis elf Jahre) und das Jugendalter (zwölf bis achtzehn Jahre) vorgenommen. Innerhalb dieser Altersstufen gibt es spezifische Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung Aufschluss gibt über eine gelingende Entwicklung des Kindes. Eine fehlende Bewältigung kann auf der anderen Seite für eine pathologischen Entwicklung sprechen (Wiegand-Grefe et al., 2019). Gerade in der frühen Kindheit sind die Eltern und deren Beziehung zu den Kindern beziehungsweise ihre Fähigkeiten zur Erziehung entscheidend um die Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (Wiegand-Grefe et al., 2019). Die entscheidende Entwicklungsaufgabe in der frühen Kindheit beispielsweise stellt die selbständige Verhaltensregulation des Kindes dar. Im Vorschulalter beziehungsweise in der mittleren Kindheit stellen die Ausdifferenzierung des Selbst- beziehungsweise Selbstwertempfindens entscheidende Entwicklungsaufgaben dar. Dies schließt den adäquaten Umgang mit Gleichaltrigen mit ein (Wiegand-Grefe et al., 2019). Ein Scheitern bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe kann zur Isolation des Kindes in seiner Peergroup führen. Starke Belastungen von Kindern dieses Alters können sich in internalisierenden beziehungsweise externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten äußern. Externalisierende Störungen sind charakterisiert durch Interaktion mit der Umwelt, sie beinhalten unter anderem aggressives Verhalten und Hyperaktivität. Internalisierende Störungen hingegen sind charakterisiert durch innere Prozesse, dazu zählen unter anderem Depressivität und Überängstlichkeit und Somatisierung (Achenbach, 1991).

Ein weiterer psychosozial relevanter Risikofaktor für die mögliche Entwicklung einer psychischen Störung des Kindes auf Ebene der Eltern beziehungsweise der Familie ist, der Status als alleinerziehendes Elternteil (Fegert et al., 2017; Meltzer et al., 2003). Die Prävalenz einer psychischen Erkrankung der Kinder von alleinerziehenden Eltern war mit 16% gegenüber 8% bei Familien mit zwei Elternteilen deutlich erhöht. Dabei spielte es keine Rolle, ob der oder die

alleinerziehende Single, verwitwet, geschieden oder getrennt lebend war (Meltzer et al., 2003).

Auf der Ebene des sozialen Umfeldes gilt beispielsweise der sozioökonomische Status als Einflussfaktor auf die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder, die in prekären Lebenssituationen und fehlender sozialer Unterstützung aufwachsen, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit psychische Störungen entwickeln. Ein weiterer bereits identifizierter Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung von Kindern ist die Arbeitslosigkeit der Eltern (Mattejat, 2007). Weiter konnte gezeigt werden, dass eine Verbesserung des Einkommens das Auftreten mancher psychischer Störungen, wie Störungen des Sozialverhaltens und oppositionell-aufsässiges Verhalten, bei Kindern psychisch kranker Eltern im Vier-Jahres-Verlauf reduziert auftraten (Costello et al., 2003). Die besuchte Schule kann aufgrund des sozialen Stigmas psychischer Erkrankung einen zusätzlichen Stressor darstellen (Hosman et al., 2009). So berichteten Kinder, dass sie häufig negativen Reaktionen von Gleichaltrigen ausgesetzt oder Ziel von Mobbing waren. Aus diesem Grund vermeiden sie es, Freunde zu sich nach Hause mitzubringen (Hosman et al., 2009).

Auf denselben vier Ebenen des transgenerationalen Transmissionsmodells gibt es analog zu den Risikofaktoren auch Schutzfaktoren, die protektiv wirken und Risiken gegebenenfalls kompensieren können. Hierzu gehören etwa positive Beziehungen zu anderen nahestehenden Menschen, ein ausgeglichenes Temperament, hohe Intelligenz oder soziale Unterstützung. Letztere erwies sich als bedeutender Schutzfaktor. Belegt sind Unterstützung aus der Familie oder vom nicht erkrankten Elternteil. Auch stabile Beziehungen außerhalb der Familie und die soziale Teilhabe sind wichtige Schutzfaktoren (Kölch et al., 2014). Ebenso wird auch die Schule von Kindern psychisch kranker Eltern häufig als Ort identifiziert, an dem sie dem schweren Familienumfeld entkommen, Ablenkung finden und positive Erfahrungen machen können (Hosman et al., 2009). Außerdem spielen Angebote und Inanspruchnahme von non-professionellen oder professionellen Hilfsangeboten

eine Rolle. Entscheidend beim Modell der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen ist, dass negative Einflüsse von Risikofaktoren auf einer Ebene durch positive Aus- und Wechselwirkungen aus anderen Ebenen kompensiert werden können. Andersherum kann sich das Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung aber auch erhöhen, wenn auf mehreren Ebenen Risikofaktoren bestehen und wenige Schutzfaktoren vorhanden sind, die diese Risiken abpuffern könnten. Gerade die altersgerechte Vermittlung von Informationen über die Erkrankung der Eltern an ihre Kinder ist dabei als wesentlicher Schutzfaktor anzusehen (Kölch et al., 2014).

## 1.2 Verfügbare Hilfen

Da manche Bereiche des Modells der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen, wie der familiäre Kontext oder die Unterstützung durch die Familie des psychisch erkrankten Elternteils, nur schwer oder gar nicht von außen zu beeinflussen sind, kommt der Ebene der professionellen Hilfeleistungen eine besondere Rolle als von der Gesellschaft beeinflussbarer Schutzfaktor zu.

Gemäß dem im Gesundheitssystem üblichen Präventionsmodell lassen sich Hilfen und Leistungen in so genannte universelle, selektive und indizierte Präventionstypen einordnen (Mrazek et al., 1994; Munoz et al., 1996). Danach sind universelle Hilfen niedrigschwellig und würden in unserem Beispiel alle Kinder betreffen, ob diese nun Kinder von psychisch kranken Eltern sind oder nicht. Selektive Hilfen sind, in unserem Beispiel, zusätzliche Hilfen für Kinder und ihre Familien, die aufgrund bestimmter Risikokonstellationen weitere präventive Unterstützung benötigen. Zuletzt gibt es noch indizierte Hilfen beziehungsweise Behandlungen, die notwendig sind, wenn bereits erste Krankheitszeichen auftreten, wie bei Kindern, die bereits Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Brandenbusch et al., 2018; Petermann et al., 2010). Zusätzlich kann man Hilfen nach ihrer „Schwelligkeit“ einordnen, das heißt nach ihrer Barriere, die zur Inanspruchnahme der Hilfe überwunden werden muss. Diese reicht von Angeboten, welche sowohl verfahrenstechnisch als auch räumlich

und zeitlich weitgehend barrierefrei sind und im Alltag der Betroffenen ausgestaltet werden können (Schmutz, 2010), bis hin zu hochschwelligem Versorgungsangeboten, wie etwa stationäre Aufenthalte zur erwachsenenpsychiatrischen bzw. kinderpsychiatrischen Behandlung oder Inpflegenahme bzw. Heimaufenthalte.

Allerdings zeigt die Praxis, dass die Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern unzureichend ist, und zwar bezogen auf das Angebotsrepertoire als auch bezogen darauf, dass die vorhandenen Angebote nicht hinreichend vorgehalten werden können (Wiegand-Grefe et al., 2019). Außerdem seien bestehende Angebote zu hochschwellig angelegt was dazu führt, dass zu wenige Familien mit psychisch krankem Elternteil bereits verfügbare Hilfen frühzeitig in Anspruch nehmen (Schmid et al., 2008). Die Hilfen für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sowie deren Finanzierung entstammen aus Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher. Daneben gibt es noch das soziale Netzwerk der Familie, das auch Hilfe für die betroffenen Familien sein kann.

Ein Großteil der existierenden Hilfen betrifft zunächst einmal das psychisch kranke Elternteil. Hierbei ist das erste relevante System, aus dem sich Hilfeleistungen ableiten, das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Hierin sind die Ansprüche an Hilfen geregelt, welche aus der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Diese Leistungen umfassen beispielsweise Selbsthilfegruppen, ambulante Therapien, Tageskliniken und auch die stationäre Therapie psychischer Störungen. Aus dem SGB V leiten sich auch viele Hilfeleistungen für die Kinder selbst ab. So beispielsweise Kindersprechstunden, Psycho- und Ergotherapie oder auch stationäre Therapien. Ein weiteres wichtiges Sozialsystem aus dem Hilfeleistungen für Kinder psychisch kranker Eltern abgeleitet werden, ist das Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII). Im SGB VIII ist die Kinder- und Jugendhilfe geregelt. Aus diesem System leiten sich eine Vielzahl von Hilfen unterschiedlichster Schwelligkeit ab. Die hier geregelten Hilfeleistungen reichen von Kindertagesstätten und familienbildenden Aktivitäten über Erziehungsberatung hin zum Erziehungsbeistand und schließlich stationären Jugendhilfeeinrichtungen oder Pflegefamilien.

Auch aus anderen Sozialgesetzbüchern lassen sich Hilfeleistungen für Kinder psychisch kranker Eltern ableiten. Beispielhaft seien hier Erstausrüstung bei Familienzuwachs (gemäß SGB II), Angebote der Suchtberatung (abgeleitet aus dem SGB II) oder Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach SGB IX) genannt. Schließlich existieren neben Hilfeleistungen, die sich aus der Sozialgesetzgebung ableiten, weitere Formen der Unterstützung. Diese Hilfen können eine Unterstützung durch das soziale Netz, oder aber durch so genannte freie Träger, wie die des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, der Kirche, das Deutsche Rote Kreuz et cetera, finanzierte Angebote sein.

### 1.3 Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen

Damit bestehende Hilfen als Schutzfaktor funktionieren können, ist es zunächst einmal entscheidend, dass erkrankte Eltern diese auch in Anspruch nehmen. Ein wesentliches Problem bei der Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern ist, dass die Eltern bestehende Angebote für ihre Kinder kaum in Anspruch nehmen. Eine von Reupert und Maybery publizierte Metaanalyse von über 100 Studien konnte fünf Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfen identifizieren (Maybery & Reupert, 2009). Zum einen fehlen Leitlinien und Ressourcen im System der Helfer. Das Fehlen von Leitlinien bei der Aufnahme von Patienten, insbesondere ob hierbei nach einer Elternschaft gefragt wird, stellt international ein Problem dar. In der überwiegenden Zahl der Kliniken wird der Eltern- und Familienstatus regelhaft vollständig erfasst, in anderen jedoch wiederum überhaupt nicht oder unvollständig (Biebel et al., 2006; Maybery & Reupert, 2006; Schmid et al., 2008). Eine weitere regulatorische Barriere stellt die inadäquate Ressourcenverteilung für familienzentrierte Ansätze dar. Die hierfür nötige Zeit steht außerdem häufig wegen hoher Patientenlast nicht zur Verfügung. Zudem wird argumentiert, dass die Entwicklung hin zu Familieninterventionen teilweise durch die ärztliche Leitung behindert wird. So scheint sich dort die veraltete Einstellung zu halten, dass die Familie eine der

Hauptursachen von psychischen Problemen darstellt und es kommt zu Schuldzuweisungen an das familiäre Umfeld (Smith & Velleman, 2002). Zum anderen sei der Leitung eher Kostenreduktion und Effizienz wichtig als die Effektivität der Behandlung (Jones & Scannell, 2002).

Eine weitere Barriere stellt die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen dar. Die Zuständigkeiten für die Versorgung von Familien mit psychisch krankem Elternteil liegen bei unterschiedlichen Sozialsystemen und Berufsgruppen (Kölch et al., 2014). Die Krankenbehandlung wird durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt, allerdings durch zwei verschiedene fachärztliche Disziplinen, den Erwachsenenpsychiatern und den Kinder- und Jugendpsychiatern. Beide Gruppen konnten sich aufgrund von Uneinigkeit über die Bestandswahrung nicht über ein neues Vergütungssystem für sektorübergreifende Versorgungsansätze, wie beispielsweise Mutter-Kind-Einrichtungen einigen. So wurden einige innovative Modelle mit dem interdisziplinären Ansatz einer Mutter-Kind-Behandlung wieder eingestellt, da sich die Kostenträger weigerten die Behandlung für Mutter und Kind zu bezahlen (Kölch et al., 2014). Schon seit mehr als 15 Jahren wurden die Probleme bei der interdisziplinären Versorgung dieser Familien und die Notwendigkeit zur Kooperation der Hilfesysteme beschrieben (Wagenblass & Schone, 2001). Ein Teil der Angebote, wie zum Beispiel Gruppenangebote gehören derzeit nicht zum Regelangebot und sind deshalb nicht ausreichend budgetiert. Diese Angebote sind daher teilweise nur temporär und/oder ortsgebunden verfügbar. Diese Angebote werden durch regionale Träger oder Vereine und Stiftungen finanziert und gegebenenfalls durch Zuschüsse der Kommunen unterstützt. Dies bedeutet aber auch, dass für diese Hilfeleistungen keine Regelfinanzierung existiert und ihr Fortbestand somit unsicher ist.

Auch ist diese Form der Hilfsangebote ein weiterer Grund für die unzureichende interdisziplinäre Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Krankenversorgung, da die hierfür notwendigen Ressourcen nicht verfügbar sind (Wagenblass & Schone, 2001). In der internationalen Literatur wird ebenso ein Defizit

der psychisch kranken Eltern beschrieben Rechtsansprüche auf Hilfen selbst einzufordern und wahrzunehmen. Da sie meist durch ihre Erkrankung in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt seien und beziehungsweise oder im Rahmen ihrer Grunderkrankung unter Denk- und Wahrnehmungsstörungen leiden, sei es für psychisch kranke Eltern oft nicht möglich, ihren Rechtsanspruch geltend zu machen. Dieses Hemmnis für die Inanspruchnahme von Hilfen ist für die aktuelle Situation in Deutschland nicht kennzeichnend.

Ein weiteres international beschriebenes Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen sind die teilweise ungenügenden Fertigkeiten und eine teils abweisende Haltung des Fachpersonals.

Das betreuende Fachpersonal von psychisch kranken Eltern steht vor einem Dilemma. Auf der einen Seite sieht die Mehrheit von ihnen die Arbeit mit den Familienmitgliedern von psychisch kranken Menschen als wichtig an, auf der anderen Seite geben eben diese Mitarbeiter an, dass es ihnen hierfür an Wissen und Fertigkeiten mangelt (Maybery & Reupert, 2006). Defizite beziehen sich hierbei auf die Arbeit mit Kindern, Erziehungsfragen und die Arbeit mit der gesamten Familie. Einige berichten von Schwierigkeiten den Kindern zu begegnen und mit ihnen zu interagieren (Bibou-Nakou, 2003; Korhonen et al., 2008). Außerdem wird von mangelndem Wissen über allgemeine Probleme von Kindern oder deren entwicklungs-gerechten Bedürfnissen berichtet. Dieses Problem zeigte sich vor allem bei sehr jungen Kindern (Grünbaum & Gammeltoft, 1993).

Auch hier hält sich teils noch die Einstellung, dass Familienmitglieder Teil des Problems sind und psychische Krankheiten auslösen oder verschlechtern können (Mordoch & Hall, 2002; Strachan, 1986). Manches Fachpersonal vertritt die Auffassung, dass nur der Erwachsene und nicht die Familie ihre Leistungen in Anspruch nehmen und dass die Kinder nicht in ihrer Verantwortung lägen. Eine Studie zeigte, dass psychiatrische Krankenpfleger, die selbst Eltern waren, ihre eigene Fähigkeit die Elternschaft der Patienten zu unterstützen seltener als Hindernis für familien-zentrierte Behandlungen empfanden als Pfleger ohne Kinder (Korhonen et al.,

2008). Ein weiteres Hindernis stellt die therapeutische Bindung dar. Das Fachpersonal hat die Befürchtung, dass es die Beziehung zwischen Behandler und Patient stören, oder gar zerstören würde, wenn sie das Thema Erziehung ansprechen (Maybery & Reupert, 2006). Zusätzlich zögern einige aus datenschutzrechtlichen Gründen Informationen an die Familie weiterzugeben (Wynaden & Orb, 2005).

Ein weiteres beschriebenes Hindernis bei der Nutzung von Hilfsangeboten sind die Familienmitglieder des erkrankten Elternteils. Die Familienmitglieder, auch die Kinder, lehnen Hilfen unter anderem wegen der Angst vor Stigmatisierung ab (Krumm et al., 2013; Reupert & Maybery, 2007). Befragungen von Psychiatriemitarbeiter haben nahegelegt, dass einige Familienmitglieder, inklusive Kinder, nicht dazu gewillt sind, sich an der Behandlung ihrer psychisch kranken Verwandten zu beteiligen, oder ihnen dies aufgrund großer Entfernungen und fehlenden Verkehrsmitteln nicht möglich ist. Einige Kinder können außerdem aufgrund von Fremdunterbringung nicht an Therapiemaßnahmen teilnehmen (Maybery & Reupert, 2006). Zusätzlich scheint das Kindesalter ein großes Hindernis bei der Kommunikation mit den Kindern zu sein. Je jünger die Kinder sind, desto schwieriger wird die Kommunikation mit ihnen von professionellen Helfern beschrieben (Bibou-Nakou, 2003).

Andere Studien zeigen aber, dass viele Familienmitglieder eine hohe Bereitschaft haben, sich an der Therapie zu beteiligen. In einer Studie von Angehörigen stationär behandelte Patienten gaben fast zwei Drittel an, mehr Informationen über ihren erkrankten Verwandten zu wünschen als sie bislang erhalten. Nur ein Viertel der Angehörigen erhielt zum Zeitpunkt der Befragung Informationen über den Behandlungsplan ihres kranken Familienmitglieds (Bernheim & Switalski, 1988). Zwei Drittel wollten an der laufenden ärztlichen Beratung beteiligt sein und drei Viertel wünschten sich vom Fachpersonal mehr Informationen über allgemeine Leistungen (Bernheim & Switalski, 1988).

### 1.3.1 Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfen auf der Ebene des kranken Elternteils

Die Bereitschaft des kranken Elternteils an der Behandlung teilzunehmen und Hilfen anzunehmen, stellt einen weiteren großen Einflussfaktor für die Inanspruchnahme von Hilfen dar. Einige Eltern nutzen bestehende Hilfen nicht oder zu selten. Gründe hierfür sind ihre symptombedingte Teilnahmebeeinträchtigung, eine fehlende Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit ihrer psychischen Störung und auch Ressentiments gegenüber dem professionellen Hilfesystem. So lehnten rund 51% der psychisch kranken Eltern wegen Ressentiments den Kontakt zum Jugendamt ab, vor allem zeigten sich Ängste der Eltern bezüglich eines Sorgerechtsentzugs. Rund 30% der Eltern gaben Angst vor Sorgerechtsentzug als einen Grund an, keine Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen (Hearle et al., 1999). Außerdem wurde der Kontakt zum Jugendamt, von den Eltern, welche ihn aufnahmen, überwiegend negativ bewertet (Hefti et al., 2016; Kölch & Schmid, 2008).

Einen wesentlichen Faktor hierbei stellt die empfundene Behandlungsnotwendigkeit dar (Codony et al., 2009). In der Studie von Codony et al. (2009), welche Befragte aus Westeuropa (Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden und Spanien) einschloss, zeigte sich, dass nur etwa ein Drittel (33%) der Teilnehmer, die in den letzten zwölf Monaten an einer psychischen Störung litten eine Behandlungsnotwendigkeit empfanden. Von denen, die eine Behandlungsnotwendigkeit erkannten, suchten in diesem Zeitraum 70% letztlich professionelle Hilfe auf. Die Zahl der Personen, die trotz fehlender empfundener Behandlungsnotwendigkeit Hilfe in Anspruch nahmen, lag bei nur 11%.

Die empfundene Behandlungsnotwendigkeit wiederum wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. So scheint das Auftreten und die Schwere der psychischen Störung ein Hauptfaktor für die empfundene Behandlungsnotwendigkeit zu sein. Unterschiede bei der empfundenen Behandlungsnotwendigkeit zeigten sich außerdem beim Geschlecht und Alter der psychisch Erkrankten. Männer scheinen eine Behandlungsnotwendigkeit bei psychischen Erkrankungen seltener zu sehen als

Frauen. Auch scheinen Männer grundsätzlich bei psychischen und physischen Problemen seltener Hilfe zu suchen als Frauen (Thompson et al., 2016). Des Weiteren sollen Frauen auch eine positivere Einstellung zum Hilfesuchen haben als Männer (Mackenzie et al., 2006). Das Alter korreliert ebenfalls positiv mit der empfundenen Behandlungsnotwendigkeit. Ältere Befragte empfanden ihre Erkrankung häufiger für behandlungsnotwendig als junge Studienteilnehmer (Bonabi et al., 2016; Codony et al., 2009; Mojtabai et al., 2002). Auch Mackenzie et al. (2006) konnte zeigen, dass ältere Menschen häufiger professionelle Hilfe bei psychischen Problemen aufsuchen und auch eine positivere Einstellung bei der Suche nach Hilfe haben. Auch beim Wohnraum konnte ein Zusammenhang mit der empfundenen Behandlungsnotwendigkeit und der darauffolgenden Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gefunden werden. Es zeigte sich, dass Menschen mit psychischer Erkrankung, die im ländlichen Raum leben seltener eine Behandlungsnotwendigkeit für sich selbst sehen als psychisch Kranke im urbanen Raum. Dies führt zu einer generell selteneren Inanspruchnahme von Hilfen bei Patienten auf dem Land. Ebenfalls zeigte sich allerdings, dass bei bestehender Einsicht in eine Behandlungsnotwendigkeit, die ländliche Bevölkerung Hilfeleistungen häufiger beansprucht, als Patienten in der Stadt (Codony et al., 2009; Wang et al., 2005).

Unter den psychisch Erkrankten die eine Behandlungsnotwendigkeit für sich selbst empfanden, suchten diejenigen tatsächlich Hilfe, die an einer mit deutlicher Beeinträchtigung verbundenen psychischen Störung litten. Außerdem nahmen junge Patienten (zwischen 19-24 Jahren), wenn sie eine empfundene Behandlungsnotwendigkeit aufwiesen häufiger Hilfen tatsächlich in Anspruch. Die Studie von Codony (2009) zeigt, dass beinahe ein Drittel der psychisch Kranken, die für sich selbst eine Behandlungsnotwendigkeit sehen, dennoch keine Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.

Die Ergebnisse machen ersichtlich, dass die Einstellung der erkrankten Eltern bezüglich einer Behandlungsnotwendigkeit ihrer psychischen Störung ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Nutzung von Hilfen darstellt. Da das professionelle und

non-professionelle Hilfesystem einen potenziellen Schutzfaktor im Modell der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen darstellt, müssen Einflussfaktoren, die ihre Inanspruchnahme beeinflussen, untersucht werden. Zwar wurden die oben aufgeführten Einflussfaktoren gefunden, welche die Inanspruchnahme von Hilfen beeinflussen, jedoch implizieren die Ergebnisse, dass es noch weitere Einflussfaktoren geben muss.

Einen weiteren möglichen Einflussfaktor für die unzureichende Inanspruchnahme von Hilfeleistungen stellt beispielsweise ein Migrationshintergrund dar. Eine Erhebung unter Ärzten und Psychotherapeuten zeigte, dass der Anteil der Patienten mit nichtdeutscher Muttersprache gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil niedrig ist (Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, 2011). Diese Differenz kann darauf hinweisen, dass ein Migrationshintergrund ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfen darstellt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinder psychisch kranker Eltern einer hohen Belastung ausgesetzt sind und die bisherige Versorgung nicht ausreichend war. Die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern stellt also ein gesellschaftliches Problem dar. Dies spiegelt sich auch in der Zunahme der politischen Aufmerksamkeit wider. Im Auftrag des Deutschen Bundestages wurde eine interministerielle Arbeitsgruppe mit dem Auftrag eingerichtet, Expertisen (Forschung, „Gute Praxis“, Recht) und daraus Empfehlungen zur Optimierung der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern abzuleiten. Diese Empfehlungen wurden im Dezember des Jahres 2019 dem Deutschen Bundestag übergeben und veröffentlicht („Kinder psychisch kranker Eltern“ (AG), 2019).

## 1.4 Zielsetzung und Hypothesen

Kinder psychisch und suchtkranker Eltern lassen sich als hoch belastete Gruppe beschreiben und sie haben hohe Entwicklungsrisiken. Sie sind eine Gruppe mit hohem Unterstützungs- und Versorgungsbedarf, der nur interdisziplinär abgedeckt werden kann. Für eine passgenaue Unterstützung und Versorgung ist es zwingend, dass Angebote und Leistungen gemäß den jeweiligen Bedürfnissen von Kindern und ihren erkrankten Eltern individuell zusammengestellt und kombiniert werden müssen. Dabei ist auch deren angemessene Unterstützung und Behandlung bzw. die Unterstützung des gesamten familiären Systems maßgeblich. Es geht darum, dass Eltern, ggf. auch in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Störungsbild, bereit und in der Lage sind, Hilfen in Anspruch zu nehmen und dass Hilfen und Leistungen auch tatsächlich vorgehalten werden und aus unterschiedlichen Sozialsystemen individuell zusammengestellt werden können. Hier dürfte es z.B. Unterschiede zwischen Stadt und Land geben.

1. Psychisch kranke Eltern, die im ländlichen Raum leben, nutzen weniger Hilfeleistungen.
2. Die Inanspruchnahme von Hilfen ist bei Familien mit zusätzlichen sozioökonomischen Risikofaktoren ist geringer.
  - a. Psychisch kranke Eltern, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, nehmen seltener Hilfen in Anspruch.
  - b. Wenn bei den Eltern zusätzlich zur psychischen Erkrankung eine Arbeitslosigkeit vorliegt, werden seltener Hilfen in Anspruch genommen.
  - c. Alleinerziehende psychisch kranke Eltern nehmen seltener Hilfeleistungen in Anspruch.
3. Das Krankheitsbild der Eltern beeinflusst die kindliche Belastung.
  - a. Lebensqualität der Kinder ist abhängig vom spezifischen Krankheitsbild.
  - b. Die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten hängt vom Krankheitsbild der Eltern ab.

- c. Die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen hängt vom Krankheitsbild der Eltern ab.
4. Die Inanspruchnahme von Hilfen bei Familien, in denen beide Elternteile psychisch krank sind, ist geringer.
  5. Die Inanspruchnahme von Hilfen ist bei Eltern mit psychiatrischer Multimorbidität geringer.
  6. Die Inanspruchnahme von Hilfen ist höher, wenn die Eltern eine geringe Lebensqualität für ihre Kinder empfinden.
  7. Eine höhere Inanspruchnahme von Hilfeleistungen senkt das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.

## 2. Material und Methoden

### 2.1 Auswahl der Stichprobe und Studiendurchführung

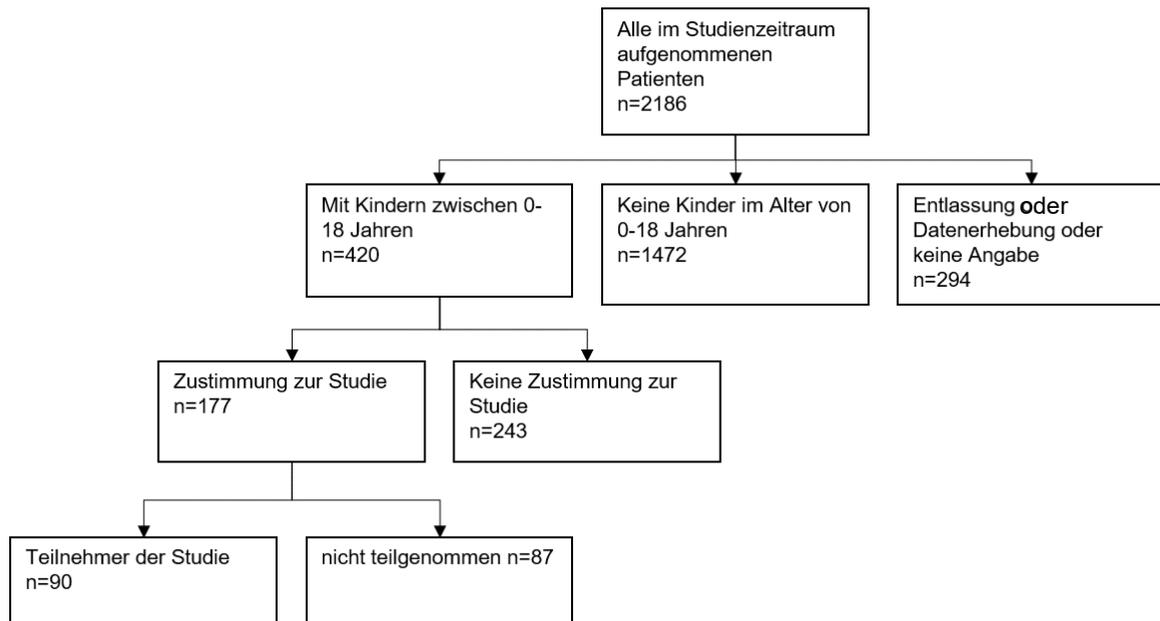
Die Dissertation wurde im Rahmen des Kooperationsprojektes „Interdisziplinäre Unterstützung und Versorgung für Kinder psychisch kranker Eltern“ mit Förderung der Ingrid und Frank Stiftung durchgeführt. Beteiligt waren die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, das Universitätsklinikum Ulm, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, die medizinische Hochschule Brandenburg und das Bezirkskrankenhaus Augsburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die Studie wurde am Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Augsburg durchgeführt. Das vorliegende Studienvorhaben wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm mit der Antragsnummer 67/16 am 04.04.2016 positiv votiert.

Das Klinikum Augsburg hat sowohl einen städtischen als auch einen ländlichen Einzugsraum. Beide Räume abzudecken ist aufgrund des unterschiedlichen Bedarfes sowie der Diskrepanz der Angebote erforderlich. Folgende elf Stationen des Bezirkskrankenhauses Augsburg wurden in die Studie einbezogen:

1. die Psychotherapiestation
2. die Depressionsstation
3. die Allgemeinpsychiatrie I: chronisch und akut
4. die Allgemeinpsychiatrie II: Soziotherapie
5. die Intensivstation I (Selbst-Fremdgefährdung)
6. die Intensivstation II (Selbst-Fremdgefährdung)
7. die Alkoholstation I: Motivationsstation
8. die Alkoholstation II: Entgiftungsstation
9. die Kriseninterventionsstation / Drogenstation I: Tagesklinik,
10. die Kriseninterventionsstation / Drogenstation II: Intoxikation
11. die Drogentagesklinik.

Somit war ein großer Teil des zu erwartenden Patientenspektrums suchtkrank. Um die Stichprobe für die Studie zu rekrutieren, wurden alle im Zeitraum von sechs Monaten in der Klinik stationär oder ambulant behandelten Personen im Rahmen einer Vollerhebung dazu befragt, ob diese Kinder zwischen 0 und 18 Jahren hatten. Wenn die Patientin beziehungsweise der Patient ein oder mehrere Kinder im betreffenden Alter hatte, wurde von der Sozialarbeiterin des Bezirkskrankenhauses Augsburg das Einverständnis zur weiteren Befragung erbeten und die Teilnehmer wöchentlich zur Durchführung des Interviews vermittelt.

Jeder mögliche Studienteilnehmer wurde über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert, sowie dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile hinsichtlich der weiteren Behandlung entstehen werden. Alle Teilnehmer unterschrieben eine Einverständniserklärung zur anonymisierten Datenverarbeitung und Freiwilligkeit der Teilnahme sowie, dass ein Abbruch der Teilnahme jederzeit möglich war. Außerdem konnten sich Studienteilnehmer bei Fragen jederzeit bei der Studienleitung melden. Aufgrund der Kooperation mit dem Bezirkskrankenhaus Augsburg und der daraus resultierenden zur Verfügungstellung der Patientendaten durch diese, war die Datenerhebung aufgrund datenschutzrechtlicher Einschränkungen limitiert. Zudem konnten einige Interviews aufgrund der hohen Patientenbelastung nicht durchgeführt werden oder mussten abgebrochen werden.



**Abbildung 2: Rekrutierung der Stichprobe psychisch kranker Eltern am Bezirkskrankenhaus Augsburg, 2016.**

*n = Anzahl*

Wie in Abbildung 2 dargestellt wurden insgesamt 2186 Patienten in diesem Zeitraum im Bezirkskrankenhaus Augsburg behandelt. Von dieser Anzahl an Patienten fielen 425 unter die oben genannten Einschlusskriterien. Von diesen potenziellen Studienteilnehmern gaben 177 ihr Einverständnis für die Teilnahme an der Studie. Aufgrund der individuellen Patientensituation, wie zum Beispiel eine fehlende Compliance das etwa einstündige Interview durchzuhalten oder Praktikabilitätsgründen, wie ein Unterschreiten des für die Teilnahme notwendigen Mindestaufenthalt von drei bis fünf Tagen, konnten hiervon tatsächlich 90 Eltern psychisch kranker Kinder an der Studie teilnehmen.

## 2.2 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

### 2.2.1 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Mattejat et al., 1998, 2005; Remschmidt & Mattejat, 2006), kurz ILK, ist ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität gesunder, sowie psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Das ILK basiert auf einem multidimensionalen Konzept, in dem die Lebensqualität aufgeteilt wird in die Lebensqualität im engeren und im weiteren Sinne. Bei der Lebensqualität im weiteren Sinne handelt es sich um Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, wie materielle, psychische und physische Voraussetzungen. Unter der Lebensqualität im engeren Sinne versteht man die Aspekte der objektiven Handlungs- und Funktionsfähigkeit, sowie des subjektiven Wohlbefindens.

Der verwendete Fragebogen erfasst dabei die Lebensqualität in verschiedenen Bereichen. Als Bereiche wurden hierbei Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche Gesundheit und psychische Gesundheit gewählt und als Items erfasst. Zusätzlich wird noch die Lebenszufriedenheit als Ganzes erfasst (Mattejat et al., 1998). Dieser Fragebogen wurde in Fremdnamense mit den Eltern erhoben. Beim Ausfüllen des Fragebogens sollten die Eltern vor allem die vergangenen drei Monate berücksichtigen.

Die Lebensqualität in den sieben Bereichen können als Items dichotomisiert werden, sodass bei Addition, ein Problemscore, der  $PR_{0-7}$  errechnet werden kann. Außerdem wird beim Lebensqualitätsscore  $LQ_{0-28}$  die Lebensqualität über alle Bereiche hinweg auf einer Skala von 0 bis 28 angegeben. Hohe Werte entsprechen hierbei einer hohen Lebensqualität.

Zur Interpretation der Ergebnisse liegen für beide Scores Prozenträge vor (Remschmidt & Mattejat, 2006). Für die Interpretation der Ergebnisse wurden, wie von

Mattejat empfohlen, die Prozenrang-Normwerte der repräsentativen Telefonstichprobe mit Elternangaben gewählt.

## 2.2.2 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Zur Erfassung der von den Studienteilnehmern genutzten Unterstützungsleistungen wurde der Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten genutzt (Zwönitzer et al., 2012). Dieser Leitfaden ist eine qualitative Praxiseinschätzung, welche Hilfsangebote von psychisch kranken Eltern genutzt werden. Mit Durchführung dieses Interviews sollten die von der Familie seit Beginn der psychischen Erkrankung des Elternteils bis zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote erfasst werden. Hierbei wurde auch die Häufigkeit der Nutzen der einzelnen Hilfsangebote erfragt. Da von den Eltern nicht erwartet werden konnte, dass sie wissen aus welchem Sozialgesetzbuch sich die von ihnen genutzten Hilfeleistungen ableiten, wurde von einem geschulten Mitarbeiter erfragt, welche Angebote sie in Anspruch genommen hatten. Diese wurden zunächst einzeln erfasst und im Anschluss unter Zuhilfenahme von Expertenkompetenz in einer Konsensusentscheidung nach Schwelligkeit und Sozialgesetzbuch kategorisiert. Es wurde entschieden die Schwelligkeit dreistufig in nieder-, mittel-, und hochschwellige Hilfen einzuteilen. So wurde zum Beispiel Erziehungsberatung als niedrigschwellige Hilfeleistung eingeordnet und dem SGB VIII zugeordnet. Eine stationäre Therapie des Kindes wurde als hochschwellige Hilfe gewertet und dem SGB V zugeordnet.

Dieses Instrument ist bereits in einer vorigen Studie zur Erfassung Früher Hilfen bei Mutter-Kind-Paaren in der frühen Kindheit verwendet worden (Zwönitzer et al., 2016) und wurde für dieses Studienvorhaben adaptiert.

### 2.2.3 Strength and Difficulties Questionnaire

Um Verhaltensauffälligkeiten und soziales Verhalten der Kinder zu erfassen wurde der international häufig als Screening-Verfahren eingesetzte Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) gewählt (Goodman, 1997)).

Der SDQ setzt sich aus 25 Items zusammen. Diese verteilen sich auf fünf Skalen. Die vier Problemskalen: emotionale Probleme (SDQ EP), externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (SDQ VA), Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme (SDQ HYP), Probleme mit Gleichaltrigen (SDQ PG) sowie eine Skala für prosoziales Verhalten (SDQ PRO) und enthalten je fünf Items. Der SDQ erfasst neben den Verhaltensproblemen der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 16 Jahren somit auch deren Stärken (Goodman, 1997).

In der vorliegenden Studie wurde der Fremdbeurteilungsbogen für die Eltern verwendet. Die vier Problemskalen können zu einem Gesamtproblemwert (SDQ GPW) aufsummiert werden. Goodman (1997) hat für die fünf Subskalen und für den Gesamtproblemwert Grenzwerte für unauffällige, grenzwertige und auffällige Befunde normiert. Diese Grenzwerte wurden anhand der Rohwerteverteilung der britischen Normierungsstichprobe bestimmt. Es wurden dabei bis zu einem Prozentrang von 80% als normwertig und dann jeweils 10% als grenzwertig beziehungsweise auffällig gewertet (Goodman, 1997). In einer deutschsprachigen Studie konnte diese Normierung für den Elternfragebogen bestätigt werden (Woerner et al., 2002). Ebenso konnte gezeigt werden, dass der SDQ hochsignifikant mit der längeren Child Behavior Checklist korreliert (Klasen, 2003).

## 2.3 Statistische Verfahren

Die statistischen Berechnungen dieser Arbeit wurden mit dem von IBM Programm SPSS Statistics der Version 24 durchgeführt. Für alle Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von fünf Prozent gewählt. Das Ergebnis wurde ab einem Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  als signifikant gewertet. Bei einem  $p < 0,10$  wurde von Tendenzen gesprochen.

Einige Patienten hatten mehrere Kinder zwischen null und 18 Jahren, es wurde hierbei für die Berechnungen jeweils nur das Kind mit dem auffälligsten SDQ herangezogen. Für die Überprüfung von Gruppenunterschieden wurde als parametrisches Verfahren der t-Test zur Berechnung der Signifikanz der Mittelwertunterschiede verwendet. Eine Voraussetzung für diesen Test ist eine Normalverteilung der Stichprobe. Bei der vorliegenden Stichprobengröße von  $n=90$  ist der Test aber auch bei fehlender Normalverteilung ausreichend robust. Der t-Test reagiert auf die Verletzung seiner Voraussetzungen robust. Dies gilt vor allem, wenn die Stichprobengröße gleich ist. Bei unterschiedlicher Größe bleibt der Test bei Varianzhomogenität robust. Diese wurde durch den Levene-Test überprüft. In dem Fall, dass Varianzheterogenität vorlag, wurde der Welch-Test durchgeführt. Wenn ordinalskalierte Daten vorlagen wurde Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman verwendet.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Studie wurde am Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Augsburg durchgeführt. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden alle stationär behandelten Patienten erfasst und versucht, wenn diese Kinder zwischen 0 und 18 Jahren hatten, diese für die Studie zu rekrutieren. Es konnten insgesamt 90 Patienten für die Studienteilnahme gewonnen werden.

**Tabelle 1: Darstellung der Hauptdiagnose, die bei den befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg 2016 vorlag. Einteilung in die Diagnosengruppen nach ICD 10.**

*ICD 10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39: Affektive Störungen, F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*

ICD 10-Diagnosengruppe	Häufigkeit	Prozentual
Abhängigkeit (F10–F19)	49	54
Schizophrene Erkrankung (F20–F29)	5	6
Affektive Störungen (F30-F39)	30	33
Neurotische Störungen (F40-F49)	5	6
Körperstörungen (F50-F59)	1	1
Persönlichkeitsstörungen (F60-F69)	0	0
Gesamt	90	100

Tabelle 1 veranschaulicht welche Typen von psychiatrischen Erkrankungen bei den Studienteilnehmern vorlagen. Zur Eingruppierung wurde die ICD-10 Kodierung verwendet und die Erkrankung in die jeweilige Diagnosegruppe aufgeschlüsselt. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, entfielen große Anteile der Erkrankungen auf den

Bereich der unter ICD10 F10-19 zusammengefassten Krankheiten des Suchtmittelmissbrauchs, sowie den Bereich der affektiven Störungen.

**Tabelle 2: Darstellung der Anzahl der Diagnosen pro befragtem psychisch kranken Elternteil, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) vorlagen.**

Anzahl der Diagnosen	Häufigkeit	Prozent
1	27	30,0
2	16	17,8
3	21	23,3
4	15	16,7
5	4	4,4
6	6	6,7
8	1	1,1
Gesamt	90	100

Wie in Tabelle 2 dargestellt hatten 70% der Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung mehr als eine psychiatrische Diagnose. Im Mittel hatten die Patienten 2,73 psychiatrische Diagnosen (SD= 1,60).

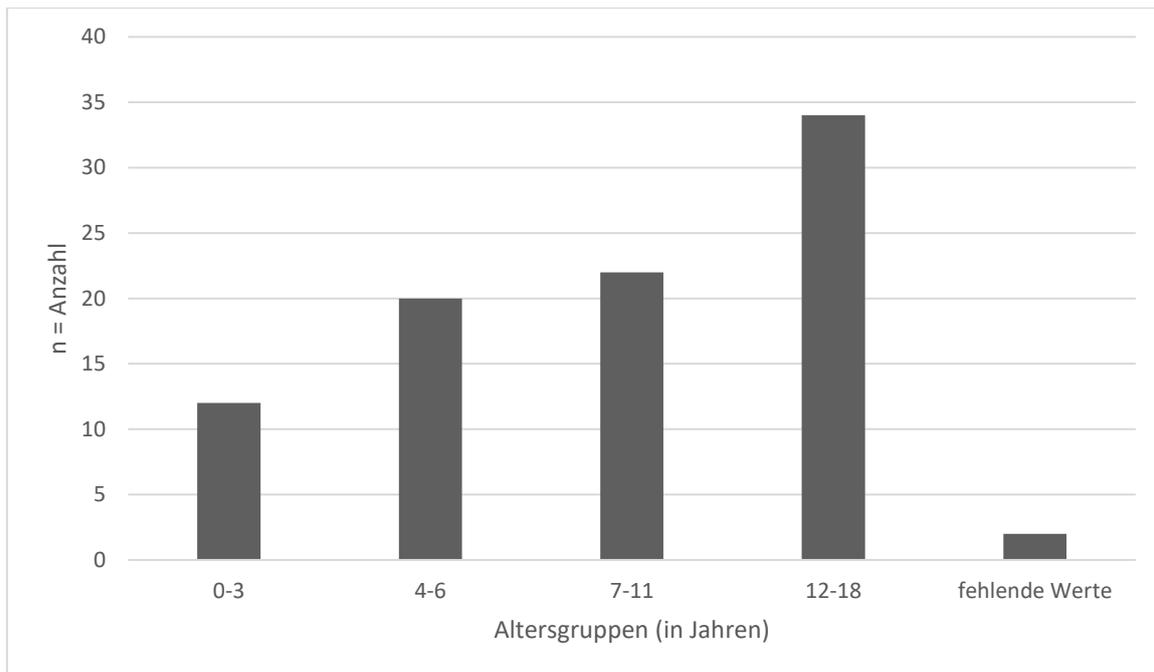
Von den 90 an der Studie teilnehmenden psychisch erkrankten Eltern waren 44 weiblich und 46 männlich. Das durchschnittliche Alter lag bei 38,2 Jahren mit einer Standardabweichung von 6,7 Jahren.

**Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Studienkinder und ihrer befragten psychisch erkrankten Elternteile zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg, 2016.**

*M = Mittelwert, SD= Standardabweichung*

	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (prozentual)
<b>Geschlecht der Studienkinder</b>		
männlich	44	48,9
weiblich	45	50,0
fehlend	1	1,1
<b>Lebensmittelpunkt der Kinder</b>		
Bei beiden Elternteilen	27	30,0
Bei der Mutter	37	41,1
Beim Vater	7	7,8
Sonstige Verwandte	7	7,8
Pflegefamilie	7	7,8
Kinder- und Jugend-Einrichtung	5	5,6
<b>Alter der Studienkinder</b>		
M	9,32	
SD	4,89	
Minimum	0	
Maximum	17	
<b>Psychiatrische Komorbidität der Eltern Anzahl der psychiatrischen Diagnosen</b>		
M	2,73	
SD	1,60	
Minimum	1	
Maximum	8	

Wie in Tabelle 3 ersichtlich sind die untersuchten Kinder im Mittel 9,32 Jahre alt (SD=4,89). 35,5% der Kinder sind 6 Jahre alt oder jünger. Die Geschlechterverteilung ist annähernd ausgeglichen mit 44 Jungen und 45 Mädchen. Von einem Kind wurde das Geschlecht nicht angegeben.



**Abbildung 3: Altersverteilung der Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016), eingeteilt nach entwicklungsphysiologischen Phasen.**

Im Rahmen der Erhebung soziodemographischer Daten wurde erfragt, mit wem der beziehungsweise die Befragte derzeit in einem Haushalt zusammenlebt. Ein Großteil der Befragten gab an in einer stabilen Beziehung zu leben. So lebten zum Zeitpunkt der Datenerhebung rund ein Drittel (32,6%) von ihnen mit dem Vater oder der Mutter des Kindes zusammen. Insgesamt lebten 44,9% in einer stabilen Partnerschaft. Allerdings war auch über ein Viertel der Eltern ledig und ohne Partner.

Es wurde der Lebensmittelpunkt des Kindes zum Zeitpunkt der Befragung erhoben. Wie in Tabelle 3 ersichtlich lebten 30% der Kinder aus unserer Stichprobe mit beiden Elternteilen zusammen. Rund 49% der Kinder lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil, einem Elternteil, das nach Trennung vom Kindsvater beziehungsweise der Kindsmutter in einer neuen Partnerschaft lebte, oder beim Ex-Partner über dessen Beziehungsstatus keine weiteren Informationen vorlagen. Insgesamt waren rund 13,4% der Kinder in einer Pflegefamilie oder einer Einrichtung der Kin-

der- und Jugendhilfe fremduntergebracht. Weitere 7,8% haben ihren Lebensmittelpunkt bei anderen Familienmitgliedern. Somit waren insgesamt rund 21% fremduntergebracht.

### 3.1.1 Lebensqualität der Kinder

**Tabelle 4: Darstellung der Ergebnisse des ILK nach Angaben der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016).**

*n = Anzahl, SD = Standardabweichung, M = Mittelwert, ILK PR0-7 = Problemwert 0-7 des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), ILK LQ0-28 = Lebensqualitätsscore 0-28 des ILK, ILK LQ0-100 = Lebensqualitätsscore 0-100 des ILK*

	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>ILK PR<sub>0-7</sub></b>	1,70	1,92
<b>ILK LQ<sub>0-28</sub></b>	21,63	4,66
<b>ILK LQ<sub>0-100</sub></b>	77,24	16,64

Es gab beim Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern mehr als 50% fehlende Werte. Dies kam zustande, da viele der Kinder der befragten Eltern nicht das für diesen Fragebogen erforderliche Mindestalter von sechs Jahren erreicht hatten oder die Eltern aufgrund von fehlendem Kontakt keine Angaben zu ihrem Kind machen konnten. Nachfolgend wurden die Ergebnisse der Scores anhand von Prozentrang-Normwerte der repräsentativen Telefonstichprobe mit Elternangaben interpretiert.

**Tabelle 5: Interpretation des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016).**

*ILK PR0-7 = Problemwert 0-7 des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), ILK LQ0-28 = Lebensqualitätsscore 0-28 des ILK,*

ILK PR <sub>0-7</sub>	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (prozentual)
unauffällig	30	69,8
auffällig	13	30,2
<hr/>		
ILK LQ <sub>0-28</sub>		
unterdurchschnittlich	12	27,9
durchschnittlich	20	46,5
überdurchschnittlich	11	25,6

Tabelle 5 veranschaulicht, dass mit 69,8% der Kinder die meisten von ihnen nach Auffassung der Eltern ohne Probleme in ihrer Lebensqualität waren. 72,1% der Eltern gaben an, dass die Lebensqualität ihres Kindes durchschnittlich oder überdurchschnittlich sei. Die meisten Eltern sahen ihr Kind mit einer durchschnittlichen Lebensqualität. Auffallend ist, dass fast ebenso viele Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder als überdurchschnittlich empfanden, wie Eltern die diese als unterdurchschnittlich empfanden.

### 3.1.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Einzelskalen und des Gesamtproblemwertes des SDQs vorgestellt.

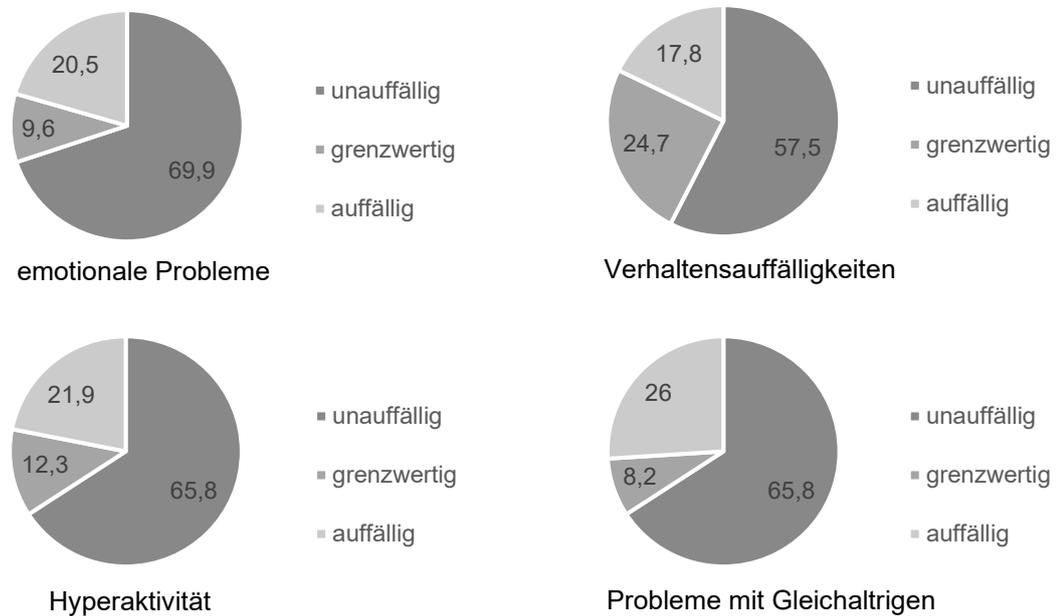
**Tabelle 6: Einzelskalen und Gesamtproblemwert des SDQs der Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016).**

*M (SDQ)= Mittelwerte aus dem Strengths and Difficulties Questionnaire,*

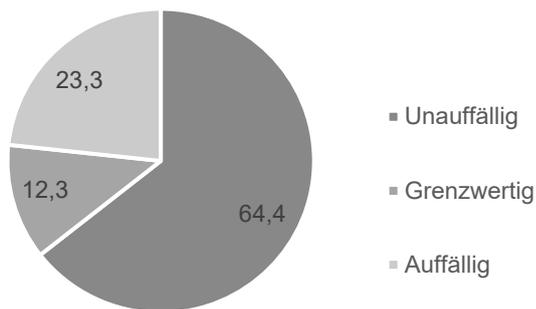
*SD= Standardabweichung*

	<b>M (SDQ)</b>	<b>SD</b>
Emotionale Probleme	2,5	2,57
Verhaltensauffälligkeiten	2,08	1,71
Hyperaktivität	3,94	2,70
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	1,99	1,94
Gesamtproblemwert der Skalen	10,52	6,79
Prosoziales Verhalten	8,44	1,51

Weiterhin wurden die erhobenen Daten der Skalen interpretiert und in die drei Bereiche unauffällig, grenzwertig und auffällig eingestuft. Die Ergebnisse sind nachfolgend grafisch dargestellt.



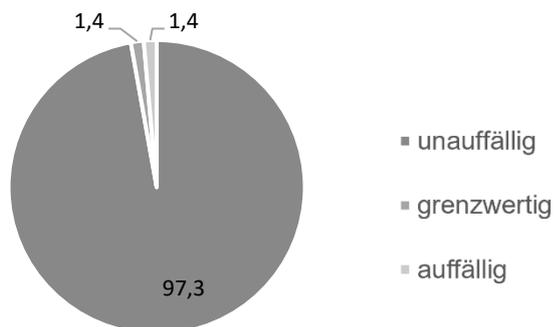
**Abbildung 4: Darstellung der interpretierten Problemskalen des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). Ergebnisse in Prozent.**



**Abbildung 5: Darstellung des interpretierten Gesamtproblemwerts des SDQ für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). Ergebnisse in Prozent.**

Wie in Abbildung 5 dargestellt sind die Mehrheit der Kinder laut Angabe ihrer Eltern im Gesamtproblemwert des SDQ nicht auffällig.

Wie in Abbildung 6 zu sehen ist, gaben 97,3% der befragten Eltern an, ihr Kind sei bei der Subskala „Prosoziales Verhalten“ unauffällig.



**Abbildung 6: Darstellung der interpretierten Skala „prosoziales Verhalten“ des SDQ für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). Ergebnisse in Prozent.**

### 3.1.3 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Es wurden alle von den Befragten angegebenen Hilfen erfasst. Im Anschluss wurden die angegebenen Hilfeleistungen mit Hilfe von Expertenkompetenz nach Sozialgesetzbuch, beziehungsweise nach sonstigen nicht aus den Sozialgesetzen stammenden Hilfen, kategorisiert. Außerdem wurden sie nach Stärke beziehungsweise Hoch- und Niederschwelligkeit der Hilfeleistung kategorisiert.

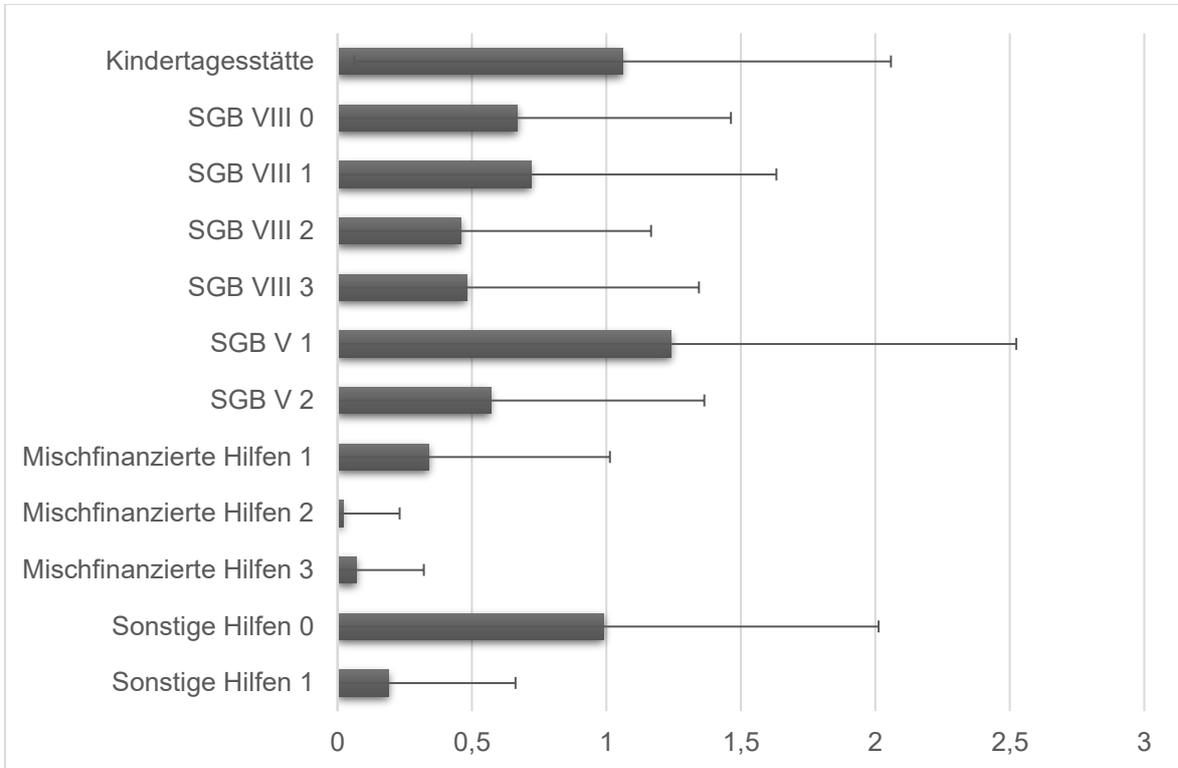
In Tabelle 7 wird dargestellt welche Hilfeleistungen die Familien erhalten haben.

**Tabelle 7: Darstellung und Kategorisierung der, von den im Bezirkskrankenhaus Augsburg 2016 befragten, psychisch kranken Eltern, angegebenen Hilfeleistungen.**

*KoKi = Koordinierende Kinderschutzstellen in Bayern im Kontext Früher Hilfen, KPKE = Kinder psychisch kranker Eltern, Kita = Kindertagesstätte, SGB = Sozialgesetzbuch, DRK = Deutsches rotes Kreuz.*

sehr niedrigschwellige Hilfen	niedrigschwellige Hilfen	mittelschwellige Hilfen	hochschwellige Hilfen
<b>SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe</b>			
Familienbildung	Beratung Jugendamt und KoKi-Beratung	Schulbegleitung, Integrationshelfer	Pflegefamilie (auch Verwandtschaftspflege)
Offene Jugendarbeit (z.B. Jugendtreffs)	Elternkurs	Erziehungsbeistand	stationäre Jugendhilfe (Kind)
	Eheberatung, Paarberatung	Kinder- und Jugendzentrum	stationäre Jugendhilfe (Mutter-Kind)
	Erziehungsberatung, Entwicklungsberatung	Sozialpädagogische Familienhilfe	stationäre Wohngruppe (Kind)
	Beratung Sorgerecht	ambulante Jugendhilfe	Bereitschaftspflege
	Patenprojekte (Leihoma)	Familienhebamme	Rechtl. Betreuung Koki-Kurzzeitpflege Teilstationäre Tagesgruppe
<b>SGB V: ges. Krankenversicherung</b>			
		Kindersprechstunde KPKE Haushaltshilfe Diagnostik Erkrankung Kind Selbsthilfegruppe Logopädie Pharmakotherapie (Kind) Mutter-Kind-Gruppen Ergotherapie Physiotherapie ambulante Therapie Kind	Mutter-Kind-Kur stationäre Therapie Kind Teilstationäre Therapie Tagesklinik Leistungen der Geburtsklinik
<b>Mischfinanzierte Leistungen aus SGBs</b>			
	finanzielle Leistungen Kostenübernahme Regelkita durch Jugendamt Geburtsvorbereitungskurs Schwangerschaftsberatung Bildungsgutscheine Erziehungs-/Ernährungskurse	Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben	Frühförderung amb. betreutes Wohnen (SGB XII)
<b>Sonstige Hilfen</b>			
Unterstützung durch Vater	Schulpsychologische Beratung Freizeitangebote (Ferienfreizeit)		
Unterstützung durch soziales Netz	Kirchengemeinde Frauenfrühstück (z.B. DRK)		

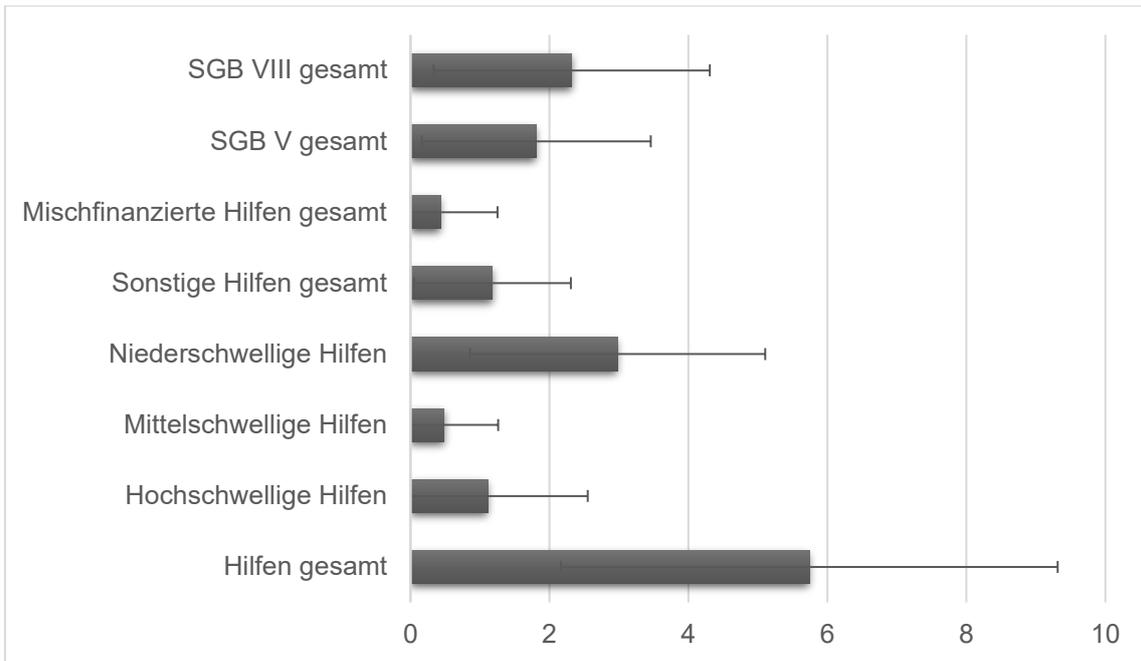
Hilfeleistungen, die sich aus dem SGB VIII ableiten, wurden am meisten genutzt. Außerdem wurden niederschwellige Hilfen am meisten genutzt. Hilfeleistungen, die aus verschiedenen Töpfen finanziert werden oder sich aus anderen Sozialgesetzbüchern als SGB V oder SGB VIII ableiten, wurden auffallend selten genutzt.



**Abbildung 7: Von den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten, psychisch kranken Eltern in Anspruch genommene Hilfeleistungen aufgeschlüsselt nach Finanzierungssystem und Schwelligkeit.**

*Die Daten zeigen die im Mittel in Anspruch genommenen Hilfeleistungen einer Kategorie mit entsprechender Standardabweichung.*

*0: sehr leichte Hilfen, 1: niederschwellige Hilfen, 2: mittelschwellige Hilfen, 3: hochschwellige Hilfen, SGB = Sozialgesetzbuch*



**Abbildung 8: Von den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten, psychisch kranken Eltern gesamt in Anspruch genommene Hilfeleistungen nach Finanzierungssystemen und Schwierigkeiten zusammengefasst.**

*Die Daten zeigen die im Mittel in Anspruch genommenen Hilfeleistungen einer Kategorie mit entsprechender Standardabweichung.*

*SGB = Sozialgesetzbuch*

## 3.2 Drop-out Analyse

Wie bereits in Abbildung 2 dargestellt wurde, konnten 90 Patienten für die Studienteilnahme rekrutiert werden. Dies stellt eine Rekrutierungsrate von lediglich 21%, beziehungsweise eine Drop-out Rate zwischen Zustimmung und Teilnahme von rund 51% dar. Aufgrund der hohen Drop-out Rate wurde eine Analyse für die Einflussfaktoren Geschlecht, Entfernung zur Wohnung und psychiatrische Diagnose durchgeführt. Es sollte hierbei überprüft werden, ob eine bestimmte Art der psychischen Krankheit oder die anderen oben genannten Faktoren dazu führen, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an der vorliegenden Studie sinkt. Folgend werden zunächst die Patienten mit Kindern im relevanten Alter, aber ohne Einwilligung zur Studienteilnahme näher betrachtet.

**Tabelle 8: ICD-10 Diagnosegruppen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und nicht in die Studienteilnahme einwilligten.**

*ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39: Affektive Störungen, F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*

<b>ICD- 10 Gruppe</b>	<b>Häufigkeit</b>
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	2
Abhängigkeit (F10–F19)	140
Schizophrene Erkrankung (F20–F29)	35
Affektive Störungen (F30-F39)	38
Neurotische Störungen (F40-F49)	17
Körperstörungen (F50-F59)	0
Persönlichkeitsstörungen (F60-F69)	5
Intelligenzstörung (F70-F79)	4
Gesamt	243

In dieser Gruppe entfiel mit 57,5% der größte Anteil auf die Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Die zweitgrößte Gruppe waren mit 15,6% die affektiven Störungen, 14,4% entfielen auf Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Im Mittel waren die Patienten dieser Gruppe 44 Jahre alt (SD: 14,95) und damit im Mittel 6 Jahre älter als die Gruppe der Befragten.

**Tabelle 9: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und nicht in die Studienteilnahme einwilligten.**

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	männlich	120	49,4
	weiblich	123	50,6
	gesamt	243	100

Wie in Tabelle 9 ersichtlich, war die Geschlechterverteilung der Patienten die zwar Kinder zwischen null und achtzehn Jahren hatten, aber kein Einverständnis zur an der Studie gaben etwa gleich. Das Geschlecht hatte also keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft.

Die Patienten die Kinder zwischen 0-18 Jahren hatten, aber kein Einverständnis zur Studienteilnahme erteilten, litten im Durchschnitt unter 2,67 (SD: 1,49) psychiatrische Diagnosen. Die Anzahl der Diagnosen pro Patienten in dieser Gruppe unterscheidet sich somit nur unwesentlich von der Anzahl der Diagnosen bei unserer Studienpopulation. Somit scheint hier keine systematische Verzerrung vorzuliegen.

Es zeigte sich, dass lediglich 31,7% der Patienten die eine Studienteilnahme, trotz Kindern im fraglichen Alter ablehnten, diese von sich aus abgelehnt haben. Die Mehrzahl der Patienten konnte aufgrund anderer Gründe nicht für die Studie rekrutiert werden. 11,9% waren aufgrund ihrer Erkrankung ungeeignet für die Teilnahme. 30% konnten wegen Entlassung nicht für eine Studienteilnahme gewonnen werden. Weitere 17,3% hatten einen gesetzlichen Betreuer, weswegen eine Teilnahme organisatorisch nicht möglich war. Diese Gruppe der Patienten, die von sich aus eine Teilnahme an der Studie abgelehnt haben, soll im Folgenden nochmals näher betrachtet werden.

**Tabelle 10: ICD-10 Diagnosegruppe der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten.**

*ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39: Affektive Störungen, F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*

<b>ICD-10 Gruppe</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	1	1,3
Abhängigkeit (F10–F19)	52	67,5
Schizophrene Erkrankung (F20–F29)	6	7,8
Affektive Störungen (F30-F39)	11	14,3
Neurotische Störungen (F40-F49)	4	5,2
Körperstörungen (F50-F59)	3	3,9
Gesamt	77	100,0

Vor allem kamen in der Gruppe der Patienten, welche eine Teilnahme ihrerseits ablehnten, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

vor. Diese machten im Vergleich zur Studienpopulation mit fast zwei Dritteln nochmals einen größeren Anteil aus. Außerdem war der Anteil der affektiven Störungen in dieser Gruppe im Vergleich zu den teilnehmenden Patienten sehr klein.

**Tabelle 11: Diagnoseanzahl der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten.**

<b>Anzahl der Diagnosen</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
1	15	19,5
2	19	24,7
3	24	31,2
4	13	16,9
5	3	3,9
6	2	2,6
7	1	1,3
Gesamt	77	100,0

Über 80% der Patienten dieser Gruppe hatten mehr als eine Diagnose, das sind zehn Prozentpunkte mehr als bei der Gruppe der befragten Eltern. Am häufigsten sind in dieser Gruppe drei Diagnosen. Im Vergleich hierzu stellte bei den Studienteilnehmern die Gruppe mit einer Diagnose die größte Gruppe dar. Somit kann die durch die Mehrfacherkrankung bedingte erhöhte Belastung der Patienten ein Grund für die geringe Teilnahme dieser Gruppe sein.

**Tabelle 12: Alter der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten.**

*n = Anzahl, M = Mittelwert*

	<b>Alter in Jahren</b>
n	77
M	39,857
Standardabweichung	7,5962
Minimum	21
Maximum	56

Das Alter dieser Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant vom Alter der Patienten, die an der Studie teilnahmen. Somit scheint das Alter keine Rolle für eine Ablehnung zu spielen.

**Tabelle 13: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die Studienteilnahme von sich aus ablehnten.**

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Männlich	35	45,5
Weiblich	42	54,5
Gesamt	77	100,0

Die Geschlechterverteilung ist annähernd gleich, somit scheint die Ablehnung nicht mit dem Geschlecht zusammenzuhängen.

Nachfolgend werden die Patienten betrachtet, welche zwar ihr Einverständnis zur Teilnahme gaben, letztlich aber nicht teilnahmen.

**Tabelle 14: ICD-10 Diagnosegruppen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen.**

*ICD 10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30–F39: Affektive Störungen, F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,*

<b>ICD-10 Gruppe</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozentual</b>
Abhängigkeit (F10–F19)	69	80,2
Schizophrene Erkrankung (F20–F29)	5	5,8
Affektive Störungen (F30-F39)	10	11,6
Neurotische Störungen (F40-F49)	2	2,3
Gesamt	87	100,0

Auch bei den Patienten, die zwar ihre Zustimmung zur Studienteilnahme gaben, aber letztlich nicht teilnahmen, stellen die Diagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen die größte Gruppe dar.

Hier zeigt sich, wie schon bei den Patienten, die von sich aus eine Teilnahme ablehnten, dass der Anteil der Patienten mit affektiven Störungen vergleichsweise klein ausfiel.

**Tabelle 15: Anzahl der Diagnosen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen.**

*n = Anzahl der F-Diagnosen*

<b>n</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
1	17	19,8
2	11	12,8
3	28	32,6
4	24	27,9
5	1	1,2
6	3	3,5
8	2	2,3
Gesamt	87	100,0

Hier zeigt sich, wie bei den Patienten, die von sich aus eine Teilnahme ablehnten, dass über 80% der Patienten mehr als eine psychiatrische Diagnose aufwiesen. Außerdem stellte hier ebenfalls die Gruppe mit drei Diagnosen den größten Anteil, gefolgt von den Patienten mit vier psychiatrischen Diagnosen.

**Tabelle 16: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen.**

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
männlich	50	57,5
weiblich	37	42,5
gesamt	87	100,0

Die Geschlechterverteilung ist auch in diesem Fall annähernd ausgeglichen, somit hängt auch hier das Geschlecht nicht mit der Teilnahmebereitschaft zusammen.

**Tabelle 17: Altersstruktur der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen.**

*n = Anzahl, M = Mittelwert*

	<b>Alter in Jahren</b>
n	87
M	48,241
Standardabweichung	16,9699
Minimum	20,0
Maximum	89,0

Hier ist auffallend, dass die Patienten dieser Gruppe im Vergleich zu den Teilnehmenden im Mittel rund 10 Jahre älter waren. Außerdem gibt es in dieser Gruppe keine Patienten unter 20 Jahren.

Zusammenfassend wurden in einem Zeitraum von sechs Monaten alle Patienten, welche im Bezirkskrankenhaus Augsburg stationär behandelt wurden, erfasst und gemäß der Einschlusskriterien für die Studie rekrutiert. Es handelte sich somit um eine repräsentative Stichprobe.

Es zeigte sich in der durchgeführten Drop-out Analyse, dass ca. 32% der Patienten eine Teilnahme an der Studie von sich aus ablehnten.

Es zeigte sich zudem bei der psychiatrischen Komorbidität ein Gruppenunterschied zwischen den Patienten, die die Teilnahme ablehnten und den Studienteilnehmern. In der Gruppe der Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten, stellten die Patienten mit multiplen psychiatrischen Diagnosen die größte Subgruppe dar. Bei den Studienteilnehmern war die größte Subgruppe die Patientengruppe mit genau einer psychiatrischen Diagnose. Auch bei den Patienten, die initial einer Teilnahme zustimmten, letztlich aber nicht teilnahmen, zeigt sich dieser Gruppenunterschied. Psychiatrische Komorbidität und damit die höhere Belastung dieser Patienten kann somit zur hohen Drop-out Rate beigetragen haben.

### 3.3 Unterschiede zwischen Stadt und Land

Um die Frage nach Unterschieden in der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zwischen Patienten auf dem Land und in Städten zu beantworten, wurden die Teilnehmer nach ihrem Wohnort gefragt und dann in die Gruppe Stadt beziehungsweise Land kategorisiert. Die Gruppe der Patienten, die im Stadtgebiet wohnhaft sind, sowie Teilnehmer, die im Umland wohnen.

Mit 75,6% lebte die große Mehrheit der Befragten im städtischen Raum. Die meisten Befragten lebten in Augsburg selbst. 24,4% der Eltern lebten in einem ländlichen Gebiet.

**Tabelle 18: Einfluss des Wohnorts auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem t-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben.*

	Stadt (n=68) M (SD)	Land (n=22) M (SD)	df	T	p
Niederschwellige Hilfen	2,78 (1,92)	3,32 (2,03)	88	-1,13	0,262
Mittelschwellige Hilfen	1,81 (1,78)	1,45 (1,54)	88	0,84	0,405
Hochschwellige Hilfen	1,15 (1,54)	1,00 (1,11)	88	0,41	0,68
SGBVIII gesamt	2,40 (2,11)	2,09 (1,57)	88	0,63	0,533
SGBV gesamt	1,82 (1,71)	1,77 (1,48)	88	0,13	0,901
Mischfinanzierte Hilfen gesamt	0,47 (0,91)	0,32 (0,48)	88	0,75	0,453
Sonstige Hilfen gesamt	1,04 (1,04)	1,59 (1,30)	88	-2,01	<b>0,047</b>

Wie in Tabelle 18 ersichtlich, konnte ein signifikanter Zusammenhang lediglich zwischen dem Wohnort und den sonstigen Hilfeleistungen, wie beispielsweise Unterstützung durch das soziale Netz, gezeigt werden. Weitere Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und der Region des Wohnortes konnten nicht gefunden werden.

### 3.4 Sozioökonomischer Status und Inanspruchnahme von Hilfen

Um einen Eindruck des sozioökonomischen Status zu gewinnen, wurden zunächst die Einzelskalen Arbeitslosigkeit, Alleinerzieher und Migrationshintergrund erfasst. Anschließend wurde aus diesen drei Risikofaktoren ein Score erstellt, um hierdurch auf ein Gesamtrisiko für einen niedrigen sozioökonomischen Status schließen zu können. Für die Festlegung welche Befragten als alleinerziehend gewertet wurde, wurde die Definition nach §21 Absatz 3 SGBII verwendet, in der „Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen“ als alleinerziehend gelten. Somit wurden getrenntlebende Befragte, die bei ihren Eltern leben, nicht als alleinerziehend gewertet. Ein Studienteilnehmer oder eine Studienteilnehmerin wurden als arbeitslos gewertet, wenn sie bereits vor dem Krankenstand arbeitssuchend waren.

**Tabelle 19: Häufigkeiten der Risikofaktoren der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern, sowie Mittelwert und Standardabweichung des daraus errechneten Gesamtrisikoscores.**

*M = Mittelwert, SD = Standardabweichung*

		<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Muttersprache	deutsch	69	76,7
	nicht deutsch	21	23,3
Arbeit	erwerbstätig	38	42,7
	arbeitslos	51	57,3
Erziehung	Mehr als ein Erwachsener	36	40,0
	Alleinerziehend	5	5,6
	fremduntergebracht	19	21,2
	Fehlende Werte	30	33,3
Gesamtscore		<b>M</b> 0,84	<b>SD</b> 0,686

Wie der vorangestellten Tabelle entnommen werden kann, ist nur ein geringer Anteil der befragten Eltern gemäß der gewählten Definition alleinerziehend. Gleichzeitig gibt es einen großen Anteil an fehlenden Werten, der daher rührt, dass viele Kinder beim ehemaligen Partner der Befragten lebten und von diesen keine Daten erhoben worden sind.

**Tabelle 20: Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Muttersprache der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem t-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

		Muttersprache		df	T	p
		Muttersprache Deutsch (n=69)	nicht Deutsch (n=21)			
		M (SD)	M (SD)			
Hilfen	niederschwellig	3,22 (2,00)	1,90 (1,38)	<b>88</b>	<b>2,81</b>	<b>0,006</b>
	mittelschwellig	1,84 (1,77)	1,33 (1,53)	88	1,18	0,24
	hochschwellig	1,14 (1,44)	1,00 (1,48)	88	0,40	0,69
SGB VIII gesamt		2,49 (2,15)	1,76 (1,18)	88	<i>2,00</i>	<i>0,050</i>
SGB V gesamt		1,93 (1,63)	1,43 (1,69)	88	1,22	0,226
Mischfinanziert gesamt		0,45 (0,85)	0,38 (0,74)	88	0,33	0,741
Sonstige gesamt		1,33 (1,16)	0,67 (0,86)	<b>88</b>	<b>2,44</b>	<b>0,017</b>

Wie man voranstehender Tabelle entnehmen kann, konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen den niederschweligen Hilfen und der Muttersprache des befragten psychisch kranken Elternteils gezeigt werden. Befragte, deren Muttersprache deutsch war, nahmen signifikant mehr niederschwellige Hilfen in Anspruch als Befragte mit anderem Sprachhintergrund. Außerdem wurden auch mehr den sonstigen Hilfen zugeordneten Leistungen von Befragten genutzt, die Deutsch als Muttersprache angaben.

**Tabelle 21: Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Erwerbstätigkeit der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem t-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

		<b>erwerbstätig (n=38)</b>	<b>arbeitslos (n=51)</b>			
		<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>df</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Hilfen	niederschwellig	3,05 (2,18)	2,78 (1,78)	87	0,64	0,525
	mittelschwellig	1,79 (1,79)	1,65 (1,70)	87	0,38	0,703
	hochschwellig	0,82 (1,21)	1,31 (1,58)	87	<i>-1,69</i>	<i>0,095</i>
SGB VIII gesamt		2,00 (2,08)	2,61 (1,89)	87	-1,44	0,154
SGB V gesamt		1,95 (1,80)	1,65 (1,48)	87	0,86	0,391
Mischfinanziert						
gesamt		0,29 (0,73)	0,53 (0,88)	87	-1,37	0,176
Sonstige gesamt		1,42 (1,20)	0,96 (1,02)	87	<i>1,95</i>	<i>0,054</i>

Zwischen der im Fragebogen erhobenen Erwerbstätigkeit und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen konnte, wie vorangestellten Tabelle zu entnehmen ist, kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Es zeigte sich eine Tendenz dazu, dass arbeitslose Befragte mehr hochschwellige Hilfen in Anspruch nahmen und Erwerbstätige mehr Leistungen aus dem Bereich der sonstigen Hilfen.

**Tabelle 22: Darstellung der Zusammenhänge zwischen dem Erziehungsstatus der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem t-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

		<b>nicht alleinerziehend (n=36)</b>	<b>alleinerziehend (n=5)</b>	<b>df</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
		<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>			
Hilfen	niederschwellig	2,92 (1,90)	3,60 (1,67)	39	-0,76	0,451
	mittelschwellig	1,58 (1,56)	1,60 (1,52)	39	-0,02	0,982
	hochschwellig	0,64 (0,96)	1,00 (1,73)	39	-0,71	0,482
SGB VIII gesamt		1,67 (1,47)	2,00 (1,58)	39	-0,47	0,641
SGB V gesamt		1,78 (1,61)	1,80 (2,17)	39	-0,03	0,978
Mischfinanziert						
gesamt		0,33 (0,68)	0,40 (0,55)	39	-0,21	0,834
Sonstige gesamt		1,36 (1,33)	2,00 (1,00)	39	-1,03	0,311

**Tabelle 23: Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Hilfen bei den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern vom Gesamtrisikoscore der sozioökonomischen Risikofaktoren.**

*p = Signifikanz, rho = Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient. SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

	Gesamtrisikoscore	
	rho	p (1-seitig)
niederschwellig	<b>-0,186</b>	<b>0,040</b>
mittelschwellig	-0,101	0,173
hochschwellig	0,018	0,433
SGB VIII gesamt	0,094	0,190
SGB V gesamt	<i>-0,165</i>	<i>0,060</i>
Mischfinanziert gesamt	0,112	0,147
Sonstige Hilfen gesamt	<b>-0,231</b>	<b>0,014</b>
Hilfen gesamt	<i>-0,173</i>	<i>0,052</i>

Wie in den Tabellen dargestellt konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Hilfen und den in der Studie eingeschlossenen sozioökonomischen Faktoren gefunden werden. Beim Gesamtproblemscore der sozioökonomischen Risikofaktoren konnte ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gezeigt werden. Der Korrelationskoeffizient ist negativ, dies bedeutet, dass psychisch kranke Eltern mit weniger Risikofaktoren mehr Hilfen in Anspruch nehmen.

### 3.5 Psychische Erkrankung der Eltern

Im Rahmen der Datenerhebung wurde erfragt, ob auch das andere biologische Elternteil des Kindes bereits einmal an einer psychischen Störung erkrankt ist. Im folgenden Kapitel soll nun untersucht werden, ob die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei psychisch kranken Eltern damit zusammenhängt, ob auch das zweite

Elternteil psychisch erkrankt ist. Somit soll geklärt werden, ob auf dieser Ebene ein weiteres Hemmnis für die Inanspruchnahme von Hilfen bestehen kann. Bei 45,7% der Kinder psychisch kranker Eltern, die Angaben hierzu gemacht haben, sind beide Elternteile von psychischer Krankheit betroffen.

**Tabelle 24: Darstellung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und einer psychischen Erkrankung beider Elternteile der 2016 befragten psychisch erkrankten Eltern im Bezirkskrankenhaus Augsburg.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem t-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt. \* = mittels Welch Test.*

	<b>Ein Elternteil krank (n=44) M (SD)</b>	<b>Beide Elternteile krank (n=37) M (SD)</b>	<b>df</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
SGB VIII gesamt	1,66 (1,98)	3,03 (1,86)	<b>79</b>	<b>-3,19</b>	<b>0,002</b>
SGB V gesamt	1,45 (1,55)	2,32 (1,55)	<b>79</b>	<b>-2,52</b>	<b>0,014</b>
Mischfinanzierte Hilfen gesamt	0,36 (0,84)	0,54 (0,87)	79	-0,93	0,355
Sonstige Hilfen gesamt	1,34 (1,08)	1,03 (1,14)	79	1,27	0,208
Niederschwellige Hilfen	2,95 (1,98)	2,84 (1,88)	79	0,271	0,787
Mittelschwellige Hilfen	1,30 (1,50)	2,32 (1,83)	<b>68,74</b>	<b>-2,735*</b>	<b>0,008*</b>
Hochschwellige Hilfen	0,57 (0,93)	1,76 (1,71)	<b>53,27</b>	<b>-3,79*</b>	<b>&lt;0,001*</b>

In Tabelle 24 ist ersichtlich, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen mittel- sowie hochschwelligem Hilfen und der psychischen Erkrankung beider Eltern. Zusätzlich zeigt die Berechnung, dass die Inanspruchnahme der Hilfeleistungen aus dem SGBVIII und dem SGBV mit der Krankheit beider Eltern signifikant zusammen-

hängt. Familien, in denen beide Eltern an einer psychischen Krankheit leiden, nehmen mehr Hilfeleistungen aus diesen Kategorien in Anspruch als Familien mit nur einem erkrankten Elternteil.

Es wurde untersucht, ob die psychische Belastung der Kinder abhängig vom elterlichen Krankheitsbild war. Hierzu wurden die Gruppenunterschiede zwischen den ICD-10 Diagnosegruppen mit der Lebensqualität und dem Problemscore<sub>0-7</sub> des ILK sowie den Ergebnissen des SDQ untersucht. Da es nur bei den Eltern mit Suchterkrankung und denen mit einer affektiven Störung eine ausreichend große Gruppenstärke gab wurden diese beiden Gruppen auf Unterschiede untersucht.

**Tabelle 25: Untersuchung auf Gruppenunterschiede zwischen psychisch kranken Eltern mit Suchterkrankung und psychisch kranken Eltern mit einer affektiven Störung in Bezug auf die kindliche Lebensqualität und den Problemscore 0-7 bei den im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten Studienteilnehmern.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem T-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade. ILK PR0-7 = Problemwert 0-7 des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), ILK LQ0-28 = Lebensqualitätsscore 0-28 des ILK. F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F30–F39: Affektive Störungen.*

	<b>Abhängigkeit (F10–F19) M (SD) n=16</b>	<b>Affektive Störungen (F30–F39) M (SD) n=20</b>	<b>df</b>	<b>T</b>	<b>p (1-seitig)</b>
ILK PR 0-7	1,5 (1,789)	2,05 (2,164)	34	-0,817	0,210
ILK LQ 0-28	22,31 (4,143)	20,65 (5,354)	34	1,021	0,158

Es konnte für die kindliche Lebensqualität beziehungsweise den kindlichen Problemscore kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der Suchtkranken Eltern psychisch kranker Kinder und den Eltern mit einer affektiven Störung gefunden werden.

**Tabelle 26: Untersuchung auf Gruppenunterschiede zwischen psychisch kranken Eltern mit Suchterkrankung und psychisch kranken Eltern mit einer affektiven Störung in Bezug auf den SDQ bei dem im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten Studienteilnehmern.**

*n = Anzahl, T = Prüfgröße aus dem T-Test, p = Signifikanz, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, SDQ PG = Probleme mit Gleichaltrigen, SDQ HYP = Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, SDQ VA = externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, SDQ EP = Emotionale Probleme, SDQ GPW = Gesamtproblemwert, SDQ PRO = prosoziales Verhalten. F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F30–F39: Affektive Störungen, Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt. \* = mittels Welch-Test.*

	<b>Abhängigkeit (F10–F19) M (SD) n=38</b>	<b>Affektive Störungen (F30–F39) M (SD) n=25</b>	<b>df</b>	<b>T</b>	<b>p (1-seitig)</b>
SDQ EP	2,21 (2,373)	3,36 (3,094)	42,08	-1,577*	0,061*
SDQ VA	2,29 (1,800)	2,28 (2,132)	61	0,019	0,493
SDQ HYP	4,45 (3,134)	4,04 (2,879)	61	0,521	0,302
SDQ PG	1,84 (2,125)	2,32 (1,952)	61	-0,901	0,186
SDQ PRO	8,32 (1,861)	8,88 (1,236)	54,52	-1,446*	0,077*
SDQ GPW	10,79 (7,268)	12,00 (7,257)	61	-0,647	0,260

Es konnte für die mit dem SDQ untersuchten Verhaltensauffälligkeiten und das soziale Verhalten kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der Suchtkranken Eltern psychisch kranker Kinder und den Eltern mit einer affektiven Störung gefunden werden. Es zeigte sich allerdings eine Tendenz bei den emotionalen Problemen und dem prosozialen Verhalten. Hier zeigte sich eine Tendenz dazu, dass Eltern mit affektiven Störungen ihren Kindern häufiger emotionale Probleme zuschreiben, diese aber auch im prosozialen Verhalten besser einschätzen als die Eltern mit einer Suchterkrankung.

**Tabelle 27: Darstellung der Ergebnisse eines Zusammenhangs zwischen ICD 10-Diagnosengruppe der im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.**

*n* = Anzahl, *T* = Prüfgröße aus dem *T*-Test, *p* = Signifikanz, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrade, *SGB* = Sozialgesetzbuch, *ICD 10*= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, *F10–F19*: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, *F30–F39*: Affektive Störungen, Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. \* = mittels Welch-Test.

	Abhängigkeit		Affektive Störungen		P (1-seitig)
	F10-F19 (n=49)	F30-F39 (n=30)	df	T	
	M (SD)	M (SD)			
Niederschwellige Hilfen	2,61 (1,71)	3,47 (2,37)	<b>77</b>	<b>-1,858</b>	<b>0,034</b>
Mittelschwellige Hilfen	1,45 (1,54)	2,50 (1,98)	<b>77</b>	<b>-2,637</b>	<b>0,005</b>
Hochschwellige Hilfen	1,14 (1,44)	1,10 (1,49)	77	0,126	0,450
SGB VIII gesamt	2,35 (1,79)	2,60 (2,39)	77	-0,535	0,297
SGB V gesamt	1,49 (1,40)	2,43 (2,06)	<b>45,51</b>	<b>-2,212*</b>	<b>0,016*</b>
Mischfinanzierte Hilfen gesamt	0,37 (0,60)	0,50 (1,04)	77	-0,718	0,238
Sonstige Hilfen gesamt	1,00 (1,02)	1,53 (1,31)	<b>77</b>	<b>-2,024</b>	<b>0,023</b>

Es konnte ein signifikanter Unterschied der Inanspruchnahme von nieder- und mittelschweligen Hilfen zwischen der Gruppe der Suchtkranken und der Gruppe der Befragten mit affektiven Störungen nachgewiesen werden. Außerdem konnte ein signifikanter Gruppenunterschied für die Hilfen des SGBV und die sonstigen Hilfen gefunden werden. Die psychisch kranken Eltern mit Hauptdiagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen nahmen mehr Hilfen in Anspruch, als Eltern deren psychiatrische Hauptdiagnose eine Suchterkrankung war.

### 3.6 Komorbidität

**Tabelle 28: Einfluss einer psychiatrischen Komorbidität der im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern auf ihre Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.**

*p = Signifikanz, rho = Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient, SGB = Sozialgesetzbuch. Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

	Anzahl der psychischen Diagnosen	
	rho	p (1-seitig)
Niederschwellige Hilfen	-0,153	0,074
Mittelschwellige Hilfen	-0,023	0,416
Hochschwellige Hilfen	<b>0,245</b>	<b>0,010</b>
SGB VIII gesamt	<b>0,221</b>	<b>0,018</b>
SGB V gesamt	-0,003	0,491
Mischfinanzierte Hilfen gesamt	-0,043	0,345
Sonstige Hilfen gesamt	<b>-0,255</b>	<b>0,008</b>
Hilfen gesamt	0,041	0,352

Wie in Tabelle 28 zu sehen, korrelierten die hochschwelligigen Hilfen und die Hilfsangebote positiv mit der Anzahl der psychiatrischen Diagnosen. Es wurden also mehr Hilfen aus diesen Bereichen in Anspruch genommen, wenn die Patienten an mehreren psychiatrischen Krankheiten litten. Gegenteiliges zeigte sich bei den sonstigen Hilfeleistungen. Hier wurden bei steigender Multimorbidität weniger Hilfen gesucht. Eine Tendenz in diese Richtung ließ sich auch für die niederschwelligigen Hilfen zeigen.

### 3.7 Belastung von Kindern psychisch kranker Eltern und Inanspruchnahme von Hilfen

Ferner wurde untersucht, ob die von den Eltern empfundene Lebensqualität der Kinder Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen hatte. Zu diesem Zweck wurde zunächst die Korrelation der Gesamtzahl der in Anspruch genommenen Hilfen mit dem Lebensqualitätsscore LQ0-28 berechnet. Außerdem wurde der interpretierte LQ0-28, mit seiner Einteilung nach über- und unterdurchschnittlicher, sowie durchschnittlicher Lebensqualität mit der Gesamtzahl der Hilfen korreliert. Der untersuchte Lebensqualitätsscore LQ0-28 zeigte eine signifikante Korrelation mit negativem Korrelationskoeffizienten mit der Gesamtzahl der in Anspruch genommenen Hilfen. Das heißt, je schlechter die Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder eingeschätzt haben, desto mehr Hilfen haben die Befragten für ihre Familie in Anspruch genommen. Auch für die mittel- und hochschwelligen Hilfen und Hilfeleistungen, die sich aus dem SGBVIII und dem SGBV ableiten, zeigte sich dieses Ergebnis. Es zeigte sich ein mittlerer Effekt, bei den Hilfen des SGBV sogar ein hoher Zusammenhang.

**Tabelle 29: Darstellung der Korrelation zwischen der Gesamtzahl der von den im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern in Anspruch genommenen Hilfen und der von den Eltern angegebenen Lebensqualität ihrer Kinder.**

*rho = Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient, p = Signifikanz, ILK PR0-7 = Problemwert 0-7 des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), ILK LQ0-28 = Lebensqualitätsscore 0-28 des ILK, SGB = Sozialgesetzbuch.*

*Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

		<b>ILK LQ0-28</b>	<b>ILK LQ0-28 interpretiert</b>
Niederschwellige Hilfen	rho	0,024	0,084
	p (einseitig)	0,439	0,297
Mittelschwellige Hilfen	rho	<b>-0,426</b>	<i>-0,231</i>
	p (einseitig)	0,002	0,068
Hochschwellige Hilfen	rho	<b>-0,588</b>	<b>-0,498</b>
	p (einseitig)	0,000	0,000
Hilfen SGB VIII	rho	<b>-0,400</b>	<b>-0,314</b>
	p (einseitig)	0,004	0,020
Hilfen SGB V	rho	<b>-0,496</b>	<b>-0,333</b>
	p (einseitig)	0,000	0,014
Mischfinanzierte Hilfen	rho	-0,077	-0,049
	p (einseitig)	0,311	0,376
Sonstige Hilfen	rho	0,084	0,109
	p (einseitig)	0,295	0,242
Hilfen gesamt	rho	<b>-0,440</b>	<b>-0,311</b>
	p (einseitig)	0,002	0,021

**Tabelle 30: Darstellung der Korrelationen zwischen der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durch die 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern, den Einzelskalen und dem Gesamtproblemwert des SDQ ihrer Kinder.**

*p = Signifikanz, SDQ = Strength and Difficulties Questionnaire, rho = Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient. SGB = Sozialgesetzbuch.*

*SDQ PG = Probleme mit Gleichaltrigen, SDQ HYP = Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, SDQ VA = externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, SDQ EP = Emotionale Probleme, SDQ GPW = Gesamtproblemwert, SDQ PRO = prosoziales Verhalten.*

*Auf dem festgelegten Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  signifikante Ergebnisse sind fett hervorgehoben. Tendenzen mit einem  $p < 0,1$  sind kursiv dargestellt.*

		SDQ PG	SDQ HYP	SDQ VA	SDQ EP	SDQ GPW	SDQ PRO
Niederschwellige Hilfen	rho	-0,120	-0,121	-0,114	-0,80	-0,016	0,010
	p (einseitig)	0,155	0,153	0,169	0,250	0,448	0,468
Mittelschwellige Hilfen	rho	0,141	0,001	-0,068	0,118	<i>0,188</i>	<b>-0,201</b>
	p (einseitig)	0,117	0,497	0,284	0,160	0,055	0,044
Hochschwellige Hilfen	rho	<i>0,187</i>	-0,054	0,157	<b>0,220</b>	<b>0,298</b>	-0,037
	p (einseitig)	0,057	0,325	0,092	0,031	0,005	0,378
Hilfen SGB VIII	rho	-0,015	<i>-0,156</i>	0,128	0,057	0,113	-0,060
	p (einseitig)	0,451	0,093	0,139	0,317	0,170	0,307
Hilfen SGB V	rho	0,115	-0,047	-0,059	<b>0,227</b>	<b>0,217</b>	-0,144
	p (einseitig)	0,167	0,346	0,311	0,027	0,032	0,113
Mischfinanzierte Hilfen	rho	0,006	0,081	-0,009	-0,089	0,046	-0,123
	p (einseitig)	0,481	0,248	0,470	0,226	0,350	0,149
Sonstige Hilfen	rho	0,028	0,083	-0,133	0,000	0,088	0,057
	p (einseitig)	0,405	0,243	0,131	0,499	0,229	0,316
Hilfen gesamt	rho	0,081	-0,044	-0,038	0,130	<b>0,240</b>	-0,066
	p (einseitig)	0,247	0,356	0,374	0,137	0,020	0,288

Wie in der voranstehenden Tabelle 30 ersichtlich konnten mittlere Zusammenhänge zwischen von den Eltern genutzten Hilfen und Einzelskalen beziehungsweise dem Gesamtproblemwert des SDQ gefunden werden.

### 3.8 Gruppenunterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfen zwischen den Altersstufen

Im Folgenden wurde untersucht, ob Gruppenunterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zwischen den entwicklungsphysiologischen Altersklassen der Kinder psychisch kranker Eltern bestanden. Hierzu wurden die Kinder gemäß der gängigen entwicklungspsychologischen Unterteilung gruppiert.

**Tabelle 31: Test auf Gruppenunterschiede zwischen den entwicklungspsychologischen Altersstufen von Kindern und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, welche die 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern nutzten.**

*n* = Anzahl, *F* = Prüfgröße aus dem *F*-Test, *p* = Signifikanz, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrade. *SGB* = Sozialgesetzbuch.

	0-3 Jahre M (SD) (n=12)	4-6 Jahre M (SD) (n=20)	7-12 Jahre M (SD) (n=31)	13-18 Jahre M (SD) (n=25)	df	F	p
Niederschwellige Hilfen	2,92 (1,975)	2,70 (0,923)	3,55 (2,483)	2,72 (1,926)	3	0,908	0,441
Mittelschwellige Hilfen	0,83 (1,030)	1,70 (1,720)	2,32 (2,297)	1,74 (1,399)	3	1,985	0,122
Hochschwellige Hilfen	0,92 (0,996)	0,95 (1,538)	1,55 (1,625)	1,06 (1,413)	3	0,815	0,489
Hilfen SGBVIII	1,92 (1,730)	2,10 (1,683)	2,91 (2,741)	2,29 (1,679)	3	0,870	0,460
Hilfen SGBV	1,33 (1,073)	1,70 (1,625)	2,27 (2,208)	1,85 (1,374)	3	0,934	0,428
Mischfinanzierte Hilfen	0,50 (0,522)	0,30 (0,470)	0,77 (1,307)	0,29 (0,629)	3	1,793	0,155
Sonstige Hilfen	0,92 (1,165)	1,25 (0,967)	1,45 (1,143)	1,12 (1,200)	3	0,694	0,558

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den untersuchten Altersgruppen und der Inanspruchnahme von Hilfen gefunden werden.

### 3.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst und nach den zugehörigen Hypothesen geordnet.

1. Psychisch kranke Eltern, die im ländlichen Raum leben, nutzen weniger Hilfeleistungen.

Ein Gruppenunterschied zeigte sich ausschließlich bei den sonstigen Hilfeleistungen. Hier nutzten auf dem Land lebende Eltern mehr Hilfen aus diesem Bereich.

Die Hypothese hat sich nur eingeschränkt bestätigt.

2. Die Inanspruchnahme von Hilfen bei Familien mit zusätzlichen sozioökonomischen Risikofaktoren ist geringer.

Für den errechneten Gesamtrisikoscore konnte eine signifikante negative Korrelation für die niederschweligen und sonstigen Hilfen, sowie eine Tendenz für die Hilfen des SGB V und der Gesamtzahl der genutzten Hilfen gezeigt werden.

Die Hypothese hat sich bestätigt.

- a. Psychisch kranke Eltern, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, nehmen seltener Hilfen in Anspruch.

Es konnte für die niederschweligen Hilfen und die sonstigen Hilfen ein Gruppenunterschied gezeigt werden. Eltern, deren Muttersprache deutsch war, nahmen mehr Hilfen in Anspruch.

Die Hypothese hat sich bestätigt.

- b. Wenn bei den Eltern zusätzlich zur psychischen Erkrankung eine Arbeitslosigkeit vorlag, wurden seltener Hilfen in Anspruch genommen.

Es konnte kein signifikanter Gruppenunterschied gezeigt werden.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

- c. Alleinerziehende psychisch kranke Eltern nehmen seltener Hilfeleistungen in Anspruch.

Es konnte kein signifikanter Gruppenunterschied gezeigt werden.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

3. Das Krankheitsbild der Eltern beeinflusst die kindliche Belastung.

a. Lebensqualität der Kinder ist abhängig vom spezifischen Krankheitsbild.

Es konnte kein signifikanter Gruppenunterschied gefunden werden.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

b. Die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten hängt vom Krankheitsbild der Eltern ab.

Es konnte kein signifikanter Gruppenunterschied gefunden werden. Es zeigte sich eine Tendenz, dass Eltern mit affektiven Störungen ihren Kindern häufiger emotionale Probleme zuschreiben, aber diese im prosozialen Verhalten besser einschätzen als die Eltern mit einer Suchterkrankung.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

c. Die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen hängt vom Krankheitsbild der Eltern ab.

Eltern mit affektiven Störungen nahmen signifikant mehr Hilfen aus den Bereichen der nieder- und mittelschwelligen Hilfen in Anspruch. Außerdem nutzten sie mehr aus dem SGB V finanzierte Hilfen und sonstige Hilfeleistungen.

Die Hypothese hat sich bestätigt.

4. Die Inanspruchnahme von Hilfen bei Familien, in denen beide Elternteile psychisch krank sind, ist geringer.

Befragte bei denen beide Elternteile psychisch erkrankt waren, nahmen signifikant mehr Hilfen für ihre Familie in Anspruch als Familien, in denen nur ein Elternteil erkrankt war. Dies konnte signifikant für die Hilfen des SGBV und SGBVIII, sowie für mittel- und hochschwellige Hilfen gezeigt werden.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

5. Die Inanspruchnahme von Hilfen ist bei Eltern mit psychiatrischer Multimorbidität geringer.

Es konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen Anzahl psychiatrischen Diagnosen und dem Nutzen von sonstigen Hilfeleistungen gezeigt werden. Es zeigte sich ebenfalls eine Tendenz dafür, dass Eltern mit komorbiden psychischen Störungen weniger niederschwellige Hilfen in Anspruch nehmen. Für das Nutzen von hochschwelligem Hilfen sowie Hilfeleistungen des SGB VIII zeigte sich eine positive Korrelation.

Die Hypothese hat sich nur eingeschränkt bestätigt.

6. Die Inanspruchnahme von Hilfen ist höher, wenn die Eltern eine geringe Lebensqualität für ihre Kinder empfinden.

Es konnte gezeigt werden, dass Eltern, welche die Lebensqualität ihrer Kinder als schlecht einschätzten signifikant mehr Hilfen in Anspruch genommen haben.

Die Hypothese hat sich bestätigt.

7. Eine höhere Inanspruchnahme von Hilfeleistungen senkt das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.

Es zeigte sich, dass der Gesamtproblemwert signifikant mit der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen korrelierte. Je höher der Gesamtproblemwert war, desto mehr Hilfen wurden genutzt.

Die Hypothese hat sich nicht bestätigt.

## 4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit Kinder mit psychisch erkrankten Eltern, die stationär behandelt wurden, psychisch belastet waren und inwieweit Zusammenhänge zwischen ihrer Lebensqualität und Inanspruchnahme von Hilfen sowie anderen möglichen Einflussfaktoren bestanden. Danach nahmen Familien weniger Hilfen in Anspruch, wenn sie sozioökonomisch zusätzlich belastet waren und wenn ihre Muttersprache nicht Deutsch war. Insgesamt zeigte sich, dass niederschwellige Hilfen weniger in Anspruch genommen wurden. Es wurden überwiegend Hilfen aus dem SGB V genutzt. Es waren insbesondere Eltern mit affektiven Störungen, die statistisch bedeutsam mehr Hilfen aus den Bereichen der nieder- und mittelschweligen Hilfen in Anspruch nahmen. Außerdem nutzten sie mehr aus dem SGB V finanzierte Hilfen und sonstige Hilfeleistungen. Im Vergleich zu Eltern mit Suchterkrankungen zeigten Eltern mit affektiven Störungen überdies die Tendenz häufiger emotionale Probleme bei ihren Kindern festzustellen.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen, die Eltern erhielten, im Zusammenhang stand mit einer geringeren Inanspruchnahme von niederschweligen Hilfeleistungen sowie von sonstigen Hilfen, wie Unterstützung aus dem sozialen Netz. Allerdings nahmen sie statistisch bedeutsam mehr Leistungen aus dem SGB VIII in Anspruch.

Zusätzlich konnte ein Zusammenhang zwischen einer von den Eltern empfundenen niedrigen Lebensqualität ihrer Kinder und den genutzten Hilfen gefunden werden.

Die Ergebnisse werden im Folgenden kritisch diskutiert. Abschließend wird die klinisch-praktische Relevanz der Ergebnisse dargestellt.

## 4.1 Krankheit der Eltern und Komorbidität

Bei der Untersuchung des Einflusses des Krankheitstyps konnte ein signifikanter Unterschied der Inanspruchnahme von nieder- und mittelschwelligen Hilfen zwischen der Gruppe der Suchtkranken und der Gruppe der Befragten mit affektiven Störungen nachgewiesen werden. Diese beiden Krankheitsgruppen wurden ausgewählt, da hier eine ausreichend große Gruppengröße vorlag. Außerdem konnte ein signifikanter Gruppenunterschied für die Hilfen des SGB V und die sonstigen Hilfen gefunden werden. Die psychisch kranken Eltern mit Hauptdiagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen nahmen mehr Hilfen in Anspruch als Eltern, deren psychiatrische Hauptdiagnose eine Suchterkrankung war. Schon eine Studie von ten Have et al. (2010) konnte zeigen, dass Patienten mit einer affektiven Störung eher bereit wären professionelle Hilfe aufzusuchen als Patienten mit anderen psychischen Erkrankung. Dieses Ergebnis konnte durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden.

Hinsichtlich der Fragestellung, ob die kindlichen Belastung von der spezifische psychischen Störung der Eltern abhängt, konnte für die kindliche Lebensqualität beziehungsweise den kindlichen Problemscore kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der suchtkranken Eltern psychisch kranker Kinder und den Eltern mit einer affektiven Störung gefunden werden.

Auch für die mit dem SDQ untersuchten Verhaltensauffälligkeiten und das soziale Verhalten konnte kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der Kinder suchtkranker Eltern und den Kindern von Eltern mit einer affektiven Störung gefunden werden. Es zeigte sich allerdings die Tendenz für einen Gruppenunterschied bei den emotionalen Problemen und dem prosozialen Verhalten. Eltern mit affektiven Störungen könnten ihren Kindern häufiger emotionale Probleme zuschreiben, diese aber auch im prosozialen Verhalten besser einschätzen als die Eltern mit einer Suchterkrankung. Eine mögliche Erklärung warum in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede gefunden werden konnte ist die erhebliche Anzahl an fehlenden Werten besonders beim ILK aber auch beim SDQ.

Weiterhin konnte die Annahme, dass psychiatrische Ko- oder Multimorbidität einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen hat, mit der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Es konnte gezeigt werden, dass Eltern mit zunehmender Anzahl an psychiatrischen Erkrankungen signifikant weniger sonstige Hilfeleistungen in Anspruch nahmen. Also weniger Hilfen zum Beispiel aus ihrem sozialen Netzwerk. Eine Tendenz hierfür zeigte sich auch bei den niederschweligen Hilfen. Für die hochschweligen Hilfen sowie den Hilfen aus dem SGB VIII zeigte sich, dass Eltern mit wachsender Anzahl an komorbiden Störungen mehr Hilfen nutzten. Dies kann Ausdruck der von Kölch et al., (2014) beschriebenen höheren familiären und sozialen Belastung bei Kindern mit an komorbiden psychiatrischen Störungen erkrankten Eltern sein.

## 4.2 Sozioökonomischer Status und Hilfen

Die oben dargestellten Ergebnisse konnten nicht zeigen, dass der sozioökonomische Status, beziehungsweise die untersuchten Risikofaktoren, Arbeitslosigkeit und alleinerziehend zu sein, signifikant mit der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen generell und von niederschweligen Hilfen im Besonderen zusammenhängt. Für den Status als Alleinerziehender konnte in dieser Studie kein signifikanter Einfluss auf die in Anspruch genommenen Hilfen gezeigt werden. Somit ist alleinerziehend zu sein zwar ein Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern (Meltzer et al., 2003), scheint aber die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen derselben nicht zu beeinflussen. Dasselbe gilt auch für den Risikofaktor Arbeitslosigkeit. Auch dieser beeinflusst die Entwicklung der Kinder nachweislich negativ (Mattejat, 2007), aber auch hier konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden, dass Arbeitslosigkeit ein Hindernis für die Inanspruchnahme von Hilfen ist. Ein Gruppenunterschied konnte beim untersuchten Risikofaktor nicht deutscher Muttersprachler zu sein, gezeigt werden. Hier zeigte sich, dass die Anzahl der sonstigen Hilfen, in welchen vor allem Hilfen aus dem sozialen Netz repräsentiert sind, bei

Eltern deren Muttersprache deutsch war, signifikant höher ausfiel. Diese Eltern nahmen ebenfalls signifikant mehr niederschwellige Hilfen in Anspruch. Dieses Ergebnis legt nahe, dass die Sprachbarriere ein Hemmnis für die Inanspruchnahme gerade niederschwelliger Hilfen aus dem professionellen System darstellen und Muttersprachler auch auf ein besseres soziales Netz zurückgreifen können. Bei den anderen untersuchten sozialen Risikofaktoren sowie beim Gesamtscore konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden.

Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Anzahl der fehlenden Werte beim Risikofaktor Erziehungsstatus sehr groß war. So wurde nicht erhoben, welchen Beziehungsstatus der Ex-Partner der Befragten hatte, auch wenn das Kind beim Ex-Partner lebte. Weiterhin befinden sich einige der Kinder der Befragten zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Fremdunterbringung. Auch bezüglich der Erwerbstätigkeit der Partner muss erwähnt werden, dass diese Angabe nur für den anderen leiblichen Elternteil erhoben wurde. Für den momentanen Partner, sofern er abwich, wurde der Status nicht erfasst.

Aus diesem Grund ist es möglich, dass zwischen diesen Risikofaktoren und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen ein Zusammenhang besteht, der in dieser Studie nicht gezeigt werden konnte.

Es zeigte sich, dass viele Kinder psychisch kranker Eltern Unterstützungsangebote aus dem sozialen Netz und von ihrem anderen Elternteil erhielten. Im Sinne des Modells der transgenerationalen Transmission von psychischen Krankheiten kann dies als ein wesentlicher in dieser Studienpopulation vorhandener Schutzfaktor für die Entwicklung der Kinder angesehen werden.

### 4.3 Lebensqualität, kindliche Auffälligkeiten und Hilfen

Die von den Eltern empfundene Lebensqualität ihrer Kinder kann ein weiterer Faktor sein, welcher die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen beeinflusst. Die Ergebnisse dieser Arbeit suggerieren, dass Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder als durchschnittlich oder sogar überdurchschnittlich gut bewerten, seltener Hilfen in Anspruch

nehmen. Eltern, welche die Lebensqualität ihrer Kinder als eher schlecht empfanden, nutzten dementsprechend mehr Hilfen. Somit scheint die Überzeugung einer guten Lebensqualität ein mögliches weiteres Hindernis beim Aufsuchen von Hilfen zu sein. Da gerade bei diesem Fragebogen eine erhebliche Anzahl von fehlenden Daten festgestellt werden musste, vor allem aufgrund eines zu niedrigen Alters der Kinder oder Fremdunterbringung, sollte dieses Ergebnis in weiteren Untersuchungen bestätigt werden. Außerdem sollte weiter untersucht werden, ob die Einschätzung der Eltern bezüglich der Lebensqualität ihrer Kinder mit deren Selbsteinschätzung übereinstimmt. Ein solcher Vergleich konnte in der vorliegenden Studie aufgrund einer zu geringen Rücklaufquote für die Befragung der Kinder nicht durchgeführt werden.

Die Hypothese, dass genutzte Hilfen die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern senken, konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich in dieser Studie, dass Eltern, die viele Hilfen in Anspruch nahmen, tendenziell ihre Kinder sogar als auffälliger einschätzten. Dieser Zusammenhang zeigte sich signifikant für hochschwellige Hilfen, Hilfen aus dem SGBV sowie der Zahl der insgesamt genutzten Hilfen. Da hier wiederum nur die fremdanamnestiche Erhebung durch Befragung der Eltern möglich war, kann ein ähnlicher Zusammenhang wie für den ILK postuliert werden. Eltern die ihre Kinder als auffällig erleben suchen eher Hilfe als Eltern, welche keine Problematik für ihre Kinder erkennen. Dieser Zusammenhang ist allerdings nur hypothesenbildend und sollte in weiteren Studien untersucht werden.

#### 4.4 Unterschiede zwischen Stadt und Land

In dieser Studie konnte nicht bestätigt werden, dass die Bevölkerung auf dem Land seltener Hilfen bei psychischen Erkrankungen aufsuchen als im urbanen Raum lebende psychisch Kranke. Dies kann zum einen daran liegen, dass die an Augsburg angrenzenden ländlicheren Gebiete, sich dennoch weitgehend im Einzugsgebiet des Großraumes Augsburg befinden. Zum anderen war die Anzahl der in einem ländlichen Gebiet lebenden Befragten verglichen mit der Anzahl der in urbanem

Gebiet lebenden Patienten sehr gering, sodass hier auch von einem selection bias auszugehen ist. Weiterhin zeigte sich in anderen Studien der Einfluss des Grads der Urbanisierung auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen als inkonsistent (Codony et al., 2009).

## 4.5 Einschränkungen der Studie

Aufgrund der lokal begrenzten definierten Stichprobe, dem begrenzten Erhebungszeitraum, der hohen Ausfallrate und daraus resultierenden geringen Fallzahl ist eine Selektion und daraus folgende Verzerrung nicht auszuschließen. Unter den Patientinnen und Patienten, die ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gaben und tatsächlich teilnahmen, war ein höherer Anteil an Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen als in den Gruppen, die eine Teilnahme von sich aus ablehnten oder zwar initial zustimmten aber letztendlich nicht teilnahmen. Somit ist es denkbar, dass die besonders belasteten Patienten eine geringere Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie gezeigt haben und somit in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert sind. Eine positive Selektion mit Verschiebung zu gering belasteten Eltern ist möglich. Es sollte in folgenden Studien weiter untersucht werden, ob die Bereitschaft zur Teilnahme an Studien bei besonders belasteten Familien mit psychisch krankem Elternteil erniedrigt ist und falls dieser Umstand bestätigt werden kann, müssen andere Modelle der Erhebung gewählt werden, um diese Familien besser zu erfassen. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten, die nicht teilnahmen, lehnten die Studienteilnahme allerdings nicht von sich aus ab, sondern konnten aufgrund anderer Gründe nicht für die Studie rekrutiert werden. Beispielsweise befanden sie sich in Betreuung oder sie konnten aufgrund ihrer Erkrankung nicht für eine Befragung herangezogen werden. So musste auch ein Interview mit einer Patientin aufgrund ihres Zustandes abgebrochen werden, da sie sich zur Fortsetzung nicht imstande sah. Das Alter und Geschlecht scheinen bei der Teilnahmebereitschaft keinen Einfluss gespielt zu haben.

Außerdem konnte, aufgrund geringen Rücklaufs, nicht wie geplant ein Hausbesuch bei den Familien der Befragten psychisch kranken Eltern durchgeführt werden. Hier hätten eine Eigenanamnese der Kinder und das Geschichtenergänzungsverfahren, für Kinder entsprechenden Alters, durchgeführt werden sollen. Von den 90 Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, konnten lediglich zwei für diese separate Befragung gewonnen werden, woraufhin dieser Teil der Studie eingestellt werden musste. Somit ist diese Studie allein auf Grundlage der Fremdeinschätzung der Eltern über ihre Kinder entstanden. Es kann ferner nicht ausgeschlossen werden, dass beim Ausfüllen der Fragebogen auch die soziale Erwünschtheit der Antworten eine Rolle gespielt hat (Mummendey, 1981). Es wurden keine Fragen in die Bögen integriert, welche das Maß der sozialen Erwünschtheit messen können. Möglich ist aber, dass die Eltern aus Angst vor Stigmatisierung oder aufgrund von Scham- oder Schuldgefühlen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten tendiert haben.

So ist das Gesamtergebnis der Stichprobe über die meisten Fragebögen hinweg meist überdurchschnittlich gut. Im Vergleich zu einer weiteren SDQ basierten Studie über Kinder psychisch kranker Eltern sind die hier erfassten Werte der für das kindliche Verhalten in den Subskalen sowie beim Gesamtwert besser (Griepentrost, 2018). Beim ILK zeigt sich ein ähnliches Ergebnis. So ähneln die Werte des Problemscores 0-7 und des Lebensqualitätscores 0-28 unserer Stichprobe den klinischen Vergleichswerten der repräsentativen Telefonstichprobe die für die Normwerte des ILK herangezogen werden (Renschmidt & Matzejat, 2006).

Eine weitere Einschränkung der Studie besteht darin, dass es über alle Erhebungsinstrumente hinweg eine erhebliche Menge an fehlenden Werten gibt. Viele der Befragten mit stärkerer krankheitsbedingter Beeinflussung der Lebensumstände konnten keine Angaben zu ihren Kindern machen, da diese bei früheren Partnern lebten oder fremduntergebracht waren und bereits längere Zeit kein Kontakt zwischen dem befragten Elternteil und Kind mehr bestand. Außerdem waren viele der Kinder für einige der in der Studie verwendeten Fragebögen, wie zum Beispiel dem ILK zu jung. Außerdem standen viele der Befragten zum Zeitpunkt der Fremdbeurteilung

ihrer Kinder unter Psychopharmaka-Therapie, welche die Einschätzung der Situation verändern kann (Krüger, 1980). Des Weiteren wurde eine Vielzahl von Signifikanztests durchgeführt, somit kann es auch zu zufällig aufgetretenen Signifikanzen also einer alpha-Fehler Inflation gekommen sein. Umgekehrt bestand aufgrund der relativ kleinen Stichprobe von 90 Eltern ein power Problem. Dies kann zu einer nur kleinen Effektstärke geführt haben und somit könnten Studien mit höherer Teilnehmerzahl weitere signifikante Gruppenunterschiede finden.

Da es zu der Thematik gerade im deutschsprachigen Raum erst wenige Arbeiten gibt, können diese Ergebnisse hypothesenbildend für weitere Forschungsvorhaben sein. Aufgrund der Stichprobengröße sollten alle Ergebnisse als Anhaltspunkte bewertet werden. Weitere Studien mit höheren Teilnehmerzahlen sind empfehlenswert, um die gefundenen Ergebnisse zu bestätigen.

## 5. Zusammenfassung

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen der kindlichen Entwicklung und elterlicher psychischer Erkrankung.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit lag darauf eine Bestandsanalyse der Belastungssituation von Kindern psychisch kranker Eltern zu erstellen sowie Faktoren zu finden, welche den Zugang zu Unterstützungsangeboten für psychisch kranke Familien beeinflussen. Teilnehmer der Studie waren 90 Eltern. Alle Eltern waren stationäre Patienten im Bezirkskrankenhaus Augsburg und hatten Kinder zwischen null und achtzehn Jahren. Es wurde das gesamte Behandlungsspektrum der im Bezirkskrankenhaus Augsburg in die Studie einbezogen. Die größte Diagnosegruppe innerhalb der Studienpopulation stellten, mit 54% der Teilnehmer, die Eltern mit Suchterkrankung dar. Die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wurde mit einem Interviewleitfaden erfasst. Die Lebensqualität der Kinder wurde fremdanamnestisch durch Befragung des in Behandlung befindlichen Elternteils mittels des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen erfasst. Mittels des Strength and Difficulties Questionnaire wurde fremdanamnestisch eine etwaige Verhaltensauffälligkeit der Kinder beurteilt. Darüber hinaus wurden soziodemografische Angaben der Familien anhand von Fragebögen erhoben.

Die Studienergebnisse konnten zeigen, dass die Sprache ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfen darstellt. Es zeigte sich, dass Eltern mit affektiven Störungen mehr Hilfeleistungen in Anspruch nahmen als suchtkranke Eltern. Des Weiteren konnte dargestellt werden, dass psychiatrische Komorbidität sich negativ auf das Nutzen von Hilfeleistungen aus dem sozialen Netzwerk auswirkt. Ferner zeigte sich, dass Eltern, die ihren Kindern eine niedrige Lebensqualität zuschrieben, häufiger Hilfen nutzten. Jedoch wurde nicht bestätigt, dass eine Erkrankung beider Eltern die Inanspruchnahme von Hilfen beeinträchtigt. Es konnte auch kein Unterschied in der kindlichen Lebensqualität oder den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zwischen Eltern mit affektiven Störungen und suchtkranken Eltern gefunden werden.

Um die Ergebnisse dieser Studie zu bestätigen, sind weitere Studien mit höheren Teilnehmerzahlen notwendig.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont.
2. Beardselee, W. R., Versage, E. M. & Giadstone, T. R. G. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37: 1134–1141.
3. Bernheim, K. F. & Switalski, T. (1988). Mental health staff and patient's relatives: how they view each other. *Hospital & Community Psychiatry*, 39: 63–68.
4. Bibou-Nakou, I. (2003). "Troubles Talk" Among Professionals Working with Families Facing Parental Mental Illness. *Journal of Family Studies*, 9: 248–266.
5. Biebel, K., Nicholson, J., Geller, J. & Fisher, W. (2006). A National Survey Of State Mental Health Authority Programs And Policies For Clients Who Are Parents: A Decade Later. *Psychiatric Quarterly*, 77: 119–128.
6. Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E. Rössler, W., Rüschi, N. (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204: 321–324.

7. Brandenbusch, I., Elgeti, H., Exner, S., Orzessek, P., Scholz, A. & Sumfleth, F. (2018). Empfehlungen zur Stärkung der Prävention in den Sozialpsychiatrischen Verbänden Niedersachsens. (H. Elgeti, A. Piel & Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hrsg.). Köln: Psychiatrie Verlag.
8. Christiansen, H., Reck, C., Zietlow, A.-L., Otto, K., Steinmayr, R., Wirthwein, L., Weigelt, S., Stark, R., Ebert, D., Buntrock, C., Krisam, J., Klose, C., Kieser, M., Schwenk, C. (2019). Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation (COMPARE): Design and Methods of a Randomized Controlled Multi-center Study—Part I. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
9. Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess, V., Vilagut, G., Kessler, R. (2009). Perceived Need for Mental Health Care and Service Use Among Adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services*, 60: 1051–1058.
10. Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Relationships Between Poverty and Psychopathology: A Natural Experiment. *JAMA*, 290: 2023.
11. Fegert, J. M., Kölch, M. & Krüger, U. (2017). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland –Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Projektbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 13.12.2020. Verfügbar unter: [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht\\_Versorgung\\_psychisch\\_kranke\\_Kinder\\_u\\_Jugendliche.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf)

12. Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. (2011). Gesundheitliche Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Heidelberg. Zugriff am 28.9.2019. Verfügbar unter: [https://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis-2016/get/pa-rams\\_E1851045733/1879971/Bericht-zur-gesundheitlichen-Versorgungssituation.pdf](https://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis-2016/get/pa-rams_E1851045733/1879971/Bericht-zur-gesundheitlichen-Versorgungssituation.pdf)
13. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 581–586.
14. Griepenstroh, J. (2018). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Eine Untersuchung zu beziehungsorientierten Merkmalen sowie kindlicher und elterlicher Emotionsregulation. Bielefeld.
15. Grünbaum, L. & Gammeltoft, M. (1993). Young children of schizophrenic mothers: Difficulties of Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63: 16–27.
16. ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45: 153–163.

17. Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J. & McGrath, J. (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 50: 1354–1356.
18. Hefti, S., Kölch, M., Gallo, A. D., Stierli, R., Schmid, M. & Roth, B. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25: 89–99.
19. Hosman, C. M. H., Doesum, K. T. M. van & Santvoort, F. van. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach (*Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*), 8: 250–263.
20. Jones, A. & Scannell, T. (2002). Research and organizational issues for the implementation of family work in community psychiatric services. *Journal of Advanced Nursing*, 38: 171–179.
21. Keller, M. B., Beardslee, W. R., Dorer, D. J., Lavori, P. W., Samuelson, H. & Klerman, G. R. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Archives of General Psychiatry*, 43: 930–937.
22. „Kinder psychisch kranker Eltern“ (AG). (2019). Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern“. Berlin.

23. Klasen, H. au=Woerner. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52: 491–502.
24. Klein, M. (2004). Kinder suchtkranker Eltern - Fakten, Risiken, Lösungen. In Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), *Familiengeheimnisse - wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden* Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003 (S. 19 –28). Berlin. Zugriff am 10.5.2020. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/171211-Familiengeheimnisse-wenn-eltern-suchtkrank-sind-und-die-kinder-leiden-dokumentation-der-fachtagung-vom-4-und-5-dezember-2003.html>
25. Kölch, M. & Schmid, M. (2008). [Nurturance of children during inpatient psychiatric treatment of their parents]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 57: 774–788.
26. Kölch, M., Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (Hrsg.). (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz)*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
27. Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. (2008). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 499–508.

28. Krüger, H.-P. (1980). Selbst- und Fremdbeurteilung in Diagnostik und Psychotherapie. In: Schulz, W. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Kongreßbericht Berlin 1980*. 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung (1. Aufl., S. 339–350). Tübingen: Dt. Ges. für Verhaltenstherapie [u.a.].
29. Krumm, S., Becker, T. & Wiegand-Grefe, S. (2013). Mental health services for parents affected by mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 26: 362–368.
30. Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1992). Psychisch auffällige Eltern: Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift für Familienforschung*, 4: 22–48.
31. Lenz, A. & Brockmann, E. (2013). *Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
32. Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10: 574–582.
33. Mattejat, F. (2007, September 27). *Kinder psychisch kranker Eltern-Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung in den verschiedenen Altersstufen*. Historischer Rathaussaal Marburg. Zugriff am 30.10.2019. Verfügbar unter: [https://www.uni-marburg.de/ivv/downloads/presentationen/kinder\\_kranker\\_eltern\\_07](https://www.uni-marburg.de/ivv/downloads/presentationen/kinder_kranker_eltern_07)

34. Matthejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Schmidt, M. H., Scholz, M., Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie (Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie), 26: 174–182.
35. Matthejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Kirchner, J., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F., Remschmidt, H. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Kindheit und Entwicklung, 14: 39–47.
36. Matthejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Der Nervenarzt, 71: 164–172.
37. Maybery, D. & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40: 657–664.
38. Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16: 784–791.
39. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 15: 185–187.

40. Mojtabai, R., Olfson, M. & Mechanic, D. (2002). Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59: 77–84.
41. Mordoch, E. & Hall, W. A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16: 208–216.
42. Mrazek, P. J., Haggerty, R. J., Institute of Medicine (U.S.) & United States (Hrsg.). (1994). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C: National Academy Press.
43. Mummendey, H. D. (1981). Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*, 2.
44. Munoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine Report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51: 1116–1122.
45. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention. Washington, DC: The National Academies Press. Zugriff am 31.10.2019. Verfügbar unter: <https://www.nap.edu/catalog/12565/depression-in-parents-parenting-and-children-opportunities-to-improve-identification>
46. Petermann, F., Helmsen, J. & Koglin, U. (2010). Expansive Verhaltensstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158: 22–27.

47. Remschmidt, H. & Matthejat, F. (2006). Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen: ILK ; Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern (Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS)). Göttingen ; Bern ; Wien [u.a.]: Huber, Hogrefe AG.
48. Reupert, A. & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77: 362–369.
49. Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M. & Barocas, R. (1987). Early Indicators of Developmental Risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 383–394.
50. Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19: 228–238.
51. Schmid, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2008). Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde*, 27: 533–539.
52. Schmutz, E. (2010). Kinder psychisch kranker Eltern: Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie ; eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz: Institut für Sozialpäd. Forschung.
53. Seifer, R. (2003). Young Children with Mentally Ill Parents: Resilient Developmental Systems. In S.S. Luthar (Hrsg.), *Resilience and Vulnerability* (S.

- 29–49). Cambridge: Cambridge University Press. Zugriff am 12.11.2019.  
Verfügbar unter:  
<http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511615788A010>
54. Smith, G. & Velleman, R. (2002). Maintaining a Family Work for Psychosis service by recognising and addressing the barriers to implementation. *Journal of Mental Health*, 11: 471–479.
55. Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M. & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19: 72–81.
56. Statistisches Bundesamt (Destatis). (2011). Aktuelle Informationen zum Zensus 2011. Zensus 2011. Statistisches Bundesamt (Destatis). Zugriff am 12.9.2017. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Methoden/Zensus\\_/Zensus.html#Tabellen](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Zensus_/Zensus.html#Tabellen)
57. Strachan, A. M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 678–698.
58. Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P. & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC family practice*, 17: 38.
59. Wagenblass, S. & Schone, R. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50: 513–524.

60. Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. & Kessler, R. C. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 629–640.
61. Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18: 111–121.
62. Wiegand-Grefe, S., Klein, M., Kölch, M., Seckinger, M., Thomasius, R. & Ziegenhain, U. (2019). Kinder psychisch kranker Eltern „Forschung“. IST-Analyse zur Situation. Zugriff am 12.9.2020. Verfügbar unter: <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Stand-der-Forschung-1.pdf>
63. Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.). (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung: mit 55 Tabellen (Symposium Kinder Psychisch Kranker Eltern - Aktuelle Forschungsergebnisse)*. Göttingen Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht.
64. Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Rothenberger, A., Klasen, H. & Goodman, R. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30: 105–112.

65. Wynaden, D. & Orb, A. (2005). Impact of patient confidentiality on carers of people who have a mental disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 166–171.
66. Zwönitzer, A., Ziegenhain, U., Bovenschen, I., Pillhofer, M., Spangler, G., Gerlach, J., Gabler, S., Kindler, H., Fegert, J. M., Künster, A. (2016). Early Intervention and Cognitive Development: A Longitudinal Study with Psychologically Stressed Mother-Child-Dyad during Early Childhood. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65: 340–353.
67. Zwönitzer, A., Ziegenhain, U. & Künster, A. K. (2012). Unveröffentlichter Interviewleitfaden zur Erhebung erhaltener Unterstützungsangebote.

## 7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Hauptdiagnose, die bei den befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg 2016 vorlag. Einteilung in die Diagnosengruppen nach ICD 10. ....	24
Tabelle 2: Darstellung der Anzahl der Diagnosen pro befragtem psychisch kranken Elternteil, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) vorlagen.....	25
Tabelle 3: Soziodemographische Daten der Studienkinder und ihrer befragten psychisch erkrankten Elternteile zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg, 2016.....	26
Tabelle 4: Darstellung der Ergebnisse des ILK nach Angaben der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). ....	28
Tabelle 5: Interpretation des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). ....	29
Tabelle 6: Einzelskalen und Gesamtproblemwert des SDQs der Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). ....	30
Tabelle 7: Darstellung und Kategorisierung der, von den im Bezirkskrankenhaus Augsburg 2016 befragten, psychisch kranken Eltern, angegebenen Hilfeleistungen. ....	34
Tabelle 8: ICD-10 Diagnosegruppen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und nicht in die Studienteilnahme einwilligten. ....	37
Tabelle 9: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und nicht in die Studienteilnahme einwilligten.....	38

Tabelle 10: ICD-10 Diagnosegruppe der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten. ....	39
Tabelle 11: Diagnoseanzahl der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten. ....	40
Tabelle 12: Alter der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die eine Studienteilnahme von sich aus ablehnten. ....	41
Tabelle 13: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren und die Studienteilnahme von sich aus ablehnten. ....	41
Tabelle 14: ICD-10 Diagnosegruppen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen. ....	42
Tabelle 15: Anzahl der Diagnosen der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen. ....	43
Tabelle 16: Geschlechterverteilung der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen. ....	43
Tabelle 17: Altersstruktur der psychisch kranken Eltern, die zum Zeitpunkt der Studie (2016) im Bezirkskrankenhaus Augsburg in Behandlung waren, ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, allerdings nicht teilnahmen. ....	44
Tabelle 18: Einfluss des Wohnorts auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern. ....	45
Tabelle 19: Häufigkeiten der Risikofaktoren der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern, sowie	

Mittelwert und Standardabweichung des daraus errechneten Gesamtrisikoscores. .....	47
Tabelle 20: Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Muttersprache der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. ....	48
Tabelle 21: Darstellung der Zusammenhänge zwischen der Erwerbstätigkeit der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. ....	49
Tabelle 22: Darstellung der Zusammenhänge zwischen dem Erziehungsstatus der im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. ....	50
Tabelle 23: Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Hilfen bei den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern vom Gesamtrisikoscore der sozioökonomischen Risikofaktoren.....	51
Tabelle 24: Darstellung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und einer psychischen Erkrankung beider Elternteile der 2016 befragten psychisch erkrankten Eltern im Bezirkskrankenhaus Augsburg. ....	52
Tabelle 25: Untersuchung auf Gruppenunterschiede zwischen psychisch kranken Eltern mit Suchterkrankung und psychisch kranken Eltern mit einer affektiven Störung in Bezug auf die kindliche Lebensqualität und den Problemscore 0-7 bei den im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten Studienteilnehmern. ....	53
Tabelle 26: Untersuchung auf Gruppenunterschiede zwischen psychisch kranken Eltern mit Suchterkrankung und psychisch kranken Eltern mit einer affektiven Störung in Bezug auf den SDQ bei dem im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten Studienteilnehmern. ....	54
Tabelle 27: Darstellung der Ergebnisse eines Zusammenhangs zwischen ICD 10-Diagnosengruppe der im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern und ihrer Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.....	55

Tabelle 28: Einfluss einer psychiatrischen Komorbidität der im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern auf ihre Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.....	56
Tabelle 29: Darstellung der Korrelation zwischen der Gesamtzahl der von den im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016) befragten psychisch kranken Eltern in Anspruch genommenen Hilfen und der von den Eltern angegebenen Lebensqualität ihrer Kinder.....	58
Tabelle 30: Darstellung der Korrelationen zwischen der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durch die 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern, den Einzelskalen und dem Gesamtproblemwert des SDQ ihrer Kinder.....	59
Tabelle 31: Test auf Gruppenunterschiede zwischen den entwicklungspsychologischen Altersstufen von Kindern und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen, welche die 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten psychisch kranken Eltern nutzten.....	60

## 8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transgenerationale Transmission psychischer Störungen nach Hosman et al (2009).....	2
Abbildung 2: Rekrutierung der Stichprobe psychisch kranker Eltern am Bezirkskrankenhaus Augsburg, 2016.....	19
Abbildung 3: Altersverteilung der Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016), eingeteilt nach entwicklungsphysiologischen Phasen. ....	27
Abbildung 4: Darstellung der interpretierten Problemskalen des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). ....	31
Abbildung 5: Darstellung des interpretierten Gesamtproblemwerts des SDQ für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016).....	32
Abbildung 6: Darstellung der interpretierten Skala „prosoziales Verhalten“ des SDQ für die Kinder der befragten psychisch kranken Eltern zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Bezirkskrankenhaus Augsburg (2016). ....	32
Abbildung 7: Von den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten, psychisch kranken Eltern in Anspruch genommene Hilfeleistungen aufgeschlüsselt nach Finanzierungssystem und Schwelligkeit. ....	35
Abbildung 8: Von den im Jahr 2016 im Bezirkskrankenhaus Augsburg befragten, psychisch kranken Eltern gesamte in Anspruch genommene Hilfeleistungen nach Finanzierungssystemen und Schwelligkeiten zusammengefasst.....	36

# Anhang

## Soziodemografischer Fragebogen

Aus Gründen des Urheberrechtsschutzes entfernt.

## Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)

Aus Gründen des Urheberrechtsschutzes entfernt.

## Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) Fremdbeurteilung

Aus Gründen des Urheberrechtsschutzes entfernt.

Aus Gründen des Urheberrechtsschutzes entfernt.

## Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Aus Gründen des Urheberrechtsschutzes entfernt.

# Danksagung

Die Danksagung wurde aus Datenschutzgründen entfernt.

# Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Datenschutzgründen entfernt.