

„Damit Armut nicht krank macht – über starke Familien zu gesunden Kindern“

Kooperationstagung der Bundesarbeitsgemeinschaft
Gesundheit & Frühe Hilfen und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen
Berlin, 18.10.18

Workshop 4: Partizipation in den Frühen Hilfen: Mitbestimmung, Mitgestaltung und Mitwirkung im bunten Leben – und nicht nur auf dem Papier

Impulsreferat **PD Dr. Rieke Oelkers-Ax**

(VIFF-BaWü) und Familientherapeutisches Zentrum (FaTZ) Neckargemünd

Partizipation ist ein bisschen ein schwieriges Wort. In aller Munde, politisch korrekt, aber unklar und unscharf. Was bedeutet der Begriff Partizipation eigentlich? Was ist – für mich – Partizipation?

.. „Mitbestimmung, Mitgestaltung und Mitwirkung an Entscheidungen und Prozessen“, so steht es in der Ankündigung für diesen Workshop. Das hört sich klarer und einfacher an, als es ist. Auf dem Papier ist das gut – aber wie ist das im Leben? Wer bestimmt, gestaltet und wirkt mit? Und an was? Und wie? Immer da, wo der Begriff Partizipation benutzt wird, gibt es ein Gefälle. Ein Ungleichgewicht – an Macht, an Entscheidungsmacht, an Einfluss, an Geld – womit wir schon das Oberthema dieses Tages berühren: Armut.

Partizipation bezeichnet für mich eine Art des sorgsam und verantwortlichen Umgangs mit diesem Gefälle. Das bedeutet, dass die größere (Entscheidungs-)macht idealerweise genutzt wird, um die Interessen derer, um die es geht, möglichst gut ins Spiel zu bringen, zu vertreten, partizipativ zu beteiligen. Beispielsweise, indem man Eltern und Kindern Schutz und Hilfe bietet. Indem man Eltern und Kindern einen Raum gibt, in dem sie gehört werden.

Wenn wir von Partizipation sprechen, gibt es immer ein Drinnen und ein Draußen. Auf der einen Seite das Drinnen, in dem partizipiert werden soll und kann. Auf der anderen Seite das Draußen, in dem vielen Menschen gar keinen Zugang zum Prozess der Partizipation haben. Also keine Partizipation an der Partizipation gewissermaßen.

Wenn wir heute über Partizipation reden, reden wir dann also darüber, wie die, die schon „drinnen“ sind in unseren Institutionen und Netzwerken, mitbestimmen und mitgestalten können? Reden wir nur darüber? Oder betrifft Partizipation auch die, die bisher unsere Institutionen und Netzwerke, unsere Häuser, gar nicht erst betreten oder nicht in ihnen verweilen? Reden wir darüber, wie diese Menschen überhaupt Zugang bekommen können? Wollen wir Partizipation nur auf dem Papier oder auch im bunten Leben? Und was hieße das denn?

Nach meinem Verständnis umfasst Partizipation mehrere Ebenen: Sie bewährt sich als sorgsamer Umgang mit (Macht-)Gefälle. Dabei schließt sie mehrere Hauptfaktoren mit ein. Zunächst die Beteiligung derer, die schon „drinnen“ sind im Hilfeprozess. Daraus ergibt sich für uns die Frage: Wie können die betroffenen Familien mitgestalten und mitentscheiden? Wie können sie das im jeweiligen Beratungs- oder Therapieprozess, und wie können sie das aber auch auf der Metaebene bzgl. der Weiterentwicklung von Angeboten und Strukturen?

Partizipation meint aber auch die Eröffnung eines Zugangs für die bisher Ausgeschlossenen, d.h. dass alle Betroffenen an der Möglichkeit zur Partizipation partizipieren können. Nicht zuletzt meint Partizipation den Austausch und die Vernetzung „auf Augenhöhe“ der Helfersystemen untereinander im Sinne der betroffenen Familien.

Mein persönlicher Hintergrund hat meine Sicht auf den Begriff „Partizipation“ stark geprägt: Ich bin seit 21 Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Seit vier Jahren leite ich eine Familienpsychiatrische Tagesklinik. Diese Arbeit mit ganzen Familien vor Ort hat meine Sichtweise noch einmal deutlich verändert: Mein Blick für die die unglaubliche Bedeutung der frühen Entwicklung hat sich geschärft und wir sind jetzt dabei, wenn in den kleinen Interaktionen Traumata weitergegeben werden in die nächste Generation. Wir können es SEHEN.

Wenn sich die Familien bei uns vorstellen, berichten die meisten von einer sehr langen Leidensgeschichte. Oft haben mehrere Familienmitglieder bereits verschiedene psychiatrische Aufenthalte und Therapien hinter sich. Bei den mir vorgestellten Familien sehe ich häufig, dass die Frühzeit schon sehr belastet war – durch zum Beispiel eine postpartale Depression der Mutter, behandelt oder unbehandelt, ein erhöhter Bedarf des Kindes, schwierige transgenerationale Bindungsgeschichten und immer wieder auch Armut. Bei den meisten hat es von Beginn an keine oder keine ausreichende Unterstützung gegeben. Die Familien sind nie wirklich in Netzwerken wie den frühen Hilfen angekommen.

Der Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Erkrankung ist wechselseitig: Armut macht krank und psychische Erkrankung macht arm: Kinder sind häufiger arm als der Rest der Bevölkerung, und zwar umso häufiger, je jünger sie sind – etwa 16% der deutschen Bevölkerung gelten gemäß des „Schattenberichts“ als arm, knapp die Hälfte davon bezieht Hartz IV. Kinder sind doppelt so häufig von Hartz IV betroffen wie Erwachsene (jedes 7. Kind unter 18, jedes 6. Kind unter 3 J.). Armut kommt daher als Risikofaktor selten allein, Eltern(teile) sind oft psychisch erkrankt und alleinerziehend – ca. 40% der Hartz4-Empfänger haben nach dem IAB-Bericht 2017 eine psychische Störung, mit steigender Tendenz.

Die verschiedenen Risiken potenzieren sich und gefährden massiv die Entwicklung – oft findet sich eine Kombination aus den Faktoren „alleinerziehend“, „psychisch erkrankt“ und „unter der Armutsgrenze“. Aus Resilienzstudien wissen wir, dass bei mehr als drei Risikofaktoren etwa 70% der Kinder später selbst psychisch erkranken.

Solche Familien mit mehreren Risiken sind ja, unter anderem, genau die Zielgruppe der Frühen Hilfen. Es macht also sehr viel Sinn, früh zu intervenieren.

Aber: Die Familien, die es am nötigsten hätten, kommen am schlechtesten in den Hilfesystemen an. Von Familien in Armutslagen werden weniger als 18% vom Angebot der – dafür besonders passenden – längerfristig aufsuchenden Begleitung und Betreuung erreicht. Darunter sind sehr viele Familien mit psychischer Erkrankung der Elternteile. Schließlich limitiert psychische Erkrankung oft nicht nur den Beratungserfolg früher Maßnahmen (beispielsweise in Schreiambulanz), sondern auch das Ankommen im Hilfenetz. Neben der psychischen Erkrankung an sich haben Betroffene zusätzlich mit Begleiterscheinungen zu kämpfen. Unter diese fallen unsichere Bindungsmuster, das „Verkennen“ von Signalen in der Kommunikation mit den Mitmenschen, fehlendes Vertrauen und das Gefühl der Scham.

Ich möchte im Folgenden zwei Fallbeispiele von Familien aufgreifen, die bei uns im Familientherapeutischen Zentrum behandelt wurden.

(Die Fallbeispiele werden hier nur stark verkürzt und pseudonymisiert wiedergegeben).

Der erste Fall betrifft eine Familie, Vater und Mutter, mit ihrem unter 1jährigen Sohn. Als sich die Familie zu einem ambulanten Vorgespräch vorstellte, befanden sich die Eltern in einer verzweifelten Lage: Sie litten beide unter starken depressiven Symptomen und hoher Belastung, hatten Suizidideen und waren mit ihrer Gesamtsituation überfordert. Immer wieder kam es zu heftigen Paarkonflikten im Beisein des Babys. Die finanzielle Situation wirkte als zusätzliche Belastung: Beide Elternteile bezogen Hartz IV. Der Kindsvater berichtete, er habe Angst, seine Partnerin tue sich oder dem Sohn etwas an. Die Kindesmutter beschrieb sich selbst als erschöpft, sie litt unter aggressiven Impulsen gegenüber dem Baby. Beide Elternteile waren seit längerem in ambulanter Psychotherapie. Bislang waren weder Jugendamt noch die Netzwerke der Frühen Hilfen involviert.

Noch während des Vorgesprächs bahnten wir mit Einverständnis der Eltern Kontakt zu einer Mitarbeiterin des Jugendamts, aufsuchende Hilfen wurden über die Frühen Hilfen installiert. Die Krankenkasse stimmte nach längerem Vorlauf einer teilstationären familienpsychiatrischen Therapie der Kindesmutter in Begleitung des Sohnes zu. Hier konnte durch intensive multimodale bindungsfördernde Therapie einiges erreicht werden: Die psychische Symptomatik der Mutter hat sich deutlich gebessert. Im Rahmen der Therapie reflektierte sie ihre Bindungsmuster und ihre Einstellung gegenüber der Annahme von Hilfe. Dabei arbeitete sie an dem Konflikt, der ihr das Annehmen von Hilfe so schwer macht. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind verbesserte sich sichtlich: Frau N.s Bindung zum Sohn wurde stärker, ihre Feinfühligkeit höher, ihre mütterliche Wirksamkeit präsenter. Darüber hinaus ging sie ihre beruflichen Perspektiven an und der Paarkonflikt fing an, sich zu klären. Frau N. verließ unsere Einrichtung in einem Zustand, der so stabil war, dass eine anschließende ambulante Therapie ausreichend war. Eine Fremdunterbringung ihres Sohnes konnte abgewendet werden. Ferner war es uns wichtig, eine sichere Kooperation der Kindesmutter mit Helfersystemen herzustellen.

Welche Faktoren waren für die erfolgreiche Behandlung entscheidend? Zunächst wäre der multisystemische Arbeitsansatz zu nennen. Die Therapie wurde durchgeführt unter dem Einbezug von Kind und Partner, der Jugendhilfe, der sozialpädagogischen Familienhilfe und dem KMM. Die Mutter erhielt von verschiedenster Seite Unterstützung im Alltag. Das Motto dabei lautete „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“. So wurde sie beispielsweise bei der Erstellung von Anträgen oder des Angehens ihres zukünftigen Berufslebens unterstützt. Was wir, im Familientherapeutischen Zentrum, konkret für Partizipation tun, darauf sei zu einem späteren Zeitpunkt eingegangen.

Dennoch kam die differenzierte, mehrdimensionale Hilfe sehr spät. Was ich an dieser Stelle hervorheben möchte, ist, wie sehr eine frühzeitige Hilfe in diesem Fall wünschenswert gewesen wäre: Wäre die Kindesmutter von Beginn ab an eine Klinik für postpartale Depression oder die Jugendhilfe angebunden gewesen, hätte man die massive Überforderung der Familie vielleicht zu einem früheren Zeitpunkt abfangen können. Rückblickend waren es vermutlich die Scham und die Überforderung, die Frau N. davon abhielten, selbst früher Hilfe zu suchen und – auf sie zugekommen ist keiner.

Als zweites Beispiel sei auf die Geschichte einer Mutter und ihren beiden Söhnen (3 J. und 7 Mon.) eingegangen. Die Mutter bezog Hartz VI und lebte in einer On-Off-Partnerschaft. Mit dem älteren Sohn hatte sie große Schwierigkeiten: Er biss und schlug um sich, hörte nicht auf sie und war im Kindergarten verhaltensauffällig. Zwischen ihm und dem jüngeren Bruder herrschte eine ausgeprägte Geschwisterrivalität. Die Mutter berichtete, die zweite Schwangerschaft sei ungewollt gewesen und sie habe bereits vor der Geburt Suizidideen gehabt. Sie befand sich bereits seit einiger Zeit in ambulanter Behandlung und hatte Kontakt zur sozialpädagogischen Familienhilfe. Zu Beginn hatte Frau S. große Schwierigkeiten, auch in einem sehr stark Containing bietenden Setting wie dem FaTZ

anzukommen. So hatte sie das Gefühl, dass sie „nie genug“ sei und alles „alleine schaffe“. Daneben hatte sie Impulse, die zwischen einem übergroßen Engagement und Ärger schwankten. Immer wieder war der Verlauf der Therapie gefährdet, beispielsweise, weil die Mutter nicht zur Therapie erschien oder sich nicht an Absprachen hielt. Daneben behinderten finanzielle Schwierigkeiten und organisatorische Probleme den Aufenthalt, sie hatte zeitweise z.B. kein Geld, um Fahrkarten oder Windeln zu kaufen. Die Unterstützung im familienpsychiatrischen Setting bezog sich zuallererst auf die elementaren Bedürfnisse (z.B. Windeln, Schlaf etc.), ohne jedoch die therapeutischen Ziele aus den Augen zu verlieren. In Krisensituationen wurde immer wieder aufsuchend gearbeitet, insgesamt erfolgte die Therapie multisystemisch und multidimensional: Jugendhilfe, der Kindsvater, die Mutter der Kindsmutter und die beiden Kinder wurden in wechselnden Konstellationen miteinbezogen. Im Anschluss an die Therapie leiteten wir ein längerfristig vernetztes Arbeiten in Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen ein. Auch in diesem Fall wäre eine frühere Intervention wünschenswert gewesen, hätte möglicherweise auch weniger Widerstände zu überwinden gehabt.

Ist durch einen kooperativen Ansatz alles einfacher? Keineswegs. Die Kooperation ist herausfordernder, die Belastung für die Helfer und für die Familien größer. Helfersysteme können zusätzliche Stressoren werden und damit die Dynamik weiter eskalieren. Die Benachteiligung von psychisch erkrankten und von Armut betroffenen Eltern ist in unübersichtlichen Helfersystemen ungleich größer als die psychisch gesunder Eltern mit durchschnittlichem Einkommen. Bei Helfern werden häufig negative und ambivalente Gefühle ausgelöst (z.B. Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Gefühl von Inkompetenz, Frustration, Ärger, Wut, Sich kümmern-Wollen, übergroßes Engagement, Scham).

Was sind also die Erfolgsfaktoren aus „gelingenden“ Fallbeispielen?

An erster Stelle wäre das multisystemische Arbeiten zu nennen: Unter Einbezug möglichst des gesamten „Ökologischen Systems“ der Klientenfamilien (Partner, Eltern, Kinder, Jugendhilfe, Therapeuten, Kita/Schule, Arbeitsplatz etc.) ist eine ganzheitliche Nutzung aller Ressourcen möglich. Eine enge Vernetzung und ein Austausch der verschiedenen Helfersysteme sind auch und gerade über die SGB-Säulen hinweg erforderlich (z.B. Medizin, Jugendhilfe, Frühe Hilfen).

Wichtig sind weiterhin die Hierarchisierung der Therapie- und Beratungsziele (elementare Bedürfnisse und Störungen der Arbeitsbeziehung haben Vorrang!) und eine explizite und sorgsame Klärung des Auftrags.

In Krisensituationen ist das aufsuchende Arbeiten entscheidend.

Sofern Zwangskontexte vorliegen, sollten diese konstruktiv genutzt werden. Dabei ist Transparenz bezüglich des Kontroll- und Hilfsauftrags unerlässlich, sodass innerhalb des „Zwangskontextes“ verhandelt werden kann.

Neben Fachkompetenz ist die „Haltung“ der Helfer(systeme) entscheidend: Auftragsklärung, Transparenz, Wertschätzung, Mentalisierung und das Anbieten eines Bindungskontext gehören zu den zentralen Konzepten, die von hoher Bedeutung sind. Daneben sollte stets darauf geachtet werden, auf „Augenhöhe“ zu arbeiten. Die Eltern werden demnach als Experten für ihre Kinder gesehen, die Helfer sind die Experten für die Methoden. Nur gemeinsam kann das Therapieziel erreicht werden. Eine gesunde Interaktion sowie das neugierige Fragen und gemeinsame Ausprobieren sind in diesem Fall wichtiger als „Besserwissen“.

Strukturen sollten Fortbildungen (für Fachkompetenz), Selbsterfahrung, Supervision und Intervision (für Haltung) umfassen. Daneben sollte jedoch immer Zeit und Ressourcen für den Austausch bleiben (z.B. gemeinsame Fallbesprechungen). Das angestrebte Ziel ist der Auf- bzw. Ausbau eines Netzwerks

über die SGB-Säulen hinweg mit einem für die Familien einfachen und niederschweligen Zugang (good-practice Beispiel: Präventionsnetzwerk Ortenaukreis, PNO).

„Damit Armut nicht krank macht“ – ist der Titel dieser Tagung, und das ist ein lohnendes Ziel. Und es gibt viele, die Armut schon krank gemacht hat, und umgekehrt viele, die (psychische) Krankheit arm gemacht hat – und für alle diese sind wir auch da.

Diese Familien sind vielleicht am schwersten mit Helfersystemen und mit Partizipation in Kontakt zu bringen, aber sie haben es mit am nötigsten. Und vielleicht müssen wir dafür ein Stück weit unser Denken in Ursache-Wirkungs-Beziehungen aufgeben und mehr in Wechselwirkungen und gegenseitigen Abhängigkeiten denken – auch Abhängigkeiten, die wir gegenseitig voneinander haben– und über Fach- und Berufsgrenzen hinweg denken, denn zusammen können wir wirklich etwas bewegen.

www.viff-freuehfoerderung.de

www.fatz-neckargemuend.de (rieke.oelkers-ax@fatz-neckargemuend.de)