



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

der Hochschule Neubrandenburg

Studiengang Pflegewissenschaften/Pflegemanagement der Hochschule

Kinder psychisch erkrankter Eltern

Auswirkungen seelischer Erkrankungen auf das Familiensystem und
Analyse des Anti-Stigmaprogramms „Papas Seele hat Schnupfen“
unter den Gesichtspunkten guter gesundheitsfördernder Praxis

Bachelorarbeit

zum angestrebten Abschluss Bachelor of Science

Vorgelegt von: Stefanie Höfs

Sommersemester 2020

Erstprüferin: Prof. Dr. paed. Bedriská Bethke

Zweitprüfer: Prof. Dr. Bernhard Langer

Tag der Einreichung: 29.05.2020

URN:urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0326-7

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Anhangsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
2 Allgemeiner Forschungsstand in Deutschland	2
3 Methodik und Kritik.....	4
3.1 Methodenkritik.....	5
3.2 Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.....	7
3.2.1 Geografische Lage.....	7
3.2.2 Demographie	8
3.2.3 Aktuelle Situation psychischer Erkrankungen in der MSE	9
4 Auswirkung auf das Familiensystem bei psychisch erkrankten Eltern.....	12
4.1 Ent-Normalisierung des Familienlebens.....	15
4.2 Desorientierung der Kinder	16
4.3 Schuldgefühle	17
4.4 Tabuisierung.....	18
4.5 Soziale Isolation	19
4.6 Parentifizierung der Kinder.....	20
4.7 Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung der Kinder	21

5	Resilienz zur Stärkung der Kinder psychisch erkrankter Eltern	22
5.1	Persönliche Schutzfaktoren.....	23
5.2	Familiäre Schutzfaktoren.....	24
5.3	Soziale Schutzfaktoren.....	24
5.4	Spezifische Schutzfaktoren	25
5.5	Die Bedeutung der Schule und Lehrer/-innen	26
6	Entstigmatisierung und Stärkung von betroffenen Eltern durch das Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“.....	28
6.1	Das Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“	29
6.1.1	Die Geschichte	29
6.1.2	Das Material.....	30
6.1.3	Lesereise im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	31
6.2	Analyse mittels des „Good Practice“ Ansatzes.....	32
6.2.1	Prinzipien des „Good Practice“ Ansatzes.....	33
6.2.2	„Good Practice“ Kriterien in der Gesundheitsförderung	34
6.3	„Good Practice“ - Bereiche „Ziele, Konzeption und Zielgruppen“	36
6.4	„Good Practice“- Bereich „Settingansatz“	37
6.5	„Good Practice“- Bereich „Niederschwellige Arbeitsweise“	38
6.6	„Good Practice“- Bereich „Evaluation“	39
6.6.1	Aufbau des Evaluationsbogens	39
6.6.2	Auswertung und Ergebnisdarstellung der Fragebögen.....	40
6.7	Resümee.....	46
7	Fazit.....	48
	Literaturverzeichnis.....	51

Anhang	56
Eidesstattliche Erklärung	72

Anhangsverzeichnis

Anhang 1:	Flussdiagramm der Publikationsauswahl nach dem PRISMA-Statement (Mohler et al. 2009 & Ziegler et al. 2011).....	56
Anhang 2:	Evaluationsbogen der Lesereise.....	57
Anhang 3:	Auswertungsergebnisse der Evaluationsbögen.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Karte der Ämter des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte.....	7
Abbildung 2:	Zahl der Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen	11
Abbildung 3:	Allgemeines kinder- und jugendpsychiatrisches Modell nach Remschmidt & Mattejat (1994).....	13
Abbildung 4:	Antworten auf Frage drei und vier.....	41
Abbildung 5:	Antworten auf Frage fünf, sechs und sieben	42
Abbildung 6:	Behandlung des Themas vorher und nachher	43
Abbildung 7:	Antwortverhalten zur oben genannten Frage (bei Erwachsenen und Kindern).....	45
Abbildung 8:	Einordnung der Veranstaltung in 1 bis 10 Skala.	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerung am 31.12.2018 nach Altersgruppen und Kreisen	12
---	----

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
MSE	Mecklenburgische Seenplatte
M-V	Mecklenburg - Vorpommern

„Ein Teil meiner Kindheit ist verloren gegangen, aufgefressen worden durch die Krankheit meiner Mutter. Ich habe mich aufgelöst an ihrer Seite, war nur da, um sie zu beschützen, sie zu verstehen, sie zu lieben und zu bedauern.“

(Riss in Beeck, 2004, S. 40.)

1 Einleitung

Das oben geschriebene Zitat aus der Schilderung einer Tochter einer psychisch belasteten Mutter verdeutlicht die Schwierigkeiten der Kinder mit psychisch erkrankten Eltern.

Erkrankt ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung, werden die Kinder mit gravierenden Belastungen sowie Gesundheitsrisiken konfrontiert. Wissenschaftliche Studien wiesen nach, dass die geistige und körperliche Entwicklung der Kinder durch eine psychische Erkrankung der Eltern negativ beeinflusst wird. Zudem steigt bei Kindern von Betroffenen die Wahrscheinlichkeit selbst zu erkranken, im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung. Nahezu 50 Prozent der behandelten Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leben in einem Haushalt mit einem psychisch erkrankten Elternteil (vgl. (Jungbauer et al. 2019, S. S.381ff). Dieser Prozentwert zeigt eindrücklich, wie hoch die Kohärenz zwischen einer elterlichen psychosozialen Erkrankung und einer Entwicklungsstörung von Kindern von Betroffenen ist. Um das Risiko einer kindlichen Entwicklungsstörung in diesem Fall zu minimieren, müssen Kinder psychisch erkrankter Eltern stärker in den Fokus psychosozialer Maßnahmen gerückt werden. Häufig sind die psychotherapeutischen Maßnahmen auf das betroffene Elternteil begrenzt, eine kindgerechte Therapie wird erst mit einer Eigendiagnose realisiert, nachdem sich die psychische Erkrankung des Elternteils das Kind und dessen Entwicklung nachhaltig negativ beeinflusste.

Die vorliegende Bachelorarbeit widmet sich den besonderen Lebenssituationen von Kindern psychisch erkrankter Eltern sowie den Auswirkungen auf kindliche Entwicklungsverläufe und Familiensysteme anhand bisher veröffentlichter Studien. Der Fokus liegt einerseits auf den Folgen der Erkrankung auf das Familienleben sowie auf die betroffenen Kinder per se, andererseits auf die psychosozial-emotionale Stärkung von Kindern psychisch erkrankter Eltern anhand des Beispiels eines Anti-Stigmaprogrammes.

Handelt es sich bei dem Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“ um eine gesundheitsfördernde Praxis gemäß des „Good Practice“ Ansatzes und fördert es bei Kindern die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen?

Zur Erschließung der genannten Thematik ist die Arbeit wie folgt gegliedert:

Zunächst erfolgt eine Darstellung des allgemeinen Forschungsstandes von Kindern psychisch erkrankter Eltern in Deutschland.

Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Bachelorarbeit unter Beschreibung der verwendeten Quellen genauer erläutert. Anhand ausgewählter Daten soll die Zahl der Betroffenen und deren Kinder deutschlandweit, im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern sowie im dazugehörigen Landkreis Mecklenburgische Seenplatte eingeschätzt werden.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern und zeigt die verschiedenen Auswirkungen, Belastungen und Probleme mit denen die betroffenen Kinder und die Familie zu kämpfen haben.

Das darauffolgende Kapitel befasst sich mit der Tatsache, dass manche Kinder sich trotz hoher Belastungen und problematischen Lebenssituationen positiv und normal entwickeln. Es wird auf die Bedeutung der Resilienz und dessen Schutzfaktoren eingegangen.

Das sechste Kapitel beschreibt das Anti-Stigmaprogramm „Papas Seele hat Schnupfen“, welches anhand von „Good Practice“ Merkmalen und der Auswertung empirischer Daten bewertet wird.

2 Allgemeiner Forschungsstand in Deutschland

„Kinder psychisch erkrankter Eltern sind die vergessenen kleinen Angehörigen der Psychiatriereform“ (Schrappe 2018, S.8)

Das Interesse der Forschung für Kinder von psychisch erkrankten Eltern galt lange Zeit als unbedeutend, denn in klinischen Versorgungen wurde der Fokus vorwiegend auf die erkrankten Eltern oder Kinder, welche bereits auffällig wurden (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S.14) gesetzt. Der Startpunkt der fachlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema war der Kongress „Hilfen für Kinder

psychisch Kranker“ im Jahr 1996. Damit rückten die bisher kaum berücksichtigten Kinder stärker in den Fokus der Forschung und erste Forschungsprojekte wurden u.a. von Wangenblass, Schone oder Lenz durchgeführt. Zehn Jahre später, im Jahr 2006, gründete sich die Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch erkrankter Eltern“. Diese dient der Aufklärung, der Vernetzung bestehender Projekte, dem fachlichen Austausch, dem Aufbau regionaler Kooperationen sowie wissenschaftlicher Studien und politischen Positionierungen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren 2011, S.7).

Zur Beschreibung der Situation von betroffenen Familien in Deutschland werden vorhandene Ergebnisse aus verschiedenen Datenquellen zusammengefasst.

Psychische Erkrankungen stellen heutzutage kein Einzelschicksal mehr dar. Sie gehören nach dem Bundesgesundheitsurvey zu den häufigsten Erkrankungen. Circa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer psychischen, behandlungsbedürftigen Erkrankung (vgl. Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S.1). Mack geht davon aus, dass in Deutschland etwa 27,8 Prozent der Erwachsenen jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (vgl. Mack et al. 2014, S.289ff).

Angloamerikanische Studien zeigen auf, dass psychisch erkrankte Menschen genauso häufig Kinder haben wie Menschen mit gesunder Psyche. In einer Studie der psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg Eppendorf wurden über neun Monate 964 Patienten/-innen stationär behandelt. Von den 964 Patienten/-innen wurden 271 als Elternteile (28 Prozent) erfasst, darunter waren 167 Eltern von minderjährigen Kindern (17 Prozent). Auch in anderen Studien konnten Ergebnisse mit gleichen Zahlen erfasst werden, mit dem zusätzlichen Ergebnis, dass ca. 70 Prozent der Patienten/-innen mit ihren Kindern in einem Haushalt lebten oder regelmäßigen Kontakt hatten. Wird der Fokus von der stationären Versorgung verschoben auf den zusätzlichen, gesamten psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich, so kann festgestellt werden, dass die Anzahl der betroffenen Eltern steigt. In Auswertungen von Basisdokumentationen dreier Fachkliniken für Akut- und Reha – Bereiche zeigten sich, dass im Zeitraum von 2008 bis 2012 ca. 60 bis 70 Prozent der Patienten/-innen Kinder hatten (vgl. Lenz

und Wiegand-Grefe 2017, S.2). Diese Hochrechnungen lassen jedoch nicht auf die tatsächliche Zahl der betroffenen Kinder schließen, denn es wurden nur Kinder erfasst, deren Eltern sich in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Behandlung befanden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren 2011, S.8). Eine schlüssige Schätzung hat Fritz Mattejat in seiner Hochrechnung von epidemiologischen Daten der Allgemeinbevölkerung durchgeführt (vgl. Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S.1). In seiner konservativen Abschätzung von 2009 nimmt er an, dass derzeit davon auszugehen ist, dass in Deutschland ungefähr drei Millionen Kinder im Laufe eines Jahres mit psychischen Erkrankungen der Eltern konfrontiert werden (vgl. Herpertz und Grabe 2019, S. 233f). Christiansen, Anding und Donath gehen von 3,8 Millionen Kindern und Jugendlichen aus (vgl. Pillhofer et al. 2016).

3 Methodik und Kritik

Während meines damaligen Praktikums bei der AOK Nordost wurde ich auf die Lesereise „Papas Seele hat Schnupfen“ aufmerksam, welche mein Interesse an der Thematik „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ weckte. Durch ein Gespräch mit der Psychiatriekoordinatorin Enrica Rebstock gelang es mir, das Thema meiner Arbeit auf die Auswirkungen seelischer Erkrankungen und der Analyse des Anti-Stigma Programmes „Papas Seele hat Schnupfen“ zu spezifizieren. Um den Bearbeitungsprozess nun weiter voranzutreiben, begleitete ich Frau Rebstock am Suchtfachtag in Waren sowie auf einer Lesung von „Papas Seele hat Schnupfen“ in einer Grundschule in Glowe auf Rügen. Des Weiteren führte ich Gespräche mit Claudia Gliemann, der Autorin des Kinderbuches „Papas Seele hat Schnupfen“ und der Psychologin Franziska Meinke der AWO Müritz.

Für die Literaturrecherche im Zeitraum von 08.01.2020 bis 25.01.2020 nutzte ich u.a. die Datenbank SpringerLink mit den Suchbegriffen: *Kinder, Psychisch, Kranke, Eltern*. Meine Einschlusskriterien waren neben den Schlagworten die Verfügbarkeit, die deutsche und englische Sprache sowie der Zeitraum 2010 bis

2020. Außerdem nutzte ich die Datenbank PubMed mit den Suchbegriffen: *mental, illness, family, children*. Meine Einschlusskriterien waren die deutsche und englische Sprache, das Erscheinungsdatum innerhalb der letzten fünf Jahre und Begriffe, die mit meiner Suche übereinstimmten.

Für die gezielte Suche von Statistiken in Deutschland fokussierte ich mich ausschließlich auf deutschsprachige Ergebnisse. Das methodische Vorgehen ist im Anhang 1 nach dem PRISMA-Statement Mohler et al. 2009 & Ziegler et al. 2011 dargestellt.

Um eine Analyse des Anti-Stigma-Programms „Papas Seele hat einen Schnupfen“ unter den Gesichtspunkten des „Good Practice“ Ansatzes vorzunehmen, wurden zunächst die inhaltlichen Ziele, das Material, die Geschichte sowie die geplante Lesereise im Landkreis MSE erläutert. Für die abschließende Bewertung wurden die „Good Practice“ Merkmale als Maßstab verwendet. Aufgrund der Corona-Pandemie in Deutschland war es leider nicht möglich, die geplante Lesereise im April 2020 durchzuführen und zu evaluieren. Deswegen wurden Fragebögen von der Autorin Claudia Gliemann aus vergangenen Lesungen ausgewertet.

3.1 Methodenkritik

Die Berechnungen zur Ermittlung der Anzahl von Kindern psychisch erkrankter Eltern im Landkreis MSE wurden erschwert durch das Fehlen von exakten Informationen. Die für die Berechnungen verwendete Studie aus Hamburg Eppendorf liefert keine eindeutigen Informationen über das Alter der Stichprobe, daher ist die Altersspanne ab 25 Jahren ungenau und somit ist das Ergebnis nicht valide. Weiterhin ist davon auszugehen, dass Personen über 60 Jahren keine Eltern von minderjährigen Kindern sind. Diese Personengruppen wurden jedoch in den Berechnungen der vorliegenden Arbeit miteinbezogen, da unklar ist, ob diese Altersgruppen in der Studie aus Hamburg Eppendorf berücksichtigt wurden oder nicht. Daher basieren diese Rechnungen auf Schätzungen, die zu nicht validen Ergebnissen führen. Des Weiteren konnte nicht auf die Originalstudie,

sondern lediglich auf die Ergebnisse in Sekundärliteratur zugegriffen werden, da die Studie bisher unveröffentlicht ist.

Anhand der Rechnung zur Ermittlung der Anzahl psychisch erkrankter Eltern im Landkreis MSE lassen sich ebenfalls keine genauen Angaben über die Anzahl der Kinder ermitteln, da ein Elternteil auch zwei bis drei Kinder haben kann oder auch beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sein können.

Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle erkrankten Erwachsenen in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Behandlung sind, sind nicht alle Kinder mit psychisch erkrankten Eltern erfassbar. Somit existiert eine höhere Dunkelziffer.

Des Weiteren ergeben sich weitere Abweichungen durch unterschiedliche Bezeichnungen in den verwendeten Studien: während eine Studie von Kindern spricht, werden in einer anderen Studie „Kinder und Jugendliche“ benannt, ohne das Alter zu präzisieren. Das deutsche Jugendschutzgesetz definiert Kinder als Personen die das 14 Lebensjahr noch nicht erreicht haben und Jugendlichen als Personen die das 14. Lebensjahr erreicht aber das 18. noch nicht erreicht haben (§1 Abs. 1 S.1 und 2 JuSchG) Daher wird in den Rechnungen bei Kindern eine Alterspanne von 0 bis < 14 (0 bis 13) und bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis < 18 (0 bis 17) angenommen. Weiterhin liefern die Zahlen des Statistischen Bundesamtes MV eine Zählung von Kindern von 0 bis < 15 Jahre. Diese Altersspanne weicht um ein Jahr mit der der Studie ab. Diese Annahmen und die daraus resultierenden Ergebnisse sind daher nicht valide.

Die unterschiedlichen Studien liefern unterschiedliche Angaben und Werte. Trotz der abweichenden Ergebnisse gibt es eine Annäherung, was eine solide Basis für weiterführende Arbeiten liefert.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Lesereise abgesagt werden musste und die geplante Evaluation nicht realisiert werden konnte. Daher dienen 49 von der Autorin erstellte Fragebögen als empirisches Analysewerkzeug. Diese könnten von der Autorin durch eine Vorauswahl bereits selektiert worden sein und die Ergebnisse der Evaluation verzerren. Des Weiteren sind die Evaluationsbögen nicht anonymisiert, was zu sozial erwünschten Antworten und somit zu

Antwortverzerrungen führen kann. Außerdem ist die Rücklaufquote der Fragebögen unbekannt. Die Inhalte sind auswertbar aber für exakte, objektive Rückschlüsse nicht aussagekräftig.

3.2 Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

3.2.1 Geografische Lage

Im Nordosten von Deutschland im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern liegt der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Er umfasst 5.470,35 km² und ist damit doppelt so groß wie das Saarland. Der Landkreis wird aus dem östlichen Teil des historischen Mecklenburgs, zu dem Mecklenburg-Strelitz und Teile von Mecklenburg-Schwerin zählen, und einem kleineren Teil des historischen Vorpommerns gebildet. Der vorpommersche Teil begrenzt sich auf die Gebiete zwischen Demmin, Kummerow und Altentreptow. Neben den Kleinstädten Waren, Neustrelitz und Demmin, welche als Mittelzentren definiert werden, bildet Neubrandenburg die größte Kreisstadt des Landkreises und ist somit auch als Oberzentrum (vgl. Landkreis Mecklenburgische Seenplatte).



Abbildung 1: Karte der Ämter des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte
Quelle: [geoport-ik-mse](http://geoport-ik-mse.de)

Gemäß des regionalen Raumentwicklungsprogramms von 2011 sind außerdem folgende vierzehn Grundzentren im Landkreis definiert: Altentreptow, Burg Stargard, Dargun, Feldberger Seenlandschaft, Friedland, Malchin, Malchow, Mirow, Penzlin, Rechlin, Stavenhagen, Röbel/Müritz, Wesenberg und Woldegk (vgl. Statistisches Amt M-V – Bevölkerungsstand der Kreise, Ämter und Gemeinden 2018).

3.2.2 Demographie

Die Einwohnerzahl in Mecklenburg-Vorpommern (nachfolgend: M-V) sowie im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (nachfolgend: MSE) hat sich seit 1990 stetig verringert. Nach Daten des Statistischen Amtes M-V hat sich die Einwohnerzahl in der MSE zwischen 1990 und 2018 auf 259.130 Einwohner reduziert, was einer Differenz von 77.198 Menschen (-22,05 Prozent) entspricht. Dieser Bevölkerungsrückgang lässt sich durch die Abwanderung in die alten Bundesländer sowie Geburtendefizite erklären. Die hohen Geburtendefizite, die Abwanderung der vor allem jungen Menschen und die gestiegene Lebenserwartung führen zur Veränderung der Altersstruktur im Landkreis MSE (vgl. statistisches Amt M-V 2018, S.2ff). Seit 1990 bis 2018 sank dementsprechend nicht nur der gesamte Bevölkerungsanteil in M-V um 15,58 Prozent, sondern auch der Kinderanteil von 0 bis 18 Jahre um 51,11 Prozent. Ende des Jahres 2018 waren 15,16 Prozent der Gesamtbevölkerung in M-V unter 18 Jahre und 24,66 Prozent über 65 Jahre. 2018 betrug das Durchschnittsalter in M-V 47 Jahre und war somit 11,2 Jahre höher als noch 1990. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die Altersstruktur in M-V zu Gunsten der älteren Bevölkerungsgruppe verschoben hat. Die Bevölkerungsentwicklung im Landkreis MSE ähnelt dem des Landes M-V. Im Dezember 2018 wurden gemäß des statistischen Amtes in M-V für den Bereich MSE 39.004 Kinder von 0 bis 18 Jahren gezählt, was 15,05 Prozent der Gesamtbevölkerung der MSE entspricht, wogegen 25,72 Prozent 65 Jahre und älter sind (vgl. Statistisches Amt M-V 2018, S.30). Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen. Bis 2030 wird mit einem Bevölkerungsrückgang von ca. 86.750 Einwohnern gerechnet. Weiterhin wird für das Jahr 2030 prognostiziert, dass ca. 51,5 Prozent der Bevölkerung über 60

Jahre sein werden und der Anteil der unter 20-Jährigen bei 11,9 Prozent liegen wird. Somit liegt die erwartete Alterung der Gesellschaft in der MSE über dem Durchschnitt des Landes M-V. (vgl. Statistisches Bundesamt).

3.2.3 Aktuelle Situation psychischer Erkrankungen in der MSE

Wie bereits im Kapitel 2 festgehalten, erkranken ca. 30 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung und ungefähr 60 bis 70 Prozent davon sind Eltern. Eine genaue Zahl kann derzeit nicht dokumentiert werden, da nicht alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung in therapeutischer, ambulanter oder teil- sowie vollstationärer Behandlung sind.

Fritz Mattejat geht davon aus, dass in Deutschland ca. 3 Millionen Kinder psychisch erkrankte Eltern haben (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.20). Christiansen et al. gehen von der Annahme aus, dass sogar ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche betroffen sind (vgl. Witte 2018, S.160). Da bisher keine Studien oder Statistiken für den Landkreis MSE vorliegen, basieren Hochrechnungen ausschließlich auf Schätzungen.

Ausgehend von der Annahme, dass 27,8 Prozent (vgl. Mack et al. 2014, S.289ff) bis 30 Prozent (vgl. Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S.1) der Deutschen psychisch erkrankt sind, ergeben sich in der anschließenden Rechnung folgende Ergebnisse für psychisch erkrankte Eltern.

Rechnung 1: Bei einer Bevölkerungszahl von 208.104 Menschen über 25 Jahren in der MSE ergibt sich eine Anzahl von 57.852,9 (27,8 Prozent laut Mack et al.) bis 62.431,3 (30 Prozent nach A. Lenz und Wiegand-Grefe) psychisch erkrankter Menschen.

Die Studie aus Hamburg-Eppendorf ergab, dass ca. 17 Prozent der Patienten/-innen Eltern von minderjährigen Kindern waren. 17 Prozent aller psychisch Erkrankten über 25 Jahre in der MSE, ergeben einen Wert von **9.834,9 bis 10.613,3 Personen**. Es ist also davon auszugehen, dass im Landkreis MSE ca. 9.834,9 bis 10.613,3 der psychisch erkrankten Patienten/-innen Eltern von minderjährigen Kindern sind. Da diese Zahlen nur die Eltern betreffen, lässt sich nicht genau sagen, wie viele Kinder betroffen sind, da ein Elternteil auch zwei bis

drei Kinder haben kann oder auch beide Elternteile betroffen sein können. Außerdem können aus der Studie aus Hamburg-Eppendorf keine Informationen über das Alter der Stichprobe genommen werden. Daher ist die Altersspanne ab 25 ungenau und somit ist das Ergebnis nicht valide. Weiterhin ist davon auszugehen, dass Personen über 60 keine Eltern von minderjährigen Kindern sind. Diese Personengruppen wurden jedoch in der Rechnung mit einbezogen, da kein Wissen darüber besteht, welche Altersspanne in dieser Studie aus Hamburg-Eppendorf erfasst wurde.

In den nachfolgenden Berechnungen wird die Anzahl der Kinder erkrankter Eltern ermittelt.

Rechnung 2: In einer alternativen Rechnung, bei der davon ausgegangen wird, dass es in Deutschland 3 Millionen Kinder (0 bis inklusive 13 Jahre) von insgesamt 11,28 Millionen Kindern (0 bis inklusive 13 Jahre) mit psychisch erkrankten Elternteilen gibt, entspricht dies 25,68 Prozent der Kinder von 0 bis inklusive 13 Jahren.

Im Landkreis MSE wurden 2018 für den Altersbereich 0 bis 15 Jahren 32.474 Kinder gezählt (diese Altersspanne bezieht sich auf Kinder von 0 Jahre bis Kinder die das 15. Lebensjahr noch nicht erreicht haben). Da keine Zahlen für Kinder im Alter von 0 bis inklusive 13 Jahren vorliegen, wurde die Altersspanne von 0 bis 15 Jahren als Berechnungsgrundlage verwendet. Bezogen auf den Wert von 25,68 Prozent ergeben sich **8.339,3** Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

Christiansen, Anding und Donath gehen wie oben beschrieben von 3,8 Millionen Kindern und Jugendlichen (0 bis einschließlich 17 Jahre) aus. Deutschland zählte im Jahr 2018 13,59 Millionen Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre). Sind davon 3,8 Millionen mit einem psychisch belasteten Elternteil konfrontiert, ergibt dies 27,96 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahre.

Für den Bereich der Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre) wurden 2018 in der MSE 38.994 Kinder und Jugendliche gezählt. Ausgehen davon, dass in dieser

Altersspanne 27.96 Prozent betroffen sind, ergeben sich **10.902,7 Kinder und Jugendliche** mit einem psychisch belasteten Elternteil.

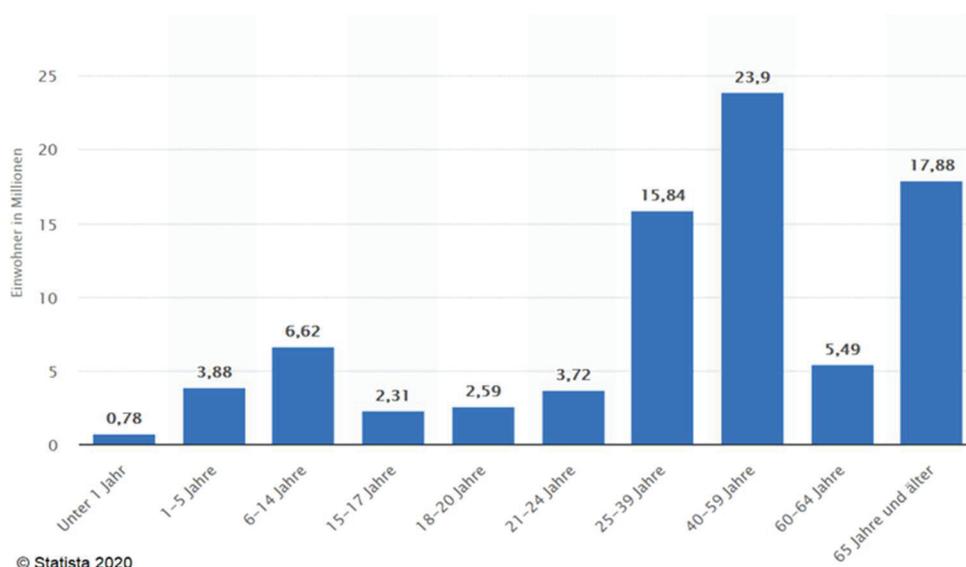


Abbildung 2: Zahl der Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen
Quelle: Statista

Rechnung 3: In Deutschland leben 11,28 Millionen Kinder (0 bis inklusive 14 Jahre) und im Landkreis MSE 32.474 Kinder (0 bis inklusive 14 Jahre). Dies entspricht 0,29 Prozent aller deutschen Kinder. Bei 3 Millionen Kindern mit psychisch erkrankten Eltern in Deutschland, ergibt dies in Relation (= 0,29 Prozent) im Landkreis MSE eine Anzahl von **8.700 betroffenen Kindern**.

Für den Altersbereich von 0 bis 17 Jahren (die Zahlen beziehen sich auf eine Altersspanne von Kindern zwischen 0 Jahren und jene, welche das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben) zählte Deutschland im Jahr 2018 13,59 Millionen und im Landkreis MSE 38.994 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre). Dies entspricht 0,29 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Ausgehen von 3,8 Millionen Kindern und Jugendlichen, ergibt dies bezogen auf 0,29 Prozent in der MSE eine Anzahl von **11.020 betroffenen Kindern und Jugendlichen**.

Fazit: Zusammengefasst ergeben sich folgende Ergebnisse. Im Landkreis MSE leben ca. **9.834,9 bis 10.613,3** psychisch erkrankte Eltern von minderjährigen Kindern (0 bis 17 Jahre).

Rechnung zwei und drei stellten fest, dass ca. **8.339,3 bis 8.700 Kinder** und **10.902,7 bis 11.020 Kinder und Jugendliche** im Landkreis MSE betroffen sind. Diese beiden Rechnungen ergeben annähernd denselben Wert an Kindern / Kinder und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern.

Der errechnete Wert in der ersten Rechnung lässt sich mit den anderen beiden nicht vergleichen, da nur eine Aussage über die Anzahl der Eltern gegeben werden kann, nicht aber über die tatsächliche Zahl betroffener Kinder und Jugendliche.

Tabelle 1: Bevölkerung am 31.12.2018 nach Altersgruppen und Kreisen

Alter von...bis... unter...Jahren	Mecklenburg- Vorpommern	Mecklenburgische Seenplatte
Insgesamt	1.609.675	259.130
unter 6	81.870	12.606
6 - 15	123.015	19.868
15 - 18	39.138	6.530
18 - 25	87.239	12.022
25 – 30	76.233	10.446
30 - 50	391.182	60.344
50 – 65	413.892	70.656
65 und mehr	397.106	66.658

Eigene Darstellung nach: Statistisches Amt M-V, Statistisches Jahrbuch 2019

4 Auswirkung auf das Familiensystem bei psychisch erkrankten Eltern

Mit dem Eintreten einer psychischen Erkrankung eines Elternteils ist die ganze Familie betroffen. Für die Kinder der seelisch belasteten Eltern bilden sich gravierende Belastungen und Entwicklungsrisiken heraus, welche durch die defizitäre Beziehungsgestaltung und Erziehungskompetenz der Eltern verursacht werden (vgl. Lenz und Jungbauer 2008, S.7).

Eine Familie durchlebt im Laufe der Zeit immer wieder Phasen von positiven als auch von negativen Ereignissen. Bis zu einem bestimmten Punkt können Familien anhand ihrer vorhandenen Ressourcen, Strategien und mithilfe sozialer

Unterstützung viele Krisen bestehen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils lässt sich als eine weitere familiäre Krise definieren und je nach Schwere der psychischen Störung und den vorhandenen Ressourcen in der Familie sind die Belastungen bis zu einem gewissen Grad ohne eine schwerwiegende Begrenzung der elterlichen Erziehungsleistungen kompensierbar. Auf der einen Seite fällt also eine psychische Erkrankung eines Elternteils in eine Reihe der Belastungen, mit denen Familien zu kämpfen haben. Andererseits benötigen Familien aufgrund dieser besonderen Situation eine signifikante Form der familiären Bewältigung und spezifischer sozialer Unterstützung (vgl. Schrappe 2018, S.21f).

Remschmidt und Mattejat klassifizieren die von der elterlichen psychischen Erkrankung ausgehende Belastung in einem allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsmodell (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S.24). Dieses Modell unterscheidet drei Faktoren, die auf die kindliche Entwicklung einwirken (vgl. Schrappe 2018, S.22).

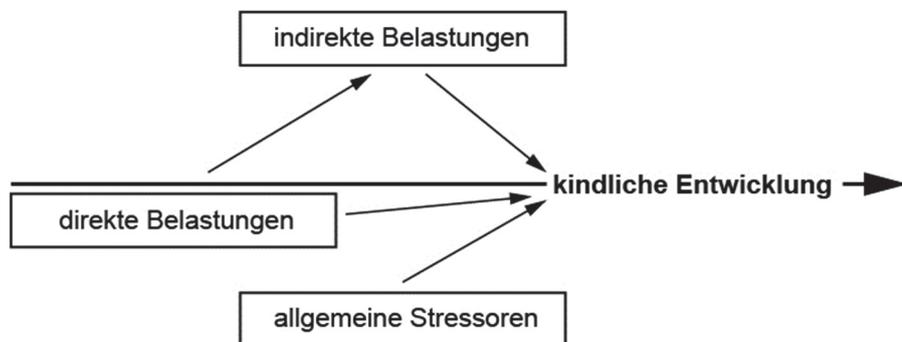


Abbildung 3: Allgemeines kinder- und jugendpsychiatrisches Modell nach Remschmidt & Mattejat (1994)
Darstellung durch die Verfasserin nach: Schrappe 2018, S.23

Der erste Aspekt sind die Einflüsse durch die direkten Belastungen. Dazu zählt das Aufwachsen bei einem psychisch kranken Elternteil, da dies ein psychosozialer Risikofaktor für das seelische Wohlbefinden des Kindes darstellt. Die außerordentliche Belastung der Eltern führt u.a. durch den Ausfall der Versorgungsleistung durch den Elternteil, die Trennung von Eltern und Kind durch Klinikaufenthalte oder durch einen unangemessenen bzw. gefährdenden

Umgang mit dem Kind in den meisten Fällen zu außerordentlichen Belastungen der Kinder. Des Weiteren wirken sich auch das geänderte elterliche Vorbild, das Problemlöseverhalten, die emotionale Selbststeuerung sowie die erlebte Selbstwirksamkeit als direkte Belastungen auf kindliche Entwicklungsverläufe aus (vgl. Schrappe 2018, S.23).

Die Häufung der psychosozialen Belastungen bildet den zweiten Aspekt, die einen zusätzlichen Risikofaktor für Kinder darstellen. Psychische Erkrankungen stehen in Korrelation mit dem Auftreten vermehrter Partnerschaftskonflikte, verminderter sozialer Integration, schlechteren Berufschancen und einem niedrigen materiellen Status. Diese Faktoren beeinflussen indirekt die Entwicklung der Kinder (vgl. Schrappe 2018, S.23).

Allgemeine Stressoren, die unabhängig der psychischen Erkrankung des betroffenen Elternteils auftreten, bilden den dritten Aspekt in dem Modell von Remschmidt und Mattejat. Dazu zählen z.B. Auseinandersetzungen mit der Nachbarschaft oder der Wechsel einer geliebten Lehrerin, welche als zusätzliche Verstärker der Belastungen fungieren. Da die psychische Erkrankung eines Elternteils die gesamte Energie der Familie beansprucht, können die betroffenen Familien auf die geforderten Bewältigungsstrategien nicht zurückgreifen und somit die normalen Belastungen nicht in üblicher Form bewältigen (vgl. Schrappe 2018, S.23f.). Dies hat vor allem bei psychotischen Eltern einen erhöhten negativen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder, da es nicht nur zur Summierung, sondern zur vielfachen Verstärkung dieser Faktoren kommt (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S.24).

Das vorliegende Modell zeigt, dass Kinder psychisch kranker Eltern oft mit besonderen Herausforderungen konfrontiert werden. Eine ausführlichere Aufzeichnung der subjektiven Perspektiven der Kinder eröffnet ein differenziertes Verständnis dafür, wie stark die Kinder mit der Situation belastet sind (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.29f.). In unterschiedlichen Studien wurden durch Interviews das persönliche Erleben der Kinder qualitativ erfasst und erforscht (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.32). Diese ergaben, dass eine große Zahl von Kindern unter Angst- und Schuldgefühlen, Parentifizierung, Desorientierung,

Verwahrlosung oder sozialer Isolation leiden (vgl. Lenz und Jungbauer 2008, S.7).

4.1 Ent-Normalisierung des Familienlebens

Kinder, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, wachsen in einer instabilen, strukturschwachen und unberechenbaren Atmosphäre auf. Dies offenbart sich in der Tatsache, dass das erkrankte Elternteil sein Erziehungsverhalten strukturell nicht mehr aufrechterhalten kann. Das Einhalten der Alltagsroutinen, wie z.B. das Einhalten bestimmter Verhaltensregeln und Grenzen, fällt dem belastenden Elternteil schwer. Diese inkonsequenten Grenzen können seitens der Kinder nicht mehr abgeschätzt werden und führen zu einem unwillkürlichen und unberechenbar wirkenden elterlichen Handeln. Somit fallen für die Kinder die notwendigen, Halt gebenden Strukturen in der Erziehung weg (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.43).

Weiterhin kommt es zum Verlust von familiären Alltagsstrukturen. Mit dem Eintreten einer Krankheitsphase werden die bis dahin bestehenden Alltagsstrukturen verändert. Aufgaben, Abläufe und gewohnte Strukturen werden neu verteilt um den Ausfall des Elternteils zu kompensieren. In Folge dessen kommt es bei den Kindern in der Freizeitgestaltung, beispielsweise der Teilnahme an Vereinsbesuchen oder dem Treffen mit Freunden, oftmals zu Abbrüchen oder Unregelmäßigkeiten (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.43). Gravierende Veränderungen im Familiensystem entstehen, wenn eine stationäre Aufnahme eines Elternteils erfolgt. Einige Kinder werden während dieser Zeit in Pflegefamilien betreut und sind nicht nur gezwungen den Verlust des Elternteils und die eigenen Ängste zu verarbeiten, sondern müssen sich dazu auch auf das neue Familiensystem einstellen und anpassen. Manche Kinder werden tagsüber von anderen Familienmitgliedern oder einer Familienpflege betreut und abends sowie am Wochenende von dem anderen Elternteil. Während dieser Zeit übernehmen die Kinder aktiv Aufgaben im Haushalt um den gesunden Elternteil zu entlasten. Außerdem leiden die Kinder unter Trennungsängsten und Traurigkeit, welche durch das ungewisse zeitliche Ausmaß des Aufenthaltes in einer neuen Umgebung verschlimmert wird:

„Manchmal mache ich mir ein bisschen Sorgen und manchmal weine ich auch ein bisschen [...] dass es irgendwann noch schlimmer wird [...] Wenn sie irgendwann ganz lange im Krankenhaus bleiben müsste, ganz lange“ (Mädchen, 7 Jahre) (Lenz und Brockmann 2013, S.35).

Zusätzlich entstehen im Familiensystem eine Rücksichtnahme und Vorsicht gegenüber dem belasteten Elternteil. Die Kinder passen sich den gesundheitlichen Situationen des Elternteils an und stellen ihre persönlichen Bedürfnisse und Wünsche in den Hintergrund, wie dieses Zitat eines zwölfjährigen Jungen verdeutlicht:

„Ja und mein großer Bruder sagt auch manchmal, dass wir ihr mehr helfen müssen, weil sonst passiert noch was. Ja, ich und meine Brüder, wir haben jetzt schon einen Plan [...] einen Tag macht er was und einen Tag mache ich was und am anderen Tag die anderen und so wechseln wir uns ab, um unserer Mutter zu entlasten“ (Lenz und Brockmann 2013, S.35)

Somit wird die Ent-Normalisierung des Alltags nicht nur durch das veränderte Verhalten des belastenden Elternteils beeinflusst, sondern auch durch die veränderten Reaktionen der Kinder und des anderen Elternteils. Durch die Adaption des familiären Alltags an die Krankheit des Elternteils rückt eben diese stärker in den Mittelpunkt der gesamten Familie (vgl. Brockmann et al. 2016, S.44).

4.2 Desorientierung der Kinder

Kinder beobachten ihr erkranktes Elternteil sehr feinfühlig und sind in der Lage Veränderungen in den Handlungen, der Gefühlsäußerungen und Verhaltensweisen der Eltern auf eine sensible Art wahrzunehmen. Sie bemerken sofort, wenn die Mutter oder der Vater unruhiger wird, exzitabel reagiert, mehr schläft, viel weint, sich isoliert, teilweise keine Reaktionen zeigt, sich ängstlicher verhält oder überbesorgt wird. Diese Gemüts- und Verhaltensänderungen lösen bei Kindern individuelle Reaktionen aus. Kleine Kinder reagieren auf derartige Veränderungen meist aggressiv, um ihre Überforderung mit der Situation auszudrücken. Bei älteren Kindern ist ein Vermeidungsverhalten beobachtbar. Sie ziehen sich zurück, verhalten sich ruhig, vorsichtiger und reduzieren ihre

Forderungen stark, um das Elternteil nicht zusätzlich zu belasten (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 32). Aufgrund fehlender Emotionalität des Elternteils rücken emotionale Kontakte wie Wertschätzung, Anteilnahme und Zärtlichkeiten zwischen Kind und Eltern in den Hintergrund. Stattdessen erfahren sie Abweisung und befremdende Kühle. Somit fühlen sich die betroffenen Kinder mit ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen und entwertet, was eine Anpassung an die elterlichen Wünsche verstärkt. Sie lernen ihre eigenen Gefühle zu unterdrücken und diese in keiner angemessenen Art zum Ausdruck zu bringen (vgl. Brockmann et al. 2016, S.42). Gleichzeitig versuchen die betroffenen Kinder die Ursache des Umstandes zu verstehen und das Verhalten des Elternteils zu deuten. Liegt bei den Kindern Wissen über die Erkrankung vor, so sind sie in der Lage, das auffällige elterliche Verhalten der psychischen Erkrankung zuzuweisen und einzuordnen. Bei Kindern, welche kein Wissen über die Krankheit haben, lösen die Wahrnehmungen und Auffälligkeiten auf ihrer Seite Sorgen, Ängste und Verwirrungen aus. Diese Sorgen und Ängste bilden meist das Fundament für Enttäuschung, Traurigkeit oder Wut gegenüber dem erkrankten Elternteil (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.33).

4.3 Schuldgefühle

Schuldgefühle entstehen in den meisten Fällen aufgrund des fehlenden Wissens über psychische Erkrankungen. Es konnte festgestellt werden, dass Kinder die Ursache der Erkrankung in dem Entstehen von Belastungen und Überlastungen begründen und diese mit einer eigenen Schuldzuweisung verbinden, sodass sie sich mitverantwortlich für die Erkrankung des betroffenen Elternteils fühlen. Vor allem bei kleinen Kindern wird die Schuldfrage mit dem eigenen, schlechten Verhalten verknüpft. Viele Kinder sind der Meinung, dass das Elternteil krank sei, weil sie böse waren, nicht gehorchten und zu laut geschrien haben. Diese Schuldgefühle der Kinder belasten das betroffene Elternteil zusätzlich, da sie alle Familienmitglieder, insbesondere die Kinder, von dieser Schuld befreien wollen (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.35ff).

4.4 Tabuisierung

In vielen Familien existiert ein Redeverbot außerhalb der Familie über die psychische Erkrankung. 2005 wurde in einer Erhebung von Albert Lenz (Children's ideas about their parents' psychiatric illness--an explorative study) nachgewiesen, dass 37 Prozent der befragten Patienten/-innen ihre Kinder über die Krankheit nicht ausreichend aufgeklärt haben (vgl. Lenz 2005, S.382ff). Die Ursache der mangelhaften Aufklärung lässt sich in den Ängsten der Eltern begründen, da sie befürchten, dass ihre Kinder aufgrund der Informationen einer zu hohen Belastung ausgesetzt sind. Dies ist jedoch als eine falsch verstandene Rücksichtnahme zu definieren, denn der Großteil der Eltern ist mit der Situation selbst und mit der kindgerechten Erklärung der Krankheit überfordert. Sie haben Angst davor, bei einem aufklärenden Gespräch mit dem Kind das Falsche zu sagen (vgl. Brockmann et al. 2016, S.32). Außerdem wollen betroffene Elternteile ihre Kinder nicht mit der eigenen Hilflosigkeit konfrontieren. Vor allem das gesunde Elternteil tendiert dazu, die Krankheit des Anderen zu kaschieren. Womöglich nicht nur aus Angst, sondern auch aus dem Bedenken, dass die Kinder die/den Erkrankte/-n verachten oder wegstoßen (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.38). Des Weiteren bestehen Ängste gegenüber dem sozialen Umfeld der Kinder, denn sie sollen vor eintretenden Vorurteilen, Stigmatisierungen, Ablehnungen und Abgrenzungen geschützt werden. Diese Ängste der betroffenen Eltern führen zu einem familiären Schweigeverbot, welches innerhalb und außerhalb der Familie besteht (vgl. Brockmann et al. 2016, S.33), wie dieses Interview mit einer Achtjährigen zeigt:

„Ja und Mama möchte das auch nicht, dass ich mit anderen in der Schule darüber rede. Das wäre schon etwas unangenehm, dass das alle wissen.“ (Lenz und Brockmann 2013, S.39).

Diese familiäre Tabuisierung führt zu einem inneren Konflikt der Kinder, der sich darin begründet, dass die Kinder sich nicht trauen Fragen zu stellen und Ängste offen anzusprechen, obwohl sie ein natürliches Bedürfnis nach Antworten und Informationen haben (vgl. Brockmann et al. 2016, S.33f.). Die Kinder sind aufgrund dieses Mechanismus nicht fähig, sich jemanden außerhalb der Familie anzuvertrauen, da sie dadurch das Gefühl des Verrates empfinden. Sie sitzen

zwischen zwei Stühlen, mit dem Loyalitätsempfinden gegenüber den Eltern einerseits und ihrem Bedürfnis mit jemandem über Ihre Last zu sprechen andererseits (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.40).

4.5 Soziale Isolation

Die zuvor erläuterte Tabuisierung der psychischen Erkrankung eines Elternteils führt zu einem sozialen Rückzug der gesamten Familie (vgl. Brockmann et al. 2016, S.38) und dem Wegfall außerfamiliärer Bezugspersonen für die Kinder. Sie wissen nicht, an wen sie sich wenden können und lehnen Beziehungsangebote aus dem nahen Umfeld in Teilen ab, um die Familie nicht zu verraten. Zusätzlich sind viele Kinder nicht in der Lage, die elterlichen Verhaltensweisen und ihre Sorgen anderen Personen zu erklären, da ihnen aufgrund des Redeverbots die passenden Worte fehlen. Somit ist das Schweigen auch ein Ausdruck ihrer eigenen Sprachlosigkeit (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.40). Die Schamgefühle der Kinder beeinflussen den Aufbau und den Erhalt sozialer Beziehungen. Um zu verhindern, dass Freunde von der elterlichen Problematik etwas mitbekommen oder in unangenehme Situationen geraten, werden diese nicht nach Hause eingeladen, wodurch die Kinder von Betroffenen schnell in eine Außenseiterposition gerückt werden. Die Folgen sind Ausgrenzung aus der gleichaltrigen Gruppe und Stigmatisierung (vgl. Brockmann et al. 2016, S.38). Vor allem Jugendliche werden oft mit Stigmatisierung und Entwertung ihres erkrankten Elternteils konfrontiert, da das gesellschaftliche Bild psychischer Krankheiten heutzutage immer noch von Abwertung und Stigmatisierung gekennzeichnet ist. So kommt es dazu, dass selbst der Freundeskreis herablassend über die betroffene Mutter oder Vater spricht und die Kinder sich demzufolge sozial erniedrigt, verletzt und ausgegrenzt fühlen. Soziale Isolation bietet daher oft nicht nur einen gewissen Schutz des Familiengeheimnisses, sondern auch einen Schutz vor peinlichen und erniedrigenden Situationen. Dies führt unweigerlich zu gering ausgeprägten Netzwerkbeziehungen (vgl. Brockmann et al. 2016, S.39).

4.6 Parentifizierung der Kinder

Zur instrumentellen Parentifizierung der Kinder zählen die Übernahme des elterlichen Verantwortungsbereiches im Alltag, wie das Organisieren des Haushaltes oder finanzieller Angelegenheiten, das Versorgen und Betreuen jüngerer Geschwister und des erkrankten Elternteils. Damit einher erleben Kinder ein Gefühl der Unentbehrlichkeit (vgl. Brockmann et al. 2016, S.39f.). Sie fühlen sich verantwortlich für das erkrankte Elternteil und tragen dazu bei, dass Medikamente regelmäßig eingenommen werden, sorgen für die Einhaltung von Arztterminen, räumen auf und waschen die Wäsche (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.41). Als Young Carers (dt. Junge Pflegende) werden Minderjährige bezeichnet, die regelmäßig ein oder mehrere chronisch kranke Familienmitglieder versorgen, pflegen und unterstützen. Sie übernehmen Aufgaben, welche aufgrund der Erkrankung des Elternteils nicht mehr von eben dieser ausgeführt werden können. Diese Aufgaben umfassen die Mobilisation, Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, medizinische Tätigkeiten und emotionale Unterstützung. In Deutschland gehören sie lange zu einer selten wahrgenommen und abgeschnittenen Gruppe von pflegenden Angehörigen (vgl. Metzger 2018).

„Weil er ist eigentlich einer, der nimmt Rücksicht mir gegenüber. Weil wenn der merkt, dass ich krank bin, dann schleicht der um einen. Dann ist das kein Kind mehr. Ich habe ihm viel seiner Kindheit auch dadurch genommen. Weil er sich viel um mich kümmern will und machen will.“ (Mutter mit Posttraumatischer Belastungsstörung eines 13-jährigen Jungen) (Brockmann et al. 2016, S.26).

Die emotionale Parentifizierung ist charakterisiert durch die Übernahme der emotionalen Stützfunktion für die gesamte Familie durch die Kinder. Ein Kind kann die Rolle des Sorgenden übernehmen, die Aufrechterhaltung der Ehe unterstützen oder als Gesprächspartner fungieren und dadurch mit nicht alters- und entwicklungsinadäquaten Anliegen konfrontiert werden. Die emotionale Parentifizierung hat Auswirkungen auf die Entwicklung von Depressionen oder somatoformen Schmerzen im Erwachsenenalter der betroffenen Kinder. Aufgrund der Umkehrung der Eltern-Kind-Rolle entstehen bei den Kindern die Erfahrungen, dass sie nur anerkannt werden, wenn sie für andere sorgen (vgl.

Brockmann et al. 2016, S.40f.). Sie stehen im Zwiespalt zwischen dem Gefühl der Macht sowie Einzigartigkeit und der Angst den hohen Erwartungen am Ende doch nicht gerecht zu werden (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 42).

Die Verantwortungsübernahme ist jedoch nicht in allen Fällen ein außerordentlicher Belastungsfaktor. Studien zeigen, eine altersgerechte Verantwortungsübernahme Kinder widerstandsfähiger gegenüber Belastungen macht und sich positiv auf deren Entwicklungsverläufe auswirkt (vgl. Brockmann et al. 2016, S.41).

4.7 Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung der Kinder

Neben gravierenderen Belastungen und Gesundheitsrisiken für Kinder psychisch erkrankter Eltern, kann die elterliche seelische Belastung auch einen negativen Einfluss auf kindliche Entwicklungsverläufe haben (vgl. Jungbauer et al. 2019). Zahlreiche Studien belegen, dass die Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen ein ca. dreifach (vgl. Fryers und Brugha 2013) erhöhtes Risiko für psychische und psychosomatische Störungen im Kindes- und Jugendalter nachweisen (vgl. Lenz 2005, S.13). Des Weiteren wurde bei vielen Kindern eine Bandbreite von psychopathologischen Auffälligkeiten und ernsthaften kognitiven, emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen festgestellt (vgl. Mattejat und Lisofsky 2014. S. 67). Kinder aller Altersgruppen weisen demnach ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten sowie emotionale Probleme auf. Die Art und das Ausmaß der kindlichen Reaktion auf die psychische Erkrankung der Eltern sind unterschiedlich, da altersabhängig ausgeprägt. (vgl. Lenz 2005, S.16).

Aufgrund des fehlenden Urvertrauens kann sich bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter eine Bindungsstörung ausprägen. Diese ist bedingt durch eine fehlende körperliche und psychische Nähe zur Bezugsperson, da die Aufmerksamkeit des erkrankten Elternteils auf seine eigene emotionale Verfassung fokussiert ist. Im weiteren Verlauf kann diese ursächlich für vermehrte Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen sein. Des Weiteren kann es durch fehlende Anreize zur Beeinträchtigung der Sprachentwicklung kommen. Mit Eintritt in den Kindergarten reagieren die Kinder

häufiger mit hyperaktiven, aggressiven oder dissozialen Verhalten. Kinder in der Altersgruppe von drei bis sechs zeigen oft ein leicht ablenkbares und störbares Verhalten und werden als depressiv, ängstlich, zurückgezogen und zerstreut beschrieben (vgl. Brockmann et al. 2016, S.51). Mit Schuleintritt stehen die Kinder nicht nur vermehrt unter erhöhter Beobachtung, sondern sehen sich erstmals auch mit anderen Herausforderungen konfrontiert. Es kommen gegebenenfalls Verhaltensweisen zum Vorschein, welche bisher unentdeckt blieben, wie z.B. Aggressivität, fehlende soziale Kompetenzen, Ängstlichkeit, depressive Verhaltensweisen und dissoziale sowie hyperkinetische Verhaltensstörungen (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 77f).

5 Resilienz zur Stärkung der Kinder psychisch erkrankter Eltern

Nicht alle Kinder psychisch erkrankter Eltern erkranken im Laufe ihres Lebens selbst an einer psychischen Störung, obwohl zahlreiche Belastungen und genetische Dispositionen die Ausprägung einer psychischen Erkrankung begünstigen. In einer Studie von Rutter und Quinton wurde 1984 festgestellt, dass von 137 betroffenen Familien circa ein Drittel der Kinder während dieses Zeitraums gesund geblieben sind. Ein weiteres Drittel zeigte für einen kurzen Zeitraum psychische Auffälligkeiten und das letzte Drittel erkrankte längerfristig an psychischen Störungen. Auch in anderen Studien konnte nachgewiesen werden, dass nicht alle unter belastenden Lebensverhältnissen aufwachsenden Kinder negative Entwicklungsverläufe aufweisen. Die Beziehung zwischen prekären Lebensverhältnissen und einer gesunden Entwicklung ist ein Untersuchungsgegenstand der Resilienzforschung (vgl. Brockmann et al. 2016, S.59).

Resilienz bezeichnet die Widerstandsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen gegenüber biologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Sie stellt das Gegenüber zur Vulnerabilität dar. Resilienz bezeichnet im Kern die Fähigkeit, den Prozess oder das Ergebnis der erfolgreichen Bewältigung von belastenden Lebensumständen: „process of, capacity for, or outcome of successfull adaption

despite challenging or threatening circumstances“ (Masten, Best & Garnezy 1990, S.426). Anders als ursprünglich angenommen, ist Resilienz ein dynamischer Prozess und kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal. Sie entwickelt sich in einem wechselseitigen Interaktionsprozess zwischen Kind und Umwelt. Dabei wird sie als „variable Größe“ (Wustmann 2008, S.30) verstanden, die aufgrund stetig verändernder Ereignisse und Lebensumstände neu bestehen bzw. neu gebildet werden muss.

Gezielte Maßnahmen und Angebote für Kinder können zu einer Stärkung der Resilienz führen. Damit Präventionsangebote eine effektive und positive Wirkung erzielen und an den Bedürfnissen der Kinder psychisch erkrankter Elternteile angepasst sind, ist die Integration der subjektiven Belastung der Betroffenen essentiell (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S.24). Neben Persönlichkeitsmerkmalen und Umweltfaktoren spielt auch die Förderung in Kindergärten und Schulen eine bedeutende Rolle in der Ausbildung einer prägnanten Resilienz, da Kinder dort positive und stabilisierende Erfahrungen machen. Ein Ursprung für das Ausbilden der Resilienz befindet sich in den schützenden Faktoren innerhalb des Kindes und dessen sozialen Umfelds. Diese bilden somit wichtige Ansatzpunkte für die Förderung und Stärkung der betroffenen Kinder (vgl. Brockmann et al. 2016, S.50f.). Die Forschung beschreibt zwei Arten von Schutzfaktoren: die generellen Schutzfaktoren (unterteilt in persönliche, familiäre sowie soziale Schutzfaktoren) und die spezifischen Schutzfaktoren (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 50ff).

5.1 Persönliche Schutzfaktoren

Die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten sind für die Bewältigung von problematischen Lebenssituationen signifikant (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S53). Zu den relevanten persönlichen Schutzfaktoren zählen positive Temperamentsmerkmale der Kinder, wie Ausgeglichenheit und Ruhe. Kinder mit einem einfachen und ausgeglichenen Temperament weisen eine erleichterte Interaktion zu Bezugspersonen auf und vermeiden Eskalationen. Weitere wichtige persönliche Schutzfaktoren sind soziale Empathie, Problemlösefähigkeit, schulische Leistungsfähigkeit und die damit verbundene Anerkennung und Selbstbestätigung. Resiliente Kinder können unterscheiden,

ob sie eine Situation selbstständig beeinflussen können oder nicht. Daher sind sie in der Lage, Zuversicht und Vertrauen in sich selbst zu bilden und verfügen über ein hohes Maß an positiver Selbsteinschätzung, da sie z.B. Gefahren der eigenen Überschätzung erkennen (vgl. Brockmann et al. 2016, S. 81ff).

5.2 Familiäre Schutzfaktoren

Das Familienumfeld spielt ebenfalls eine essentielle Rolle bei der Ausprägung von Resilienz. In einem stabilen und positiven Familienumfeld werden Kinder widerstandsfähiger und krisensicherer. Eine emotionale und sichere Bindungserfahrung, welche auf einer beständigen und angemessenen Fürsorge durch Bezugspersonen beruht, bildet eine bedeutungsvolle Schutzfunktion gegenüber Stressoren. Gleichzeitig trägt sie bei der Entwicklung des Ausmaßes von Resilienz oder Vulnerabilität der Kinder bei. Sichere Bindungen unterstützen die Entwicklung von Selbstvertrauen, sozialer Kompetenzen, Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten sowie Selbstwertgefühl. Im engen Verhältnis zur sicheren Bindung steht das positive Erziehungsklima. Eine liebevolle und autoritäre Erziehung sowie ein demokratisches Erziehungsklima, welches durch Zuwendung, Harmonie, einer unterstützenden Selbstständigkeit, emotionales Engagement und einer offenen, partnerschaftlichen Kommunikation gekennzeichnet ist, sind förderlich für Bildung von Resilienz (vgl. Brockmann et al. 2016, S.85ff). Eltern sollten ihre Kinder als gleichberechtigte Individuen anerkennen, deren Wünsche und Interessen ernst nehmen und parallel ihre Grenzen aufzeigen (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.59f.).

5.3 Soziale Schutzfaktoren

Soziale Schutzfaktoren sind das Netzwerk von sozialen Beziehungen zu Verwandten, Freunden/-innen, Bekannten, Lehrern/-innen und Erziehern/-innen. Sie tragen wesentlich zur Förderung der Resilienz bei, da sie das aktive Bewältigungsverhalten von Problemen und das Wohlbefinden fördern sowie einen Schutz gegenüber Stressoren bilden (vgl. Brockmann et al. 2016, S.88). Vertraute Bezugspersonen außerhalb der Familie geben zusätzliche Stabilität und sorgen für einen Schutz gegenüber Belastungen. Solche Beziehungen

bieten Kindern einen Rückzugsort, an denen sie sich geborgen fühlen, über Ängste und Sorgen sprechen können und zugleich Unterstützung erhalten (vgl. Brockmann et al. 2016, S.88f). Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil sprechen ihre Probleme oft nicht an, sondern verdeutlichen diese durch Verhaltensveränderungen. Vor allem Lehrer/-innen sind aufgrund des täglichen Kontaktes mit betroffenen Kindern in der Position solche Veränderungen zu beobachten. Somit übernehmen sie oftmals die Funktion der Vertrauensperson und der Helfenden (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.131). Nicht nur erwachsene Bezugspersonen wie Lehrer/-innen, Trainer/-innen oder Familienmitglieder stellen soziale Bezugspersonen, sondern auch gleichaltrige Kinder. Dieses Umfeld der gleichaltrigen Kinder (*Peergroup*) entwickelt sich vor allem im Jugendalter zu einem einflussreichen Faktor. Heranwachsende erleben durch den Kontakt zu anderen Gleichaltrigen Ablenkung, Spaß, Normalität und beobachten Problemlöse- und Konfliktstrategien ihrer *Peers*, die sie übernehmen (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.63f).

5.4 Spezifische Schutzfaktoren

Kinder mit einer guten Resilienz verfügen neben den generellen Schutzfaktoren auch über spezifische Schutzfaktoren, die sie gegenüber Belastungen stärken (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S. 69). Es wird zwischen zwei Arten von Schutzfaktoren unterschieden: Erstens, das Krankheitswissen und Krankheitsverstehen der Kinder und zweitens, die innerfamiliäre Krankheitsbewältigung (vgl. Brockmann et al. 2016, S.69). Da das fehlende Wissen über die psychische Erkrankung des Elternteils zu einer Verstärkung der Sorgen und Ängste seitens der Kinder führt, muss eine kindgerechte, offene Gesprächskultur über die elterliche Erkrankung etabliert werden, in der kindliche Befürchtungen und Ängste ernstgenommen werden (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.70). Eltern muss die Angst genommen werden, ihre Kinder durch Informationen zu überfordern, da eine tatsächliche Überforderung nicht durch Informationen über die Erkrankung per se entsteht, sondern durch das Unvermögen der Kinder das elterliche Verhalten zu deuten (vgl. Brockmann et al. 2016, S.70). Diese Informationen geben den Kindern Hoffnung, das Gefühl

der Beeinflussbarkeit, Selbstwirksamkeit und Kontrolle (vgl. Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S.38). Neben dem Verstehen der Krankheit ist ein interfamiliär geführter, offener und aktiver Umgang mit der Krankheit essentiell. Da Kinder das Verhalten ihrer Eltern reflektieren, ist der Umgang mit der Krankheit durch Eltern und weiteren Bezugspersonen als Rollenmodelle von entscheidender Bedeutung. Durch einen souveränen Umgang mit der Erkrankung können Kinder den Alltag besser bewältigen und tabuisieren die Krankheit nicht (vgl. Lenz und Brockmann 2013, S.70ff). Ein aktiver und offener Umgang gibt vor, dass die Krankheit nicht verschwiegen wird, sondern vertraute und enge Personen aus dem sozialen Umfeld integriert und informiert werden. Aufgrund der bestehenden Offenheit gegenüber externen Vertrauenspersonen, entsteht eine erleichterte Suche nach Hilfe und Unterstützung, welche letztendlich auch zu einer Entlastung der Familie beiträgt (vgl. Lenz und Wiegand-Grefe 2017, S.39f).

5.5 Die Bedeutung der Schule und Lehrer/-innen

Lehrer/-innen nehmen für Kinder eine bedeutende Funktion in ihrem Leben ein. Sie übernehmen die Rollen der Entwicklungsförderer/-innen, Ansprechpartner/-innen und als Stütze und Strukturgebende, da sie Grenzen aufzeigen. Durch den engen Kontakt können Lehrer/-innen ihre Schüler/-innen mit ihren Stärken sowie Schwächen gut einschätzen. Daher erkennen sie untypische Gefühlsäußerungen oder Verhaltensweisen der Kinder, die aus den Belastungen und Sorgen über die elterliche Erkrankung resultieren.

Schule bietet einen Raum für Schutzfaktoren, da ein gutes Schul- und Klassenklima die Integration von Kindern außerhalb der Familie fördert und zu positiven Sozialerfahrungen führt. Im schulischen Kontext werden soziale Kompetenzen erworben und das Selbstwertgefühl gesteigert. Eine positive Beziehung zur Lehrperson hat eine affirmative Auswirkung auf das Wohlbefinden der Kinder. Gegenüber der Familie stellen auch Lehrer/-innen durch eine vertrauensvolle und positive Beziehung zu ihren Schüler/-innen eine Schlüsselfigur für Orientierung und Halt dar (vgl. Brockmann et al. 2016, S.96).

Zahlreiche persönliche, familiäre, soziale und spezifische Schutzfaktoren haben das Potential, häusliche Belastungen und Probleme von Kindern abzumildern.

Diese Erkenntnisse zeigen Möglichkeiten und Ansatzpunkte auf, wie eine Förderung für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu mehr Resilienz realisierbar ist (vgl. Brockmann et al. 2016, S.10). Präventive Ansätze sind notwendig, um betroffene Kinder erfolgreich und nachhaltig zu unterstützen (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011, S.14).

Der Bereich der Wissens– und Informationsvermittlung ist, wie bereits dargestellt, von essentieller Bedeutung.

Doch wie hoch ist der Bedarf, das Thema „psychische Erkrankungen“ im Setting Schule zu thematisieren? Im Rahmen einer qualitativen, leitfadengestützten Interviewstudie wurde eine Befragung von Schüler/-innen, deren erkrankten Eltern und den Lehrer/-innen der Kinder durchgeführt. Alle drei Personengruppen befürworteten eine allgemeine Thematisierung von psychischen Erkrankungen im Klassensetting. Die Gruppe der Schüler/-innen erhoffte sich davon eine Aufklärung bei den Mitschülern/-innen über psychische Erkrankungen und dessen Symptomen, Entstehungsbedingungen, Therapiemöglichkeiten und Belastungen für die Familie. Durch eine offene Gesprächskultur über die häusliche Situation der betroffenen Kinder sollte ein empathisches Miteinander innerhalb des Klassensettings erreicht werden (vgl. Brockmann et al. 2016, S.128). Auch die betroffenen Eltern erhofften sich diese Ziele, um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Nach Aussage der Lehrer/-innen wurde die Thematik der psychischen Erkrankungen bislang nicht im Unterricht gelehrt. Aufgrund ihrer Komplexität befürchteten die Lehrer/-innen ein Übersteigen der eigenen fachlichen Kompetenzen (Brockmann et al. 2016, S128ff).

Lehrerfortbildungen und der Einsatz von externen Fachkräften, wie beispielsweise Sozialarbeiter/-innen sind mögliche Mittel, um Unterstützungsangebote an Schulen zu realisieren. Darüber hinaus besteht ein Bedürfnis, die Thematik in den Lehrplänen fest zu integrieren und im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen zu unterrichten (vgl. Brockmann et al. 2016, S. 160ff).

Viele Kinder psychisch Erkrankter konstatieren, dass sie die fehlende Kommunikation über die elterliche Erkrankung und die Tabuisierung des Themas

als größte Belastung wahrgenommen haben. Durch Voreingenommenheit, Zaghaftigkeit und dem Zweifel an Unglaublichkeit scheiterten jegliche Versuche Lehrer/-innen ins Vertrauen zu ziehen. Als Folge neigen viele jüngere Kinder zu auffälligen Verhalten, um Aufmerksamkeit zu generieren, als therapiebedürftig erkannt zu werden und abschließend die benötigte Hilfe zu erhalten. Jedoch sind auch unauffällige, stille, angepasste Kinder hilfebedürftig, auch wenn sie die Belastungen augenscheinlich souverän verkraften (Schone und Wagenblass 2006, S.75f).

In der Respektive ergeben sich neue Fragen, die beantwortet werden müssen: Was brauchen diese Kinder? Wie können sie gezielt gestärkt werden? Wer zeigt sich zuständig, gestaltet und finanziert die Angebote? Wie fühlen sich diese Kinder angesprochen? Dieses große Feld an Fragen muss bestellt werden. Es beginnt mit Kleinigkeiten, die flächendeckend selbstverständlich werden müssen (Schone und Wagenblass 2006, S.75f).

6 Entstigmatisierung und Stärkung von betroffenen Eltern durch das Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“

Wie im Kapitel 1 beschrieben, gibt es derzeit ca. drei Millionen Kinder deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden. Trotz der hohen Anzahl an Betroffenen, gelten psychische Erkrankungen immer noch als gesellschaftliches Tabuthema und sind häufig mit Stigmatisierung und Diskriminierung in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Familie oder im Alltag verbunden. Obwohl die Themen „seelische Gesundheit“ und „psychische Erkrankungen“ seit den letzten fünf Jahren im politischen und gesellschaftlichen Diskurs eine immer wichtigere Rolle spielt, sind Stereotype und Stigmatisierungen gegenüber Betroffenen weit verbreitet. Diese wirken sich insbesondere auf soziale Netzwerke (z.B. Familie und Freundeskreis), dem Selbstwertgefühl und dem Gesundheitszustand von Betroffenen aus. Die Studie einer Arbeitsgruppe um Georg Schomerus von der Universitätsmedizin Greifswald verdeutlichte, dass Menschen im Jahr 2011 mehr Mitleid und Hilfsbereitschaft äußerten und etwas weniger befangen waren

gegenüber depressiven Menschen als noch im Jahr 1990. Jedoch blieb das Bedürfnis nach sozialer Distanz, also die Bereitschaft, mit einem Betroffenen in alltäglichen Situationen umzugehen, weitgehend unverändert (vgl. Angermeyer et al. 2013, S. 147f.).

Um die Entstigmatisierung von Betroffenen zu fördern und die Auswirkungen einer Erkrankung auf das Familiensystem zu minimieren, benötigen Kinder und Eltern professionelle und nachhaltige Unterstützung.

6.1 Das Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“

Ein Präventionsangebot zur Stärkung von betroffenen Familien und Sensibilisierung von Kindern ist das Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ von Claudia Gliemann, welches im Folgenden vorgestellt und unter Berücksichtigung des „Good practice“ – Ansatzes analysiert wird.

Die Autorin arbeitete seit 15 Jahren als Kinderbuchübersetzerin bevor sie 2010 ihren eigenen Kinderbuchverlag „MONTEROSA“ gründete. Zu ihren Büchern zählen neben „Papas Seele hat Schnupfen“ auch „Ohne Oma“ und „Paula ist glücklich“. Mit „Papas Seele hat Schnupfen“ verfasste sie ein Buch für Kinder und Eltern. In der Geschichte erleben sie, dass auch die Seele erkranken kann, und für all jene, die dann für sie da sind (vgl. Gliemann und Faichney 2014).

6.1.1 Die Geschichte

Die Protagonistin der Geschichte heißt Nele. Ihr zu Hause ist der Zirkus, ein Ort an dem alles fröhlich erscheint und alles gut sein könnte. Der Zirkus zählt zu den berühmtesten der Welt und ist dementsprechend immer schnell ausverkauft. Ihre Eltern, die großen Santinis, waren die besten Seilartisten/-innen auf der Welt. Doch plötzlich erkrankt ihr Papa. Er wird still, traurig und zieht sich immer mehr zurück. Gemeinsam mit der Zirkusfamilie erlebt Nele, dass es ihrem Papa manchmal schlechter und besser geht. Und Nele erzählt offen über ihre Gefühle und den Versuchen ihrem Papa zu helfen. Nele beobachtet ihre Eltern ganz genau: Bei den Proben für den großen Auftritt bei der Zirkusolympiade beschreibt sie, dass ihr Papa manchmal teilnahmslos und ängstlich wirkt. Sogar die Sorge der Mutter um den Vater bleibt für Nele nicht unbemerkt. Der große Auftritt bei

der Olympiade scheiterte und verdeutlicht, welche Gefühle Nele empfindet: Angst, Scham, Wut und vor allem Besorgnis. Sie empfindet Mitleid mit ihrem Vater und dennoch hat sie Angst, dass andere schlecht über sie und ihren Vater denken. Als sie von der Zirkusolympiade zurückkehren, geht ihr Papa in ein Krankenhaus und Nele sucht Rat bei ihrem Freund, dem „dummen August“. Er erklärt ihr, was mit ihrem Papa los ist, damit Nele versteht weshalb er Hilfe benötigt und nicht bei der Familie sein kann. Manchmal darf sie sogar ihren Papa im Krankenhaus besuchen und sie versteht nun, dass dieser erstmal wieder lernen muss fröhlich zu sein. Nach einigen Wochen kehrt Neles Papa wieder nach Hause. Doch ganz gesund war seine Seele noch nicht und Nele wird darüber aufgeklärt, dass manche Krankheiten einfach länger brauchen um zu heilen. Nachdem einige Zeit verstrichen ist, versuchte ihr Papa es wieder auf dem Seil. Viele aus dem Zirkus beobachten dies und Nele war voller Stolz, als sie sah, dass ihr Papa nicht aufgegeben hatte. Nach einiger Zeit geht es ihrem Papa schon viel besser. Im Zirkus mitarbeiten darf er zwar noch nicht, aber er kocht für alle, denn er ist auch ein ganz toller Koch.

6.1.2 Das Material

Neben dem Buch gibt es auch eine Hörspiel-CD mit der Geschichte und Liedern, welche die Gefühle und Gedanken von Nele, der Mama und dem Papa verdeutlichen sollen. Während der Lesung werden diese Lieder von Claudia Gliemann gesungen und in die Geschichte mit eingebaut, damit auch die Zuhörer/-innen in diesem Moment ein detailliertes Bild mit allen Facetten erhalten.

Ergänzend gibt es noch ein Arbeitsheft für Kinder ab sechs Jahren und Unterrichtsimpulse für den Unterricht ab dritter bis sechste Klassen. In der Mappe der Unterrichtsimpulse sind Materialein für sechs Unterrichtsstunden zusammengefasst. In den sechs Stunden werden Themen bearbeitet um das Verständnis über die Seele zu fördern, das Wahrnehmen von Gefühlen zu thematisieren und zu differenzieren. Um dieses Thema zu erarbeiten, stellt das Arbeitsbuch mehrere Bilder von Nele mit den verschiedenen Gefühlen dar. Anhand dieser Bilder ist es möglich, über jedes Gefühl detailliert mit den Kindern

zu sprechen, diese nachzuempfinden und die Handlungsmöglichkeiten in den jeweiligen Situationen zu reflektieren. Außerdem trägt das Material zur Aufklärung von psychischen Erkrankungen bei, indem die Begriffe „Depression“ und „Burn-out“ kindgerecht erklärt und thematisiert werden.

Des Weiteren wird die Stärkung des Ichs gefördert, um somit alltägliche Herausforderungen besser bewältigen zu können. Es wird darüber gesprochen, wie sich jede/r Einzelne in bestimmten Situationen verhält, wenn er z.B. eine „weinende Nele“ im Klassenzimmer sieht. Somit soll die Empathie der Kinder gefördert werden. Die Unterrichtsimpulse bieten Gelegenheit, auf eine sensible und feinfühlig Art mit den Kindern über ihr Gefühlsleben zu reden und die Erfahrung zu machen, dass man über Themen wie Gefühle, Depressionen und Krankheiten sprechen darf.

6.1.3 Lesereise im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Seit April 2017 ist Frau Gliemann mit ihrem Buch auf Lesereise in Deutschland. Drei Jahre nach dem Beginn dieser Lesereise konnte es ermöglicht werden, dass nun auch der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte Frau Gliemann begrüßen kann. In Zusammenarbeit mit dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, der Unterstützung vom AOK Bundesverband und der Deutschen DepressionsLiga e.V. war geplant, dass Frau Gliemann im Frühjahr 2020 auf einer musikalischen Lesereise an den Schulen und Einrichtungen des Landkreises unterwegs ist. Aufgrund der momentanen Corona-Pandemie, musste diese Reise auf einen derzeit unbekanntem späteren Zeitpunkt verschoben werden. Mit diesem Programm wollen und möchten Frau Gliemann und das Gesundheitsamt zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung von psychischen Krankheiten beitragen, denn auch der Landkreis MSE misst ca. 8000 betroffene Kinder. Auf 5.470,35 km² Landesfläche mit 259.130 Einwohnern und 47 Einwohner pro km². Mit dieser geringen Bevölkerungsdichte ist es kaum realisierbar, mit einem Projekt alle Kinder im Landkreis zu erreichen. Die Schule ist jedoch ein Setting, in dem es möglich ist, viele Kinder in kurzer Zeit mit dieser Thematik zu erreichen. Deshalb ist dieses Projekt „Papas Seele hat Schnupfen“ in der Zugänglichkeit der Kinder besonders erfolgreich.

Frau Gliemann hätte auf ihrer Lesereise im Landkreis MSE vom 20.04.2020 bis zum 30.04.2020 acht Schulen besucht. Zusätzlich waren Lesungen in der Tagesklinik Neubrandenburg, eine am Fachtag der Hochschule Neubrandenburg und eine auf einer Abendveranstaltung angedacht. Allein mit dem Suchtfachtag an der Hochschule und der geplanten Abendveranstaltung hätte Frau Gliemann mit ihrer Geschichte ca. 220 Menschen erreichen können. An den Lesungen in den Schulen und der Tagesklinik hätten weitere 676 Schüler inklusive Lehrer/-innen teilgenommen. Somit ergibt sich, dass „Papas Seele hat Schnupfen“ in neun Tagen 896 Menschen angesprochen hätte.

Bezogen auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe ist das Projekt positiv zu bewerten. Um die Frage der Qualität des Projektes bezüglich der Wirksamkeit und kindgerechten Aufklärung zu beantworten, wird im Rahmen dieser Arbeit eine Auswertung von Evaluationsbögen vorgenommen sowie eine Analyse mittels der „Good Practice“ Merkmale für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Als Datengrundlage der Evaluation dienen erstellte Fragebögen der Autorin, welche im Anschluss einer Lesereise vom Lehrpersonal oder vom Veranstalter ausgefüllt wurden. Es werden Fragebögen aus einem Zeitraum von 2017 bis 2019 ausgewertet, da noch keine Evaluationsbögen aus dem Landkreis MSE vorhanden sind.

6.2 Analyse mittels des „Good Practice“ Ansatzes

Um wie bereits erwähnt das Projekt nach den „Good Practice“ Merkmalen evaluieren zu können, soll nun der Ansatz vorgestellt und die Prinzipien des Ansatzes aufgeführt sowie die Kriterien bezogen auf das Projekt analysiert werden.

„Good Practice“ ist ein anwendungsbezogener Ansatz für die Qualitätsentwicklung. Durch die Akzentuierung von Beispielen aus fachlich guter Praxis soll Trägern und Anbietern die Möglichkeit gegeben werden, von Erfahrungen anderer zu lernen. „Good Practice“ wird als ein Prozess verstanden, welcher die Kriterienentwicklung, Auswahl von Beispielen, den Transfer in andere

Angebote und die Qualitätsoptimierung dieser involviert. Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozialen Benachteiligten“ entwickelte in Zusammenarbeit mit der Unterarbeitsgruppe „Good Practice“, zwölf Kriterien guter Praxis und entwickelt diese seitdem stetig weiter (vgl. Lehmann 2011, S.3ff).

6.2.1 Prinzipien des „Good Practice“ Ansatzes

Der Ansatz „Good Practice“ steht für fünf Prinzipien: für Praxisorientierung, Nutzung von Transferpotenzialen, Qualitätsorientierung, Praxisbasierung der Forschung und die Nachvollziehbarkeit der Bewertung. Die Kriterien beziehen sich ursprünglich auf Projekte mit sozialen Ungleichheiten, sind aber durchaus auf andere Projekte übertragbar.

Die **Praxisorientierung** gibt Beispiele guter Praxis als Hilfestellung für das leichtere Verständnis der Entwicklung von Angeboten sowie Methoden. Um neue und alte Konzepte systematisch einschätzen zu können sind klare Kriterien von elementarer Bedeutung. Durch die Einbeziehung positiver Erfahrungen von Anderen können Ressourcen- und Arbeitersparnisse entstehen und vorhandene Defizite der eigenen Arbeit erkannt und vermieden werden (vgl. Lehmann 2011, S.10).

Bei der **Nutzung von Transferpotentialen** geht es um die Analyse der Übertragbarkeit innovativer, vorhandener Ansätze auf weitere Angebote. Dies bietet somit eine praxisnahe Anleitung für das Umsetzen neuer Angebote. Die **Qualitätsorientierung** bedient sich daran, Beispiele guter Praxis bildhafte Wege zur Qualität aufzeigen. Das praxisbezogene Lernen ist inspirierender und wird durch Literatur begründet und unterstützt. Um die Ressourcen von Angeboten sinnvoll zu nutzen und die Qualität zu verbessern, werden bei der Suche nach guten Beispielen pragmatische Vorgehen gewählt und erfolgreiche Angebote miteinander verglichen (vgl. Lehmann 2011, S.10f).

Die **Praxisbasierung der Forschung** bietet die Möglichkeit die entstehende wissenschaftliche Lücke zu überbrücken. Dies ist ein notwendiger Aspekt, da evidenzbasierte Gesundheitsförderung die Gefahr der Überforderung für

handelnde Akteure/-innen aufgrund von „realitätsfernen Konzepten und Anforderungen“ birgt. Insbesondere, wenn erwartet wird, „dass wissenschaftlich fundierte ‚gute Praxis‘ sofort und flächendeckend umgesetzt werden soll“ (vgl. Lehmann 2011, S.11). Es erfolgt ein beidseitiger Informationsaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis.

Das Prinzip der **Nachvollziehbarkeit der Bewertung** zeigt auf, dass nur gut nachvollziehbare Beispiele verdeutlichen können, welchen positiven Aspekt auch für andere Projekte entstehen und übernommen werden können (vgl. Lehmann 2011, S.11).

6.2.2 „Good Practice“ Kriterien in der Gesundheitsförderung

„Gesundheit“ und „Förderung“, aus diesen beiden Worten setzt sich der Begriff Gesundheitsförderung zusammen. Wobei sich der Begriff „Förderung“ als eine behutsame Entfaltung vorhandener Ressourcen verstehen lässt, denn jedes Individuum besitzt verschiedene Fertigkeiten und Fähigkeiten um die unterschiedlichsten Anforderungen des Lebens zu bewältigen (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S.719). Die Gesundheitsförderung beinhaltet die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und den jeweiligen Schutzfaktoren, welche bedeutend für die Verbesserung der Gesundheit sind. Sie verfolgen das Ziel, einen Gesundheitsgewinn für den Betroffenen und das Kollektiv zu erreichen (vgl. Franke 2006). Das Konzept der Gesundheitsförderung umfasst größtenteils Maßnahmen und Strategien der Gesundheitserhaltung, ohne bestimmte Risiken und Störungen zu vermeiden. Gesundheitsförderung setzt ein, bevor ein Mensch krank wird oder Risikofaktoren aufweist. Sie geht davon aus, dass Gesundheit im Zusammenwirken von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren bestimmt wird (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S.35).

Für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden zwölf Kriterien guter Praxis konzipiert: : Konzeption, Zielgruppe, Setting-Ansatz, Multiplikatorenkonzept, Nachhaltigkeit, niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment, integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Kosten-Nutzen-Relation (Lehmann 2011, S.5ff).

Die beiden ersten Kriterien **Ziel und Konzeption (1)** und **Zielgruppe (2)** sind Grundvoraussetzungen für jedes „Good Practice“ Projekt (vgl. Geene 2006, S.28). Das Kriterium **Ziel und Konzeption (1)** der gegebenen Maßnahmen stellt einen klaren Bezug zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention her und formuliert überprüfbare Ziele sowie Maßnahmen und Methoden mit denen diese erreicht werden. Die **Zielgruppen (2)** werden präzise eingegrenzt sowie deren Bedarfslage und Bedürfnisse zur Orientierung ermittelt. Der **Setting-Ansatz (3)** berücksichtigt die Lebenswelten von Menschen und die vorhandenen Bedingungen, unter denen sie beispielsweise spielen und lernen. Die Bedingungen in den Settings haben einen bedeutenden Einfluss auf die Möglichkeit, ein gesundes Leben zu führen. Der Setting-Ansatz ist eine Gesundheitsförderung in der Lebenswelt, z.B. durch präventive Informationsveranstaltungen in der Schule.

Ein **Multiplikatorenkonzept (4)** gibt vor, welche Personen mit welcher Methodik in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe befähigt werden, um die gesundheitsförderlichen Inhalte an die Zielgruppe zu vermitteln.

Die **Nachhaltigkeit (5)** strebt dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei den jeweiligen Zielgruppen und Settings an. Diese basieren auf der Stärkung personenbezogener Kompetenzen und Ressourcen sowie der beständigen Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen.

Eine **niedrigschwellige Arbeitsweise (6)** zeichnet sich dadurch aus, dass gegeben Zugangshürden reflektiert und, wenn nötig, minimiert werden.

Bei der **Partizipation (7)** besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die jeweiligen Zielgruppen.

Empowerment (8) ist gegeben, wenn eine Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe erfolgt, die auf den Stärken und Ressourcen dieser Gruppen aufbaut.

Ein **Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung (9)** liegt vor, wenn eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit gegeben ist, die einem integrierten Handlungskonzept entspricht. Maßnahmen und Projekte können länger vorgehalten sowie ein Übergreifen in andere

gesundheitsrelevante Bereiche erzielt werden, wenn die Einbindung von Netzwerken erfolgt.

Das Angebot beinhaltet ein **Qualitätsmanagement (10)** eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, wenn die Qualität in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) mit dem Einsetzen von **Dokumentation und Evaluation (11)** immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt wird.

Stehen die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen, ergibt sich eine gute **Kosten-Nutzen Relation (12)** (vgl. Lehmann et al. 2011, S.16ff.).

Gesundheitsfördernde Maßnahmen greifen in die unmittelbare Lebenswelt der Menschen ein. Dadurch braucht es einen langen Zeitraum, um mögliche Wirkungen definieren zu können. Die eben genannten zwölf Kriterien dienen als Anhaltspunkte um Angebote bzw. Projekte zu planen, durchzuführen und zu bewerten. Es ist nicht notwendig alle zwölf Kriterien perfekt umzusetzen. Von großer Bedeutung ist das Umsetzen der zwei Einschlusskriterien des Gesundheits- und Zielgruppenbezuges sowie eines weiteren Kriteriums. Empfohlen wird jedoch, dass neben den beiden Einschlusskriterien zusätzlich drei weitere Kriterien der guten Praxis umgesetzt werden (vgl. Lehmann et al. 2011, S.16ff).

Im Folgenden wird das im Kapitel 6.1 beschriebene Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“ hinsichtlich der vorgestellten Kriterien des „Good Practice“ Ansatzes untersucht.

6.3 „Good Practice“ - Bereiche „Ziele, Konzeption und Zielgruppen“

Das Antistigma-Programm „Papas Seele hat Schnupfen“ weist konzeptionell betrachtet einen eindeutigen Bezug zur Gesundheitsförderung auf. Das Buch und die Lesungen sollen dazu beitragen, Kindern und Jugendlichen das tabuisierte Thema „Depression“ näher zu bringen, sie dafür zu sensibilisieren und ihnen die Angst vor Depressionen bei Familienangehörigen zu nehmen.

Das Buch als auch das begleitende Schulkonzept richtet sich insbesondere an Kinder im Alter von sieben bis zwölf Jahren. Auch das erarbeitete Schulkonzept richtet sich an Schüler/-innen der Klassen drei bis sechs.

„Es ist aber nicht nur für die betroffenen Kinder selbst, sondern auch für die Freunde der Kinder, damit auch sie besser verstehen, warum sich ein Kind vielleicht seltsam verhält, warum andere Kinder nicht mehr zu ihnen nach Hause dürfen oder warum ein Elternteil plötzlich so komisch ist oder nicht mehr arbeitet“.

(Frau Gliemann in einem Interview mit Frnd; www.frnd.de)

Es ist also nicht nur eine Lesung für betroffene Kinder, sondern auch für Nichtbetroffenen und deren Umfeld. Es sollen sich aber auch Erwachsene von der Geschichte angesprochen fühlen und somit ihre eigene Haltung unter anderem zu psychischen Erkrankungen reflektieren.

Die Ziele des Antistigma-Programmes sind vor allem die Förderung der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz von Depression durch eine Aufklärung über sowie Sensibilisierung für das Krankheitsbild „Depression“.

Diese Geschichte soll der Zielgruppe vor allem Mut machen, um das Schweigen zu überwinden und sich von dem Gefühl des Schams über das Krankheitsbild „Depression“ zu befreien. Kinder sollen dadurch erfahren, dass dieses Schicksal nicht tabuisiert werden muss und dass sie über ihre Probleme sprechen.

6.4 „Good Practice“- Bereich „Settingansatz“

Der Settingansatz des Antistigma-Programmes „Papas Seele hat Schnupfen“ bildet die Basis. Das Projekt stellt einerseits einen lebensweltlichen Bezug zur Zielgruppe durch die Geschichte her und wird andererseits als Lesevortrag im Setting „Schule“ durchgeführt. Somit ist es möglich, viele Kinder in einem relativ kurzen Zeitraum zu erreichen. Die Maßnahme spricht dabei alle im Setting „Schule“ tätige Akteure/-innen an, wie z.B. Lehrende, Schüler/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Schulmitarbeiter/-innen.

Das Projekt wahrt dennoch die Anonymität der Kinder psychisch erkrankter Eltern, da diese nicht direkt angesprochen werden. Stattdessen wird den Kindern

eine Identifikation mit der betroffenen Hauptfigur Nele ermöglicht, anhand derer sie Handlungsmöglichkeiten und den Umgang mit einem erkrankten Elternteil erfahren sowie eigene Haltungen reflektieren können.

Die individuellen, als auch gemeinschaftlichen Fähigkeiten, werden gestärkt, um die Lebenswelt toleranter zu gestalten. Zusätzlich wird durch die Implementierung der Arbeitsmaterialien eine Vertiefung der Thematik angeboten. Hierbei fungieren die Lehrer/-innen und Sozialarbeiter/-innen als Multiplikatoren. Dadurch, dass die Schüler/-innen gemeinsam mit ihren Lehrpersonen an dieser sensiblen und emotionalen Thematik arbeiten, erlernt nicht nur jede einzelne Kompetenz für einen souveränen Umgang mit Depressionen, sondern das gesamte Klassensystem. Die Kinder sollen dadurch eine engere und vertrauensvollere Beziehung untereinander und auch zu ihren Lehrern/-innen aufbauen, die das gesamte Klassenklima nachhaltig positiv beeinflusst.

6.5 „Good Practice“- Bereich „Niederschwellige Arbeitsweise“

Das Angebot richtet sich überwiegend an Kinder, welche im Setting Schule anzutreffen sind. Die Zugangshürden ohne direkte Beteiligung der Zielgruppen wird dadurch gewährleistet, dass die Lesungen in den Schulen während der Schulzeit durchgeführt werden, was für einen niederschweligen Zugangsweg spricht. Für die Lesereise im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, wurden Schulen vom Gesundheitsamt angeschrieben mit der Frage ob sie an diesem Projekt teilnehmen möchten. Die einzige organisatorische Aufgabe, welche an die Schulen gestellt wurde, ist es, dass sie einen Raum mit Beamer und Laptop zu Verfügung stellen. Dadurch, dass dieses Projekt von dem AOK Bundesverband finanziert wird, müssen die Schulen lediglich die GEMA-pflichtigen Kosten übernehmen, welche 20 Euro betragen. Insofern ist es möglich, viele Kinder zu erreichen ohne die Eltern zu belasten. Es betrifft hauptsächlich Schüler/-innen der Klassenstufe drei bis sechs und deren Lehrer/-innen. Durch die aufsuchende Form gelingt es, die Schüler/-innen und Lehrer/-innen in ihrer unmittelbaren Lebens- und Lernrealität anzusprechen.

Die Kinder bekommen das Gefühl, dass Sie nicht alleine sind und erleben oftmals eine Situation in der sie sich öffnen können. Die Arbeit von Frau Gliemann liegt

außerdem darin, dass Kinder lernen sich ihren Gefühlen anzunehmen und die Gefühle anderer zu akzeptieren.

6.6 „Good Practice“- Bereich „Evaluation“

Ein Bereich des „Good Practice“ Ansatzes ist die Evaluation. Diese werden im Projekt durch eine Befragung von Frau Gliemann im Rahmen jeder Lesereise realisiert, welche die subjektive Einschätzung der Lesungen und deren Erreichbarkeit ermitteln sollen. Weiterhin erhält Frau Gliemann mit Hilfe dieser Evaluationsbögen die Möglichkeit ihre Lesungen den Bedürfnissen anzupassen und die Qualität stetig zu verbessern. Der Fragebogen beinhaltet Fragen über den Grund der Teilnahme, ob Kinder im Setting betroffen sind und ob diese Thematik einen positiven Beitrag geleistet hat. Außerdem wird darum gebeten, den persönlichen Eindruck darzulegen und positive als auch negative Kritik auszuüben.

Folgend werden Evaluationsbögen (s. Anhang 2), aus Einrichtungen mit Erlaubnis der Weiterverwendung aus den letztens zwei Jahren ausgewertet.

6.6.1 Aufbau des Evaluationsbogens

Im ersten Teil des Fragebogens wurden allgemeine Daten, das Datum, Anzahl der Lesungen sowie die Frage nach einem Newsletter und der GEMA Anmeldung erhoben. Der zweite Teil des Fragebogens umfasst insgesamt 22 Fragen. Als Fragetypen kommen geschlossene, halboffene und offene Fragen zum Einsatz. Bei den 15 geschlossenen Fragen gibt es immer eine bestimmte Anzahl vordefinierter Antwortmöglichkeiten zwischen denen sich die Befragten entscheiden müssen. Bei den meisten geschlossenen Fragen besteht die Auswahl der Antworten zwischen ja, nein oder teilweise. Eine Frage wurde mit einer endpunktbenannten Skala beantwortet, bei der die Befragten auf einer zehn-stufigen Skala bewerten sollen.

Die fünf offenen Fragen sind im Evaluationsbogen verteilt. Durch diese Fragen erhält die Autorin die Möglichkeit die individuelle ausführliche Stellungnahme zu erhalten. Ausgewählte Antwortmöglichkeiten würden bei diesen fünf Fragen die Befragten in ihrer Antwort einschränken und somit einen verfälschten Eindruck

hinterlassen. Der Evaluationsbogen schließt mit einer Anmerkung für Weiteres ab, um ggf. Ergänzungen und Anmerkungen niederzuschreiben, welche in den vorherigen Fragen nicht geäußert werden konnten. Seit ca. zwei Jahren werden die Evaluationsbögen nicht von der Autorin, sondern von einer anderen Organisation ausgeteilt, welche sich um die Organisation und Koordination der Lesereise kümmert. Die Fragebögen erreichen die Institutionen per Mail oder per Post und gelangen auf diesen Weg ausgefüllt zurück an die Autorin.

6.6.2 Auswertung und Ergebnisdarstellung der Fragebögen

Insgesamt wurden 49 Fragebögen aus 126 Lesungen im Zeitraum von Juli 2017 bis November 2019 ausgewertet, da in machen Einrichtungen mehrere Lesungen stattfanden. Der erste Teil des Fragebogens ergab, dass von den 49 ausgewerteten Evaluationsbögen 28 von Schulen ausgefüllt wurden. Der Rest kommt von Bündnissen gegen Depressionen, sozialpsychiatrischen Zentren, Patenprojekten, Kinderschutzbündnissen, Caritas Sozialdiensten, Bündnissen für Familien, der AOK Bayern und dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte/Gesundheitsamt.

Die Lesungen fanden in ganz Deutschland statt, welche sich wie folgt auf die Bundesländer verteilen. In Nordrheinwestfahlen wurden 15 Einrichtungen mit insgesamt 41 Lesungen erreicht. In Bayern waren es elf Einrichtungen und 32 Lesungen und in Hessen acht Einrichtungen mit 15 Lesungen. 15 Lesungen lassen sich Baden Wittenberg zuordnen, im Zuge dessen nahmen vier Institutionen an der Lesung teil. In Niedersachsen waren es vier Einrichtungen mit neun Lesungen, in Mecklenburg-Vorpommern drei Institutionen mit insgesamt sieben Lesungen. Vier Lesungen wurden in zwei Einrichtungen in Sachsen-Anhalt durchgeführt, zwei Lesungen in einem Bildungszentrum in Thüringen, sowie eine Lesung in Sachsen. Diese Verteilung entspricht jener, welche eine Erlaubnis zur Verwendung der Daten erteilt haben. Es spiegelt nicht die Verteilung der gesamten Lesungen in Deutschland seit 2017 wider.

Im zweiten Teil des Evaluationsbogens sollen die Anliegen, Verbesserungen sowie ein Feedback gewonnen werden.

Die erste Frage „*Weshalb haben Sie die Veranstaltung gebucht?*“, beantworteten alle individuell und werden aufgrund der offenen Fragen im Anhang 3 weiter ausgeführt.

Die zweite Frage „*Sind in Ihrer Klasse / Einrichtung Kinder von der Thematik betroffen?*“ ermittelte, dass 34 Einrichtungen Kinder nachweisen können, welche von der Thematik betroffen sind. Sechs Einrichtung beantworteten diese Frage mit nein wonach derzeit keine Kinder mit dieser Problematik bekannt sind. Weitere neun Einrichtungen machten diesbezüglich keine Angabe.

Die Auswertung der dritten Frage „*Konnte Ihnen die Veranstaltung helfen, mehr über die Probleme, Sorgen und Nöte Ihrer Schüler / der von Ihnen betreuten Kinder zu erfahren?*“ und vierten Frage „*War die Veranstaltung ein Beitrag zur Resilienzförderung Ihrer Schüler / der Besucher?*“ ergab folgende Ergebnisse:

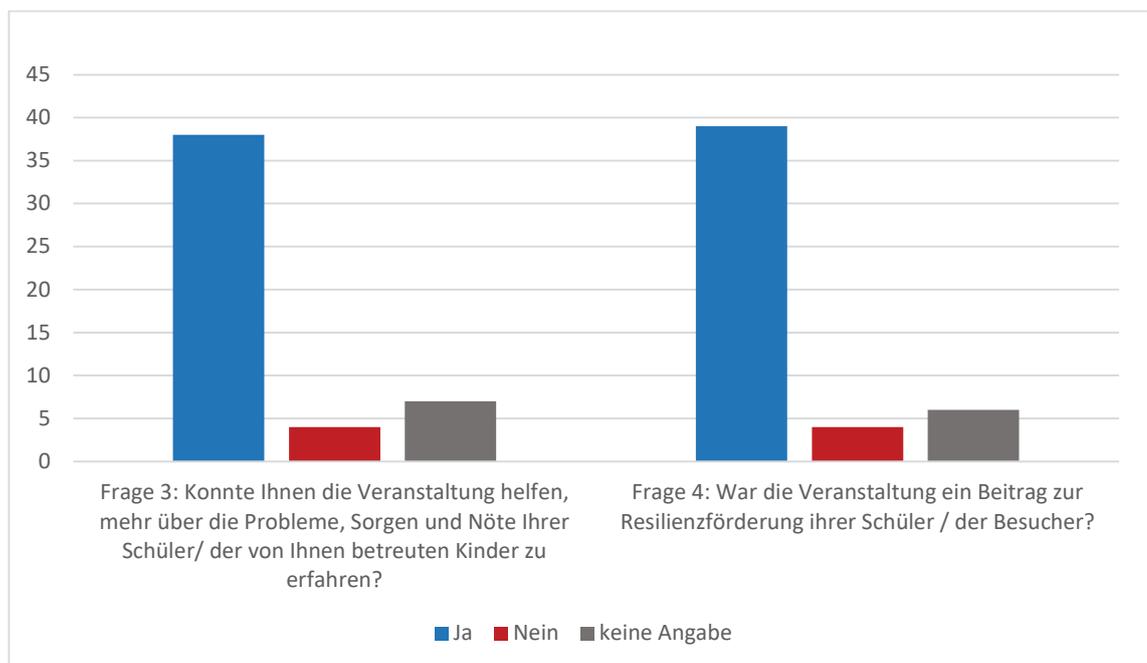


Abbildung 4: Antworten auf Frage drei und vier
Darstellung durch Verfasserin erstellt

Die Frage, ob die Veranstaltung helfen konnte, beantworteten 38 Einrichtungen mit ja und vier verneinten es. Sieben gaben keine Antwort. Bei der Frage, ob die Geschichte ein Beitrag zur Resilienzförderung der Schüler beiträgt, befragten 39 Einrichtungen und vier verneinten dies. Hier ließen sechs

Institutionen die Antwort frei. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Mehrheit einen positiven Nutzen sowie eine Förderung der Resilienz der Schüler*innen durch diese Veranstaltung ableiten.

Die drei darauffolgenden Fragen ermitteln den Erfolg der Entstigmatisierung, das Verstehen des Krankheitswertes sowie die kindgerechte Erklärung. Alle Fragen ließen sich mit „ja“, „nein“ oder „teilweise“ beantworten.

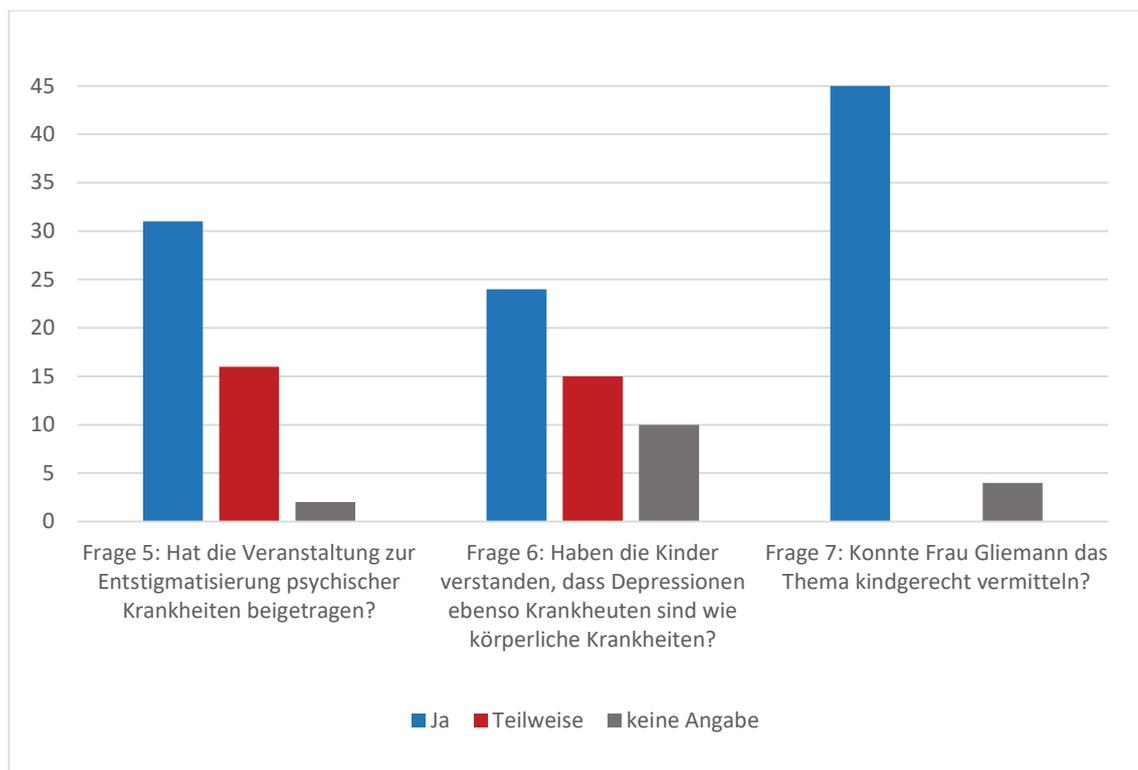


Abbildung 5: Antworten auf Frage fünf, sechs und sieben
Darstellung durch Verfasserin erstellt

Die Frage „Hat die Veranstaltung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten beigetragen?“, beantworteten 31 mit „ja“ und 16 mit „teilweise“. Die restlichen zwei machten keine Angaben. „Haben die Kinder verstanden, dass Depressionen ebenso Krankheiten sind wie körperliche Krankheiten?“ schätzen 24 Institutionen mit einem „ja“ und 15 Einrichtungen nur bedingt ein und haben ein „teilweise“ angekreuzt. Die Frage „Konnte Frau Gliemann (die Autorin) das Thema kindgerecht vermitteln?“, bewerteten 45 Organisationen mit „ja“ und vier enthielten sich der Frage. Daraus lässt sich ableiten, dass die Ziele der Entstigmatisierung und deren Verstehen, dass eine Depression eine Krankheit

ist, zum größten Teil gelungen sind. Denn eine Entstigmatisierung und auch ein Verstehen der Krankheit ist meist nicht durch eine Intervention vollzogen. Kinder sind unterschiedlich entwickelt und jedes braucht sein eigenes Tempo um bestimmte Dinge zu verarbeiten. Deshalb ist eine weiterführende Behandlung dieser Thematik wichtig.

In den nächsten beiden Frage ging es darum zu schauen in wieweit das Projekt „Papa Seele hat Schnupfen“ dazu beiträgt die Thematik „Depression“ im Vorfeld zu behandeln und wie das Thema Eingang durch die Lesung finden konnte und somit zur Thematisierung im Nachhinein anregte. Die Behandlung der Thematik im Unterricht wurde wie folge ermittelt.

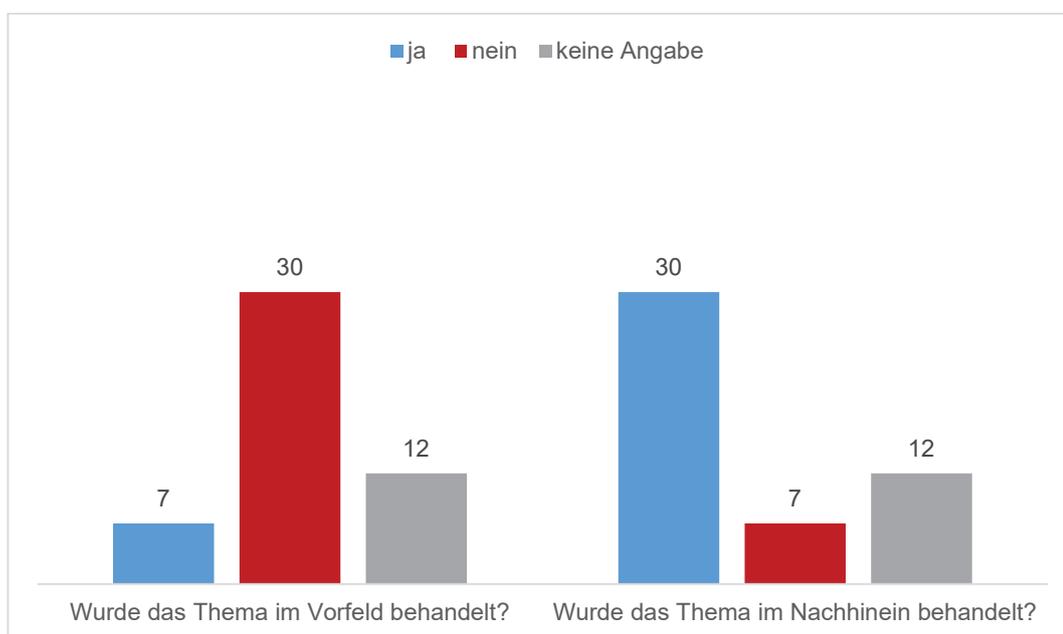


Abbildung 6: *Behandlung des Themas vorher und nachher
Darstellung durch Verfasserin erstellt*

Im Vorfeld der der Buchlesung haben lediglich sieben Einrichtungen die Thematik Depressionen schon einmal behandelt und dem gegenüber haben 30 das Thema Depressionen vorab noch nicht thematisiert.

Bemerkenswert ist, dass nach der Lesung immerhin 30 Einrichtungen das Thema im Unterricht weiter vertieft haben und nur sieben Institutionen eine Weiterbehandlung nicht umsetzen konnten. Die Ursachen sind aus dem Fragebogen nicht hervorgegangen. Es zeigt sich ganz besonders, das von den

30 Einrichtungen die das Thema vorab nicht behandelt haben, 22 durch die Buchlesung Eingang zu dieser Thematik gefunden haben und somit eine weiterführende Thematisierung nach der Lesung von „Papap Seele hat Schnupfen“ vollzogen wurde (n=22). Von den acht Institutionen, welche im Vorfeld Depressionen thematisierten haben sieben dieses Thema auch weiterführend behandelt (n=7). Eine Einrichtung, welche im Vorfeld keine Angaben machte, befasste sich jedoch nach der Buchlesung mit dieser Thematik (n=1). Daraus resultiert, dass 30 (n=22+n=7+n=1) Einrichtungen eine weiterführende Behandlung vollzogen haben. Dies zeigt, dass durch die Lesereise „Papap Seele hat Schnupfen“ und dem Material die Behandlung der Thematik angeregt wird und das Projekt nachhaltig und sensibilisieren ist. Außerdem ist zu beachten, dass einige Institutionen den Rahmen für eine Behandlung im Vorfeld und im Nachhinein nicht geben können, da es sich um öffentliche Buchlesungen in Vereinen oder Projekten handelt.

Die Antworten, ob Rückmeldungen auf die Lesung erhalten wurden, die Veranstaltung etwas bewirkt hat und wie der persönliche Eindruck war, werden im Anhang 3 näher beschrieben.

Die 14. Frage *„Wie kam die Veranstaltung Ihrer Einschätzung nach bei den Kindern an?“* und die 15. Frage *„Wie kam die Veranstaltung Ihrer Einschätzung nach bei den Erwachsenen an?“* lassen sich wie folgt auswerten. Zur Auswahlmöglichkeit hatten die Befragten sehr gut, gut, befriedigend, überhaupt nicht, kann ich nicht beurteilen und haben nicht teilgenommen. Dabei wird die Frage einmal aus Sicht der Kinder und aus Sicht der Erwachsenen gestellt.

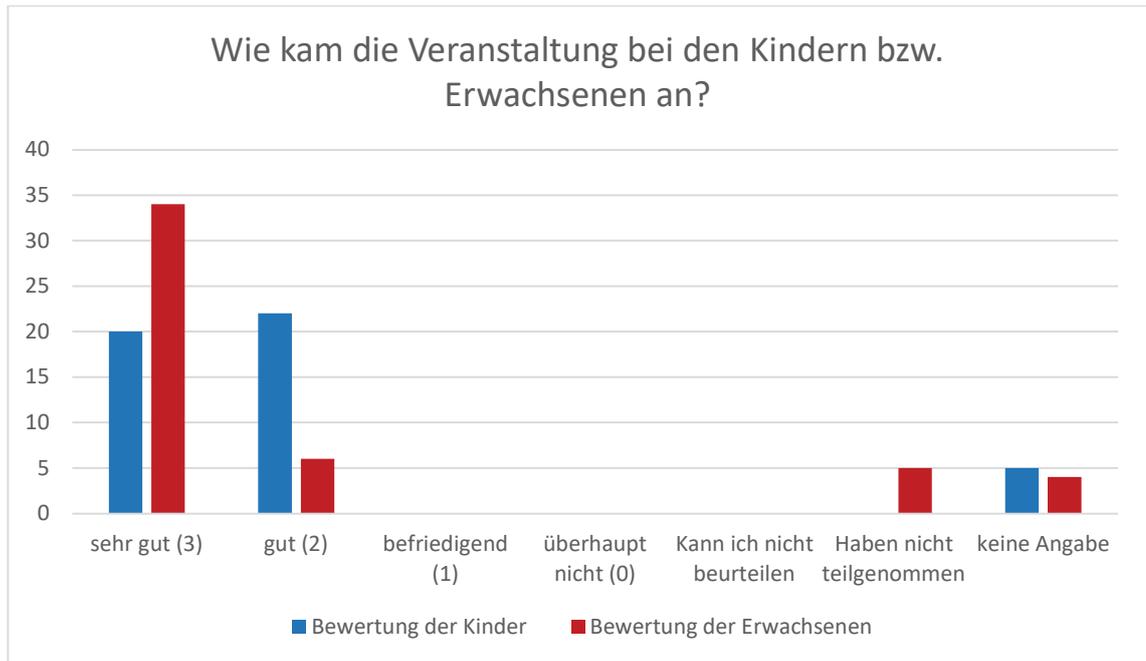


Abbildung 7: Antwortverhalten zur oben genannten Frage (bei Erwachsenen und Kindern)
Darstellung durch Verfasserin erstellt

Wie die Veranstaltung bei den Kindern angekommen ist, bewerteten 20 mit „sehr gut“, 22 mit „gut“ und zwei gaben an, dass Kinder „nicht daran teilgenommen“ haben. Bei den Erwachsenen gaben 34 Einrichtungen ein „sehr gut“ an, sechs „gut“ und bei fünf Lesungen haben keine Erwachsenen daran teilgenommen. Der Rest gab keine Wertung ab. Dies ergibt einen Mittelwert bei der Bewertung der Kinder von 2,36 Punkten und liegt somit im oberen guten Bereich. Die Bewertung der Erwachsenen zu dieser Veranstaltung liegt bei 2,85 Punkten und damit im sehr guten Bereich.

Auf die Frage „Würden Sie eine weitere Lesung buchen?“, antworteten 47 mit „ja“ an. Die fehlenden beiden enthielten sich. Worin die Stärken des Projektes liegen, beantworteten alle sehr unterschiedlich. Die Schule in Starnberg schrieb dazu:

„Frau Gliemann hat es mit ihrem Buch geschafft eine psychische Erkrankung von Eltern kindgerecht zu beschreiben und die Gefühle der Protagonistin, aber auch die der Eltern/des weiteren Bezugspersonen ehrlich zu benennen. Es gab Kinderstimmen, die im Nachhinein beschrieben, „dass es wichtig ist, dass Nele weiß: Ich bin nicht schuld!“. Das Thema berührt Kinder und Erwachsene/Fachpersonal gleichermaßen und bietet eine gute Grundlage, um mit Kindern über "Seelische Krankheiten von Eltern, nahen Bezugspersonen wie Großeltern ... " ins Gespräch zu kommen.“

Mehr Angaben zu dieser Frage lassen sich im Anhang 3 finden. Auch ausgewählte Antworten auf die Frage, ob die Autorin etwas verbessern kann, werden im Anhang 3 genauer aufgeführt. Hier lässt sich jedoch schon vorab sagen, dass die meisten vollkommen zufrieden waren, einen Wunsch der Liedtexte anbrachten oder die Frage offenließen.

In den letzten beiden Fragen wird ermittelt, ob die Erwartungen „erfüllt“, „übertroffen“ oder „nicht erfüllt“ wurden und wie sie diese auf einer Skala von 1 „schlecht“ bis 10 „sehr gut“ einordnen würden. Hier gaben 18 Einrichtungen an, dass sie in Ihren Erwartungen „übertroffen“ wurden und bei 27 wurden diese „erfüllt“.

Bei der Einordnung in die Skala kam folgendes Ergebnis raus.

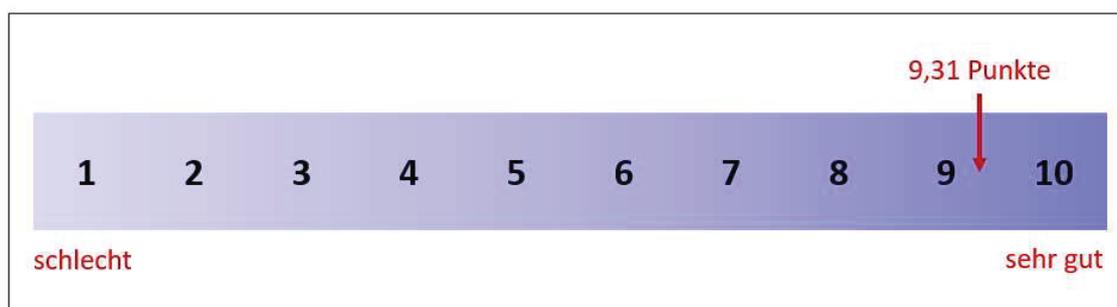


Abbildung 8: Einordnung der Veranstaltung in 1 bis 10 Skala. Darstellung durch Verfasserin erstellt

Es gaben dementsprechend von den 49 Einrichtungen 24 Institutionen „10“ Punkte, zwölf „9“ Punkte an, sechs gaben „8“ Punkte und zwei bewerteten mit „7“ Punkten. Dies ergibt einen Mittelwert von 9,31 Punkten und die Erwartung liegt damit im sehr guten Bereich. Die restlichen fünf Einrichtungen machten keine Angaben.

6.7 Resümee

Eingangs wurde die Frage aufgeworfen, ob es sich bei dem Projekt „Papas Seele hat Schnupfen“ nach den „Good practice“ Merkmalen um ein gutes Projekt handelt. Um dies festzustellen, wurde ein Abgleich der Kriterien sowie eine Analyse und Auswertung von Evaluationsbögen durchgeführt. Das Ergebnis ist, dass „Papas Seele hat Schnupfen“ ausreichend Kriterien nach „Good practice“

erfüllt. Die Ausführungen der Analyse ergaben, dass die Grundvoraussetzung, also das Erfüllen der beiden Einschlusskriterien „Ziel/Konzeption“ und „Zielgruppen“ eingehalten wird. Weiterhin ist empfohlen mindestens ein weiteres Kriterium, neben den beiden Einschlusskriterien, umzusetzen. Das Projekt von Claudia Gliemann realisiert zusätzlich drei weitere Kriterien des „Good practice“ Ansatzes. Es beinhaltet einen Setting - Ansatz, eine niederschwellige Arbeitsweise sowie das Durchführen von Evaluationen. Dadurch ist ein fortlaufender Prozess der Verbesserung und Veränderung möglich, um das Projekt stetig anzupassen und zu erweitern. Die Ergebnisse der Fragebögen zeigen deutlich, dass „Papapas Seele hat Schnupfen“ in allen Bereichen positive Rückmeldungen erhalten hat. Laut der Evaluationsbögen ist es Frau Gliemann gelungen, das sensible Thema auf eine kindgerechte und feinfühligke Art näher zu bringen. Den Kindern wird dadurch die Chance gegeben über Gefühle zu reden und sich anderen gegenüber zu öffnen. Durch das Einordnen der Lesereise auf einer Skala von eins bis zehn ist erkennbar, dass alle Teilnehmer/-innen mit dieser Veranstaltung zufrieden waren, denn es erfolgte keine Bewertung unter „7“. Fast die Hälfte der Befragten gab eine „10“ als Bewertung an. Auch die persönlichen Einschätzungen und Antworten auf die offenen Fragen bestätigen durchweg den positiven Erfolg dieses Projektes (s. Anhang 3).

Durch die Auswertung der Evaluationsbögen lässt sich schlussfolgern, dass das Aushändigen der Liedtexte im Vorfeld vorteilhaft wäre, da einige Kinder Probleme beim Verstehen hatten oder mitsingen wollten. Zwei Einrichtungen schlugen das Einbauen von Mitmachteilen vor, sowie differenzierte Informationen für die Klassenstufen 3. bis 6. Wünschenswert wäre in diesem Fall eine weitere Differenzierung für jüngere und ältere Schüler/-innen.

Ein großer Vorteil dieses Programmes ist es, dass in sehr kurzer Zeit viele Menschen erreicht werden können und trotzdem eine Anonymität der Betroffenen erhalten bleiben kann. Durch das Organisieren der Veranstaltung von Schulen, Vereinen, Gesundheitsämtern und anderen sozialen Institutionen wird den betroffenen Familien der Weg zur Hilfe erleichtert.

7 Fazit

Ziel der Arbeit war es, die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung von Eltern auf das Familiensystem und insbesondere die Kinder zu analysieren, um einen Hilfebedarf der betroffenen Kinder hervorzuheben. Dabei wurden die besondere Lebenssituation von betroffenen Familien sowie mögliche negative Auswirkungen auf kindliche Entwicklungsverläufe verdeutlicht.

Im zweiten Schritt wurde das Anti-Stigmaprogramm „Papas Seele hat Schnupfen“ unter den Merkmalen des „Good practice“ untersucht und bewertet.

Obwohl die Wirksamkeit von frühen Interventionen sowie Aufklärung nachgewiesen wurde, fehlt es jedoch noch immer an flächendeckenden, regionalen Angeboten (vgl. Herpertz und Grabe 2019). Durch Literaturrecherchen, Gesprächen mit einer Psychologin der AWO und der Psychiatriekoordinatorin des Landkreises ergab sich das Bild, dass trotz der hohen Anzahl der betroffenen Kinder des Landkreises MSE die Schnittstellen regionaler weiter ausgebaut werden müssen. Viele präventive Bereiche setzen ihren Fokus nicht auf das Familiensystem, sondern ausschließlich auf die betroffenen Patienten, sodass Hilfsangebote für Kinder erst wahrgenommen werden, wenn diese bereits auffällige Entwicklungsverläufe aufweisen. Wenn bei einem Kind eine Verhaltensauffälligkeit erkannt wird, erfolgt dies oft mit einer Eigendiagnose, welche den Ursprung jedoch in der Familiensituation hat. Ein Bewusstsein für die negativen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern auf das gesamte Familiensystem ist in der deutschen Gesellschaft bisher nicht ausreichend vorhanden. Zwar gibt es erste positive Ansätze und Projekte zu verzeichnen, allerdings sind diese bezogen auf die Anzahl an betroffenen Kindern quantitativ unzureichend. Die Ausführungen sprechen ausdrücklich für den weiteren Ausbau von Präventionsangeboten in den Bereichen Schule, Kindergärten, Sportvereinen und Therapeutischen Einrichtungen, um betroffenen Kindern zu helfen.

Die vorliegende Arbeit zeigte auf, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils für das gesamte Familiensystem und vor allem für die Kinder einen hohen Belastungsfaktor bildet. Dadurch ergeben sich unmittelbare

Problematiken und Schwierigkeiten für die Kinder von betroffenen Eltern, mit deren Bewältigung die Kinder – aber auch die Eltern - oft überfordert sind. Trotz des erhöhten Risikos ist die Grundannahme falsch, dass alle Kinder mit einem psychisch belasteten Elternteil eine Risikogruppe für spätere psychische Erkrankungen bilden oder Auffälligkeiten entwickeln. Kinder greifen auf individuelle Strategien zurück, um mit der Erkrankung des Elternteils umzugehen und finden teilweise eigene Wege für eine positive Situationsbewältigung. Dabei ist die Resilienzförderung seitens der Familie sowie der Bildungs- bzw. Betreuungseinrichtungen und Institutionen essentiell.

Ein großes Problem aus dem Blickwinkel der betroffenen Kinder bildet die ihnen gegenüberliegende aufgebaute Mauer des Schweigens. Eine altersgerechte Aufklärung über die Situation des erkrankten Elternteils trägt zur Entlastung der Kinder bei. Die Fehlannahme, die Kinder zu verschonen und davon fern zu halten verstärkt die entstehenden Probleme. Das Verheimlichen bewirkt keine Veränderung der Tatsache, dass die Kinder atypische und merkwürdige Verhaltensweisen an ihren Eltern beobachten. Folgt keine Erklärung dieser Situationen, so wird die Interpretation den Kindern überlassen. Denn viele betroffene Kinder und Jugendliche fühlen sich in dieser Situation alleine gelassen, da sie aufgrund des familiären Schweigegebotes und der gesellschaftlichen Stigmatisierung keinen Zugang zu anderen externen Personen finden können. Sie sind somit auf sich alleine gestellt und tragen parallel Schuldgefühle und Unwissenheit mit sich. Aufgrund dieser belastenden Situation der Kinder ist die Stärkung des sozialen Umfeldes als Unterstützung sowie die Aufklärung der Kinder von hoher Bedeutung. Wie bereits in der Arbeit erwähnt wurde, sind frühzeitige und angemessene Interventionen essentiell, um negativen Auswirkungen und Auffälligkeiten entgegenzuwirken, das Umfeld zu sensibilisieren und zur Entstigmatisierung beizutragen.

Das Projekt „Papas Seele hat Schnupfen“ dessen Untersuchung einen maßgebenden Anteil der vorliegenden Arbeit einnimmt, ist ein bundesweites Projekt, welches die Kriterien von „Good Practice“ erfüllt. Auch die Auswertungen der Evaluationsbögen verdeutlichen zusätzlich, dass dieses Programm zu einer durchweg positiven Resonanz bei den Teilnehmern/-innen führte. Inwiefern

das Programm zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beiträgt, kann nicht ganz objektiv beantwortet werden. Die ausgefüllten Fragebögen weisen allerdings darauf hin, sodass davon auszugehen ist, dass die Teilnehmenden zumindest ein erweitertes Verständnis zu psychischen Erkrankungen aufweisen und sich unter Umständen als Kinder psychisch erkrankter Eltern gestärkt fühlen. Eine weitere und vertiefende Beschäftigung mit dem Thema „Depression“ ist für eine nachhaltige gesellschaftliche Entstigmatisierung und zur Aufklärung von Kindern unerlässlich.

Die Untersuchung verdeutlicht, dass das Projekt „Papas Seele hat Schnupfen“ eine Intervention bildet, mit der es möglich ist, die sozialen und spezifischen Schutzfaktoren der Kinder zu stärken, da die Schule einen Raum für Schutzfaktoren, Vertrauenspersonen, Geborgenheit und Unterstützung bietet. Durch das Sensibilisieren für das Thema „Depression“ und der Entstigmatisierung in Form dieser Lesung ist es also möglich, diese Faktoren auszubilden und zu stärken. Aufgrund der feinfühligem, empathischen und kindgerechten Vortragsart gewinnt die Autorin leichten Zugang zu vielen Kindern und Bezugspersonen. Was genau Kindern hilft, ihre Erfahrungen mit der Erkrankung des Elternteils zu verarbeiten, kann nicht schematisch formuliert werden. In dem Projekt geht es jedoch insbesondere darum, die Kinder von ihrer Verantwortlichkeit dem Elternteil gegenüber frei zu machen, sie zu ermutigen, aufzuklären, die Scham zu nehmen und ihnen zu zeigen, dass sie nicht alleine sind. Denn es gibt weitaus mehr Betroffene als wir vermuten und viele verstummte Kinder, die über das Leiden ihrer Eltern nicht sprechen können. Mit „Papas Seele hat Schnupfen“ kann einigen dieser Kinder hoffentlich eine Stimme – und auch Gehör bei Freunden, Betreuenden und Lehrenden – gegeben werden.

Literaturverzeichnis

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. and Schomerus, G. (2013) "Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades," *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press, 203(2), pp. 146–151. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/attitudes-towards-psychiatric-treatment-and-people-with-mental-illness-changes-over-two-decades/0918ABF17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC#> [Abruf: 03.05.2020]

Brockmann, Eva; Lenz, Albert; Nestmann, Frank (2016): Schüler mit psychisch kranken Eltern. Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext. 1. Aufl. Göttingen, Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (2011): Kindheit mit psychisch belasteten und süchtigen Eltern. Kinderschutz durch interdisziplinäre Kooperation. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren.

Christiansen, H., Anding, J. & Donath, L. (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern*(S. 80–105). Weinheim: Juventa.

Freunde fürs Leben: Url: https://www.frnd.de/2016/03/09/interview-mit-claudia-gliemann/?gclid=EAlalQobChMIodqn7aLs5wIVxLHtCh2YOWWOEAAAYASAAEgKISfD_BwE [Abruf: 14.03.2020].

Fryers, Tom; Brugha, Traolach (2013): Childhood determinants of adult psychiatric disorder. In: *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH* 9, S. 1–50. DOI: 10.2174/1745017901309010001.

Geene, Raimund (2006): Qualitäten der Gesundheitsförderung. [Konzepte für die Praxis] ; Dokumentation einer Workshoptagung Mittwoch, 22. Juni 2005 in Berlin. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.

Geoport-ik-mse:Url:<https://geoport-ik-mse.de/geoportal/index.php> [Abruf:03.05.2020].

Gesetze im Internet: Url: <https://www.gesetze-im-internet.de/juschg/BJNR273000002.html> [Abruf: 05.05.2020]

- Gliemann, Claudia; Faichney, Nadia (2014): Papas Seele hat Schnupfen. Karlsruhe: Monterosa Verlag.
- Gundelfinger, R. (1995): Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils, in: pro juventute; Heft 1, S. 4-7.
- Herpertz, Sabine C.; Grabe, Hans J. (2019): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. In: Der Nervenarzt 90 (3), S. 233–234. DOI: 10.1007/s00115-019-0673_y.
- Jungbauer, Johannes; Kaufmann, Kathrin; Metz, Deborah; Großheinrich, Nicola (2019): Bindungsstile bei erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: *Psychiatrische Praxis* 46 (7), S. 381–387. DOI: 10.1055/a-0945-3542.
- Kaufmann, Kathrin; Metz, Deborah; Großheinrich, Nicola (2019): Bindungsstile bei erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern. In: *Psychiatrische Praxis* 46 (7), S. 381–387. DOI: 10.1055/a-0945-3542.
- Kellnhauser, E.: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung. Thieme Verlag: Stuttgart 2000.
- Landkreis Mecklenburgische Seenplatte: Url:https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/media/custom/2104_110_1.PDF?1351073406 [Abruf:15.02.2020].
- Lehmann, Frank (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - weiterführende Informationen. Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret, 5).
- Lenz, Albert (2005): Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern--Eine explorative Studie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (5), S. 382–398.
- Lenz, Albert; Brockmann, Eva (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, Albert; Jungbauer, Johannes (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verl.
- Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke (Hg.) (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 23).

Mack, Simon; Jacobi, Frank; Gerschler, Anja; Strehle, Jens; Höfler, Michael; Busch, Markus A. et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: International journal of methods in psychiatric research 23 (3), S. 289–303. DOI: 10.1002/mpr.1438.

Masten, A./Best, K./Garmezy, N. (1990): Resilience and development: Contributions from the children who overcame adversity. In: Development and Psychopathology 2, S. 425-444.

Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (2014): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag (BALANCE Ratgeber).

Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). In: Pflege 20 (6), S. 331–336. DOI: 10.1024/1012-5302.20.6.331.

Metzing Sabine (2018): Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Thomas Ostermann, Michael Galatsch, Nino Chikhradze, Christiane Knecht, Kristina Barbknecht, Franziska Piechkamp et al.

Pillhofer, Melanie; Ziegenhain, Ute; Fegert, Jörg M.; Hoffmann, Till; Paul, Mechthild (2016): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. 1.10.03.16. Aufl. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Regierung Mecklenburg – Vorpommern : Url: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/stk/Themen/Demografischer-Wandel/Daten-und-Fakten> [Abruf 20.02.2020]

Renschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz (1994): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe (Beiträge zur Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters).

Riss, N.: „Wenn die Dämonen meiner Mutter nach mir greifen“ , in: Beeck, K.(2003) (1) (Hrsg): „Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin, S. 40 – 42.

Ruckstuhl, B./Kolip, P./Gutzwiller, F.(2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: S. 38 – 50

Schone, Reinhold; Wagenblaus, Sabine (Hg.) (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21).

Schrapp, Andreas (2018): Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Basiswissen Beratung).

Statista: Url: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/> [Abruf: 03.02.2020]

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Statistisches Jahrbuch 2019 Url: https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Abt4.Statistisches%20Amt/Dateien/Publikationen/Statistisches%20Jahrbuch/Aktuell%20nach%20Kapiteln/1_Bevoelkerung.pdf [Abruf 05.03.2020]

Statistisches Bundesamt: Url: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2019.html;jsessionid=03C2418D4829D11F2ED276383ECD65D8.internet8741> [Abruf: 03.02.2020]

Wiegand-Grefe, Silke; Matthejat, Fritz; Lenz, Albert (Hg.) (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung : mit 55 Tabellen. Symposium Kinder Psychisch Kranker Eltern - Aktuelle Forschungsergebnisse; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, DGKJP. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht.

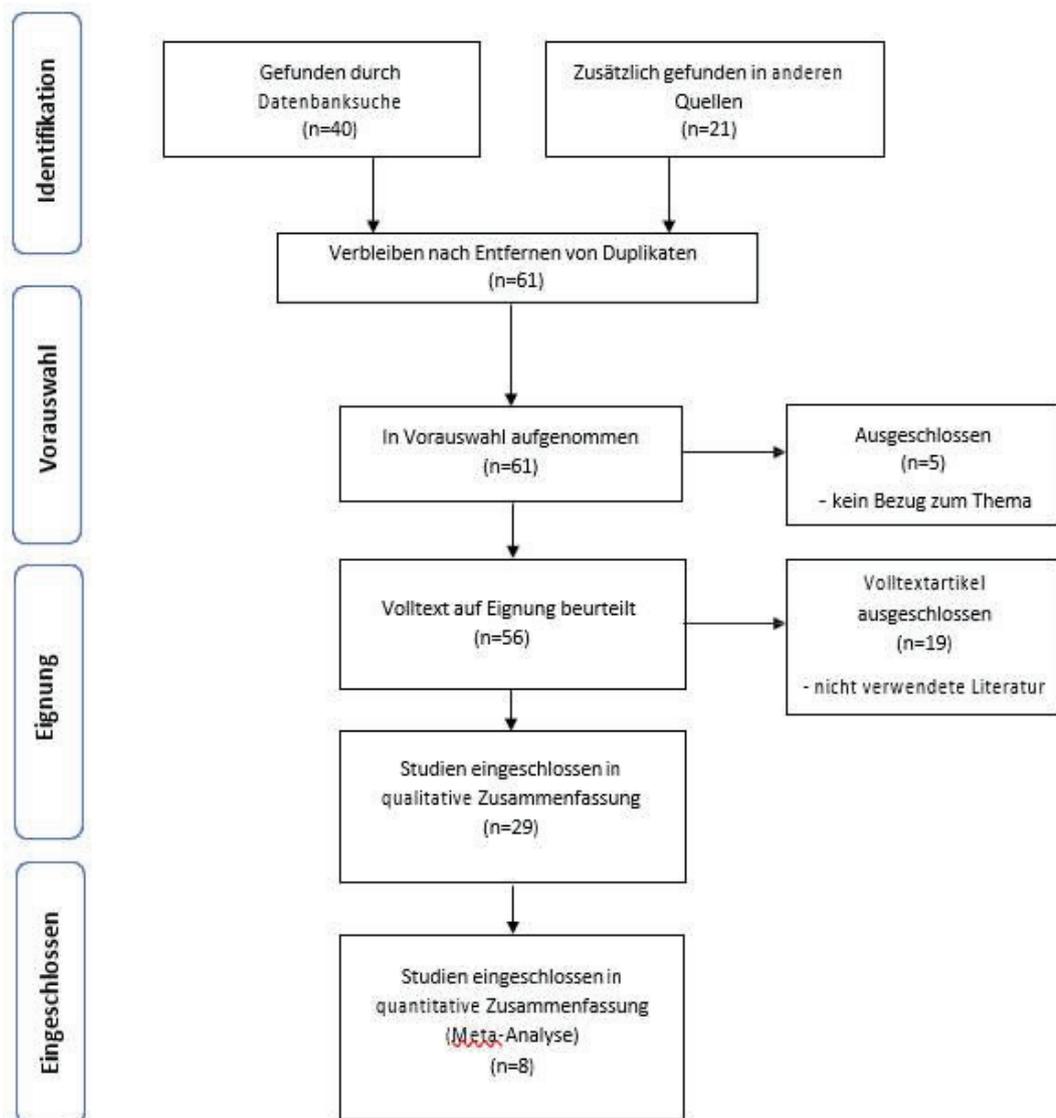
Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne; Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs-Beratungsansatz; mit CD-ROM. Göttingen u. a.: Hogrefe Verl. f. Psychologie.

Witte, Stefan (Hg.) (2018): Erziehungsberatung. Standpunkte, Entwicklungen, Konzepte. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wustmann, Corina (2008): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 2. Aufl., [Nachdr.]. Berlin: Scriptor (Beiträge zur Bildungsqualität).

Anhang

Anhang 1: Flussdiagramm der Publikationsauswahl nach dem PRISMA-Statement (Mohler et al. 2009 & Ziegler et al. 2011)



Anhang 2: Evaluationsbogen der Lesereise



Hiermit bestätigen wir, dass Claudia Gliemann eine musikalische Lesung /
Lesungen aus PAPPAS SEELE HAT SCHNUPFEN veranstaltet hat:

Einrichtung

Name

Straße

Ort

E-Mail-Adresse

Datum

Anzahl der Lesungen

Datum Name / Unterschrift

Möchten Sie auf den allgemeinen Newsletterverteiler des MONTEROSA-Verlags
aufgenommen werden? ja nein

Wir haben die Veranstaltung bei der GEMA angemeldet. ja nein

MONTEROSA VERLAG · CLAUDIA GLIEMANN
PFINZTALSTRASSE 90 · 76227 KARLSRUHE · TEL +49 721-4848899-0 · WWW.MONTEROSA-VERLAG.DE

Zur Verbesserung der Veranstaltung sowie zur Evaluation der Lesereise wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie nachfolgenden Fragebogen ausfüllen und an mich zurücksenden würden.

Weshalb haben Sie die Veranstaltung gebucht?

Sind in Ihrer Klasse / Einrichtung Kinder von der Thematik betroffen?

ja nein

Konnte Ihnen die Veranstaltung helfen, mehr über die Probleme, Sorgen und Nöte Ihrer Schüler / der von Ihnen betreuten Kinder zu erfahren?

ja nein

War die Veranstaltung ein Beitrag zur Resilienzförderung Ihrer Schüler / der Besucher?

ja nein

Hat die Veranstaltung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten beigetragen?

ja nein teilweise

Haben die Kinder verstanden, dass eine Depressionen ebenso eine Krankheiten ist wie körperliche Krankheiten?

ja nein teilweise

Konnte Frau Gliemann (die Autorin) das Thema kindgerecht vermitteln?

ja nein teilweise

Hatten Sie bereits vorher das Thema „Depression“ im Unterricht behandelt?

ja nein

Wurde das Thema „Depression“ danach im Unterricht weiter behandelt?

ja nein

Haben Sie Rückmeldungen zur Veranstaltung erhalten? Wenn ja, welche?

ja nein

Hatten Sie den Eindruck, dass die Veranstaltung den Kindern / Erwachsenen geholfen bzw. etwas bewirkt hat? Wenn ja, was?

ja nein teilweise

Wie war Ihr persönlicher Eindruck von der Lesung?

War die Veranstaltung altersgemäß?

ja nein

Wie kam die Veranstaltung Ihrer Einschätzung nach bei den Kindern an?

sehr gut gut befriedigend überhaupt nicht
 kann nicht beurteilt werden haben nicht teilgenommen

Wie kam die Veranstaltung Ihrer Einschätzung nach bei den Erwachsenen an?

sehr gut gut befriedigend überhaupt nicht
 kann nicht beurteilt werden haben nicht teilgenommen

Was kam besonders gut an, was weniger gut?

Würden Sie eine weitere Lesung buchen?

ja nein

Worin besteht Ihrer Meinung nach die Stärke des Projektes / der Autorin?

Was könnte die Autorin / könnten die Veranstalter verbessern?

War Ihnen bewusst, dass es sich bei dem Projekt um ein Projekt der AOK und der Deutschen Depressionsliga e.V. handelt?

ja nein

Ihre Erwartungen wurden erfüllt übertroffen nicht erfüllt

Wo würden Sie die Veranstaltung allgemein auf folgender Skala einordnen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Weitere Ausführungen:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für meine Fragen genommen haben.

Herzliche Grüße

Ihre

Claudia Gliemann



MONTEROSA VERLAG · CLAUDIA GLIEMANN
PINZTALSTRASSE 90 · 76227 KARLSRUHE · TEL +49 721-4848899-0 · WWW.MONTEROSA-VERLAG.DE

Anhang 3: Auswertungsergebnisse der Evaluationsbögen

1) Weshalb haben sie die Veranstaltung gebucht? – ausgewählte Antworten

„Die Lesung auf der Jahrestagung des BKJPP hat mich sehr bewegt. Das Thema ist von großer Wichtigkeit. In unserer Arbeit sehen wir häufig Kinder, wo ein oder beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sind“ (SPZ Celle).

„Im Rahmen des Patenprojektes stellen wir Kindern von psychisch kranken oder belasteten Eltern einen ehrenamtlichen Paten zur Seite. Mit der Lesung wollte ich das Engagement der Paten und die Offenheit der Familien würdigen und den Paten etwas aus der Lebenswelt der Kinder zeigen“ (Kindern zur Seite - Patenprojekt).

„Angebot der Autorin (Broschüre zur Lesung), Psychoeducation für Kinder psychisch kranker Eltern, Stigmatisierung psychisch kranker Menschen entgegenwirken“ (Deutscher Kinderschutzbund Chemnitz e.V.)

„Weil es ein wichtiges Thema ist, was einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollte“ (Buchhaus am Markt, Detmold).

„Schon seit Jahren unterstützt das RBB die Schulen in ihrer Arbeit zum Thema Seelische Gesundheit. Dabei arbeiten wir als staatliche -kommunale Stelle aufgrund unseres Vernetzungsauftrags eng mit einer Vielzahl von Akteuren, z.B. auch aus dem Gesundheitsbereich zusammen. Prävention und Bildung gehören nach unserem Selbstverständnis zusammen und wir wissen um die Bedeutung frühzeitiger Prävention“ (Regionales Bildungsbüro Kreis Düren).

„Weil das Thema "Depressionen bei Eltern" wichtig ist und wir finden, dass es eine gute Möglichkeit ist, so Kindern näher zu bringen, dass es den Eltern auch mal schlecht geht und die Schuld nicht bei den Kindern liegt“ (Evangelische Grundschule Halle).

„Interesse am Thema, ob wir konkret in der Klasse betroffen sind, ist fraglich, kann auch nicht so einfach pauschal mit ja/nein beantwortet werden. Ich bin sicher, dass in jeder Klasse Schüler sind, die sich zumindest mit dieser Thematik auseinandersetzen mussten/müssen“ (Grundschule Kirchberg/Iller).

„Grundsätzlich behandelt das Buch ein wichtiges Thema; habe von Veranstaltung im AK Jugendschutz erfahren und dort auch das Buch kennengelernt; finde Buch und Form der Präsentation ansprechend; schöne Gelegenheit für die Kinder, Autorin kennenzulernen; schöne Gelegenheit für die Kinder, ein Buch einmal "anders" kennenzulernen“ (GGG Astrid Lindgrin-Schule).

„Kinder und Jugendliche, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen. Sie stehen häufig vor großen Schwierigkeiten mit der Erkrankung ihrer Eltern in angemessener Weise umzugehen. Diese Kinder können als Folge unter Isolation, Schuld- und Schamgefühl leiden. Darüber hinaus bestehen für sie erhöhte Entwicklungsrisiken, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln bzw. selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Um dieses Risiko zu mindern, ist es notwendig, dass die unterschiedlichen Hilfesysteme diesen Kindern und Jugendlichen eine besondere Beachtung zukommen lassen. Mit Hilfe der Buchlesung sollten Fachkräfte des Landkreises MSE sensibilisiert werden, ihren Blick verstärkt der Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen zuzuwenden“ (Landkreis MSE / Gesundheitsamt).

2) Haben Sie Rückmeldungen zur Veranstaltung erhalten? Wenn ja, welche.

Eine positive Rückmeldung haben insgesamt 37 an, 3 hatten eine abweichende Meinung und 10 haben keine Rückmeldungen erhalten.

Ausgewählte Beispiele:

„ja: sehr einfühlsame Herangehensweise, tolle Lieder, toller Vortrag, sehr natürliches, offenes, angenehmes Auftreten der Autorin. Wunsch nach Youtube-Video.“

„ja: Bei der Eröffnung des Kinderschutzforums waren die anwesenden Fachkräfte sehr angetan von der außergewöhnlichen Näherung des Themas. Die zweite

Lesung kam sehr gut an, sowohl bei den Kindern als auch bei den erwachsenen Betroffenen.“

„ja, Die Schulen haben sich bedankt für dieses großartige und ihre Arbeit unterstützende Angebot. Schüler*innen, Lehrkräfte und sonstige schulische Kräfte sowie Gäste (Landrat, Schulamtsdirektorin, Vertretungen von Presse, Schulpsychologischem Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes) waren sehr berührt und davon beeindruckt, wie es Claudia Gliemann gelungen ist, alle Kinder und einfühlsame, ehrliche und dabei auch fachlich fundierte Gespräche zwischen Frau Gliemann und ihrer jungen Zuhörerschaft.“

„ja; Alle Kinder, die daran teilgenommen haben, waren beeindruckt von der Geschichte und von der Art, wie Frau Gliemann das Thema vermittelt hat. Viele Kinder hatten danach Fragen und hätten auch gerne noch länger mit der Autorin gearbeitet.“

„ja, Die Schüler haben sich am nächsten Tag sehr positiv über die Lesung bei verschiedenen Lehrern geäußert. Eine Lehrerin teilte mir persönlich mit, dass die Lesung eine der schönsten Veranstaltungen an der Schule gewesen sei. Verschiedenste LehrerInnen wollten auch eine Lesung nächstes Jahr in ihrer Klasse. Die Konrektorin äußerte den Wunsch an Frau Gliemann, eine Fortbildung für die Lehrer an der Schule zu machen“.

„ja; Im Vorfeld haben mir etliche Kooperationspartner bestätigt, dass sie es begrüßen, dass wir diese solche Veranstaltung anbieten. Eine anwesende Mutter sagte, dass ihr bis jetzt die Worte gefehlt hätten, um mit ihren Kindern über ihre Krankheit zu sprechen. Sie schien sehr entlastet“.

„ja, die Veranstaltung richtete sich an Erwachsene (niedergelassene Psychotherapeuten), so dass keine Kinder anwesend waren, aber das Thema wurde durchweg kindgerecht vermittelt und alle Rückmeldungen, die ich mündlich erhalten habe, waren durchweg positiv“

Schüler: „Ich bin nicht schuld. Familie und Freunde helfen“. Eltern: „gut, dass Schule darüber spricht“

Drei Abweichende Meinungen mit Kritik:

„ja, war okay; aber Musikstücke nicht Schülersgeschmack; kognitiv orientierter lehnte die anschließende Bucharbeit ab; "Das bringt doch nichts.".

„ja, Die SuS fanden die Lesung "etwas traurig" und haben teilweise sehr emotional reagiert“

„ja; Von Schülern kamen fast ausschließlich positive Rückmeldungen. Die Gruppe allerdings mit über 30 Kindern war fast zu groß; Frau Gliemann hat zu leise gesprochen, gesungen. Auch mehrere Schüler fanden es schade, dass sie die Liedtexte zum Teil nicht verstanden haben“.

3) Hatten Sie den Eindruck, dass die Veranstaltung den Kindern bzw. Erwachsene geholfen bzw. Etwas bewirkt hat? Wenn ja, was?

40 gaben ein „Ja“ an, sieben ein „teilweise“ und zwei ließen die Frage frei.

ausgewählte Beispiele:

„ja: das leise und eindringliche Heranführen an das Thema hat die erwachsenen Paten sehr berührt. Bei den älteren Kindern (ab12.) war die Diskussion über das Ende Thema. "Es sollte ein Happy End geben"

„ja, Den pädagogischen Kräften wurde deutlich, dass ein so schwieriges Thema kindgerecht besprochen werden kann und sollte. Betroffene Kinder öffneten sich und erfuhren sehr viel Empathie von ihren Mitschüler*innen. Durch die Einbeziehung einer Ärztin (Gesundheitsamt) und einer Psychologin (Schulpsych. Dienst) stehen den Schulen Ansprechpersonen zur weiteren Unterstützung bei der Nachbereitung und Sicherung der Nachhaltigkeit zur Verfügung“.

„ja; Ich hatte den Eindruck, dass es Kinder gab, die sich wirklich Gedanken gemacht haben, wie es den Erwachsenen geht, wenn sie Depressionen haben und was dieses Wort eigentlich bedeutet“.

„ja; Die Kinder in den Grundschulen wurden mitgenommen auf eine Reise in das Leben einer betroffenen Familie. Sie konnten sich mit den Gefühlen der Betroffenen auseinandersetzen und diese auch mit ihrer Familie oder anderen im Beziehung setzen. In der Leseung für Erwachsene wurden diese ebenfalls dazu eingeladen und die Auseinandersetzung bewirkte besseres Verständnis für die Auswirkungen einer psychischen Krankheit in der Familie“.

„ja, Durch die Veranstaltung haben die Kinder mehr Vorstellung davon, was es heißt, wenn jemand psychisch krank ist. Außerdem haben die Kinder erfahren, dass viele Gefühle dabei eine Rolle spielen, die guzt und wichtig sind. Wichtig war auch, dass die Kinder erkannt haben, dass es Hilfe bei psychischen Erkrankungen gibt“.

„ja, Betroffene Kinder haben in der Gemeinschaft erleben dürfen, dass auch andere betroffen sind und dass es eine sehr hohe Empathie der Klassengemeinschaft im Hinblick auf das Thema gibt“.

„ja, Ich glaube, dass die Kinder mehr über das Thema seelische Erkrankung nachgedacht haben. Wichtig war, dass eine seelische Krankheit, genauso wie eine körperliche Krankheit, behandelt werden kann und dieser gleichgestellt ist. Wichtig war auch das Thema, wie man sich Hilfe holen kann“.

7 Teilweise / ausgewählte Beispiele:

„teilweise; schon einmal was vom Thema Depression/psych. Krankheiten zu hören darüber nachzudenken.“

„teilweise; Ein Nachdenken und ein Austausch innerhalb der Klasse erfolgte spontan von den Kindern.“

„teilweise, ich kann aus oben genannten Gründen noch nicht zuverlässig sagen - aber die Schülerinnen wirkten während der Veranstaltung beeindruckt und haben aktiv mitgemacht.“

4) Wie war Ihr persönlicher Eindruck von der Lesung?

Einen positiven Eindruck gaben 45 wieder und gaben ggf. Verbesserungsvorschläge. Eine Einrichtung fand die Lesung zu lange und drei gaben nichts an.

Ausgewählte Beispiele:

„Der Vortrag hat mich sehr angesprochen und auch die persönlichen Gespräche davor & danach haben Nähe vermittelt. Die Aussage: "Es ist gut so wie du bist" finde ich für die Kinder sehr wichtig“

„Auch ich war beeindruckt und berührt. Frau Gliemann gelang es immer und von Anfang an, mit den teilnehmenden Kindern in einen vertrauensvollen Kontakt zu bekommen. Die einzelnen Kinder fühlten sich persönlich wahrgenommen und mit ihren Beiträgen, Fragen, Sorgen ernst genommen. Die Mischung aus Erzählung, passenden Bildern und Musik, welche die verschiedenen oft widersprüchlichen Gefühle der kleinen Nele und ihrer Familie spiegelten, habe ich als für diese Altersgruppe optimal erlebt“.

„Geschichte und Lieder zwar sehr kindlich, dennoch können auch 5.Klässler gut mitgehen, also keineswegs zu kindisch. Schüler*innen waren sehr gut, zum einen können sie aktiv werden, das ist leichter als "nur" zuzuhören, zum anderen reflektieren sie sich und haben etwas zum Mitnehmen“.

„recht positiv, allerdings s.o. zu leise (was aber u.U. auch so gewollt war); Ich empfinde die Lesung in der Spanne 3. bis 6. Klasse zu wenig differenziert; für Kinder eines 3. Schuljahres passend, für ältere hingegen sollte etwas mehr Info enthalten sein“.

„Frau Gliemann schafft es mit ihrer ausgeglichenen Art und den selbstgeschriebenen Liedern das Thema gut für alle Beteiligten besprechbar zu machen. Durch das gute Ergänzungsmaterial ist es leicht, es in den Unterricht einzubauen und zu vertiefen“.

„Frau Gliemann hat eine sehr positive, ruhige Ausstrahlung und fand aufgrund ihrer zugewandten Art schnell Zugang zu den Kindern. Entsprechend aktiv haben sich unsere SchülerInnen am Geschehen beteiligt. Ich fand besonders

überzeugend, dass es Frau Gliemann gelingt, eine zweifelsfrei heikle Thematik zwar ehrlich und offen aber ohne jeden Schrecken zu vermitteln“.

„Frau Gliemann hat in jeder ihrer Lesungen die Kinder mit ihrem Buch angesprochen, Interesse geweckt und in feinfühligter Art und Weise eine Atmosphäre geschaffen, in der sich Kinder getraut haben, Fragen zum Buch und zum Thema Depressionen sowie den einhergehenden Gefühlen zu stellen. Sie haben kindgerechte, verständliche Antworten erhalten“.

„Frau Gliemann war sehr authentisch, las sehr ausdrucksstark. Die Kombination mit den Liedern war sehr abwechslungsreich. Sie hat auch eine ausgesprochen ansprechende Singstimme. Ich denke, sie könnte an manchen Stellen langsamer lesen/mehr Pausen machen und vielleicht noch dialogischer auf die Kinder eingehen. Dann müsste man aber aufpassen, dass die Veranstaltung nicht zu lang wird.“

„Mit einer sehr einfühlsamen und warmherzigen Art, begleitet von eigenen komponierten Liedern, öffnete Frau Gliemann das Thema "Psychische Erkrankung in der Familie". In absoluter Stille lauschten die Fachkräfte der Geschichte der kleinen Nele, die im Zirkus aufwächst, der Zirkus, den wir mit einer Welt- in der alles bunt und fröhlich ist - verbinden. Die Begeisterung der Fachkräfte spiegelt sich im riesen Applaus wider“.

5) Worin besteht Ihrer Meinung nach die Stärke des Projektes?

Bei dieser Frage gaben 45 Einrichtungen eine Antwort ab.

Ausgewählte Beispiele:

„In dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren: - Persönlichkeit, Haltung und fachliches Wissen der hervorragenden Autorin, Leserin, Sängerin; - Kindgerecht erzählte Geschichte mit schönen Illustrationen und Liedern, die die Kinder ansprechen und auch aktiv einbeziehen; - das für Kinder und Pädagogen aufbereitete Material, das den Schulen zur Verfügung gestellt wird.“

„Hat verschiedene Perspektiven beleuchtet und jedem eine Stimme gegeben, sehr einfühlsam gestaltet und vermittelt, Probleme, Vorurteile und Umgang mit psychischen Erkrankungen wurden kindgerecht dargestellt und vermittelt, Raum zur Gefühlsverarbeitung beim anschließenden Basteln, Rollenbild: Väter müssen nicht immer stark sein und dürfen Gefühle zeigen.“

„Die Stärke des Projekts ist ganz klar die kindgerechte Vermittlung der Bedeutung des Wortes Depressionen. Was ist das eigentlich und wie geht es den Eltern damit? Die Stärke der Autorin liegt in der Arbeit mit den Kindern. Sie kann dieses sensible Thema sehr gut übermitteln und auf die Kinder und deren Fragen eingehen.“

„Frau Gliemann hat es mit ihrem Buch geschafft eine psychische Erkrankung von Eltern kindgerecht zu beschreiben und die Gefühle der Protagonistin, aber auch die der Eltern/des weiteren Bezugspersonen ehrlich zu benennen. Es gab Kinderstimmen, die im Nachhinein beschrieben, "dass es wichtig ist, dass Nele weiß: Ich bin nicht schuld!". Das Thema berührt Kinder und Erwachsene/Fachpersonal gleichermaßen und bietet eine gute Grundlage, um mit Kindern über "Seelische Krankheiten von Eltern, nahen Bezugspersonen wie Großeltern ... " ins Gespräch zu kommen.“

„Das schwere Thema wird auf sehr verständliche Weise vermittelt. Hilfreich ist der lösungsorientierte Verlauf der Geschichte. Die Kombination zwischen Lesung und den Liedern ist sehr eindrücklich, da beim Zuschauer dadurch unterschiedliche Gefühlsebenen angesprochen werden.“

„Das die Autorin die Lesung persönlich durchführt und die Geschichte und die Lieder gefühlvoll darbietet. Die ruhige und empathische Art der Autorin.“

„Die Autorin vermag mit leisen Tönen die Aufmerksamkeit der Kinder auf die Geschichte zu ziehen. Die Verbindung mit der Musik und die Möglichkeit bei zwei Stücken mitzusingen, macht die Lesung lebendig und abwechslungsreich.“

6) Was könnte die Autorin / könnten die Veranstalter verbessern?

32 ließen die Frage offen, fünf merkten an, dass es nichts zu verbessern gäbe und 12 gaben Verbesserungsvorschläge oder individuelle Wünsche an.

Auflistung der Kritik und Wünsche:

„Vielleicht wäre es möglich, ein paar Passagen aus den Liedern zur Hand zu haben, evtl. zum Mitsingen oder einige Worte/Sätze hilfreich sind.“

„Eine Ergänzung von lokalen Akteuren, die dezent auf lokale Hilfen verweisen, falls bei den Zuhörern Bedarf besteht.“

„Mit der Autorin waren wir voll zufrieden. Verbesserungsfähig wäre aus unserer Sicht die finanzielle Organisation. Hilfreich wäre hierzu ein "Wegweiser" für die erforderlichen Anträge (Ansprechpartner).“

„Da die Zeit knapp war, hätte das Eingehen auf die gewonnenen Preise und Auszeichnungen etwas kürzer ausfallen können, dann wäre zum Schluss noch Gelegenheit gewesen, auf die vorbereiteten Fragen der Kinder einzugehen.“

„weniger Lieder, auch ein fröhliches - mehr medizinische Infos“

„kleinere Gruppen oder Sitzordnung anpassen (nicht frontal)“

„Vielleicht könnte man noch mehr Mitmach-Teile einbauen - etwa das Straßennetz auf dem Boden nachbauen und die Kinder darauf balancieren lassen. Im zweiten Schritt könnte man dann das Netz unterbrechen, so dass die Kinder nicht mehr zueinander gelangen. Vielleicht würde das das Bild des unterbrochenen Transportes von Botenstoffen im Gehirn verdeutlichen. Eine weitere Idee wäre, die Rolle des dummen Augusts deutlicher zu klären.“

„Gut zu diesem Thema wäre auch noch eine Fortbildung für die gesamten Lehrer der Schule, um dieses schwierige Thema noch weitreichender in der jeweiligen Schule zu verankern.“

„kleinere Gruppen, sprechen und singen durch das Mikrofon.“

„mehr Handlungsorientierung - Kinder sollten immer etwas zu tun haben (handeln), z.B. Szene spielen, Bild gestalten.“

„Lesungen und Rahmenprogramm bietet Stoff für drei Schulstunden. Liedtexte zur Verfügung stellen.“

„Das Bestellbuch noch einmal überarbeiten. Verständlicherer Auftrag.“

7) Weitere Ausführungen:

„Es war sehr schön und ich freue mich, dass sie das Patenprojekt mit ihrer Lesung bereichert haben. Ich hoffe, dass eine weitere Lesung im kommenden Jahr stattfinden kann.“

„Besucher und Veranstalter waren vollstens zufrieden. Wir würden jederzeit wieder eine Veranstaltung mit Frau Gliemann durchführen. Vielen Dank.“

„Wir freuen uns schon sehr auf die nächste Lesereise bei uns und möchten uns noch einmal herzlich bedanke.“

„Es wäre schön, wenn es das Buch als "Easy Reader" für 10 Euro als Schullektüre geben würde.“

„Es hat uns total gefreut und die Zusammenarbeit hat wirklich Spaß gemacht. Wir freuen uns auf eine Veranstaltung im nächsten Jahr, denn weitere Grundschulen haben bereits Interesse geäußert. Dem Verlag und Claudia Gliemann wünschen wir weiterhin viel Erfolg. Ihr macht eine tolle Arbeit! Das proanima - Team aus Halten.“

„Die Lieder auf der CD gefallen mir teilweise nicht. Die hohe Stimme z. B. bei dem Lied "Du bist gut so wie du bist! Ist weniger im Einklang zum Text. Mir hat die Stimmlage von Frau Gliemann bei den einzelnen Liedern besser gefallen.“

„Gerne mal wieder. Nur schade, dass es an so wenigen Schulen bekannt ist. Auch Gymnasien sollten in den Fokus genommen werden, weil der dortige Leistungsdruck auch psychische Krankheiten auslöst.“

„Wir danken Frau Gliemann für ihre Unterstützung und freuen uns auf die Lesereihe im Jahr 2020. Das Schulungskonzept und die Buchlesung bietet nun die Möglichkeit im Setting "Schule" ein Angebot zu schaffen, um Kinder der Klassen 3-6 über psychische Erkrankungen aufzuklären und zu sensibilisieren.“

„Unterrichtsimpulse sind sehr hilfreich, gut umzusetzen. Thema eignet sich für ein mehrtägiges Klassenprojekt. Buch eignet sich auch, um weitergehende Sorgen zu besprechen, wie z.B. Trennung, da es die Kinder zum Reden bringt.“

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Lindetal, den 19.05.2020

Unterschrift der Verfasserin