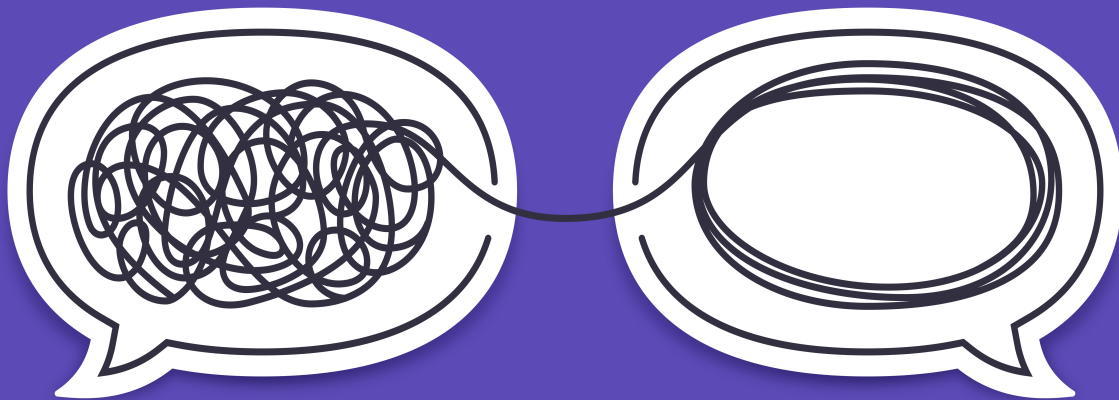


Kinder psychisch erkrankter Eltern



Kurzbericht zu den Ergebnissen der
Bedarfserhebung zur Erreichbarkeit
von Angeboten für Kinder psychisch
erkrankter Eltern

Impressum:

Herausgeber und Kontakt

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
Am Markt 1 / 35037 Marburg
www.marburg.de
Telefon: 06421 201 5907

Inhaltlich Verantwortlich

Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
Fachdienst Planung, Steuerung und Qualitätsentwicklung
Stefanie Lambrecht

Autorin: Silvia Kemmerling

Gestaltung: Silvia Kemmerling

Titelbild: istock/filo

1. Auflage, Februar 2026

Dieser Bericht erhebt keinen wissenschaftlichen Anspruch im Sinne einer wissenschaftlichen Qualifikationsarbeit bzw. zur Erlangung eines wissenschaftlichen Titels. Er dient der praxisorientierten Dokumentation und Einordnung der vorliegenden Erkenntnisse sowie der Ableitung von Handlungsansätzen zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten im kommunalen Kontext.

Ferner sei darauf hingewiesen, dass gemäß dem Diagnosekatalog ICD 10/ICD 11 Suchterkrankungen in der Gruppe der psychischen Erkrankungen klassifiziert sind.

Bei der Verwendung des Oberbegriffs „psychisch erkrankte Eltern“ sind daher Suchterkrankungen stets inkludiert und mitgedacht. Eine separate oder explizite Nennung von „Suchterkrankungen“ erfolgt in den meisten Fällen nicht, um den Lesefluss zu wahren, ohne die Betroffenen in irgendeiner Weise auszuschließen oder ihre spezifische Situation zu ignorieren.

Grußwort



Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Familien,
liebe Jugendliche,

Kinder und Jugendliche mit psychisch belasteten Eltern gehören zu den Verletzlichsten in unserer Stadt. Sie brauchen verlässliche Menschen, klare Wege und Unterstützung, die im Alltag ankommt.

Als Universitätsstadt ist unser Anspruch klar: Jedes betroffene Kind soll gesehen und gehört werden. Hilfe muss früh, verständlich und erreichbar sein.

Genau da setzt dieser Bericht an: In Marburg gibt es viele Angebote – aber nicht alle Familien finden sie. Unterstützung, die nicht ankommt, bleibt wirkungslos.

Diese Bedarfserhebung fragt deshalb nicht nur, wo es hakt, sondern vor allem, wie wir es besser machen: mit klaren Zugängen, starken Schnittstellen und Perspektiven aus Familien, Fachpraxis und von Netzwerkpartnern.

Besonders wertvoll ist, dass der Bericht konkrete Schritte aufzeigt – von strategischer Verankerung über alltagsnahe, niedrighschwellige Angebote bis hin zu verständlicher, entstigmatisierender Öffentlichkeitsarbeit.

Mein Dank gilt allen, die ihre Erfahrungen eingebracht haben, und der Fachstelle Kinder psychisch erkrankter Eltern, die diese Arbeit mit großer Sorgfalt umgesetzt hat. Dieser Bericht ist unsere gemeinsame Grundlage, Hilfewege verlässlicher, verständlicher und wirksamer zu gestalten.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre – und uns allen den Mut, die nächsten Schritte gemeinsam zu gehen: sichtbar, verbindlich und mit dem klaren Ziel, Kinder und Familien in Marburg nachhaltig zu stärken.

Herzliche Grüße
Ihre

A handwritten signature in black ink, which reads "Nadine Bernshausen". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Nadine Bernshausen
Bürgermeisterin

Einleitung

Diese Kurzfassung des Berichtes beleuchtet die Unterstützungssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern in Marburg, einer besonders vulnerablen Gruppe, die ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Belastungen trägt. Obwohl in Marburg bereits vielfältige Unterstützungsangebote existieren (von Beratungsstellen über Frühe Hilfen bis hin zu spezialisierten Klinikangeboten), zeigen Rückmeldungen aus der Praxis und von Betroffenen, dass die Erreichbarkeit und der Zugang zu diesen Hilfen oft nicht gewährleistet sind. Familien fühlen sich z. T. verloren, und/oder Angebote werden nicht ausreichend genutzt.

1 Ausgangslage und Bedarf

Für Marburg wird auf Grundlage bundesweiter Schätzungen die Anzahl der betroffenen Minderjährigen auf rund 3.300 geschätzt (Korridor 2.700–3.600). Diese Zahlen umfassen ein breites Spektrum von psychischen Belastungen bis hin zu klinisch diagnostizierten Störungen der Eltern. Eine systematische kommunale Bedarfsanalyse war notwendig, um die tatsächliche Erreichbarkeit, Informationswege und bestehende Lücken zu identifizieren. Ziel war es, die Zugänge so zu gestalten, dass betroffene Familien die Hilfen tatsächlich nutzen können.

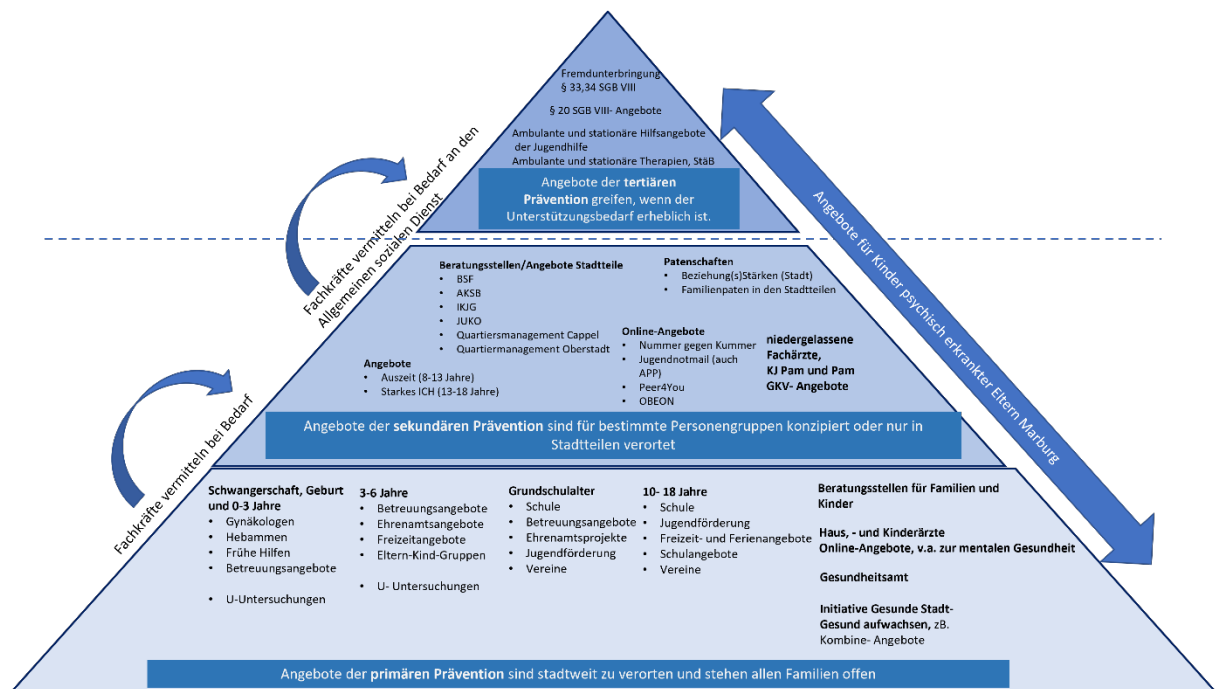


Abbildung 1: Präventionsdreieck

2 Methodik der Bedarfserhebung

Die Erhebung erfolgte multiperspektivisch und mittels eines Methodenmixes aus Online-Befragungen (Fachkräfte, Familien, Kinder- und Jugendparlament), Fokusgruppeninterviews und Experteninterviews. Die Befragung fand von Mai bis Dezember 2024 statt, um quantitative Trends und qualitative Einblicke zu gewinnen.

3 Zentrale Hürden der Erreichbarkeit

Die Analyse identifizierte drei Hauptkategorien von Barrieren:

3.1 Ebenen der Erreichbarkeit:

1. Soziale und individuelle Barrieren (vor der Hilfesuche):

- **Scham, Stigma, Angst und fehlende Problemeinsicht:** Eine der größten Hürden ist die Angst vor Stigmatisierung und die innere Hemmung, über die psychische Erkrankung zu sprechen. 73% der Fachkräfte sehen mangelnde Einsicht der Eltern als Herausforderung. Kinder fürchten Konsequenzen wie die Inobhutnahme.
- **Sprachlosigkeit und Loyalität zu den Eltern:** Viele Kinder schweigen, um ihre Eltern nicht zu „verraten“, und geraten in Loyalitätskonflikte. Das führt dazu, dass formelle Hilfe oft nicht gesucht wird.
- **Präferenz des Nahfelds:** Jugendliche wenden sich eher an Freunde oder Familie als an formelle Institutionen, die als distanziert oder bedrohlich wahrgenommen werden.
- **Bildungshintergrund und sozioökonomischer Status:** Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und/oder Migrationshintergrund haben oft zusätzliche Sprach- und Kulturbarrieren, die den Zugang erschweren.
- **Vorbehalte gegenüber dem Jugendamt:** Viele Familien empfinden das Jugendamt als Bedrohung und nicht als Hilfestelle, oft aufgrund biografischer Erfahrungen.

2. Strukturelle Barrieren (während der Suche nach Hilfe):

- **Mangelnde Bekanntheit der Hilfen:** Sowohl Fachkräfte als auch Familien haben oft unzureichendes Wissen über die vorhandenen Angebote. Broschüren und Flyer erreichen die Zielgruppe kaum.
- **Hürde des Erstkontakts:** Der aktive telefonische Erstkontakt stellt für viele eine große Schwelle dar; Rückrufbitten oder textbasierte Kontakte wären hilfreicher.
- **Sprachbarrieren und einfache Sprache:** Informationen sind oft nicht in einfacher Sprache oder mehrsprachig verfügbar, was den Zugang weiter erschwert, insbesondere für Menschen mit geringer Sprachkompetenz oder Analphabetismus.
- **Unklare Zuständigkeiten und fragmentierte Hilfestrukturen:** Das Hilfesystem ist oft undurchsichtig, Familien werden zwischen verschiedenen Systemen hin- und hergeschickt.
- **Begrenzte Kapazitäten und Wartezeiten:** Fehlende Therapieplätze oder spezialisierte Angebote sowie lange Wartezeiten sind ein erhebliches Zugangshemmnis.

3. Hürden bei der installierten Hilfe (Umsetzung im Alltag):

- **Alltagsorganisation und Koordination:** Die Koordination von Terminen, Kinderbetreuung und Transport stellt für viele belastete Familien eine enorme Hürde dar, besonders in Akutphasen.
- **Fehlende Mobilität:** Weite Wege zu Hilfsangeboten und fehlende Transportmöglichkeiten (z.B. eigenes Auto) erschweren die Nutzung.

- **Finanzielle Hürden:** Die Kosten von Angeboten oder die Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme stellen eine weitere Barriere dar.

3.2 Kenntnisstände und Informationswege

Weder Fachkräfte noch Familien finden die Angebotslandschaft als leicht auffindbar. Kinder und Jugendliche nutzen primär digitale Kanäle (Suchmaschinen, YouTube, Blogs, Social Media), während klassische Informationswege (Flyer, Homepage der Stadt) für sie kaum relevant sind. Eltern bewegen sich zwischen digitaler Suche und institutionellen Kontakten. Fachkräfte nutzen neben digitalen Kanälen auch Printmaterialien und direkte Anfragen. Eine einheitliche Kommunikationsstrategie, die nicht an die tatsächlichen Suchroutinen der Zielgruppen angepasst ist, verfehlt diese oft.

4 Schnittstellen und Netzwerkarbeit

Die Zusammenarbeit an Schnittstellen zwischen Jugendhilfe, Bildungswesen und Gesundheitswesen ist entscheidend.

- **Primärprävention:** Schulen, Kitas, Ärzte und Frühe Hilfen sind wichtige Erstansprechstellen.
- **Sekundärprävention:** Arbeitskreise, Beratungsstellen und spezialisierte Programme dienen als Knotenpunkte. Die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist ausbaufähig.
- **Tertiärprävention:** Hier sind verlässliche Übergänge zwischen Kliniken, Sozialdienst und Jugendhilfe entscheidend. Hürden für eine gute Zusammenarbeit sind Datenschutz, fehlende Regelstrukturen, Ressourcenmangel und Fluktuation. Nötig sind strukturelle Verankerung, Prozessklarheit, Ressourcen und eine kooperative Kultur (Offenheit, Wertschätzung, Zuverlässigkeit).

5 Handlungsempfehlungen und Maßnahmen (Fokus)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Erreichbarkeit ein "Balanceproblem" zwischen legitimen Anforderungen, begrenzten Ressourcen und den Sicherheits- /Schutzlogiken der Betroffenen ist. Verbesserungen gelingen nur durch konsequent gestaltete Hilfewege, die gleichzeitig Vertrauen ermöglichen, Orientierung reduzieren und den Alltag entlasten.

5.1 Empfehlungen für die kommunale Politik und Verwaltung:

1. **Strategische Verankerung des Themas:**
 - Das Thema KipE als Querschnittsthema in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention verankern, mit klaren Rollen für Schule/Kita, Gesundheitswesen und Jugendhilfe.
 - Maßnahmen entlang des gesamten „Hilfswegs“ planen (vor der Hilfesuche, während der Orientierung, bei installierter Hilfe).
 - Regeltermine der Fachstelle mit Schlüsselakteuren etablieren zur Abstimmung von Bedarfen, Engpässen und Informationen.
 - Regelmäßige Berichterstattung an das Kinder- und Jugendparlament und den Jugendhilfeausschuss.
2. **Entwicklung und Implementierung von §20 SGB VIII:**
 - §20 SGB VIII ("Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen") in die Angebotsstruktur integrieren, um schnelle Entlastung zu bieten (z.B. Überbrückungsbetreuung, Begleitung zu Terminen, Haushaltshilfe).

3. **Förderung niedrigschwelliger, sozialraumorientierter Angebote:**
 - **"One-Stop"-Logik im Sozialraum:** Angebote bündeln, die nicht „amtlich“ wirken und an alltagsnahen Orten erreichbar sind (Mischstrukturen, Familienzentren, Kita-Familienzentren), kombiniert mit Präsenz- und Online-Zugängen.
 - **Aufsuchende Komponenten:** Sozialräumliche Präsenz (Stadtteiltreffs, Jugendclubs, Schulen), aktives „Klinkenputzen“ der Angebote.
 - **Mobilitäts- und Entlastungsbausteine:** Fahr-/Shuttle-Optionen, Hol- und Bringlösungen, Begleitung zu Erstterminen als kommunal mitfinanzierte Zugangshilfen.
4. **Aufbau/Ausbau einer gebündelten Informationsplattform:**
 - **Zwei-Ebenen-Architektur:** Soforteinstieg („Was ist das? Was ist der erste Schritt?“) und vertiefende Filter (Alter, Setting, Kosten, Ort, Anonymität).
 - **Suchmaschinen- und Smartphone-Optimierung:** Digitale Kanäle für Kinder und Jugendliche optimieren.
 - **Kontakt-Design mit Schwellenreduktion:** „Rückrufbitte“, Textkontakt statt ausschließlich Telefon, aktuelle Kontaktdaten.
5. **Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit (analog & digital):**
 - **Mehrkanalig, wiederkehrend, alltagsnah:** Kombination aus Social Media, kurzen Formaten, Printinformationen und Sichtbarkeit an Orten, wo Familien ohnehin sind (Praxen, Apotheken, ÖPNV, Schulen – mit QR-Übergängen zur Plattform).
 - **Wording-Leitlinie:** Entlastende, verständliche Sprache verwenden (z.B. „psychische Gesundheit“ statt „psychisch krank“), Materialien barrierefrei und mehrsprachig gestalten.
 - **Reichweitenlogik nutzen:** Kampagnenmix mit Monitoring von Klicks, Scans, Anfragen.

5.2 Empfehlungen für Fachkräfte und Einrichtungen:

1. **Früherkennung und sensible Ansprache:**
 - **Primärpräventive Schlüsselstellen qualifizieren:** Schulen, Kitas, Ärzte, Hebammen als „Früherkennungs- und Lotsenorte“ stärken.
 - **Standardisierte Gesprächsanlässe:** Gesprächsleitfäden und „nächster Schritt“-Routinen etablieren.
 - **Schulen und Kitas als Aufklärungs- und Entstigmatisierungsorte:** Wiederkehrende Thematisierung psychischer Gesundheit im Lehrplan.
2. **Umgang mit Scham, Stigma und Vorbehalten:**
 - **„Sicherheitslogiken“ anbieten:** Anonyme und persönliche Zugänge ermöglichen (z.B. Chat/Rückruf und feste Bezugspersonen).
 - **Entängstigung gegenüber Institutionen:** Transparente Erklärungen zu Konsequenzen und Rollen („Beratung ≠ Eingriff“).
 - **Beziehungsqualität im Erstkontakt:** Freundlicher, kompetenter Erstkontakt mit klarer Zuständigkeit.
3. **Verbesserung der Kooperation zwischen Systemen:**
 - **Fallübergänge als Prozess gestalten:** Zuständigkeiten, Rückmeldewege, Eskalationspfade institutionalisieren, besonders an der Achse Jugendhilfe ↔ Gesundheitswesen/Klinik.

- **Datenschutz praxistauglich lösen:** Einheitliche, verständliche Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungen.
 - **Reflexions- und Qualifizierungsformate:** Arbeitsplatznahe Kurzformate, Fallarbeit, Supervision/Intervision als Regelstruktur.
4. **Beteiligung von Kindern und Jugendlichen:**
- **„Sichere Feedbackkanäle“:** Anonyme Mini-Feedbacks, Jugend-Checks von Materialien, Testgruppen für Kontaktwege.
 - **Co-Design von Zugängen:** Gemeinsame Entwicklung von Prototypen für Erstkontakte.

5.3 Empfehlungen für die Netzwerkarbeit:

1. **Weiterentwicklung des Arbeitskreises/Netzwerks:**
 - **Regelstruktur mit klaren Zielen:** Austausch, anonyme Fallbesprechungen, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Plattformpflege.
 - **Schlüsselstellen einbinden:** Akteure der Primärprävention (Schule/Kita, Grundversorgung, Frühe Hilfen) als feste Sitze.
2. **Regelmäßiger Austausch zu Bedarfen und Angeboten:**
 - **Bedarfsradar als Routine:** Kurzabfragen zu Kapazitäten, Wartezeiten, neuen Angeboten.
 - **Monitoring:** Systematische Prüfung der Wirksamkeit von Kommunikationswegen.
3. **Gemeinsame Standards für Information, Zuweisung und Schnittstellen:**
 - **Standardpaket „Information & Zuweisung“:** Einheitliche Kurzbeschreibung jedes Angebots, definierte Erstkontaktoptionen und Rückmeldefristen.
 - **Schnittstellenstandard Klinik ↔ Jugendhilfe ↔ Nachsorge:** Übergabeprozesse inklusive Einwilligungslogik und Checklisten.
 - **Gemeinsame Sprach- und Öffentlichkeitsleitlinie:** Entstigmatisierende, verständliche Sprache, barrierefreie und mehrsprachige Materialien.

6 Ausblick und nächste Schritte in Marburg:

Die Stadt Marburg plant, die Handlungsempfehlungen in konkrete Maßnahmen umzusetzen, unterteilt in kurz-, mittel- und langfristige Phasen:

- **Kurzfristige Maßnahmen (2026/2027):**
 - **Sensibilisierung der Fachkräfte im primären Präventionsbereich:** Ausbau von Fortbildungstagen und aufsuchenden Beratungsformaten in Kitas und Schulen.
 - **Öffentlichkeitsarbeit auf allen Präventionsebenen:** Vorantreiben von Pressearbeit, Aktionswochen, Veranstaltungen und Erstellung einer Internetplattform. Eine Unterarbeitsgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“ wurde bereits gegründet und hat eine digitale Pinnwand sowie Flyer erstellt.
 - **Erarbeitung und Sammlung von Checklisten und Positionspapieren:** Bereitstellung einer Plattform für hilfreiche Materialien (z.B. für Elterngespräche, Angebotsdarstellung) und eine öffentlich zugängliche Angebotsübersicht.
- **Mittelfristige Maßnahmen (bis 2031):**

- **Nachhaltiges Öffentlichkeitskonzept:** Entwicklung und Implementierung eines präventionsübergreifenden Konzepts.
- **Leitfaden zur Angebotspräsentation:** Erstellung eines Leitfadens für Angebotsträger zur effektiven Präsentation ihrer Angebote, ggf. unterstützt durch Fortbildungen.
- **Etablierung von aufsuchenden Angeboten:** Schaffung von Präsenz an öffentlich zugänglichen Orten.
- **Konzeptionierung und Etablierung des §20 SGB VIII:** Implementierung von Sachleistungs- und Entlastungsangeboten.
- **Langfristige Maßnahmen (>2031):**
 - **Etablierung eines gemeinsamen „Wordings“:** Schaffung einer regional einheitlichen Sprachregelung zu psychischer Gesundheit, Belastung und Störung.
 - **Etablierung von Mischfinanzierungskonzepten:** Sicherstellung einer tragfähigen Finanzierung.
 - **Variabler Ausbau von Plätzen:** Berücksichtigung eines flexiblen Ausbaus in der sekundären und tertiären Prävention.
 - **Institutionalisierte Zusammenarbeit:** Systematisierung der Arbeitskreise und Netzwerkstrukturen.
 - **Erstellung eines kommunalen Gesamtkonzeptes:** Entwicklung eines umfassenden Konzepts basierend auf Bundesentscheidungen.

<p>kurzfristig/ < 2 Jahre</p> <p>mittelfristig/ 2-5 Jahre</p> <p>langfristig/ > 5 Jahre</p>	emotionale/ gesellschaftliche Hürden	strukturelle Hürden bei der Angebotssuche	Hürden während des Angebotes/ der Angebotsgestaltung
<p>primäre</p> <p>Präventionsebene</p>	<p>1. Sensibilisierung der Fachkräfte im primären Bereich</p>		
<p>sekundäre</p> <p>Präventionsebene</p>	<p>2. Öffentlichkeitsarbeit: Teilnahme an Aktionswochen Infobörsen Flyererstellung Pressearbeit, Plattform</p>	<p>3. Erarbeitung von Checklisten und Positionspapieren und Bereitstellung einer dazu geeigneten Plattform</p> <p>4. Erarbeitung eines nachhaltigen Öffentlichkeitskonzeptes</p> <p>5. Erstellung Leitraden zur Angebotspäsentation</p>	<p>6. aufsuchende Angebote etablieren und an öffentlich zugänglichen Orten</p> <p>7. Sachleistungs- und Entlastungsangebote über § 20 SGB VIII und § 20 SGB V</p> <p>9. Mischfinanzierungskonzepte</p> <p>11. institutionelle Zusammenarbeit mit allen Beteiligten</p> <p>12. kommunales Gesamtkonzept an Angeboten</p>
<p>tertiäre</p> <p>Präventionsebene</p>		<p>3. Erarbeitung von Checklisten und Positionspapieren und Bereitstellung einer dazu geeigneten Plattform</p> <p>4. Erarbeitung eines nachhaltigen Öffentlichkeitskonzeptes</p> <p>5. Erstellung Leitraden zur Angebotspäsentation</p> <p>8. Langfristige Etablierung eines gemeinsamen Wordinges</p>	<p>9. Mischfinanzierungskonzepte</p> <p>10. Konzeptentwicklung: Variabler Ausbau von Plätzen</p> <p>11. institutionelle Zusammenarbeit mit allen Beteiligten</p> <p>12. kommunales Gesamtkonzept an Angeboten</p>

Abbildung 2: geplante Maßnahmen, Grafik @Silvia Kemmerling