

# Abschlussbericht

## ARBEITSGRUPPE *KINDER PSYCHISCH- UND SUCHTKRANKER ELTERN*

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.  
Georgstraße 26, 30159 Hannover  
Telefon: 0511 35 39 91-3  
E-Mail: [info@afet-ev.de](mailto:info@afet-ev.de)  
[www.afet-ev.de](http://www.afet-ev.de)

### **Verantwortlich im Sinne des Presserechts:**

Jutta Decarli, AFET, Geschäftsführerin

### **Redaktion:**

Koralia Sekler, AFET

### **Gestaltung:**

ermisch | Büro für Gestaltung  
[www.ermisch.de](http://www.ermisch.de)

### **Druck:**

Carl Küster Druckerei GmbH Hannover  
[www.carl-kuester-druckerei.de](http://www.carl-kuester-druckerei.de)

Februar 2020

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

# Abschlussbericht

**ARBEITSGRUPPE  
*KINDER PSYCHISCH- UND  
SUCHTKRANKER ELTERN***

# Inhalt

## Teil 1: Abschlussbericht

A. Einleitung.....	3
B. Organisatorische Rahmung und Verfahrensablauf.....	5
C. Empfehlungen der Arbeitsgruppe.....	7
I. Kernthese: Die Leistungen sind sowohl individuell als auch am Bedarf der Familie ausgerichtet flächendeckend auf- und auszubauen und für die betroffenen Kinder über alle Altersgruppen hinweg und ihre Eltern zugänglich zu machen. ....	7
II. Kernthese: Präventive Leistungen sollten für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen sowie für deren Familien zugänglich sein. ....	10
III. Kernthese: Um komplexen Bedarfslagen eines oder mehrerer Familienmitglieder gerecht zu werden, müssen die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote besser ineinandergreifen. ....	14
IV. Kernthese: In den örtlichen und regionalen Netzwerken müssen Lotsen die Zugänge zu (weiteren) Hilfen und jeweils bedarfsgerechten Unterstützungsmaßnahmen an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungssysteme erleichtern.....	20

## Teil 2: Anlagen

A. Dokumentation der Diskussionen in der Arbeitsgruppe.....	21
B. Zusammenfassung der Expertise im Bereich „Gute Praxis“.....	28
C. Zusammenfassung der Expertise im Bereich „Forschung“.....	34
D. Zusammenfassung der Expertise im Bereich „Recht“.....	40

# Teil 1: Abschlussbericht

## A. Einleitung

Der Deutsche Bundestag hat am 22. Juni 2017 einstimmig die Bundesregierung aufgefordert, eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung der zuständigen Bundesministerien (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Gesundheit), relevanter Fachverbände und -organisationen sowie weiterer Sachverständiger einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, erarbeitet (vgl. Bundestagsdrucksache 18/12780).

Nach Feststellung des Deutschen Bundestags im Entschließungsantrag sind in den vergangenen Jahren psychische Erkrankungen und die dazu zählenden Suchterkrankungen immer stärker in den Fokus von Politik und Gesellschaft gerückt<sup>1</sup>. Die Zahl der erkannten und behandelten Fälle ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Damit geraten auch die mitbetroffenen Familienangehörigen stärker in den Blick. Nicht jede psychische Erkrankung eines Elternteils führt zwangsläufig zu einer eingeschränkten Erziehungskompetenz und nicht in jedem Fall der psychischen Erkrankung eines Elternteils sind spezifische Unterstützungsmaßnahmen erforderlich. Viele Familien finden geeignete Wege, mit den Belastungen umzugehen und negative Folgen für die Kinder zu vermeiden. Dennoch können Kinder und Jugendliche oft unter den Folgen der psychischen Erkrankung eines Elternteils leiden. Häufig erfahren sie nicht nur unzureichende emotionale Unterstützung und Fürsorge, sondern sind auch elterlichem Verhalten ausgesetzt, das sich kritisch auf ihre Entwicklung auswirken kann. Aufgrund des Zusammenspiels aus sozialen Komponenten, besonders schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen sowie genetischen Faktoren ist bei Kindern psychisch kranker Eltern die Wahrscheinlichkeit, selbst eine psychische Störung oder Erkrankung zu entwickeln, größer als bei Kindern mit psychisch gesunden Eltern.

<sup>1</sup> Suchtstörungen zählen nach allgemeiner Auffassung zu den psychischen Störungen; viele Suchterkrankte weisen weitere psychische Störungen auf, und umgekehrt besteht auch für psychisch Erkrankte ein erhöhtes Risiko, an einer Suchtstörung zu leiden. Im gesamten Bericht sind durchgängig sowohl psychische als auch Suchtstörungen gemeint.

Vor dem Hintergrund des insoweit bestehenden erheblichen Handlungsbedarfs legt die am 12. März 2018 konstituierte, interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe die nachfolgenden einvernehmlichen Empfehlungen vor.

Die vorliegenden Empfehlungen nehmen die gesamte Familie in den Blick. Dies ist erforderlich, da die psychische oder Suchterkrankung eines oder beider Elternteile in der Regel alle Familienangehörigen betrifft.

Ausgehend von der Fragestellung, was das „System Familie“ wirklich braucht, greifen die Empfehlungen besonders wesentliche Anforderungen auf. Dabei geht es insgesamt sowohl um die möglichst effektive und umfassende Umsetzung bestehender Unterstützungsangebote als auch um mehr Bedarfsgerechtigkeit. Ein zentrales und übergeordnetes Anliegen der Arbeitsgruppe ist dabei die Entwicklung und Anwendung von interdisziplinären Qualitätskriterien und -standards, die sich an den Bedarfen der betroffenen jungen Menschen und ihren Familien orientieren.

Von entscheidender Bedeutung für bessere Bedingungen für die betroffenen jungen Menschen und ihre Familien sind dabei u. a. leichte Zugänge zu Hilfen und die Stärkung präventiver Angebote. Es ist wichtig, dass die betroffenen Familien frühzeitig, niedrigschwellig und direkt erreicht werden können. Auch müssen an unterschiedlichen Stellen rechtliche und praktische Schwierigkeiten bei der Orientierung zwischen den Hilfesystemen, denen sich Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil gegenübersehen, überwunden werden. Um die Wirksamkeit und Zielgenauigkeit zu stärken, sollen Hilfen interdisziplinär entwickelt, gesteuert und umgesetzt werden. Die Empfehlungen greifen diese zentrale Notwendigkeit für die Effektivität von Unterstützung – u. a. durch die rechtliche Verankerung einer Lotsenfunktion in Hilfesystemen basierend auf einem gegenseitigen Überblick über die jeweiligen Leistungen und Angebote sowie durch die Erweiterung der Möglichkeiten integrierter Planungsverfahren und Hilfeleistungen – auf. Des Weiteren nehmen sie die Ermöglichung multiprofessioneller, rechtskreisübergreifender Unterstützungsnetzwerke<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Gemeint ist das koordinierte Zusammenwirken professioneller Akteure aus unterschiedlichen Unterstützungssystemen, deren Verfahren, Leistungen und Maßnahmen auf verschiedenen Rechtsbereichen zugeordneten Rechtsgrundlagen basieren.

vor Ort mittels eines flächendeckenden Auf- und Ausbaus strukturierter und verbindlicher Kooperations- und Koordinationsstrukturen in den Blick.

Die Empfehlungen basieren zum einen auf einer eingehenden Analyse der Schnittstellen zwischen den relevanten Sozialgesetzbüchern und danach bestehender Hilfsangebote. Zum anderen legen sie zentrale Erkenntnisse aktueller Forschung und Ergebnisse einer Auswertung bestehender Beispiele guter Praxis zugrunde und greifen damit zentrale Rahmenbedingungen und Anforderungen für funktionierende lokale bzw. regionale Unterstützungssysteme auf.

Der Arbeitsprozess, in dem diese Empfehlungen entwickelt worden sind, war getragen vom unbedingten Willen aller Mitglieder der Arbeitsgruppe, dem Deutschen Bundestag gemeinsam Vorschläge vorzulegen, die die Situation junger Menschen mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil deutlich spürbar verbessern. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich deshalb höchst engagiert der Herausforderung gestellt, der Komplexität der Thematik gleichermaßen wie dem Erfordernis der Konsensherstellung Rechnung zu tragen. Dies ist zum einen gelungen in dem Bewusstsein der Bedeutung dieser Arbeitsgruppe im Hinblick auf Lebenssituation und Entwicklungschancen der Kinder und Jugendlichen in unserem Land, die durch eine Suchterkrankung oder psychische Erkrankung eines Elternteils besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Zum anderen hat die Arbeitsgruppe die Chance wahrgenommen, die in dem vom Deutschen Bundestag formulierten Erfordernis des Einvernehmens liegt. Die erzielte Einigung zwischen Personen, die unterschiedlichen Professionen, Wissenschaftsrichtungen, Kostenträgerstrukturen und auch staatlichen Ebenen angehören, erhöht nicht nur Gewicht und Bedeutung der Empfehlungen, sondern steht auch für deren Durchsetz- und Umsetzbarkeit.

Die Empfehlungen stellen vor diesem Hintergrund zwangsläufig Kompromisse dar, auf die sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe nach intensiven Diskussionen verständigen konnten; sie bilden deshalb nicht in allen Punkten die Positionen der einzelnen Mitglieder ab.

Die konsentierten Empfehlungen der Arbeitsgruppe orientieren sich an dem Auftrag des Deutschen Bundestags vom 22. Juni 2017 und stellen entsprechend die Situation der von der psychischen oder Suchterkrankung ihrer Eltern betroffenen Kinder und Jugendlichen auch im Kontext der gesamten Familie in den Mittelpunkt. Der Arbeitsgruppe ist es jedoch darüber hinaus ein Anliegen, auf die Bedeutung der Stärkung aufsuchender ambulanter Behandlungsansätze für betroffene Mütter und/oder Väter sowie von Krisenintervention hinzuweisen. Die Erarbeitung von Empfehlungen hierzu ist nicht Auftrag der Arbeitsgruppe. Diese Themen werden jedoch Gegenstand des derzeit durch das BMG geführten Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sein. Ebenfalls wurde das Thema der ungeborenen Kinder, die ganz wesentlich vom psychischen Zustand und vor allem auch dem Substanzkonsum ihrer schwangeren Mütter beeinflusst werden, in den Empfehlungen nicht explizit aufgegriffen, da dies nicht der direkte Auftrag der AG war. Die an die Bundesregierung in dem o. g. Beschluss neben der Einrichtung dieser Arbeitsgruppe gerichtete Aufforderung, Aufklärungsmaßnahmen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen zu starten, wird von den AG-Mitgliedern ausdrücklich begrüßt.

Die Arbeitsgruppe ist davon überzeugt, dass die Umsetzung der vorliegenden 19 Empfehlungen erhebliche Verbesserungen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil und ihre Familien bringen können.

Die Bundesregierung wird zu gegebener Zeit über den Stand der Umsetzung der Empfehlungen berichten.

## B. Organisatorische Rahmung und Verfahrensablauf

Die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“ (AG) konstituierte sich am 12. März 2018 unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Seitens der Bundesregierung waren daneben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beteiligt. Mit der Organisation und Koordination der Arbeitsgruppe wurde – im Sinne einer Geschäftsstelle – der AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. beauftragt. Die Sitzungen der AG wurden von Heinz Müller, Institut für Sozialforschung Mainz, und Dr. Gregor Breucker moderiert. Daneben fanden ein Experten-Workshop sowie drei Fachgespräche statt, die ebenfalls von Heinz Müller und Dr. Gregor Breucker moderiert wurden. Die Arbeitsgruppe war interdisziplinär mit 37 Vertreterinnen und Vertretern aus der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, der Behindertenhilfe und aus Wissenschaft und Forschung besetzt. Zudem waren auch Vertreterinnen und Vertreter aus den Ländern und von den kommunalen Spitzenverbänden beteiligt

Die Arbeitsgruppe führte insgesamt fünf Sitzungen durch:

- 12. März 2018 im BMFSFJ
- 12. Juni 2018 im BMAS
- 24. Januar 2019 im BMFSFJ
- 7. Mai 2019 im BMFSFJ
- 28./29. August 2019 im BMFSFJ

Die Sitzungen wurden von einer Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Ressorts und der Geschäftsstelle vor- und nachbereitet. Die Moderatoren waren als Gäste bei den Sitzungen der Steuerungsgruppe in der Regel anwesend.

In der konstituierenden Sitzung der AG am 12. März 2018 legte diese zunächst ihre Arbeitsweise fest und einigte sich auf Kern- und Leitfragen für die Vergabe von drei interdisziplinären Fachexpertisen in den Bereichen „Recht“, „Forschung“ und „Gute Praxis“.

Die Expertisen wurden wie folgt beauftragt und im Zeitraum von April bis Dezember 2018 erstellt:

- **Bereich „Recht“:** Dr. Thomas Meysen und Lydia Schönecker von SOCLES (International Centre for Socio-Legal Studies) und Prof. Dr. Stephan Rixen, Universität Bayreuth; Titel der Expertise: „Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern“
- **Bereich „Forschung“:** Prof. Dr. Silke Wiegand-Greife, Prof. Dr. Michael Klein, Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Albert Lenz, Dr. Mike Seckinger, Prof. Dr. Reiner Thomasius und Prof. Dr. Ute Ziegenhain; Titel der Expertise: „Analyse des aktuellen Stands der Forschung zu Versorgung, Intervention, Behandlung, Kooperation und Zusammenarbeit hinsichtlich der Situation von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern“
- **Bereich „Gute Praxis“:** Dr. Sarah Schmenger und Elisabeth Schmutz vom Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism); Titel der Expertise: „Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil“

Das Fachwissen der Mitglieder der AG floss an unterschiedlichen Stellen in den Prozess der Erstellung der Expertisen ein. Beispielsweise waren die AG-Mitglieder gebeten, an die Autoren und die Autorin der Rechtsexpertise sogenannte „Fallvignetten“ zu schicken, durch die die aus ihrer Sicht bestehenden praktischen Probleme in der Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern verdeutlicht werden sollten. Im Rahmen der Erstellung der Expertise „Gute Praxis“ wurde am 25. Juni 2018 in Hannover ein Experten-Workshop durchgeführt, zu dem neben Mitgliedern der AG auch Praktikerinnen und Praktiker aus dem klinischen Bereich, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der öffentlichen Jugendhilfe und der Gemeindepsychiatrie eingeladen wurden.

Die Ergebnisse der vom BMG geförderten „Leuchtturmprojekte“ des Dachverbands Gemeindepsychiatrie zur Identifizierung vorhandener guter Praxis wurden in der AG vorgestellt und flossen in die Beratungen ein.

Nach der dritten Sitzung der AG, in der die Expertisen vorgestellt und diskutiert wurden, verständigte sich die AG, die folgenden drei Themenkomplexe vertiefter zu behandeln:

- Bedarfsgerechtigkeit, Passgenauigkeit, Flexibilität und Kontinuität der Hilfen und Angebote sicherstellen
- Zugang zu Hilfen und Angeboten erleichtern
- Vernetzung und Kooperation stärken

Auf dieser inhaltlichen Grundlage wurden drei Fachgespräche durchgeführt, in denen die AG-Mitglieder mögliche Ansatzpunkte identifizierten und den Themenkomplexen zuordneten.

In der vierten Sitzung der AG am 7. Mai 2019 und einer anschließenden Online-Beteiligung wurden die in den Fachgesprächen gesammelten Ansatzpunkte weiter konkretisiert und das weitere Verfahren abgestimmt. Im Rahmen dieser Online-Beteiligung wurden alle Mitglieder der AG eingeladen, schriftliche Beiträge zu den vorliegenden Ansatzpunkten einzureichen, um die Ableitung und Konsentierung von Empfehlungen vorzubereiten und zu unterstützen.

Beauftragt durch die AG, erstellten die Ressorts einen Entwurf des Abschlussberichts. Die hierfür vorgelegten Beiträge der AG-Mitglieder im Rahmen der Online-Beteiligung wurden vonseiten der Ressorts auf ihre rechtliche, fachliche und politische Umsetzbarkeit geprüft und wo möglich mit einbezogen. Zu dem Entwurf konnten die AG-Mitglieder Stellung nehmen. In der fünften Sitzung der Arbeitsgruppe am 28./29. August 2019 wurde der Entwurf vor dem Hintergrund dieser Stellungnahmen diskutiert und weiterentwickelt.

Die Verfahrensweisen und Ergebnisse des Arbeitsprozesses können auf der Internetpräsenz der AG unter [www.ag-kpke.de](http://www.ag-kpke.de) nachgelesen werden.



## C. Empfehlungen der Arbeitsgruppe

### I. Kernthese:

**Die Leistungen sind sowohl individuell als auch am Bedarf der Familie ausgerichtet flächendeckend auf- und auszubauen und für die betroffenen Kinder über alle Altersgruppen hinweg und ihre Eltern zugänglich zu machen.**

#### Handlungsbedarf:

Die Möglichkeiten der direkten Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ohne vorherige Befassung des Jugendamtes sollten erweitert, die Alltagsunterstützung gestärkt und die Leistungen so flexibilisiert werden, dass sie auch wechselnden Bedarfslagen Rechnung tragen.

Für Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil ist es besonders wichtig, dass Unterstützung leicht und ohne bürokratische Hürden erreichbar ist. Denn der Gang zu einer Behörde bzw. zum Jugendamt und die damit verbundene Offenbarung psychosozialer Belastungslagen gegenüber einer staatlichen Stelle sind für diese Familien in besonderer Weise mit Ängsten und Vorbehalten verbunden. Hinzu kommt das krankheitsbedingt häufig eingeschränkte Hilfesuchverhalten. Das Erfordernis formaler Antragstellung sowie nachfolgender umfassender Bedarfsermittlung und Hilfeplanung hält dementsprechend gerade diejenigen Familien von der frühzeitigen präventiven Inanspruchnahme von Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe ab, die von diesen besonders profitieren würden.

Damit eine Familie mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil ihr Alltags- und Familienleben gut und ohne gravierende Belastungen für die Kinder gestalten kann, bedarf es je nach Indikation keiner intensiven oder hinsichtlich des Familienlebens stark intervenierenden Hilfe. Auch und gerade Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, wie Haushaltsorganisation, kurzfristige bzw. überbrückende Kinderbetreuung, Fahrdienste o. ä., hat eine stabilisierende Wirkung für Familien und trägt zur Verbesserung der Lebenslage der betroffenen Kinder bei.

In der Rechtspraxis wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Modelle erprobt und etabliert, die Familien einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe gewähren und die

die Prävention stärken sollen. Evaluationen dieser Modelle belegen, dass leichte und niedrigschwellige Zugänge zu Hilfe und Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil besonders relevant sind.

An diese wichtigen Erkenntnisse ist anzuknüpfen.

Alltagsunterstützende Hilfen sind nach geltender Rechtslage auf versicherungsrechtlicher Grundlage nach § 38 SGB V, im Rahmen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach § 74 SGB IX und auch als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe nach § 20 SGB VIII bereits jetzt möglich. Leistungen nach § 38 SGB V gehen nach aktueller Rechtslage aufgrund der Kollisionsregelung des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII der Jugendhilfeleistung nach § 20 SGB VIII vor. Die Kinder- und Jugendhilfe ist zuständig, wenn die Voraussetzungen für diese Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt sind oder im Laufe des Hilfeprozesses wegfallen, bspw. im Falle des § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V nach Ablauf von 26 Wochen.

Nach § 20 SGB VIII sind dann zwar grundsätzlich wirksame alltagsunterstützende Hilfen für betroffene Familien möglich. Allerdings ist die Vorschrift nur als objektiv-rechtliche Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe ausgestaltet. Ein individueller einklagbarer Anspruch kann hieraus nicht abgeleitet werden. Außerdem bestehen Einschränkungen des Anwendungsbereichs mit Blick auf die zu erfüllenden Tatbestandsmerkmale der „überwiegenden Betreuung“ des „ausfallenden“ Elternteils und der „berufsbedingten Abwesenheit“ des anderen Elternteils. Diese fußen auf der Annahme, dass ein Elternteil die familiäre Versorgung im Haushalt sicherstellt, während der andere Elternteil berufstätig ist. Dies ist angesichts der mittlerweile weit verbreiteten mehr oder weniger paritätischen Aufgabenteilung bei Elternpaaren nicht mehr zeitgemäß und sollte aufgelöst werden.

### Wir empfehlen daher,

- die Alltagsunterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe verbindlicher als einklagbaren Rechtsanspruch auszugestalten. Dies kann durch Integration des Normgehalts von § 20 SGB VIII in den Katalog der Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff. SGB VIII als neue Hilfeart erreicht werden; die Möglichkeit der Kombination mehrerer Hilfen miteinander, wenn dies dem Bedarf der Familie am besten entspricht, ist davon unberührt; dabei ist klarzustellen, dass sich diese Leistung auch auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen erstreckt.

[Empfehlung Nr. 1]

- einen unmittelbaren (ohne Behördengang und Antragstellung) und flexiblen Zugang zu diesen Angeboten zu ermöglichen. Dies kann durch eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der Ausnahmeregelung des § 36a Abs. 2 SGB VIII auf die Hilfeart „Alltagsunterstützung“ erreicht werden. § 36a Abs. 2 Satz 1 SGB VIII lässt abweichend vom Entscheidungsprimat des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe eine unmittelbare Inanspruchnahme bei der Erziehungsberatung und damit vergleichbaren ambulanten Hilfen zu. Ergänzend soll klargestellt werden, dass in den nach § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII mit den Leistungserbringern zu schließenden Vereinbarungen insbesondere auch die Verfügbarkeit der Hilfe geregelt werden soll. Damit kann sichergestellt werden, dass „Alltagsunterstützung“ durch Familienbegleiter, Patinnen und Paten oder andere unterstützende Dienste kontinuierlich und flexibel im Hinblick auf schwankende Bedarfslagen der Familien zur Verfügung stehen. D. h. die Leistungserbringer stellen sicher, dass die Angebote durchgängig, in unterschiedlicher an die aktuelle Bedarfslage angepasster Intensität und – vor allem in Akutsituationen – schnell und direkt in Anspruch genommen werden können. Besondere Bedeutung kommt den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern auch hinsichtlich der darin zu treffenden Regelungen im Hinblick auf Übergänge in intensivere Hilfen bzw. bei Kinderschutzkontexten zu. Hinsichtlich des Einsatzes von ehrenamtlich tätigen Patinnen und Paten umfasst die Leistungsgewährung deren professionelle Anleitung und Begleitung durch die Leistungserbringer.

[Empfehlung Nr. 2]

- eine dem Bedarf der Familie im Einzelfall entsprechende Ausgestaltung der Hilfe sicherzustellen. In der Beschreibung der Hilfeart sollte eine im Wesentlichen gleichmäßige Aufgabenteilung der Elternteile statt das überkommene Bild der „Einversorger-Familie“ zugrunde gelegt und klar gestellt werden, dass die Hilfe sowohl über Nacht als auch als stundenweise Betreuung möglich ist und dass „Ausfall“ nicht gleichbedeutend mit der physischen Abwesenheit eines für die Betreuung des Kindes verantwortlichen Elternteils ist.

[Empfehlung Nr. 3]

- Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Angebotsstruktur durch verbindliche Sozialplanungs- und Qualitätsentwicklungsvorgaben zu sichern. Dies kann durch eine Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe, im Rahmen seiner Planungsverantwortung (§ 80 SGB VIII) Maßnahmen zur Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit und Qualität von Hilfsangeboten mit niedrigschwelligen Hilfezugängen zu ergreifen, erreicht werden. Dabei sind auch die im Rahmen von Empfehlung Nr. 18 zu entwickelnden Qualitätskriterien einzubeziehen.

[Empfehlung Nr. 4]

Mit den empfohlenen Änderungen sollen keine Verschiebungen des nach aktueller Rechtslage bestehenden Zuständigkeits- bzw. Finanzierungsrahmens verbunden sein: Die Kinder- und Jugendhilfe würde auch weiterhin – sofern ein Konkurrenzverhältnis besteht, d. h. die Leistungsvoraussetzungen nach den jeweiligen Vorschriften gegeben sind und die jeweiligen Leistungsinhalte übereinstimmen – nur nachrangig zuständig sein, wenn entsprechende Leistungen nach dem SGB V nicht oder nicht mehr in Anspruch genommen werden können. Für den Fall eines Gesetzgebungsverfahrens sollten gleichwohl die Kostenfolgen der empfohlenen Gesetzesänderungen geprüft und ausgewiesen werden. Weiterhin sollten im Rahmen einer Gesetzesevaluation die Wirkungen dieser Gesetzesänderungen insbesondere auch im Hinblick auf das Verhältnis zu den entsprechenden Leistungssystemen des SGB V und SGB IX untersucht werden.

**Handlungsbedarf:**

Der Anspruch auf Beratung für Kinder und Jugendliche auch ohne Kenntnis ihrer Eltern sollte erweitert werden. Die Rechte von Kindern und Jugendlichen, die mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil aufwachsen, müssen gestärkt werden. Dazu gehört, dass diese Kinder und Jugendlichen im Bedarfsfall eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern nach Hilfe fragen und sich beraten lassen können. Dies kann insbesondere dann von elementarer Bedeutung sein, wenn ihre Eltern keine Krankheitseinsicht haben oder für Hilfen und Unterstützung für ihre Kinder nicht bereit sind.

Nach geltender Rechtslage besteht in § 8 Abs. 3 SGB VIII ein Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe. Dieser ist allerdings vom Gesetz an das Vorliegen einer „Not- und Konfliktlage“ gekoppelt. Hieraus ergeben sich Hürden in der Inanspruchnahme sowie Schwierigkeiten in der Praxis, da sich diese „Not- und Konfliktlage“ auf Grund eines noch nicht aufgebauten Vertrauensverhältnisses nicht immer bereits beim ersten Kontakt zeigt. Die Nichterkennbarkeit einer „Not- und Konfliktlage“ kann das Jugendamt aber daran hindern, überhaupt in ein Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen einzutreten und eine „Not- und Konfliktlage“ ggf. zu ermitteln.

**Wir empfehlen daher,**

- für Kinder und Jugendliche durch Streichung des Erfordernisses des Vorliegens einer „Not- und Konfliktlage“ einen bedingungslosen elternunabhängigen Anspruch auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren. Dies würde dazu führen, dass die Beratungsstelle oder das Jugendamt nicht mehr zuerst prüfen muss, ob eine „Not- und Konfliktlage“ vorliegt, bevor es dem Kind oder dem Jugendlichen unabhängig von den Eltern hilft. Das erweitert den Beratungszugang für Kinder und Jugendliche, stärkt ihre Rechte und baut Hürden ab.

[Empfehlung Nr. 5]

**Handlungsbedarf:**

Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihres Alters und Entwicklungsstandes (natürliche Einsichtsfähigkeit) in der Lage sind, sich selbstständig Hilfe zu suchen, müssen Möglichkeiten haben, diese unkompliziert wohnortnah zu finden: Ältere Kinder und Jugendliche, die mit psychisch oder suchterkrankten Eltern aufwachsen, haben vielfältige Unterstützungsbedarfe. Oftmals wären sie grundsätzlich in der Lage, sich selbstständig Hilfe zu suchen, wissen aber nicht, an wen sie sich wenden können oder haben Angst oder Scham, sich jemandem mit ihren Problemen anzuvertrauen. Besonders schwierig gestaltet sich die Situation, wenn bei den Eltern (noch) keine Krankheitseinsicht besteht. Es fehlt bisher für die gesamte Zielgruppe eine leichte Zugangsmöglichkeit über das Internet, die ihnen zudem Anonymität bieten kann. Eine solche Plattform sollte gleichzeitig auch Hilfe suchende Fachkräfte, die betroffene Kinder weitervermitteln wollen, adressieren.

**Wir empfehlen daher,**

- den Ausbau und die Förderung einer bundesweit öffentlichkeitswirksam präsentierten, wissenschaftlich evaluierten, umfassend barrierefreien Online-Plattform, die Informationen und anonyme Beratung für betroffene Kinder und Jugendliche, die sich selbstständig im Internet auf die Suche nach Hilfe machen, bietet und für diese, wie auch für Fachkräfte, Möglichkeiten für wohnortnahe Hilfen über eine Postleitzahlenrecherche aufzeigt.

[Empfehlung Nr. 6]

## II. Kernthese:

### **Präventive Leistungen sollten für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen sowie für deren Familien zugänglich sein.**

#### **Handlungsbedarf:**

Krankenkassen verstärken ihre Anstrengungen, um gemeinsam mit den verantwortlichen Partnern in Kitas, Schulen und in den Kommunen die Zahl der mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen erreichten Kinder aus suchtbelasteten und psychisch belasteten Familien zu erhöhen.

Die Zielsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) vom 17. Juli 2015 umfasst auch die Prävention psychischer Erkrankungen und die Stärkung der psychischen Gesundheit der Menschen.

Mit dem PräVG wurden die Krankenkassen ausdrücklich dazu verpflichtet, mit Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten wie in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in Schulen zu unterstützen, § 20a SGB V. Die Maßnahmen sollen auf einer Analyse der gesundheitlichen Situation der Versicherten einschließlich ihrer Gesundheitsrisiken und -potenziale aufbauen. Die Umsetzung bedarf der Bereitschaft der für die jeweilige Lebenswelt Verantwortlichen, die Unterstützung der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen und die gemeinsam entwickelten Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten umzusetzen.

Grundlage der Leistungserbringung sind die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch unter Einbeziehung gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Sachverständigen festgelegten einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien („Leitfaden Prävention“ des GKV-SV). Diese gelten für die Leistungserbringung vor Ort als verbindlich. Die Krankenkassen können dem gesetzlichen Auftrag nur dann gerecht werden, wenn sie gemeinsam mit verantwortlichen Partnern Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen implementieren.

Denn der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit ist eine Querschnittsaufgabe zahlreicher Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Aufgrund der Vielzahl von Einflussfaktoren auf die Gesundheit müssen neben den Krankenkassen auch andere verantwortliche Akteure entsprechend ihrer Zuständigkeit Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung erbringen. Den Kommunen kommt dabei eine besondere Stellung zu. Die Kommune ist eine besonders geeignete Lebenswelt für Gesundheitsförderung und Prävention, weil sie andere Lebenswelten, z. B. Kindertagesstätten und Schulen, mitumfasst und dort grundsätzlich alle Menschen in ihrem Lebensalltag mit Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden. Der „Leitfaden Prävention“ benennt zudem Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, als Zielgruppe in der Kommune mit besonderem Bedarf an Unterstützung.

Auch vor diesem Hintergrund fördert das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen eines umfangreichen kommunalen Förderprogramms die Entwicklung und Umsetzung spezifischer, gesundheitsförderlicher Interventionen in kommunaler Verantwortung auch für die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien. Das Förderprogramm wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20a Absatz 3 SGB V finanziert.

Das Vorhaben ist Teil eines größeren, Anfang des Jahres gestarteten Förderprogramms des „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ zur systematischen Weiterentwicklung und Stärkung der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, das von allen 109 Krankenkassen getragen wird. Insgesamt stellen die Krankenkassen fast 90 Mio. Euro zur Verfügung. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen

Evaluation. Das Förderprogramm wird erfolgreich sein, wenn es von den Kommunen wahr- und angenommen wird.

Zur Unterstützung der Kommunen bei der Antragstellung hat das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ in jedem Bundesland ein Programmbüro als zentrale Anlaufstelle eingerichtet. Von entscheidender Bedeutung ist, dass den Kommunen die Möglichkeiten und Chancen, die dieses Förderprogramm für erfolgreiche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort bietet, aufgezeigt werden, damit sie diese ausschöpfen und letztlich auch entsprechend ihrer Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig Beiträge zur Prävention und Gesundheitsförderung aus eigenen Mitteln leisten können.

Der kommunale Schwerpunkt des „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ ist anschlussfähig an die in den Bundesrahmenempfehlungen formulierte Zielstellung „Gesund aufwachsen“ der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), deren Träger die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung sind.

Die Zielstellung „Gesund aufwachsen“ in den Bundesrahmenempfehlungen sieht zum einen vor, den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in der Kommune zu stärken, um damit einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen zu leisten. Zum anderen sollen die Gesundheitskompetenzen und -ressourcen der dort lebenden Menschen verbessert werden. In den Bundesrahmenempfehlungen wird die Kommune als besondere Lebenswelt hervorgehoben, da hier auch Zielgruppen erreicht werden können, „die nicht über eine der anderen Lebenswelten erreicht werden können“. Die Bundesrahmenempfehlungen betonen die besondere Bedeutung der Kommunen für lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei werden ausdrücklich unter anderem die nachfolgenden Themen benannt, auf die die Maßnahmen inhaltlich ausgerichtet sein können:

- Stärkung psychischer Ressourcen
- Stressreduktion/Entspannung
- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander/Gewaltprävention
- Prävention von Suchtmittelkonsum
- Gesundheitsbezogene Elternkompetenzen

Neben der Vereinbarung von Bundesrahmenempfehlungen umfasst die Nationale Präventionsstrategie die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht). An diese auf der Grundlage des PräVG geschaffenen Möglichkeiten ist anzuknüpfen.

Um die besondere Bedeutung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, hervorzuheben und um die Zahl der mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen erreichten Kinder und deren Familien in ihren Lebenswelten (Kita, Schule, Kommune) zu erhöhen,

#### **empfehlen wir,**

- dass Krankenkassen ihre Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien an deren spezifischen Bedarfen ausrichten (Familienorientierung). Dies kann durch eine konsequente Umsetzung der Vorgaben und der Kriterien des seit 2019 geltenden GKV-„Leitfaden Prävention“ durch alle Krankenkassen erreicht werden. Ziel ist es, Zahl und Anteil der auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, sowie der damit erreichten Personen zu erhöhen.

#### **[Empfehlung Nr. 7]**

Um eine nachhaltige qualitätsgesicherte Verbesserung der gesundheitlichen Situation insbesondere von Kindern mit psychisch- oder suchterkrankten Eltern zu erreichen, sind die Krankenkassen auf Kommunen angewiesen, die einen Gestaltungswillen für gesündere und sozial ausgleichende Lebensbedingungen zeigen. Eine lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung mit Unterstützung der Krankenkassen kann nur dann erfolgreich sein, wenn auch die Verantwortlichen vor Ort sie zu ihrer Aufgabe machen. Denn die kommunale Ausgestaltung gesundheitsfördernder Verhältnisse hat einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der dort lebenden Menschen sowie ihrer Einstellung und Verhaltensweisen. Von hoher Bedeutung ist,

dass in der Lebenswelt Kommune Menschen ohne Stigmatisierung in ihren täglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können.

Für eine nachhaltige und qualitätsgesicherte Verbesserung der Gesundheit, insbesondere die der o. g. Zielgruppe, in der Lebenswelt Kommune mit erleichtertem Zugang zu (Gruppen-) Programmen,

#### **empfehlen wir,**

- dass der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und die BZgA gemeinsam mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden darauf hinwirken, dass die Kommunen das kommunale Förderprogramm des „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ in Anspruch nehmen. Dabei sollen sie durch die für das kommunale Förderprogramm eingerichteten Programmbüros des „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ verstärkt unterstützt werden. Dies kann dadurch erreicht werden, dass die Programmbüros an ihren Beratungsaufgaben die maßgeblichen Akteure aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und weiterer relevanter Akteure auf Landesebene beteiligen.
- dass das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ als Träger des kommunalen Förderprogramms einen Qualitätsentwicklungsprozess auf Bundes- und Landesebene unter Beteiligung von maßgeblichen Akteuren insbesondere aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes ermöglicht, der die Umsetzung und Verbreitung guter Praxis auf kommunaler Ebene unterstützt. Der Prozess soll durch Dokumentations- und Monitoringinstrumente unterstützt werden. Dabei soll auch geprüft werden, wie der Zugang zu (Gruppen-) Programmen für Kinder und Jugendliche in Kommunen erleichtert werden kann.
- dass die Kommunen gemeinsam mit dem „GKV-Bündnis für Gesundheit“ als Träger des kommunalen Förderprogramms prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die in kommunaler Verantwortung mit Hilfe der GKV-Förderung entstandenen Prozesse und Strukturen verstetigt werden können.

[Empfehlung Nr. 8]

Zur weiteren Umsetzung des Ziels „Gesund aufwachsen“ der Nationalen Präventionskonferenz sowie zur Erleichterung des Zugangs zu präventiven Angeboten für betroffene Familie

#### **empfehlen wir,**

- den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz, in den Bundesrahmenempfehlungen Kinder von psychisch und suchterkrankten Eltern und deren Familien fokussiert in den Blick zu nehmen, mit dem Ziel, die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie der Länder, Kommunen und Krankenkassen sowie der Jugendhilfeträger u. a. zu Hilfenetzwerken und Gruppenangeboten zu befördern. Dabei sollen die Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz von den maßgeblichen Organisationen und Verbänden insbesondere aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe und des öffentlichen Gesundheitsdienstes beraten werden.

[Empfehlung Nr. 9]

- dass die Träger der Nationalen Präventionskonferenz gemäß ihrer jeweiligen Zuständigkeit abgestimmte, koordinierte und vernetzte Vorgehensweisen in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder mit psychisch oder suchterkrankten Eltern und deren Familien fördern.

[Empfehlung Nr. 10]

- dass die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen darauf hinwirken, dass die Landesrahmenvereinbarungen auf Grundlage der Bundesrahmenempfehlungen im Sinne der Empfehlung Nr. 9 angepasst und erweitert werden.

[Empfehlung Nr. 11]

- im Rahmen der Bewertung des Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz prüfen zu lassen, ob und wie die Regelungen und Verfahrensweisen in der Prävention durch Krankenkassen weiterentwickelt werden können, um den Zugang zu präventiven Angeboten für betroffene Familie zu erleichtern.

[Empfehlung Nr. 12]

**Handlungsbedarf:**

Damit Unterstützung umfassend und wirksam sein kann, ist eine Vernetzung und Abstimmung der Leistungen unterschiedlicher Akteure erforderlich. Dabei muss auch sichergestellt sein, dass die Leistungserbringung durch die Krankenkassen bei den örtlichen Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und auch umgekehrt bekannt ist.

Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil erhalten häufig mehrere, oft zahlreiche verschiedene Hilfen und Unterstützungsleistungen unterschiedlicher Leistungsträger, die sich mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Zielstellungen und Blickwinkeln an die einzelnen Familienmitglieder richten. Damit diese Leistungen nicht unkoordiniert und womöglich kontraproduktiv nebeneinanderherlaufen, bedarf es der Gesamtschau und Abstimmung. Auch muss vermieden werden, dass die Familie durch das Erfordernis eigener Koordination und Organisation verschiedener Hilfen überfordert und ggf. zusätzlich belastet wird.

§ 20f SGB V sieht bereits nach geltender Rechtslage vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit den weiteren Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen. Dabei normiert § 20f Absatz 2 SGB V den Mindestinhalt dieser Rahmenvereinbarung auf Landesebene, der das Zusammenwirken der Krankenkassen mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie den in den Ländern zuständigen Stellen, wie der öffentlichen Jugendhilfe, sichern soll. Dabei bestimmt § 20f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 SGB V bereits, dass die Rahmenempfehlungen u. a. auch Festlegungen zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe enthalten sollen.

Damit die Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention noch besser zusammenwirken können, sind darüber hinaus aber auch Festlegungen zur gegenseitigen Information über die Leistungserbringung der Krankenkassen und die der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe erforderlich. Hierdurch würde eine stärkere Transparenz im jeweiligen Leistungsgeschehen verwirklicht. Zudem würde eine

gegenseitige Information einen Überblick über die jeweiligen Leistungen verschaffen, der es dann wiederum ermöglicht, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder aus psychisch belasteten Familien mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung der Krankenkassen bedarfsgerecht zu verknüpfen.

**Wir empfehlen daher,**

- den § 20f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 SGB V dahingehend zu ändern, dass die Landesrahmenvereinbarungen auch Festlegungen zur wechselseitigen Informationsübermittlung über die Leistungserbringung der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten und der Leistungen der Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe enthalten.

[Empfehlung Nr. 13]

### III. Kernthese:

**Um komplexen Bedarfslagen eines oder mehrerer Familienmitglieder gerecht zu werden, müssen die bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote besser ineinandergreifen.**

#### Handlungsbedarf:

Erforderlich ist eine enge und systematisierte Kooperation zwischen den verschiedenen (Hilfe-)Systemen. Im gewachsenen gegliederten System ist eine funktionierende Kooperation und Vernetzung zwischen den zuständigen Leistungssystemen bzw. Institutionen für eine gelingende Unterstützung der betroffenen Familien entscheidend. Eine zielgerichtete gegenseitige Information und Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Akteure bilden wichtige Grundbausteine.

Vor diesem Hintergrund bestehen bereits an zahlreichen Stellen spezifische Kooperationsgebote und -möglichkeiten, z. B. die Regelungen zum Teilhabeplan- und Gesamtplanverfahren im SGB IX, die eine gelingende Zusammenarbeit der Reha-Träger bei den Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen sicherstellen sollen, sowie die Kooperationsverpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe nach § 81 SGB VIII und die Regelungen zur strukturellen Vernetzung nach § 3 KKG. Für die vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung können mit Blick auf Kooperationsgebote und -möglichkeiten folgende Regelungen relevant sein:

- Gemäß § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V beinhaltet die hausärztliche Versorgung (Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, hausärztliche Internisten) unter anderem die Einleitung oder Durchführung präventiver Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.
- Gemäß § 1 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern hat bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des KKG die notwendigen Schritte einzuleiten.
- Gemäß § 3 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte) muss der Arzt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit komplementären Berufen einschließlich pädagogischen und sozialen Diensten gewährleisten, unter anderem mit regelmäßigen interdisziplinären patientenorientierten Fallbesprechungen.

- Gemäß Abschnitt 4.2.4 (Sozialpädiatrische Versorgung) des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM) umfassen die Gebührenordnungspositionen für die ärztlichen Leistungen auch die Einleitung und/oder Koordination störungsspezifischer Maßnahmen, den persönlichen Kontakt des Arztes zu einer Bezugsperson, die Erstellung eines interdisziplinären Therapieplans sowie weitere koordinierende Leistungen und Informationen zu helfenden Institutionen.
- Gemäß EBM-Kapitel 21 (Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)) wird der Arzt unter anderem für die Koordination extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen oder -instanzen oder multiprofessioneller Teams vergütet.
- Gemäß § 119 Abs. 2 Satz 2 SGB V sollen die Sozialpädiatrischen Zentren mit den Ärzten und Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

Die bestehenden Kooperationsgebote und -möglichkeiten sind durch Maßnahmen der interprofessionellen Verständigung praxisbezogen umzusetzen.

Um die Bedarfe von Eltern mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu decken, sieht das geltende Recht ein vielfältiges Leistungsbündel vor. Der Abstimmungsbedarf kann daher mitunter komplex sein. Im Zuge der durch das Bundesteilhabegesetz erfolgten gesetzlichen Klarstellung, dass Assistenzleistungen an Eltern mit Behinderungen zur Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu den Leistungen der Eingliederungshilfe zählen (§ 113 SGB IX-neu i. V. m. § 78 Absatz 3 SGB IX), wurde diesem ggf. komplexen Abstimmungsbedarf durch eine Sonderregelung (§ 119 Absatz 4 SGB IX) im Gesamtplanverfahren Rechnung getragen. Beantragt ein Elternteil mit wesentlichen Behinderungen demnach Leistungen der Eingliederungshilfe zur Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung eines Kindes, so ist mit dessen Zustimmung vom Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz unter Beteiligung anderer potenzieller Leistungsträ-



ger (z. B. Träger der Kinder- und Jugendhilfe) bzw. Personen aus dem persönlichen Umfeld durchzuführen, die diese Bedarfe ebenfalls decken könnten. Dies bietet die Möglichkeit, Zuständigkeiten zu klären und eine bedarfsdeckende Unterstützung der Eltern mit Behinderungen zu erreichen.

### Wir empfehlen daher,

- dass die Träger der Eingliederungshilfe die Gesamtplan-Konferenz nutzen, um eine abgestimmte Unterstützung für Eltern mit wesentlichen Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu erreichen, wenn neben oder statt der dafür beantragten Leistungen der Eingliederungshilfe andere Leistungsträger (z. B. Träger der Kinder- und Jugendhilfe) oder Personen zur Deckung dieser Bedarfe in Betracht kommen.

#### [Empfehlung Nr. 14]

Darüber hinaus sollten Maßnahmen, die zu einer frühzeitigen Erkennung betroffener Kinder beitragen, auf keinen Fall restriktiv ausgestaltet sein; entsprechend sind diese möglichst niedrigschwellig im unmittelbaren sozialen Umfeld und an bereits bestehenden Anlaufpunkten der Familien anzusiedeln. Von besonderer Bedeutung für eine frühzeitige Erkennung sind daher Kooperationen insbesondere an den Schnittstellen der Kinder- und Jugendhilfe zum Bildungssystem (Schule), der Suchthilfe, dem Gesundheitswesen einschließlich des ÖGD und der Eingliederungshilfe, aber auch zwischen den Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe selbst in ihren unterschiedlichen Leistungsbereichen, etwa zwischen Kindertagesbetreuung und Beratungsleistungen bzw. ambulanten Hilfen zur Erziehung.

Insbesondere Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sind unverzichtbare Partner für die frühzeitige Erkennung von betroffenen Kindern eines psychisch erkrankten Elternteils. Dies kann sowohl im Rahmen der Behandlung eines betroffenen Kindes selbst oder einer oder eines Familienangehörigen geschehen. Denn Hinweise auf familiäre Risiko- oder Belastungssituationen, z. B. eine krankheitsbedingte Einschränkung in der elterlichen Fürsorge, können sich auch bei der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung der Eltern ergeben.

Um einen zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen, enthält die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses das Angebot von psychotherapeutischen Sprechstunden. Die Zielsetzung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist neben Beratung und Information insbesondere zu klären, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung und ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf vorliegt oder welche weiteren fachspezifische Hilfen im System der GKV notwendig sind.

Die Einbeziehung des sozialen Umfelds bzw. relevanter Bezugspersonen im Rahmen einer Psychotherapie ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie § 9 Leistungsinhalt der GKV. Dabei ist für nicht erkrankte Personen keine Diagnose zu dokumentieren.

### Wir empfehlen daher,

- der Mitverantwortung des Gesundheitswesens durch eine explizite Regelung im SGB V zur Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten mit den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe Nachdruck zu verleihen. Insbesondere soll hierdurch ein verbesserter Informationsaustausch zwischen diesen beiden Systemen etabliert werden. Darüber hinaus soll das praktische Vorgehen bei Hinweisen auf familiäre Risiko- oder Belastungssituationen in der Behandlung eines erkrankten Elternteils oder eines betroffenen Kindes auch mit dem Ziel der Erhöhung der Handlungssicherheit der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes und der Vertragspsychotherapeutinnen bzw. Vertragspsychotherapeuten unterstützt werden.

#### [Empfehlung Nr. 15]

- durch eine explizite Regelung im SGB V sicherzustellen, dass in der ambulanten vertragsärztlichen bzw. der vertragspsychotherapeutischen Versorgung eine auf den Bedarf der Familie abgestimmte koordinierte Vermittlung aus der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung in die Kinder- und Jugendhilfe bzw. Suchthilfe einschließlich der Bereitstellung von passgenauen Informationen zu regional zur Verfügung stehenden Angeboten erfolgt. Über die Notwendigkeit der Erbringung einer

ärztlich oder psychotherapeutisch empfohlenen Leistung der Kinder- und Jugendhilfe entscheidet der zuständige Leistungsträger. Diese Vermittlung soll als Einzelfalleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar sein, unter der Voraussetzung, dass die die Leistungen erbringenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestimmte (Qualitäts-) Standards erfüllen, wie beispielsweise die Teilnahme an einer Kooperationsvereinbarung und/oder an interdisziplinären bzw. interprofessionellen Qualitätszirkeln. Damit soll über die Einzelfallkooperation hinaus auch die strukturelle Vernetzung befördert werden. Die koordinierte Vermittlung aus der ärztlichen bzw. der psychotherapeutischen Behandlung in die Kinder- und Jugendhilfe korrespondiert mit der in Empfehlung Nr. 19 beschriebenen Unterstützung von Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil bei der Orientierung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen in der Kinder- und Jugendhilfe.

**[Empfehlung Nr. 16]**

**Handlungsbedarf:**

Insbesondere für wiederkehrende Fallkonstellationen mit komplexen Bedarfslagen sollen die Leistungsträger der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und der Suchthilfe Vereinbarungen schließen, die Komplexleistungen mit auf Landesebene vertraglich definierten Finanzierungsbeiträgen ermöglichen.

Wenn psychisch erkrankte Eltern Leistungen der Krankheitsbehandlung in Anspruch nehmen, ist es von besonderer Bedeutung, dass die betroffenen Kinder von den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Suchthilfe in Abstimmung mit den für die Eltern zuständigen Leistungserbringern über die Bedeutung der Behandlung ihrer Eltern in altersgemäßer Form informiert und sie erforderlichenfalls unterstützt werden (z. B. durch pädagogische oder psychoedukative Angebote). Auch ist es häufig notwendig, therapeutische Hilfen für bereits erkrankte Kinder durch zusätzliche pädagogische Hilfen zu ergänzen. Neben einer besseren Vernetzung an den Grenzen der verschiedenen Leistungssysteme ist es daher erforderlich, Möglichkeiten einer koordinierten und strukturierten interdisziplinären Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen, die die Lebenssituation der gesamten Familie berücksichtigt.

**Wir empfehlen daher,**

- dass durch gesetzliche Regelungen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung SGB-übergreifende einheitliche Komplexleistungen mit auf Landesebene vertraglich definierten Finanzierungsbeiträgen der zuständigen Leistungsträger ermöglicht werden, die die Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens zusammenführen. Hierdurch kann die interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit der Akteure erleichtert und ein „Nebeneinander“ von Leistungssystemen verhindert werden. Auch ein gutes Übergangsmanagement vom stationären in den ambulanten Bereich ist wesentlich, um wohnortnah ambulante an stationäre Leistungen anzuschließen. Der für die Zusammenarbeit erforderliche Datenaustausch ist sicherzustellen. Im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen bzw.

vertragspsychotherapeutischen Versorgung sind anteilig finanzierte Komplexleistungen insbesondere in Form von interdisziplinären bzw. interprofessionellen Fallbesprechungen denkbar.

[Empfehlung Nr. 17a]

- dass mehr interdisziplinäre Einrichtungen und Dienste für Eltern und ihre Kinder entstehen, die je nach Bedarf und Zuständigkeit Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung als auch Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe integriert erbringen. Entsprechende Einrichtungen oder Abteilungen könnten sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungsbereich (beispielsweise in psychiatrischen Institutsambulanzen) angesiedelt werden. Die Finanzierung des Leistungsangebots könnte beispielsweise so ausgestaltet sein, dass die Krankenbehandlung der Eltern oder der bereits erkrankten Kinder über das SGB V, pädagogische – Resilienz fördernde – Hilfen (z. B. Gruppenangebote, Familienberatungen, Freizeitangebote) für die Kinder und ihre Familien als Leistung des SGB VIII gewährt würden. Um Parallelstrukturen zu vermeiden, sollte dabei möglichst auf bereits bestehende Angebote (beispielsweise aus Modellprojekten wie den „Leuchtturmprojekten“) aufgebaut werden. Dabei muss sichergestellt werden, dass die pädagogischen Hilfen nach Bedarf weitergewährt werden können und nicht automatisch mit der Krankenbehandlung enden. Nur so können die betroffenen Kinder stabile und belastbare Bindungsangebote auch dann erfahren, wenn dies in den Beziehungen zu den psychisch erkrankten Eltern nicht möglich sein sollte.

[Empfehlung Nr. 17b]

### Handlungsbedarf:

Zur Abstimmung der lokalen Angebotsstruktur sowie zur Vorbereitung und Stärkung der fallbezogenen Zusammenarbeit sind auf kommunaler oder regionaler Ebene interdisziplinäre und systemübergreifende Unterstützungsnetzwerke für Familien in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld auf- und auszubauen.

Im Bereich **Früher Hilfen** sind in den letzten Jahren Netzwerke und Kooperationen erfolgreich auf- und ausgebaut worden. Die Evaluation der Frühen Hilfen hat verschiedene Modelle gelingender Kooperation und Vernetzung aufgezeigt, wie z. B. interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen, interprofessionelle Qualitätszirkel, „Runde Tische“, Lotsenprojekte und Vernetzungsprojekte.

Als Gelingensfaktoren für die Umsetzung von Angeboten bezeichnet die Evaluation den Austausch der Fachkräfte mit unterschiedlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern in gewachsenen (regionalen und überregionalen) Netzwerken und Arbeitskreisen oder in ähnlichen Kontexten, eine gute und enge Zusammenarbeit aller beteiligten Personen, eine regelmäßige Teilnahme aller relevanter Akteurinnen und Akteure bzw. Institutionen an den Treffen, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Angeboten, eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams sowie enge Absprachen unter den Trägern.

Durch das PräVg wurden bereits wichtige Weichen gestellt, indem die Krankenkassen dazu verpflichtet wurden, mit Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten wie in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in Schulen zu unterstützen (§ 20a SGB V). Grundlage der Leistungserbringung sind dabei die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch unter Einbeziehung gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Sachverständigen festgelegten einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien („Leitfaden Prävention“ des GKV-SV). Der Leitfaden benennt Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtblasteten oder psychisch belasteten Familien, als Zielgruppe in der Kommune mit besonderem Bedarf an Unterstützung.

Das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ fördert auch vor diesem Hintergrund mit Unterstützung der BZgA im Rahmen eines umfangreichen kommunalen Förderprogramms ab Sommer 2019 mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20a Absatz 3 SGB V die Entwicklung und Umsetzung spezifischer, gesundheitsförderlicher Interventionen in kommunaler Verantwortung auch für die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien.

Zentrale Aufgaben der regionalen Steuerung und Koordinierung fallen insbesondere in den Verantwortungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe sowie auch in den Verantwortungsbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. So bestimmt beispielsweise das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (ÖGDG NRW), dass der ÖGD mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, insbesondere mit den Trägern medizinisch-sozialer Einrichtungen und Hilfeeinrichtungen, den Kostenträgern und Selbsthilfegruppen, zusammenarbeitet. Vergleichbare ÖGD-Regelungen gibt es in den meisten Bundesländern.

Auch die Ergebnisse des vom BMG geförderten Projekts „Leuchtturmangebote für Kinder und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ zeigen, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine zentrale und wirkungsvolle Rolle als Koordinator für regionale Netzwerke zukommt, indem er die Leistungen der Prävention, der Kinder- und Jugendhilfe sowie psychiatrischer Hilfen für psychisch erkrankte Eltern zusammenbringt. Gemeinsam tragen die Kommunen – und insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Kinder- und Jugendhilfe – eine besondere Verantwortung für die nachhaltige Umsetzung niedrigschwelliger, gesundheitsförderlicher und familienunterstützender Maßnahmen vor Ort. Dabei sollten die besonders unterstützungsbedürftigen Kinder aus psychisch belasteten oder suchtbelasteten Familien im besonderen Fokus stehen. Damit diese Angebote und Maßnahmen für die Kinder wirksam sein können, bedarf es der Entwicklung und Anwendung von spezifischen Qualitätskriterien, die im Weiteren zur kommunalen Fördervoraussetzung gemacht werden sollen. Dabei sollten u. a. entwicklungspezifische Bedürfnisse von Kindern, die Familiensicht, die Wirksamkeit von Interventionen und der Kinderschutz als wesentliche Faktoren in den Blick genommen werden. Zudem sollten die Erfahrungen bereits existierender resilienzfördernder Angebote in den Qualitätsentwicklungsprozess einbezogen werden. Um auch bereits bestehende

Angebote nachhaltig kommunal zu fördern, müssen die Kommunen diesen Angeboten Möglichkeiten zur nachträglichen Evaluation geben – auch um zu verhindern, dass langjährig erprobte Ansätze verloren gehen.

Die genannten unterschiedlichen Erkenntnisse und Erfahrungen sind zusammenzuführen und unter Einbezug weiterer relevanter Ansatzpunkte und Akteure mit der Zielsetzung eines kommunalen Gesamtkonzepts weiterzuentwickeln.

### Wir empfehlen daher,

- dass der Bundestag die Bundesregierung auffordert, gemeinsam mit den Ländern, den Kommunen und den Sozialversicherungsträgern einen Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multiprofessioneller, qualitätsgesicherter und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme zu erstellen.

Dabei sollen berücksichtigt werden:

- 1 | die Erfahrungen aus der Evaluation des GKV-Förderprogramms (s. Empfehlung 8), das den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen in den Kommunen insgesamt in den Blick nimmt. Dabei werden insbesondere auch Alltagshilfen und familienbezogene Settings einbezogen.
- 2 | die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Evaluation der Frühen Hilfen.
- 3 | die Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit der kommunalen Hilfesysteme und der relevanten Sozialleistungsträger, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Eingliederungshilfe; dabei werden die Perspektiven der Praxis und der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger selbst mit einbezogen.
- 4 | die Möglichkeiten zur Erleichterung des Zugangs von betroffenen Kindern und ihren Familien zur Individualprävention der Krankenkassen (s. Empfehlung 7).

5 | die Möglichkeiten geeigneter, auch rechtskreisübergreifender Finanzierungsmodelle.

6 | die Erfahrungen und Erkenntnisse aus bereits existierenden, Resilienz fördernden Angeboten für Qualitätskriterien für kommunale Angebote und Maßnahmen für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern.

Im Falle einer solchen Aufforderung wird die Bundesregierung dem Bundestag nach Auswertung des GKV-Förderprogramms einen Bericht zu dem kommunalen Gesamtkonzept vorlegen.

**[Empfehlung Nr. 18]**

#### IV. Kernthese:

**In den örtlichen und regionalen Netzwerken müssen Lotsen die Zugänge zu (weiteren) Hilfen und jeweils bedarfsgerechten Unterstützungsmaßnahmen an den Schnittstellen unterschiedlicher Leistungssysteme erleichtern.**

#### Handlungsbedarf:

Es ist gesetzlich klarzustellen, dass Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Orientierung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen umfasst, wenn deren Leistungen erforderlich sind.

Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil haben stark unterschiedliche, oftmals hochkomplexe Bedarfslagen. Sie sehen sich unterschiedlichen Leistungssystemen gegenüber mit unterschiedlichen Leistungsansprüchen, unterschiedlichen Verfahren der Anspruchsprüfung sowie unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen. Die daraus resultierende Unübersichtlichkeit der Unterstützungsangebote und Schnittstellen führt dazu, dass Suche und Zugang zu Unterstützung und Hilfe für viele dieser Familien kaum zu bewältigende Herausforderungen sind.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Zugangshürden ist es bedeutsam, dass sich insbesondere die Angebote im Bereich der Regelstruktur, aber auch im Bereich der Beratung, Entlastung und Unterstützung immer auch als Lotsensysteme verstehen, wenn diese im Kontakt mit psychisch oder suchterkrankten Eltern oder deren Kindern Bedarfe anderer, ggf. an spezifische Anspruchsvoraussetzungen und eine individuelle Antragsstellung gebundene Hilfen feststellen.

#### Wir empfehlen daher,

- in § 27 SGB VIII klarzustellen, dass Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Orientierung an den Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen umfasst, wenn deren Leistungen erforderlich sind. Dies korrespondiert mit der in Empfehlung Nr. 16 beschriebenen Vermittlung aus der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung in die Kinder- und Jugendhilfe.

[Empfehlung Nr. 19]



# Teil 2: Anlagen

## A. Diskussion der Arbeitsgruppe in den Sitzungen und Fachgesprächen

Autoren: Dr. Gregor Breucker und Heinz Müller (Moderatoren der AG-Sitzungen)

Die hier vorgelegte Dokumentation versucht, die vielfältigen Diskussionsbeiträge der Mitglieder der AG im Rahmen der Sitzungen und Fachgespräche zu bündeln. Hierbei wurden auch die schriftlichen Beiträge der Mitglieder im Rahmen der Online-Beteiligung berücksichtigt. Einzelne der nachfolgend benannten Anregungen betreffen fundamentale Fragen des Rechts der gesetzlichen Sozialversicherung, Fragen der Verfassungsmäßigkeit von „Mischfinanzierungen“, Fragen der Aufgaben- und Risikoverteilung sowie der Zuständigkeit im gegliederten und föderalen System der sozialen Sicherung, deren Bearbeitung nicht Gegenstand des Auftrags des Deutschen Bundestags an die AG war. Vor diesem Hintergrund wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die nachfolgend dargestellten Vorschläge, Forderungen und Anregungen kein Konsensergebnis der Arbeitsgruppe sind, sondern Beiträge einzelner Mitglieder oder Gruppen der AG darstellen.

Ergänzend ist zudem darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen der hier vorgelegten Zusammenfassung nicht möglich ist, die Vielschichtigkeit der Diskussion in allen Facetten wiederzugeben.

Die Diskussionsbeiträge werden nachfolgend drei Themenbereichen zugeordnet:

- Gestaltung von Leistungen, Hilfen und Angeboten unter Berücksichtigung von Passgenauigkeit und Zugänglichkeit
- Organisation und Gestaltung von Vernetzung und Kooperation auf kommunaler, Landes- und Bundesebene
- Wichtige förderliche Rahmenbedingungen für die Verbesserung des Unterstützungs- und Hilfesystems

### 1. Gestaltung von Leistungen, Hilfen und Angeboten

#### 1.1 Bereichsübergreifende Vorschläge zur Verbesserung der Passgenauigkeit und Zugänglichkeit von Angeboten und Hilfen in allen relevanten Leistungsbereichen

In vielen Ansatzpunkten wird deutlich, dass bei der Ausgestaltung von Hilfen und Angeboten eine familienorientierte

Herangehensweise wichtig sein kann, die die Kinder im Kontext ihres familiären Bezugssystems wahrnimmt und neben den Kindern auch die Bedarfe der Eltern sowie des gesamten Familiensystems und deren Interaktionsgefüge berücksichtigt. Dies sollte in vielen Rechtsgrundlagen beachtet werden. Um den Zugang zu Hilfen zu erleichtern, sollten antragsfreie Beratungsangebote für Kinder, Eltern und die ganze Familie an niedrighschwellig zugänglichen Orten ausgebaut werden. Um psychisch erkrankte Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, sollten Elterngruppen mit Angeboten zur Stärkung der Elternkompetenz ausgebaut werden. Um Kinder psychisch erkrankter Eltern in ihrer Resilienz und ihren Copingstrategien zu stärken, sollten Kinder- und Jugendgruppen als längerfristig angelegte Unterstützungsangebote angeboten werden. Diese bereits erprobten und teilweise evaluierten Angebote sollten flächendeckend umgesetzt und verlässlich finanziert werden.

Einen besonderen Schwerpunkt innerhalb der Ansatzpunkte bilden alltagsnahe, flexible Hilfen, aber auch kombinierte Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheits- und Eingliederungshilfe, die bedarfsorientiert aufeinander abgestimmt und koordiniert werden.

Die Möglichkeiten der alltagsnahen Unterstützung sollten gestärkt werden. Verwiesen wird hier zum einen auf die alltagspraktische Unterstützung durch Haushaltshilfe oder Familienpflege und zum anderen auf die Gewährleistung von verlässlichen Bezugspersonen neben dem erkrankten Elternteil, die für die Kinder erreichbare Ansprechpartner (Paten) sind.

Vielfach wird in den Ansatzpunkten darauf verwiesen, dass Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufig komplexe Unterstützungsbedarfe haben, denen innerhalb eines Leistungssystems alleine nicht ausreichend entsprochen werden könne. Auch genüge es nicht, additiv mehrere Hilfen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen zu gewähren. Vielmehr bedürfe es koordinierter und abgestimmter Hilfen in Form einer Komplexleistung oder eines „Hilfgebendes“. Unter „Komplexleistung“ werden im Rahmen dieser

Ansatzpunkte eigenständige, interdisziplinär zu erbringende Leistungen und unter „Hilfegebinde“ institutions- und anbieterübergreifende Angebote und Dienstleistungen verstanden.

Damit das Zusammenspiel der kombinierten Hilfen gelingt, wird eine verlässlich finanzierte Koordination im Sinne eines Casemanagements angeregt. Außerdem bedürfe es der regelmäßigen gemeinsamen Fallreflexion und Hilfe- bzw. Teilhabeplanung teilweise auch unter Beteiligung der Familie.

Einzelne Beiträge beschäftigen sich ausführlicher mit unterschiedlichen familiären Belastungskonstellationen und schlagen konkrete Leistungskombinationen vor, um dabei auch unterschiedliche altersspezifische und auf verschiedene Schweregrade der gesundheitlichen Beeinträchtigung bezogene Bedarfe berücksichtigen zu können (Modell Frühförderung). Dabei wird u. a. die integrierte Versorgung als Modell für die Organisation solcher Komplexleistungen vorgeschlagen. In diesem Zusammenhang werden auch wohnortnahe Versorgungsnetzwerke angeregt.

Ergänzend zu Komplexleistungsmodellen wird eine Ausweitung und Stärkung kombinierter Leistungen empfohlen.

## 1.2 Bereich Kinder- und Jugendhilfe

Auch für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe werden eine Reihe von Ansatzpunkten und Konkretisierungen vorgeschlagen. Dabei geht es insbesondere um die Berücksichtigung der Auswirkungen psychischer Erkrankung auf die Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung durch betroffene Eltern und den damit einhergehenden (ggf. eingeschränkten) Möglichkeiten, eine dem Wohl des Kindes dienende Erziehung zu gewährleisten und die Entwicklung des Kindes zu einer eigenständigen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit angemessen zu fördern.

Mit einer psychischen Erkrankung gehe oftmals ein krankheitsbedingt eingeschränktes Kommunikations- und Hilfe-suchverhalten insbesondere im Hinblick auf die Beantragung von Hilfen zur Erziehung einher. Die gezielte Förderung von Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen auf Seiten der Eltern und der Kinder müsse darum als Bestandteil von Hilfen sowohl hinsichtlich der Hilfestellung als auch der Hilfeausgestaltung Berücksichtigung finden.

Die vorgeschlagenen Ansatzpunkte im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe beziehen sich entsprechend insbesondere auf die Stärkung der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII) sowie auf Konkretisierungen in den §§ 19, 20, 27, und 29 mit dem Ziel, hierüber eine nachhaltige Sicherung bewährter Unterstützungsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu erreichen.

Patenschaften, die den Kindern verlässliche Bezugspersonen bieten und die Intensität der Betreuung und Begleitung flexibel an sich verändernde Bedarfe anpassen können, könnten als eine Form der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII), als eine Form der Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII) oder aber als eine Form der Hilfe zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) eingesetzt werden.

Die gemeinsame Betreuung von Eltern(teil) und Kind während einer stationären Behandlung der (des) erkrankten Eltern(teils) könnte über eine entsprechende Konkretisierung des § 20 SGB VIII abgesichert werden. An dieser Stelle wird auch darauf hingewiesen, dass nicht in allen Fällen eine gemeinsame Unterbringung der Eltern und Kinder in stationären Einrichtungen sinnvoll sein muss.

Multidisziplinäre und semiprofessionelle Hilfen könnten in § 19 SGB VIII und in den Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) verankert werden.

Insbesondere im Hinblick auf Fallkonstellationen, in denen psychisch erkrankte Eltern keine Behandlungsbereitschaft entwickelten und ihren Kindern den Zugang zu Unterstützungsangeboten verwehrten, wird vorgeschlagen, einen elternunabhängigen Beratungsanspruch für die Kinder und Jugendlichen zu schaffen und damit die Zugangsmöglichkeiten zu Hilfen zu verbessern. Doch auch in diesen Konstellationen sollte darauf hingewirkt werden, dass ein Einvernehmen mit den Eltern hergestellt wird.

Da es um die Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Elternteilen gehe, sollte die Kinder- und Jugendhilfe die Federführung in der Hilfestellung und -planung auch bei rechtskreisübergreifenden Kombinationen von Hilfen oder Hilfegebinden haben. Bei potenziellen Fragen des Kinderschutzes obliege der Kinder- und Jugendhilfe ohnehin nach § 8a SGB VIII die



Sicherstellung des staatlichen Schutzauftrages. Für die qualifizierte Sicherstellung der Federführung in der Hilfe- bzw. Teilhabepflege wie auch im Casemanagement seien entsprechende Ressourcen bereit zu stellen. Im Falle der Notwendigkeit einer Krankenbehandlung sollte diese in eine Gesamtplanung eingebunden sein, die unbenommen hiervon unabhängig von einer Federführung der Kinder- und Jugendhilfe durch die jeweiligen Leistungserbringer geplant und durchgeführt werden können muss.

### 1.3 Prävention (Primär- und Sekundärprävention/ universelle und selektive Prävention)

Eine Reihe von Ansatzpunkten und Konkretisierungen aus den Fachgesprächen und den schriftlichen Beiträgen einzelner Mitglieder und Gruppen der AG beziehen sich auf die Ausrichtung der nationalen Präventionsstrategie, die primärpräventiven Leistungen der Krankenkassen in den relevanten Lebenswelten sowie weitere primär- und selektivpräventive Maßnahmen, die in der Regel das Zusammenwirken mehrerer Leistungsbereiche erfordern.

Bzgl. der Ausrichtung der nationalen Präventionsstrategie wird eine formale Verankerung der Zielgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und ihrer Familien in den Bundesrahmenempfehlungen, insbesondere den nationalen Präventionszielen, den Landesrahmenvereinbarungen und weiteren untergesetzlich relevanten Regelwerken (wie dem „Leitfaden Prävention“ der Krankenkassen) angeregt. Familien sollten als relevantes Setting im „Leitfaden Prävention“ der Krankenkassen berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten Fortschritte in den Aktivitäten Teil der Routine-Berichterstattung sein. Ferner sollte auch die Einführung eines gesonderten Mindestausgabewertes der Krankenkassen als Teil des Mindest-Budgets für die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten erwogen werden.

Teilweise wird angeregt, dass psychisch- und suchtblastete Familien als prioritäre Zielgruppe von allen Trägern und Akteuren der Präventionsstrategie berücksichtigt werden. Dabei gehe es insbesondere um Maßnahmen zur gezielten Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie zur Förderung der Resilienz und Stärkung der Bewältigungsressourcen von Familien, Eltern und Kindern in psychosozial belasteten Lebenslagen insgesamt.

Es wird darauf hingewiesen, dass insbesondere alle Träger und einbezogenen Akteure der nationalen Präventionsstrategie die primäre Prävention in den relevanten Lebenswelten (einschließlich der Arbeitswelt) ausbauen sollten, u. a. in den Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, den kommunalen Einrichtungen im Bereich des Sports und anderer relevanter Freizeitbereiche sowie in wichtigen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Drogen- und Suchthilfe (insbesondere auch in den stationären Einrichtungen). Dies schließt auch die systematische Qualifizierung und Sensibilisierung aller Gesundheitsberufe und Fachkräfte mit ein, die regelhaft in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, damit diese Hinweise auf Belastungen der Kinder und Jugendlichen erkennen, die in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils stehen. Dabei gehe es insbesondere um eine adäquate Information und Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Eltern sowie eine nichtstigmatisierende diagnostische Einschätzung des Unterstützungs-, ggf. auch eigenen Behandlungsbedarfs der Kinder verbunden mit einer begleiteten Überleitung in entsprechende Angebote, sofern erforderlich.

Eine Gruppe von AG-Mitgliedern regt Änderungen im Dritten Kapitel des SGB V an. Dazu gehören die Berücksichtigung der Familie als Lebenswelt, die Verpflichtung der Träger der Präventionsstrategie zur gemeinschaftlichen Finanzierung und zur gemeinsamen Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen von Landesrahmenvereinbarungen und der verbindlichen Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren in den kommunalen Lebenswelten, die Konkretisierung des nationalen Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ und die Aufnahme der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in die Gruppe der zuständigen Stellen auf Landesebene (Landesrahmenvereinbarungen). Andere Mitglieder der Arbeitsgruppe führen demgegenüber aus, dass die grundsätzliche Individuenzentriertheit des SGB V durchaus als angemessen angesehen wird und sich aus der Krankenbehandlung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten – nämlich dem Individuum – ergibt.

Sozialversicherungsträger und Kommunen sollten zudem einen flächendeckenden Zugang zu Angeboten zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen sowie zur Resilienzförderung betroffener Kinder und Jugendlicher unterstützen, einschließlich einer Regelfinanzierung. Hierbei sollten

insbesondere auch Gruppenangebote für Kinder und Eltern, Angebote der Psychoedukation sowie der Ausbau von Patentprogrammen Berücksichtigung finden. Dabei sollte schrittweise auch die Qualitätssicherung dieser Angebote weiterentwickelt werden.

Im Schnittfeld zwischen Prävention, Gesundheitsversorgung sowie der Kinder- und Jugendhilfe wird die Einführung eines niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsangebotes für Kinder und Jugendliche angeregt, das keine Diagnosestellung erfordere. Dieses könne im Rahmen der ambulanten Psychotherapie und der Erziehungsberatung angesiedelt werden. Demgegenüber wird von anderer Seite ausgeführt, dass eine Krankenbehandlung, also bspw. eine psychotherapeutische Behandlung ohne eine Diagnose, nicht sinnvoll bzw. möglich ist. Sollte keine Störung mit Krankheitswert vorliegen, werden vielmehr andere pädagogische oder psychologische Maßnahmen als angemessen erachtet.

Weiterhin wird die Frage nach einer Stärkung der sozialen Infrastruktur und ein entsprechender Auf- und Ausbau von Angeboten in den Lebenswelten aufgeworfen, die es insbesondere bildungsbenachteiligten Familien ermöglichen, eigene Ressourcen zu mobilisieren und Chancen für die Entwicklung der Kinder und der gesamten Familie zu nutzen (stadtteilnah, aus einer Hand, für die ganze Familie). Dabei sollten Einrichtungen im Sozialraum wie beispielsweise die Familieninstitutionen (z. B. Familienzentren, Mehrgenerationenhäuser etc.), die bereits sozialgesetzbuchübergreifend beraten, berücksichtigt werden.

In den Fachgesprächen wurde wiederholt auch die große Bedeutung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Gesundheitsprobleme hervorgehoben. Da dies eine gesonderte Anforderung an die Bundesregierung aus dem Bundestagsbeschluss heraus darstellt, wurde dieser Punkt in den Beratungen nicht weiter vertieft bzw. konkretisiert.

In mehreren Beiträgen wird zudem auf die Bedeutung der allgemeinen Armutsprävention als wichtiger Ansatz in der Primärprävention verwiesen, wobei eine Vertiefung dieser Punkte über den Auftrag des Deutschen Bundestags an die AG hinausgegangen wäre.

#### 1.4 Gesundheitsversorgung / Gesundheitshilfe

Für den Bereich der Gesundheitsversorgung und Gesundheitshilfe werden eine Reihe von Ansatzpunkten und Konkretisierungen vorgeschlagen. Diese beziehen sich allgemein auf eine Stärkung und Verbesserung der Familienorientierung in der Versorgung, die Verbesserung des Zugangs zu Leistungen, Hilfen und Angeboten, die Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen bei der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Eltern, Erleichterungen in der Inanspruchnahme von Haushaltshilfen sowie Verbesserungen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung.

Die Stärkung der Familienorientierung wird durch mehrere Vorschläge konkretisiert. Dazu gehört die Überprüfung und ggf. Anpassung relevanter Richtlinien des G-BA, die routinemäßige Berücksichtigung von Familienaspekten in medizinischen Behandlungsprozessen (u. a. Anamnese und Dokumentationssysteme), die Stärkung von systemischen Vorgehensweisen insgesamt und die Verknüpfung der Behandlung von Eltern mit selektiv-präventiven Angeboten für ihre Kinder. Dabei sollte die Gesundheitsversorgung ausreichend flexibel auf schwankende Versorgungsbedarfe reagieren können und eine schnelle Krisenhilfe sicherstellen.

Es wird diskutiert, inwiefern in der psychotherapeutischen Versorgung von betroffenen Eltern der Einbezug der Kinder sichergestellt werden sollte. Gleichzeitig wird in diesen Diskussionen immer wieder herausgestellt, dass es vorrangig um die Versorgung der erkrankten Patientin bzw. des erkrankten Patienten geht. Die Einbindung von Bezugspersonen sei zwar häufig, nicht jedoch in jedem Fall therapeutisch sinnvoll. Bereits heute ist eine Einbindung von Bezugspersonen in die psychotherapeutische Versorgung möglich.

Schließlich wird auch eine ausreichende Finanzierung präventiver Beratungsleistungen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten vorgeschlagen, um frühzeitige Möglichkeiten der Überleitung in andere Versorgungssysteme zu schaffen und Kooperation zu stärken. Hierbei wird kritisiert, dass diese Ansatzpunkte nicht ganz eindeutig identifiziert werden könnten, da im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel eine Krankheitswertigkeit vorliegen muss.

Bzgl. der psychiatrischen Versorgung wird ein gesetzlich verpflichtender Versorgungsauftrag mit Soziotherapie angeregt und der Aufbau von Angeboten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege bzw. der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung. Auch hier wird in den Diskussionsbeiträgen kritisiert, dass nicht ganz klar sei, inwieweit Kinder von psychisch erkrankten Eltern davon profitieren können, da sich die Tätigkeit der soziotherapeutischen oder psychiatrischen Fachkraft ausschließlich an das erkrankte Elternteil richtet.

In Bezug auf die relevanten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung wird vorgeschlagen, die Ausgestaltung der Begleitung durch Kinder im Falle von Rehabilitationsmaßnahmen für ihre Eltern zu verbessern. Betroffenen Kindern sollte dabei ein geregelter Zugang zu präventiven Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ermöglicht werden. Entsprechend sollte der Anspruch auf Rehabilitation auf die Kinder erweitert werden. Außerdem sollte die Einbeziehung von Eltern in die Kinderrehabilitation sichergestellt werden.

Aufsuchende Behandlungsansätze sollten weiter verstetigt werden.

### 1.5 Bereich Eingliederungshilfe

Die Verbesserungsvorschläge beziehen sich auf den Zugang zu Leistungen, die Vorrang-Nachrang-Regelung, die das Verhältnis zwischen den Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) und den durch das Bundesteilhabegesetz eingefügten Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder (§ 78 Absatz 3 SGB IX) regelt, sowie auf die Altersbegrenzung hinsichtlich einer gezielten Entwicklungsförderung für die Kinder.

Da sich psychische Beeinträchtigungen für die betroffenen Eltern oftmals einschränkend auf die Wahrnehmung ihrer Elternrolle auswirken können, werden die Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder (§ 78 Absatz 3 SGB IX) als geeignetes Unterstützungsangebot hervorgehoben. Allerdings wird angemerkt, dass die Vorrang-Nachrang-Regelung in § 10 Absatz 4 SGB VIII dazu führe, dass Eltern mit psychischen wesentlichen Behinderungen nicht Hilfen aus einer Hand bekommen würden, sondern Hilfen in zwei Systemen

beantragen müssten. Wäre die Kinder- und Jugendhilfe in diesen Fällen auch Reha-Träger für Erwachsene mit Behinderungen nach dem SGB IX, könnten unkompliziert Hilfen aus einer Hand ermöglicht werden.

Die wohnortnahe ambulante Frühförderung mit ihrem ganzheitlichen, familienorientierten und interdisziplinären Hilfeansatz ist begrenzt auf Kinder im Vorschulalter. Psychisch erkrankte Eltern können ihre Kinder oftmals nicht in dem Maße fördern, wie es für ihre Kinder wünschenswert wäre. Mögliche Defizite oder Benachteiligungen aufgrund der familiären Situation werden oftmals erst im Schulalter auffällig. Eine entsprechende Entwicklungsförderung analog zur Frühförderung ist dann nicht mehr möglich. Hier werden vergleichbare altersentsprechende Angebote empfohlen.

## 2. Organisation von Vernetzung und Kooperation auf kommunaler, Landes- und Bundesebene

Für den Aufbau und die Ausgestaltung einer bedarfsgerechten interdisziplinär koordinierten Angebotsstruktur wird in vielen Ansatzpunkten ein kommunales Gesamtkonzept als erforderlich angesehen, das

- ein funktionierendes Netzwerk aller relevanten Akteure,
- Planungs- und Beteiligungsstrukturen, -verfahren und -instrumente,
- koordinierende Stellen,
- interdisziplinäre Fallbesprechungen und
- eine abgestimmte Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit

sicherstelle.

Die Ansatzpunkte und Konkretisierungen aus den Fachgesprächen und Beiträgen von Mitgliedern beziehen sich zum einen auf die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen und zum anderen auf die organisatorische Ausgestaltung kommunaler Unterstützungs- und Hilfesysteme und ihre Arbeitsweise.

Bzgl. der Rahmenbedingungen wird v. a. eine gesicherte und verbindliche Finanzierung des Aufbaus und des Betriebs von Netzwerkstrukturen, insbesondere auf kommunaler Ebene auf der Grundlage eines kommunalen Gesamtkonzeptes als notwendige Voraussetzung, hervorgehoben. In Anlehnung an den Finanzierungsrahmen der Frühen Hilfen wird zum

einen vorgeschlagen, die zuständigen Stellen auf Bundesebene um eine Prüfung zu bitten, ob in ähnlicher Weise wie bei den Frühen Hilfen eine Finanzierung aus Bundesmitteln möglich sei. Zum anderen sollten auch Sozialversicherungsträger, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung, wie auch die Kommunen selbst in die Finanzierung eingebunden werden. Als Orientierungswert wird dabei ein jährliches Budget in Höhe von 50 Mio. € angeführt. Auch hinsichtlich der organisatorischen Ausgestaltung und Arbeitsweise kommunaler Unterstützungs- und Hilfesysteme wird vielfach die Orientierung an dem System der Frühen Hilfen empfohlen. Im Rahmen der Diskussion wird auch darauf verwiesen, dass es nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, langfristig kommunale Netzwerkstrukturen zu finanzieren.

Eine weitere Rahmenbedingung betreffe die verpflichtende Einbindung aller relevanten Akteure in die Zusammenarbeit, insbesondere aus dem Bereich der Leistungserbringer. Hierfür werden die bestehenden Kooperationsgebote und -möglichkeiten in den verschiedenen Sozialleistungsgesetzen durch Entwicklung von Maßnahmen zur interprofessionellen Verständigung vor Ort umgesetzt.

Die Organisation in Form von lokal-kommunalen Netzwerken sollte die Voraussetzungen sowohl für eine fallbezogene als auch eine fallübergreifende Zusammenarbeit schaffen. Dabei gelte es, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfe- und Ehrenamtsnetzwerken zu berücksichtigen und entsprechend zu integrieren.

Für die Koordination der Unterstützungssysteme wird eine geteilte bzw. kombinierte Federführung durch die Gesundheits- und Jugendämter vorgeschlagen und die Einbindung der örtlichen Versorgungsstrukturen (Kassenärztliche Vereinigungen, stationäre Versorgung) diskutiert. Dabei sollten die jeweiligen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, die gemeindepsychiatrischen Verbände und Träger, die Träger der Kinder- und Jugendhilfe wie auch die Träger der Suchthilfe verbindlich eingebunden werden.

Empfohlen wird ferner eine multidisziplinär besetzte Koordinierungsstelle vor Ort. In einzelnen Beiträgen wird hierzu auch eine weitergehende Planungs- und Steuerungskompetenz vorgeschlagen, einschließlich der Zuordnung eines gesicherten Budgetrahmens.

Hinsichtlich der fallbezogenen Zusammenarbeit wird in mehreren Beiträgen die Notwendigkeit der Einführung eines Fallkoordinierungs-Mechanismus (Casemanagement, Lotsensystem) betont, damit unterschiedliche Leistungen und Angebote flexibel und bedarfsgerecht für die betroffenen Familien organisiert werden könnten. Dazu gehöre auch die Klärung der Finanzierung zwischen den Leistungsbereichen für statt durch die Familie.

Zur Stärkung akteursübergreifender Kooperationen auf kommunaler Ebene werden Kooperationsgebote sowie eine ausreichende Refinanzierung auch der (fallunabhängigen) Kooperationsarbeit für Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich für erforderlich gehalten.

### **3. Weitere wichtige Rahmenbedingungen für die Verbesserung des Unterstützungs- und Hilfesystems: Qualitätsentwicklung, Forschung und Transfer**

Eine Reihe von weiteren Beiträgen der Mitglieder in den Sitzungen und Fachgesprächen sowie in den schriftlichen Rückmeldungen betreffen Vorschläge zur Qualitätsentwicklung, zur Qualifizierung, zur Forschung und zum Transfer.

In der AG wurden spezifische Qualitätsanforderungen an ein Gesamtkonzept für eine bedarfsorientierte Ausgestaltung der sozialen/gesundheitsbezogenen Infrastruktur identifiziert (zentrale Qualitätskriterien). Danach sollten alle Hilfen/Angebote/Leistungen

- nicht-stigmatisierend auf den unterschiedlichen Stufen der Prävention und Intervention ausgerichtet sein (intelligente Verknüpfung von universellen Zugängen und spezifischen Angeboten),
- entwicklungsphasenbezogen angelegt sein, auf Erziehungs- und Bindungsentwicklung achten, Resilienz fördern, flexibel auf den Hilfebedarf bzw. Krankheitsverlauf eingehen,
- ganzheitlich auf die gesamte Familie in allen Phasen des Hilfeverlaufes ausgerichtet sein (Diagnostik, Fallsteuerung, Hilfestaltung und Evaluation),
- Kinder und Eltern in allen Phasen der Hilfeausgestaltung und Planung beteiligen,
- Kinderschutzgesichtspunkte systematisch berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, den Ausbau kommunaler Unterstützungssysteme durch geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Qualifizierung der beteiligten Akteure zu unterstützen.

Qualitätszirkelverfahren und andere Methoden für Qualitätsverbesserungen sollten systematisch eingeführt und in einem zentralen Monitoringsystem organisiert werden. Auch hier wird auf das System der Frühen Hilfen verwiesen (Modell der interprofessionellen Qualitätszirkel). Ferner wird die Einbindung der Zielgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und ihrer Familien insgesamt in alle relevanten Qualitätssicherungssysteme vorgeschlagen.

An mehreren Stellen werden Maßnahmen zur Qualifizierung aller relevanten Akteure unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen multidisziplinärer Zusammenarbeit insbesondere auch bei komplexen Hilfebedarfen, aber auch der allgemeinen Sensibilisierung für die Bedarfe von Kindern psychisch erkrankter Eltern vorgeschlagen.

Qualitätsentwicklung, Qualifizierung und Forschung sollten im Hinblick auf die Organisation des Transfers in die Praxis berücksichtigt werden. Dazu gehörten eine Begleitforschung zum Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für Kinder psychisch erkrankter Eltern und deren Familien, die Evaluation der Bedarfsgerechtigkeit, Passgenauigkeit, Zugänglichkeit und Wirksamkeit von Angeboten und Unterstützungsstrukturen sowie ein weiterführender Fachdiskurs zur Verständigung auf Qualitätskriterien in der Ausgestaltung von Leistungen, Hilfen und Angeboten. In diesem Zusammenhang sollte auch der Wissenstransfer aus erfolgreichen Projekten und Maßnahmen Berücksichtigung finden.

## B. Zusammenfassung der Expertise

### **„GUTE PRAXIS“: Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil**

Autorinnen der Langfassung: Dr. Sarah Schmenger, Elisabeth Schmutz

Der Deutsche Bundestag fordert in seinem Beschluss vom 20. Juni 2017 (BT-Drs. 18/12780) die Bundesregierung auf, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank ist, erarbeitet. Diese Arbeitsgruppe wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingerichtet. Im Arbeitsprozess wurde das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism) beauftragt, die Expertise „Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil“ zu erstellen. Die Expertise orientiert sich an dem Auftrag des Deutschen Bundestags: „Identifizierung von förderlichen Rahmenbedingungen und zentralen Anforderungen, aber auch von Hemmnissen auf Länder- und kommunaler Ebene für den Aufbau und die Verstärkung von regionalen Kooperationen unterschiedlicher Akteure und Leistungsträger mit dem Ziel, ein funktionierendes lokales Hilfesystem zu etablieren“. Die Ausführungen in der gegenständlichen Fachexpertise stellen ausschließlich die Fachmeinung der Autorengruppe dar. Die Expertise konnte aufgrund ihrer Informationsdichte in der folgenden Zusammenfassung nicht in ihrem vollumfänglichen Themenspektrum dargestellt werden. Die Langfassung sowie hierzu erfolgte Stellungnahmen sind unter <https://www.agkpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/nachzulesen>.

#### **Gegenstand und Zielsetzung der Expertise**

Anhand von ausgewählten Good-Practice-Beispielen sowie Ergebnissen aus der Forschung gibt die Expertise einen Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern

und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil und wertet diese aus. Dabei benennt sie unter anderem Gelingensbedingungen und Herausforderungen bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil.

Laut Expertise sei davon auszugehen, dass in Deutschland etwa drei Millionen Kinder von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Unter eine psychische Erkrankung werden auch Suchterkrankungen gefasst. Die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern habe in den vergangenen Jahren in der wissenschaftlichen Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Inzwischen sei in Deutschland eine Vielzahl an präventiv orientierten Angeboten, Initiativen und Projekten zu dieser Zielgruppe entwickelt und umgesetzt worden. Es existiere ein breites Angebotsspektrum, das von Angeboten für psychisch erkrankte Eltern über Angebote für deren Kinder bis hin zu Angeboten für Fachkräfte reiche. Jedoch gibt es laut Expertise kaum empirische Wirksamkeitsprüfungen für die in den vergangenen Jahren entwickelten Angebote für den deutschsprachigen Raum.

#### **Unterstützungspotenziale für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern im Regelsystem der relevanten Leistungsbereiche**

Die Regelstruktur, die niedrigschwellig und nicht-stigmatisierend zugänglich und nutzbar sei, umfasse vielfältige Akteure, die passende Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorhalte. Dazu zählten unter anderem Hebammen und die Frühen Hilfen, die Kindertagesbetreuung, die Schulen, die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII), die offene und verbandliche Kinder- und Jugendarbeit, das Gesundheitswesen (hier insbesondere Haus- sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) bis hin zur Selbsthilfe, aber auch Sportvereine, Kirchen, die Land-

frauen, die Soziale Stadt oder Quartiersarbeit. Ergänzend zu diesen in der Regelstruktur verankerten allgemein zugänglichen Angeboten böten auch die diversen Beratungsstellen im Zugang niedrigschwellige, kostenfreie und ohne spezifischen Antrag erreichbare Angebote der Beratung, Entlastung und Unterstützung. Hierzu gehörten insbesondere die Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstellen, ebenso wie die Schwangerenberatung. Begleitung und Hilfe in Einzelfällen böten – gebunden an Anspruchsvoraussetzungen – unter anderem die Hilfen zur Erziehung, psychiatrische Behandlung oder betreutes Wohnen.

Zwei Perspektiven seien in der Betrachtung des Hilfesystems zur Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern relevant:

- Angebote, die auf die Unterstützung und Begleitung der Kinder in ihrem Aufwachsen zielen. Dabei gehe es insbesondere um eine möglichst frühzeitige Unterstützung, aber auch um eigene Zugangswege für Kinder, die es ihnen erlauben, im Bedarfsfall auch eigenständig und ohne Einverständnis ihrer Eltern nach Hilfe zu fragen.
- Flankierende Beratung und Unterstützung der Eltern, der Personensorgeberechtigten oder auch sonstiger relevanter Bezugspersonen, die Erziehungsverantwortung für die Kinder wahrnehmen. Für gelingende Zugänge habe sich im Blick auf die Eltern als wesentlich erwiesen, dass diese als Eltern, nicht als Erkrankte angesprochen werden.

Die Expertise zeigt auf, dass das bestehende Hilfesystem bereits vielfältige Hilfen sowohl im Gesundheitswesen, der Eingliederungshilfe und Suchthilfe als auch in der Kinder- und Jugendhilfe vorhält, die Kinder psychisch erkrankter Eltern unterstützen (können), auch wenn diese nicht spezifisch auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind. Damit die bestehenden Hilfen allerdings bedarfsgerecht wahrgenommen und wirksam werden können, sei deren Qualifizierung hinsichtlich der spezifischen Bedarfe der Kinder psychisch erkrankter Eltern notwendig.

## **Überblick über bestehende Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch oder suchterkrankter Eltern**

Laut Expertise fanden in den vergangenen 10 bis 15 Jahren vielfältige Entwicklungen im Bereich der Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihrer Familien statt. Es sei inzwischen eine große Anzahl an spezifischen Angeboten implementiert worden. Eine vollständige Erfassung sei heute jedoch nicht mehr möglich. Es existieren verschiedene Übersichten über die entstandenen Angebote, die seitens der Forschung, vor allem aber seitens von Verbänden, Initiativen und Arbeitsgemeinschaften erstellt wurden. Unter anderem Verbände und Organisationen haben unterschiedliche Konzepte entwickelt, wie die Angebote dargestellt werden können; dabei wird vorrangig auf eine Online-Darstellung gesetzt. Für die Expertise wurden die verschiedenen Übersichten über Angebote für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil miteinander verglichen.

Der Vergleich der Übersichten (Internetseiten etc.) zu den Angeboten, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ließe nachfolgende Schlussfolgerungen zu:

1 | Es existiere eine Vielzahl an Angeboten, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Bisher fehlte es jedoch an verlässlichen Bezugsgrößen, Kennzahlen oder Ähnlichem, um Aussagen darüber treffen zu können, welche Angebote in welchem Umfang in welchem regionalen Einzugsbereich für Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsphasen sowie spezifischen Bedarfslagen gebraucht werden. Insofern könne keine Bewertung vorgenommen werden, inwieweit das bestehende Angebotsspektrum die Bedarfe quantitativ und qualitativ decken kann, wie der tatsächliche Bedarf an Unterstützungsbedarfen gemessen werden kann und woran eine Bedarfsdeckung zu erkennen wäre.

2 | Die Auflistung der Angebote getrennt nach Bundesland zeige, dass das Vorhandensein von Unterstützungsansätzen bundesweit und regional sehr unterschiedlich sei. Es sei davon auszugehen, dass es weit mehr Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern und deren Familien

in der Praxis gibt, als über die verschiedenen Homepages bekannt sind.

- 3 | Die Zusammenstellung der Angebote sei nicht kongruent, d. h., dass auf den unterschiedlichen Internetseiten zum Teil auch unterschiedliche Angebote zu finden seien. Während bestimmte, besonders bekannte Angebote auf allen Homepages aufgeführt seien, gebe es viele andere Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchterkranktem Elternteil, die nur punktuell genannt würden. Dies liege vermutlich zum einen an den unterschiedlichen Zugängen, die die Betreiber der Homepages zum Feld haben. Ein anderer Grund könne sein, dass eine Vielzahl der Angebote über keine feste Finanzierung verfügt. Die Angebote hätten in diesen Fällen oftmals einen Projektcharakter und könnten nicht als dauerhaftes Angebot verstetigt werden. Dies führe zu häufigen Veränderungen der Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe.
- 4 | Verschiedene Angebotsformen würden immer wieder genannt. Daraus ließe sich die Hypothese ableiten, dass sich Angebote dieser Art und Struktur bewährt haben. Dazu gehörten vor allem folgende Angebotsformen:
- Gruppenangebote (für Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters, für Eltern, für Eltern und Kinder gemeinsam)
  - Patenschaften
  - vorwiegende Einzelberatung von Kindern und ihren Eltern
  - multimodale Interventionsprogramme (zum Beispiel das CHIMPs-Programm aus Hamburg) inkl. stationäre Eltern-Kind-Behandlung
  - kombinierte Angebote
  - Telefon- oder Online-Beratung für Kinder
  - interdisziplinäre Arbeitskreise und Netzwerke
- 5 | Es existiere eine Reihe an regionalen Übersichten über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen im Themenfeld Kinder psychisch oder suchterkrankter Eltern, die für eine bestimmte Kommune oder ein bestimmtes Bundesland erstellt wurden. Oftmals gingen diese Übersichten auf die Initiative von lokalen Arbeitskreisen für Kinder psychisch erkrankter Eltern zurück.

- 6 | Viele, aber bei weitem nicht alle der genannten Angebote richteten sich sowohl an Kinder aus suchbelasteten Familien als auch an Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Teilweise gebe es aber auch spezialisierte Angebote. Das ließe den Schluss zu, dass Kinder mit psychisch erkrankten und Kinder mit suchterkrankten Eltern in der Praxis zwar vielerorts zusammengedacht würden, es aber durchaus auch die Tendenz gebe, zwischen diesen beiden Zielgruppen zu differenzieren.
- 7 | Eine Vielzahl der Angebote verfüge nach Sichtung der Internetseiten nicht über eine gesicherte Finanzierung im Rahmen der Regelstrukturen und sei auf Unterstützungsmaßnahmen, offensichtlich auf Spenden, angewiesen.

### **Erkenntnisse aus der Forschung zu Herausforderungen und Gelingensbedingungen bei der Unterstützung von Kindern mit psychisch oder suchterkranktem Elternteil und ihren Familien**

Um effektive Präventionskonzepte zu entwickeln, sei eine genaue Kenntnis der psychosozialen Faktoren wichtig. Die Expertise benennt Herausforderungen sowie Gelingensbedingungen für eine erfolgreiche Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihrer Familien, die aus der Forschung bislang bekannt sind.

#### *Risikofaktoren*

Kinder, die in einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, hätten ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Speziell für Kinder aus Suchtfamilien bestehe eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung. Vererbt wird in der Regel nicht die Krankheit als solche, sondern die Verletzlichkeit („Vulnerabilität“) für diese.

#### *Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern mit psychisch erkranktem Elternteil*

Als spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern nennt die Expertise unter anderem: Krankheitswissen und Krankheitsverstehen sowie ein offener und aktiver Umgang mit der Krankheit in der Familie. Bestehende Ängste und Unsicherheiten bei Kindern, die von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind, könnten durch eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung über die Erkrankung gemindert werden. Auch eine Enttabuisie-



zung der Erkrankung der Eltern könne negative Folgen für die Entwicklung der Kinder reduzieren. Zudem sei eine verlässliche Ansprechperson neben dem erkrankten Elternteil und damit alternative Beziehungserfahrungen machen zu können wichtig für Kinder. Darüber hinaus seien gerade für jüngere Kinder Strukturen wichtig, die Orientierung und Sicherheit im Alltag vermitteln, die den Kindern Halt geben und Situationen einschätzbar machen.

#### *Zur Bedeutung von Kooperation und Vernetzung*

Die Bedeutung von Kooperation bei der Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien ist laut Expertise wesentlich. Erfahrungen aus verschiedenen Projekten verdeutlichen, wie wichtig die Vernetzung und Kooperation im Sozialraum sowie mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen gerade auch bei der Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien sei. Allerdings gebe es zahlreiche Hinweise darauf, dass die Kooperation und Vernetzung im Themenfeld Kinder und Jugendliche mit psychisch erkranktem Elternteil insgesamt betrachtet noch ausbaufähig ist. Als Gründe hierfür führt die Expertise „unterschiedliche Systemlogiken und Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens beziehungsweise der Kinder- und Jugendhilfe“ an. Eine unzureichende Versorgung mit Angeboten und Maßnahmen könne zudem unter anderem auf nicht (dauerhaft) vorhandene Kooperationsbeziehungen zwischen den professionellen Akteurinnen und Akteuren und Institutionen zurückgeführt werden.

#### *Präventiv ausgerichtete Hilfen*

Präventiv ausgerichtete Maßnahmen könnten dazu beitragen, die Auswirkungen von Entwicklungsrisiken auf Kinder und Jugendliche zu verhindern oder zumindest abzuschwächen. Zwar würden universell ausgerichtete, primärpräventive Hilfen potenziell gefährdete Menschen wie Kinder und Jugendliche mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil besser erreichen und könnten Stigmatisierungen vermeiden. Jedoch wiesen diese in der Regel geringere Effekte auf als selektive Programme. Der Vorteil von gezielten, sekundärpräventiven Unterstützungsmaßnahmen sei außerdem, dass diese besser auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten seien und daher spezifische Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen.

#### *Familienorientierte Unterstützungsansätze*

Um Kinder psychisch erkrankter Eltern adäquat zu unter-

stützen, sei es notwendig, das ganze Familiensystem in den Blick zu nehmen. Das hieße, dass Hilfen sowohl auf der Ebene des Kindes als auch auf der Ebene des erkrankten Elternteils und auf der Ebene der Interaktion in der Familie ansetzen müssten. Insofern seien kombinierte, aufeinander abgestimmte, multiprofessionelle Hilfen notwendig, die das gesamte Familiensystem unterstützen. Der Überblick über die derzeit bestehenden Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil zeige, dass viele Angebote mehrere Ebenen beziehungsweise die ganze Familie adressierten und damit der Erkenntnis Rechnung trügen, dass es für eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern kombinierter, multimodaler Hilfsangebote bedürfe.

#### **Auswertung von ausgewählten Praxisbeispielen**

In der Expertise wurden Good-Practice-Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil entlang von fünf „Typen“ von Unterstützungsmaßnahmen ausgewählt. Nachfolgend sind die jeweiligen Typen sowie die ausgewerteten Good-Practice-Angebote und Initiativen benannt:

##### *Gruppenangebote*

Gruppenangebote haben zum Ziel, Kinder psychisch erkrankter Eltern zu stärken und ihr Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl zu steigern. Zudem zielen sie auf das Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien. Auch die Enttabuisierung des Themas Sucht oder psychische Erkrankung, die psychische Entlastung der Kinder sowie der Erwerb von hilfreichen Wissen zur Thematik sind wesentliche Ziele. Beispiel(e):

- Gruppenprogramm „Trampolin“ (Diverse Träger)

##### *Patenschaften für Kinder psychisch oder suchterkrankter Eltern*

Die Patenschaften zielen auf eine konkrete Unterstützung der Kinder im Alltag. Neben dem psychisch erkrankten Elternteil wird den Kindern eine verlässliche Bezugsperson zur Seite gestellt, die insbesondere in Krisenzeiten auch Betreuungs- und Versorgungsaufgaben übernehmen kann. Beispiel(e):

- Patenschaftsmodell (Träger: PiB – Pflegekinder in Bremen gemeinnützige GmbH)

### *Multimodale Ansätze*

Die multimodalen Ansätze zielen auf die Behandlung der elterlichen psychischen Erkrankung, die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Familienkontext und damit auf die Verbesserung der Beziehungsqualität innerhalb und außerhalb der Familie. Beispiel(e):

- das familienorientierte Präventionskonzept CHIMPs (Children of mentally ill parents) (Träger: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
- Mutter-Kind-Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN)

### *Kombinierte Angebote*

Kombinierte Angebote adressieren durch ihre unterschiedlichen Unterstützungsansätze die ganze Familie. Sie bündeln unterschiedliche Angebote an einem Ort und bieten damit Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen. Beispiel(e):

- Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN (Träger: WEGE e.V. Leipzig)
- Kanu (Träger: Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Bielefeld e.V.)

### *Sonstige Präventionsprogramme*

Primärpräventive Angebote adressieren Kinder oder Eltern unabhängig davon, ob bereits eine psychische oder Suchterkrankung im familiären Umfeld bekannt ist. Die Angebote zielen auf die Enttabuisierung des Themas „Psychische Erkrankung“ und möchten dadurch die Hemmschwelle senken, für sich selbst oder Andere aktiv Unterstützung zu suchen. Beispiel(e):

- Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule (Träger: Irrsinnig Menschlich e.V., Leipzig)

Die oben genannten Good-Practice-Angebote und Initiativen wurden für die Expertise anhand verschiedener Leitfragen untersucht und ausgewertet.

## **Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Weiterarbeit**

Auf Grundlage der Auswertung der vorstehenden Good-Practice-Beispiele lassen sich nachfolgende Schlussfolgerungen der Expertise zusammenfassen:

### *Zugangswege zu Angeboten*

Die Auswertung der Good-Practice-Beispiele zeige, wie wich-

tig die regionale und überregionale Vernetzung von Fachkräften und Institutionen ist, um Zugänge zu Angeboten zu eröffnen. Bei fast allen Angeboten würden Arbeitskreise, Netzwerke oder sonstige Gremien dazu genutzt, um bei Kolleginnen und Kollegen anderer Einrichtungen und Professionen über das Angebot zu informieren, sodass dieses regional bekannt ist und damit eine bedarfsgerechte Vermittlung der Familien stattfinden kann. Es wird eine Vielzahl an Kooperationspartnerinnen und -partnern genannt: Darunter die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere das Jugendamt, Beratungsstellen, das Gesundheitsamt, die Suchthilfe, die Eingliederungshilfe, sozialpädiatrische Zentren, psychiatrische Kliniken, Suchtkliniken, niedergelassene und in Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Familien-) Hebammen, Kindertageseinrichtungen und Schulen. Eine direkte Ansprache bei den Familien selbst über das Internet oder über Flyer fände selten statt. Bei den genannten Kooperationspartnerinnen und -partnern handele es sich vornehmlich um Institutionen, deren Angebote an bestimmte Anspruchsvoraussetzungen gebunden sind und entsprechend eine Antragstellung und Bedarfsprüfung erfordern.

Laut Expertise schreitet die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für Kinder und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil vornehmlich innerhalb des professionellen Hilfesystems voran. Dies werfe die Frage auf, wie die Familien stärker in den Fokus von Unterstützung gelangen können, die bislang nicht auffällig beziehungsweise noch nicht Teil des professionellen Unterstützungssystems geworden sind, die aber dennoch Belastungen in Folge einer psychischen Erkrankung eines Elternteils bewältigen müssen. Einen Zugangsweg biete das Angebot „Verrückt? Na und!“, das primärpräventiven Charakter hat und sich grundsätzlich an alle Schülerinnen und Schüler wendet, unabhängig davon, ob in deren sozialen Bezugssystem bereits eine psychische Erkrankung bekannt ist oder nicht.

### *Gelingende Kooperation beziehungsweise lokale Netzwerkstrukturen*

Die Expertise nennt Kooperationsbeziehungen als grundsätzlich wichtig, um unter anderem Wege zu Angeboten zu eröffnen und zu schaffen. Aber auch für das Gelingen der Angebote selbst spiele diese laut Expertise eine zentrale Rolle. Kooperationen würden unter anderem durch die Teilnahme an gemeinsamen, einrichtungs- und professionsübergrei-

fenden Arbeitskreisen, Netzwerken und Gremien initiiert, gestärkt und gepflegt. Die Kooperation sei dabei abhängig von den jeweiligen Strukturen der Standorte und müsse individuell ausgestaltet werden.

Zur Ausgestaltung von leistungsbereichsübergreifender Kooperation und Vernetzung benennt die Expertise eine Reihe von gelingenden Beispielen. Als zentrale Strukturelemente werden insbesondere herausgestellt:

- regelmäßige Netzwerktreffen, gemeinsame Fortbildungen und Foren zum fachlichen Austausch bezüglich der Handlungsgrundlagen und Unterstützungsmöglichkeiten der einzelnen Akteure und Leistungsbereiche
- gebündelte und leicht zugängliche beziehungsweise abfragbare Informationen zu Angeboten, Ansprechpersonen, Kontaktdaten, Zugangswegen, Verfahrensabläufen u. Ä.
- institutionen- und leistungsbereichsübergreifende beziehungsweise multiprofessionelle Angebotsentwicklung und -umsetzung (Kooperation im gemeinsamen Tun entwickeln)

#### *Finanzierung*

Laut Expertise fehle es bisher an einer eindeutigen Klärung zur Finanzierung der Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien. Dies führe zu individuellen und oftmals auch zusammengesetzten Finanzierungslösungen, die immer wieder neu hergestellt werden müssten (zum Beispiel durch Akquise von Spendenmitteln). Verlässliche und nachhaltige Angebote seien dagegen wesentlich auf eine verlässliche Finanzierung angewiesen. Hierzu bedürfe es der Klärung von Zuständigkeiten zwischen den relevanten Leistungsbereichen. Die Jugendämter und damit die Kommunen seien ein zentraler Partner, der sich allerdings regional sehr unterschiedlich in die Finanzierung von Angeboten einbringe. Die Mehrzahl der ausgewählten Good-Practice-Beispiele verfügt über eine gesicherte Finanzierung ihres jeweiligen Angebots. Der Gesamtblick auf die bundesweit bestehenden Projekte, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihre Familien allerdings zeige, dass dies nicht in gleicher Weise für die gesamte Angebotslandschaft gilt. Vielmehr wurde bei der Sichtung der bundesweiten Angebote festgestellt, dass eine Vielzahl der Angebote ganz oder teilweise auf Spenden angewiesen sei und damit nicht von einer gesicherten Finanzierung gesprochen werden könne. Als wichtigen Akteur

bei der Finanzierung der ausgewählten Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien nennt die Expertise die Krankenkassen.

#### *Verstetigung und Übertragbarkeit*

Bei den ausgewählten Good-Practice-Beispielen handelt es sich um Angebote, die eine Verstetigung erreichen konnten. Einige der vorgestellten Good-Practice-Beispiele sind als Modellprojekte gestartet, die auf Mittel zur Anschubfinanzierung zurückgreifen konnten und die mit Hilfe dieser Mittel ihr Angebot erproben, aber auch evaluieren und reflektieren konnten. Insofern seien diese Projektgelder wichtig zur Entwicklung eines Angebots und könnten als Gelingensfaktor mit Blick auf Verstetigung genannt werden. Um ein Angebot nachhaltig zu etablieren, müsse die projektbezogene Förderung in eine regelhafte und gesicherte Finanzierung überführt werden. Mit einigen Programmen sind Personen verbunden, die sich seit Jahren für das Programm engagieren, es vorantreiben und öffentlich vertreten. Das unterstreiche, dass es „Kümmerer“ brauche, die sich für ein bestimmtes Angebot und dessen Verstetigung einsetzen und „einen langen Atem“ haben.

## C. Zusammenfassung der Expertise

### „FORSCHUNG“: IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

Autorinnen und Autoren der Langfassung: Prof. Dr. Silke Wiegand-Greife, Prof. Dr. Michael Klein, Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Albert Lenz Dr. Mike Seckinger, Prof. Dr. Rainer Thomasius und Prof. Dr. Ute Ziegenhain

Der Deutsche Bundestag fordert in seinem Beschluss vom 20. Juni 2017 (BT-Drs. 18/12780) die Bundesregierung auf, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank ist, erarbeitet. Diese Arbeitsgruppe wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingerichtet. Im Arbeitsprozess wurde die vorgenannte Autorengruppe beauftragt, die Expertise „FORSCHUNG: IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern“ zu erstellen. Die Ausführungen in der gegenständlichen Fachexpertise stellen ausschließlich die Fachmeinung der Autorengruppe dar. Die Expertise konnte aufgrund ihrer Informationsdichte in der folgenden Zusammenfassung nicht in ihrem vollumfänglichen Themenspektrum dargestellt werden. Die Langfassung sowie hierzu erfolgte Stellungnahmen sind unter <https://www.agkpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/nachzulesen>.

#### Hintergrund der Expertise

Die Expertise fasst den Stand der Forschung zur Situation von Kindern psychisch kranker (hierzu zählen auch Suchterkrankungen) Eltern in Deutschland in einer IST-Analyse zusammen. Die Diskussionen um die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern sind geprägt von der, laut Autoren, begründeten Annahme einer meist nur unzureichend entwickelten Versorgungsstruktur für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil.

#### Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen

Die Expertise nimmt die Zugangshemmnisse bzw. Zugangsbarrieren für die betroffenen Familien sowie Instrumente und Angebote zur Identifikation der Zielgruppe in den Blick. Die Autoren kommen in der IST-Analyse zu dem Schluss, dass psychisch kranke Eltern vorhandene Angebote zur Unterstützung nicht hinreichend wahrnehmen. Dies liege nach bisherigen Studienergebnissen vor allem an Angst vor Stigma und möglichen familienrechtlichen Konsequenzen, aber auch an der Sorge um die Versorgung der Kinder, zum Beispiel während einer eigenen Behandlung. Weitere Hindernisse für die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen seien mangelnde Bekanntheit der Angebote und dass die verschiedenen Hilfesysteme häufig unkoordiniert und ohne klare Priorisierung eine Vielzahl von Angeboten böten, deren Koordination der Familie überlassen werde. Eine fehlende Krankheitseinsicht der betroffenen Eltern könne ebenfalls ein Faktor für die Nichtwahrnehmung von Behandlung oder Hilfen sein.

Auf systembedingter Ebene zeigten sich Zugangshürden in der fehlenden Kenntnis zwischen den Systemen über Angebote, aber auch Begrenztheiten. Die Expertise verdeutlicht, dass die Inanspruchnahmen von familienzentrierten Maßnahmen bei psychisch kranken Eltern („family focused practices“ (FFPs)) auch von Faktoren abhängen, die nicht mit den Eltern, sondern mit den Professionellen zu tun haben, wie deren Qualifikation und Erfahrung. Unter anderem mangle es sowohl an gemeinsamer Sprache, Kenntnis des anderen Systems sowie konsequenter und flächendeckend systematischer und verlässlicher Kooperation. Wenn seitens der professionell Involvierten bestimmte Hilfen nicht angeboten würden, so könnten diese von den Eltern auch nicht in Anspruch genommen werden.

Die Vielfältigkeit der Systeme könne ein weiteres Hemmnis für die Inanspruchnahme sein: Familien mit einem psy-

chisch erkrankten Elternteil seien aufgrund der bekannten Risiken für soziale Desintegration (unter anderem Armut, Alleinerziehen, Bildungsferne, Frühberentung) mit vielen Sozialsystemen im Kontakt. Diese seien aber nicht immer miteinander verbunden. Zum Teil sei dies auch bewusst nicht so, wie es sich im Sozialdatenschutz ausdrückt. Umgekehrt ergebe sich dadurch die Gefahr der unverbundenen, unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen, ohne zielführende ineinandergreifende Hilfen. Dabei würden diese zum Teil erst den Erfolg anderer Maßnahmen begründen, wie zum Beispiel die medizinische Behandlung einer psychischen Störung als Voraussetzung, um mit Hilfen zur Erziehung zusammenarbeiten zu können. Es fehle laut Expertise zumeist an Koordination der Hilfen, Planung und Steuerung der Prozesse, CaseManagement und Absprachen zwischen den oft zahlreichen Helfern.

### **Präventive und therapeutische Hilfen, Angebote und Programme**

Die Expertise stellt präventive und therapeutische Hilfen, Angebote und Programme auf internationaler Ebene sowie in Deutschland vor. Dabei differenzieren die Autoren der Expertise zwischen kind- bzw. familienzentrierten Programmen. Zusätzlich dazu nimmt die Expertise Programme unter anderem nach Altersdifferenzierung in den Blick. Nach Meinung der Autoren bestehe in der Regel Konsens darüber, dass präventive Angebote zwischen Altersgruppen betroffener Kinder differenzieren müssten. Allerdings sei laut Expertise, die altersbezogene Unterstützung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern noch eher wenig spezifisch ausgebaut. Die Altersdifferenzierungen sollten entlang entwicklungspsychologischer Kategorien hinsichtlich kognitiver und sozialer Entwicklungsschritte erfolgen. Es sei von folgenden Kategorien auszugehen: Baby- und Kleinkindalter (0-3 Jahre); Kindergarten- und Vorschulalter (4-6 Jahre); Grundschulalter (7-10 Jahre); späte Kindheit (11-14 Jahre); frühe Jugend (15-18 Jahre). Hervorgehoben werden könne der Altersbereich der frühen Kindheit. In dieser Entwicklungsphase seien durch den Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen in den vergangenen Jahren altersspezifisch adäquate Programme zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen entstanden, die zunehmend mehr in die Regelstrukturen insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems integriert würden.

Der IST-Stand zeige, dass bislang nur wenige passgenaue evidenzbasierte präventive Programme für Kinder suchtkrankter Eltern oder betroffene Familien entwickelt worden seien. Es liegen jedoch mit ca. 70 Angeboten deutlich mehr nicht evaluierte lokale Ansätze im Bereich der Suchtberatungsstellen vor. Zudem lasse sich festhalten, dass die langfristige Wirksamkeit bei präventiven Programmen für Kinder suchtkrankter Eltern bislang nicht untersucht worden sei. Demnach sei unklar, wie die langfristigen präventiven Wirksamkeiten der Programme sind und sich protektive Effekte bis ins Erwachsenenalter zeigen, was laut Expertise dann auch von zahlreichen weiteren Faktoren beeinflusst würde.

Die Expertise greift auch das Problem der systematischen Implementierung auf. Demnach sei aus internationalen Erfahrungen bekannt, dass es nicht ausreicht, eine evidenzbasierte Intervention zu implementieren. Der Prozess der Implementierung solle vielmehr systematisch erfolgen. Die Expertise führt ein Review an, das vier grundlegende Wirkmechanismen (sogenannte „demi-regularities“) für positive Resultate von familienbasierten Interventionen bei Kindern suchtkrankter Eltern identifiziert:

- 1 | Raum schaffen für positive Eltern-Kind-Interaktionen,
- 2 | Raum schaffen, sodass sich unterstützende Beziehungen unter den Kindern entwickeln können,
- 3 | den Kindern Wissen zu Suchtmitteln und Suchterkrankungen vermitteln („knowledge is power“),
- 4 | Anstrengungen unternehmen, um die überwiegend einkommensschwachen suchtblasteten Familien zu erreichen und im Programm zu halten.

### **Medizinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Eltern (Mutter-Kind-Behandlung)**

Für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Eltern im Hinblick auf die Einbeziehung des Kindes stellt die Expertise heraus: es gebe kaum eine Regelversorgung, sondern überwiegend einzelne Angebote, die häufig unter dem Stichwort der Frühen Hilfen implementiert worden seien. Bei diesen Mutter-Kind-Behandlungen stehe die Unterstützung der Bindungsfähigkeiten

der Mütter/Väter in der Regel im Vordergrund. In Deutschland seien mit dem Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen verstärkt seit ca. 2007 zunehmend beraterische und therapeutische Ansätze zur Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen etabliert worden. Positives Ergebnis des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen in den vergangenen Jahren sei unter anderem, dass die Programme zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zunehmend breit in die Regelversorgung implementiert würden.

Im Bereich der Kinder suchtkranker Eltern seien kombinierte Eltern-Kind-Behandlungen sehr selten, wobei dafür keine konkreten Zahlen vorlägen. Lediglich eine kleine Zahl spezialisierter Entwöhnungseinrichtungen, vorwiegend im Bereich mütterlicher Drogenabhängigkeit, biete die Mitaufnahme eines Kindes in die stationäre Behandlung an. Dabei müssten die Kinder jedoch meist im Vorschulalter sein und würden von den zuständigen Kostenträgern (meist Deutsche Rentenversicherung nach SGB VI) als „Begleitkinder“ mit einem tagesbezogenen Unterbringungs- und Verpflegungssatz abgerechnet.

Selten seien laut Expertise kombinierte Einrichtungen der Drogenhilfe und Jugendhilfe, bei denen für das Elternteil eine Rehabilitation (nach SGB VI) und für das Kind eine stationäre Unterbringung (nach SGB VIII) finanziert wird. Verbesserungen in diesem Bereich scheiterten meist an Koordinierungsproblemen und mangelnder Sensibilität der jeweiligen Verwaltungsinstanzen für die Notwendigkeit einer simultanen Mutter-(Eltern-)Kind-Behandlung.

Die Expertise stellt zusammenfassend heraus, dass es noch immer des Ausbaus koordinierter, finanziell abgesicherter Angebote der Eltern-Kind-Behandlung, einschließlich der Schwangerschaftsphase, bedürfe.

### **Passgenauigkeit der Hilfen**

Die Expertise beleuchtet auch die Passgenauigkeit von präventiven Programmen, Hilfen, Angeboten und Behandlungen zwischen den Systemen und Sozialgesetzbüchern. Dabei meint der Begriff Passgenauigkeit in der gegenständlichen Expertise, dass die Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen (Prävention, Hilfen, Angebote und Behandlungen) die tatsächlich betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien

auch wirklich erreichen. Es wird betrachtet, inwiefern Forschungsergebnisse vorliegen, die zeigen, dass die Angebote sich sowohl an den Bedürfnissen als auch an der Problematik orientieren und dabei effektiv sind. Zudem wird die Zielausrichtung betrachtet, d. h. was können die Angebote leisten. Auch wird untersucht, inwieweit das Ineinandergreifen einzelner Angebote zwischen den Systemen und Sozialgesetzbüchern erforscht und belegt bzw. inwieweit Defizite in der systematischen Kooperation erkennbar sind und damit das Ineinandergreifen von Angeboten erschweren. Schließlich wird thematisiert, inwieweit Angebote die Zielgruppe erreichen und für diese auch akzeptabel sind. Die Expertise bestätigt aus Forschungssicht eine breite Angebotspalette, die auch passende Hilfen bereithalte. Jedoch mangle es an Koordination, Flexibilität und Systematik. Daher gelte es, eine verbesserte Steuerung aller Hilfen im Kontext der jeweils betroffenen Familien anzustreben.

Zusammenfassend stellt die Expertise heraus: Für Kinder, deren Eltern in Behandlung sind, insbesondere in stationärer, mache eine systematische, auf den evaluierten Elementen aufbauende Prävention nach Forschungslage Sinn. Diese sei jedoch in Deutschland nicht etabliert. Für Kinder, deren Eltern nicht im System des SGB V behandelt werden, bedürfe es niedrigschwelliger Angebote in der Lebenswelt der Kinder, da diese über die Zugangswege des SGB V nicht oder kaum erreicht würden (nur dann, wenn sie selbst eine psychische Störung entwickelt haben). Das könnten beispielsweise Angebote im Rahmen der Schule, Freizeit oder der Gemeinde sein.

Aus Forschungssicht lässt sich für die Passgenauigkeit festhalten: Die indizierte und frühzeitige Identifikation von Eltern und Kindern mit Belastung müsse verbessert und die Ergebnisse hinsichtlich der Effekte für die Praxis und die Betroffenen (bessere Behandlung, passgenauere Hilfen, höheres psychosoziales Funktionsniveau etc.) beforscht werden. Die Identifikation solle niedrigschwellig und mehrschrittig erfolgen, um indizierte Maßnahmen (Prävention, Intervention) einleiten zu können. Eine Erhebung von Ressourcen, Resilienz, aber auch möglicher Teilhabebeeinträchtigung innerhalb der Familie sei neben der psychiatrischen Symptomatik für passgenaue, systemübergreifende Angebote unerlässlich. Dies müsse auf die verschiedenen Settings angepasst werden und hinsichtlich der unterschiedlichen Arbeitsweise anschlussfähig sein. Ein psychodiagnostisches Screening

der Kinder und Familien scheine ein sinnvolles Instrument nicht nur für den individuellen Unterstützungsbedarf des Kindes während der Intervention zu sein, sondern könne dann auch richtungsweisend für eine möglicherweise notwendige Verbesserung der Versorgungssituation des Kindes nach der Intervention und dementsprechend anknüpfende Kooperationen und Verbindungen sein. Dies solle zumindest für die Eltern in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung systematisch etabliert werden.

Komplexe Präventions- und Interventionsmodelle lägen weder vor, noch seien Forschungsergebnisse vorhanden. Als Handlungsempfehlung benennt die Expertise, die Implementierung empirisch fundierter und spezifischer Angebote mit der systematischen Entwicklung von lokalen und interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zu kombinieren. Hinzu komme die Berücksichtigung jeweils unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten. Diese müssten systematisch erhoben werden, und zwar insbesondere die spezifischen für diese Zielgruppe relevanten regionalen Aspekte (zum Beispiel Stadt vs. Land) bei der Inanspruchnahme.

## Kooperation und Vernetzung

### *Warum braucht es Kooperation und Vernetzung?*

Es bestehe ein fachlicher Konsens darüber, dass eine ausreichende Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern mit bedarfsgerechten Angeboten nur durch eine enge Vernetzung unterschiedlicher Systeme zu realisieren sei. Dazu zählten insbesondere das Gesundheitssystem und das Jugendhilfesystem. Daher formuliert die Expertise die Notwendigkeit der Kooperation zwischen dem Sozialbereich und dem Gesundheitswesen. Institutionelle Kooperationen könnten wesentlich dazu beitragen, dass aus dem Nebeneinander von Zuständigkeiten eine Infrastruktur passgenauer Hilfen werde. Notwendig würde dies durch die oftmals komplexen Problemlagen, die Familien mit einem psychisch kranken Elternteil mitbringen. Um diesen adäquat zu begegnen, bedürfe es laut Expertise einer multiprofessionellen und institutionellen Kooperation zwischen den Hilfesystemen.

### *IST-Stand*

Mit Blick auf den IST-Stand der Kooperationen der verschiedenen Hilfesysteme stelle sich dieser in der Expertise als ausbaufähig dar. So wird die Notwendigkeit formuliert, die

Kooperationsbezüge zwischen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern. Andererseits zeigt die Expertise durchaus auch positive Tendenzen. So habe sich in den letzten Jahren die Kooperation zwischen Jugendämtern und der Erwachsenenpsychiatrie positiv entwickelt.

### *Gründe für Defizite in der Kooperation und Vernetzung*

Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge der Hilfesysteme führten häufig zu strukturellen Konflikten, die eine konstruktive Zusammenarbeit in der Praxis erschwerten. Die Gründe für Hindernisse und Schwierigkeiten in der interinstitutionellen Kooperation seien laut Expertise relativ unabhängig vom Kooperationsanlass. Sowohl auf der fachlichen Handlungsebene als auch auf der strukturellen Ebene ließen sich Gründe für Probleme in der (einzelfallbezogenen) Kooperation und der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke identifizieren. Dazu zählten u. a. folgende:

- wechselseitige Informationsdefizite und Vorbehalte,
- fehlende Kenntnisse über Handlungslogiken,
- ein unterschiedliches Fach- und Fallverständnis bei den Akteuren aus dem Jugendhilfe-, dem Gesundheitssystem und den Frühen Hilfen,
- das Fehlen von Regelungen für eine systematische und nachhaltige Teilnahme der Akteure aus dem Gesundheitssystem an der Netzwerkarbeit im kommunalen Kontext und damit einhergehend das Fehlen entsprechender finanzieller Vergütung,
- Akteure des Gesundheitswesens nehmen darüber hinaus einen Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe häufig als ein Handeln gegen die Interessen der Patientinnen und Patienten wahr.

### *Gelingende Kooperationen*

Anregungen für gelingende Kooperationen und Vernetzung ließen sich vor allem aus Handlungsmodellen ableiten, die im Kontext der Frühen Hilfen in den vergangenen Jahren entwickelt wurden. Die nachfolgend genannten Vernetzungs- und Kooperationsmodelle trügen zu einer erheblichen Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität für die Kinder und Familien bei. Sie bedürften aber einer kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung:

- Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen mit dem Ziel anzubieten, ein gemeinsames Fach- und Fallver-

ständnis bei den Akteuren aus den unterschiedlichen Hilfesystemen zu Themen kindlicher Entwicklung, familiärer Versorgung und geeigneter Kooperationsformen herzustellen.

- Das Modell der „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ nutzt die bewährte Struktur des fachlichen und fallbezogenen Austausches unter Ärztinnen und Ärzten. Für die „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ wurde diese etablierte Struktur ausgebaut und für Akteure in der Jugendhilfe geöffnet.
- Im Rahmen des Vier-Länder- und Bundesmodells „Guter Start ins Kinderleben“ wurde als Instrument zur Kooperations- und Vernetzungsarbeit das Modell „Runde Tische“ entwickelt und erprobt. Die „Runden Tische“ sind zeitlich auf drei Treffen pro Jahr begrenzt, um den Arbeitsaufwand für die beteiligten Institutionen und Fachkräfte kalkulierbar und überschaubar zu halten.
- In Geburtskliniken haben sich die Lotsenprojekte als ein erfolgreiches Modell in der Kooperations- und Netzwerkarbeit erwiesen.
- In einigen Regionen wurden Vernetzungsprojekte erfolgreich erprobt, die gezielt auf die Einbindung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Systems in kommunale Netzwerke ausgerichtet sind.

#### *Forschungsbedarf*

Die Expertise hat verschiedene Schwierigkeiten und Hindernisse bei den Kooperationen und Vernetzungen zugunsten Kinder psychisch erkrankter Eltern aufgezeigt. Um herauszustellen, mit welchen Strategien es am besten gelingt, die Probleme im Bereich der Vernetzung und Kooperation zu beseitigen, formuliert die Expertise eine Reihe an Forschungsbedarfen:

- Auswertung der Erfahrungen aus dem Aufbau der Netzwerke Früher Hilfen;
- Untersuchung der konkreten Kooperationshemmnisse für
  - psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Stationen,
  - niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten,
  - sozialpsychiatrische Dienste
  - Suchthilfe und
  - Schulen;
- weitergehende Forschungsfragestellungen
  - Hat die Art der Kooperation Einfluss auf das Hilfearrangement für die Familien?

- Stimmt die Hypothese, dass eine fallunabhängige Kooperation eine fallbezogene Kooperation erleichtert oder sogar verbessert?
- Geraten ältere Kinder und Jugendliche aus dem Blick?
- Welche positiven Effekte wurden durch Kooperationsvereinbarungen erzielt, und welche alternativen Wege führen ebenfalls zu Verbesserungen in der Kooperation?

Die Expertise stellt jedoch auch klar, dass es einen Mangel an empirischen Studien zum Nutzen von Kooperationen gebe. Wobei eine US-amerikanische Studie aufzeige, dass Netzwerke, wenn sie denn über spezifische Eigenschaften verfügten, mit hoher Wahrscheinlichkeit örtliche, sozialräumliche Gegebenheiten so verändern könnten, dass es zu einem positiven Resultat komme. Es sei für eine erhöhte Anerkennung der notwendigen mit den Kooperationsaktivitäten verbundenen Aufwände hilfreich, wenn mehr und spezifische Empirie zu diesem Handlungsfeld vorhanden wäre.

#### **Kinderschutz**

Die Expertise nimmt die Frage in den Blick, ob die Grundbedürfnisse des Kindes bei einer elterlichen psychischen Erkrankung ausreichend erfüllt werden können und die elterlichen Kompetenzen hierfür hinreichend sind. Hintergrund ist unter anderem, dass viele Risikofaktoren für Gewalt, Misshandlungen und Vernachlässigung in Familien mit psychisch kranken Eltern überrepräsentiert seien. Zur Beantwortung der Frage, ob eine Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituation vorliege, werde bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit analysiert, ob der psychisch kranke Elternteil in der Lage ist, die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen, oder ob er durch seine veränderte Wahrnehmung, sein abweichendes Denken und Verhalten das Kind schädigt. Die Überprüfung der Erziehungsfähigkeit erfolge bei Eltern mit und ohne psychiatrische(r) Diagnose dabei in vergleichbarer Weise. Die Expertise stellt heraus, dass die Auswirkungen akuter, intermittierender oder chronischer Belastungen durch eine elterliche psychische Erkrankung auf die Entwicklung eines Kindes unterschiedlich stark ausgeprägt, fließend und nicht jederzeit eindeutig bestimmbar seien. Ebenso verhielte es sich für die Abgrenzung von Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituationen.



## **Berufliche Situation psychisch kranker Eltern**

Nach verschiedenen Studien zur Arbeitsintegration von psychisch Erkrankten sei ein hoher Anteil von Menschen nach einem stationären Behandlungsaufenthalt nicht wieder in Arbeit integriert. Der Anteil schwanke dabei je nach Studie und Beobachtungszeitraum, jedoch seien ca. ein Drittel der erwachsenpsychiatrisch Behandelten in den berücksichtigten Studien längerfristig ohne Erwerbsarbeit. Dabei handele es sich mehrheitlich um Patientinnen und Patienten mit sogenannter SMD (severe mental disorder). SMD berge ein hohes Risiko, chronisch zu verlaufen und führe zu den stärksten Teilhabebeeinträchtigungen. Andererseits waren die untersuchten Patientinnen und Patienten zu einem großen Teil in dem typischen Alter, in dem auch Elternschaft stattfindet. Keine Studie beschäftigte sich jedoch mit den Kindern, weder im Sinne einer möglichen Ressource noch im Sinne eines möglichen Belastungsfaktors für die Aufnahme einer Beschäftigung (zum Beispiel Betreuung des Kindes, Doppelbelastung Familie und Beruf etc.).

Zwar wurde in einigen Studien der Familienstatus erhoben (verheiratet, alleinlebend etc.), die Zahl der Kinder wurde jedoch nicht erfasst. Ebenso wurden keine Parameter bezüglich der Kinder in Bezug auf Belastungsfaktoren bezogen auf die berufliche Tätigkeit der Eltern berücksichtigt. Für ambulant behandelte psychisch Erkrankte fehlten in Deutschland Daten darüber, inwieweit Kinder einen Faktor darstellen, der für die berufliche Tätigkeit Auswirkungen hat.

## D. Zusammenfassung der Expertise

### „RECHT“: Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern

Autoren und Autorin der Langfassung: Dr. Thomas Meysen, Prof. Dr. Stephan Rixen, Lydia Schönecker

Der Deutsche Bundestag fordert in seinem Beschluss vom 20. Juni 2017 (BT-Drs. 18/12780) die Bundesregierung auf, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe einzurichten, die einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank ist, erarbeitet. Diese Arbeitsgruppe wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie dem Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingerichtet. Im Arbeitsprozess wurde das SOCLES (International Centre for Socio-Legal Studies) beauftragt, die Rechtsexpertise „Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern“ zu erstellen. Die Expertise orientiert sich an dem Auftrag des Deutschen Bundestags, „zu eruieren, inwiefern unter den bestehenden landes- und bundesgesetzlichen Regelungen zukünftig eine optimale interdisziplinäre Versorgung betroffener Familien gewährleistet werden kann und an welchen Stellen Handlungsbedarf besteht“. Es sollten dabei insbesondere auch Schnittstellen (-probleme) zwischen den Sozialgesetzbüchern identifiziert werden, „um die gesamte Familie im Blick zu behalten und alle bereits bestehenden Hilfsangebote möglichst effektiv und umfänglich ausschöpfen zu können“. Die Ausführungen in der gegenständlichen Fachexpertise stellen ausschließlich die Meinung der Autorengruppe dar. Die Analyse konnte aufgrund ihrer Informationsdichte in der folgenden Zusammenfassung nicht in ihrem vollumfänglichen Themenspektrum dargestellt werden. Die Langfassung sowie die hierzu erfolgten Stellungnahmen des BMAS sowie des BMG und anderen sind unter <https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/nachzulesen>.

Die Ist-Analyse untersucht die unterschiedlichen Hilfesysteme auf Leistungen für Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank (hierzu zählen auch Suchterkrankungen) ist. Es werden nach Auffassung der Autoren erkannte Leistungslücken aufgezeigt sowie die Zugänglichkeit der

Leistungen betrachtet. Die sachlichen Zuständigkeiten werden zueinander abgegrenzt und auf die Funktionalität der Versäulung hin untersucht. Sodann werden die Vorgaben für die Finanzierung der Leistungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen bei der Gestaltung bedarfsgerechter Angebote betrachtet sowie die rechtlichen Strukturvorgaben für Kooperation und Koordination bei der Angebotsgestaltung und Leistungsgewährung dargestellt.

Die Expertise kommt zu dem Schluss, dass die Bedarfe in Familien mit psychisch erkrankten/-m Eltern(teil) die Leistungsträger vor besondere Herausforderungen stellen. Bei der Ausgestaltung von Leistungen seien beispielsweise verlässliche Bezugspersonen, Kontinuität, Niedrigschwelligkeit, flexible Unterstützung aufgrund schwankender Bedarfslagen zwischen Krise und Normalität, adressatengerechte Zuständigkeitsklärung sowie schuldzuweisungsfreie Kooperation erforderlich. Anliegen der Analyse war es, diese fachlichen Anforderungen an die Hilfen mit den aktuellen rechtlichen Strukturen in den betreffenden Sozialgesetzbüchern in Beziehung zu setzen.

### Leistungen und Lücken

#### Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

Aufgrund ihrer familiensystemischen Perspektive und Lebensweltorientierung sind in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) die Bedarfslagen in den Leistungstatbeständen nur allgemein beschrieben. Das SGB VIII enthält somit keine spezifischen Leistungen für Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern. Die beabsichtigte Teiloffenheit des Leistungskatalogs der Hilfen im SGB VIII ermöglicht es, die Besonderheiten der Bedarfe der hier interessierenden Personengruppe zu berücksichtigen, also ein bedarfsgerechtes Angebot bereitzustellen.

Bei stationärer Behandlung des betreuenden Elternteils sind für eine mögliche Mitaufnahme der Kinder Leistungen

im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu prüfen, wenn die grundsätzlich für diesen Fall vorrangig leistungsverantwortliche Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) nicht verantwortlich ist. Leistungen der Hilfe zur Erziehung, entweder als Unterbringung in einer sonstigen Wohnform (§ 34 SGB VIII) oder als sogenannte „unbeschriebene Leistung“ (§ 27 Abs. 2 SGB VIII), kommen dann in Betracht, wenn die Mitaufnahme geeignet ist, eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung zu gewährleisten. Aufgrund der in diesem Fall grundsätzlich geteilten Zuständigkeit (Eltern und Kind) sei die Zuständigkeit in der Praxis für die (sozial)pädagogische Arbeit in der Unterbringung häufig ungeklärt.

Eine andere Art der gemeinsamen Unterbringung, nämlich die in einer Mutter/Vater-Kind-Einrichtung, ist in § 19 SGB VIII explizit geregelt. Die Anspruchsvoraussetzungen sind sehr offen gestaltet. Ein Elternteil muss lediglich aufgrund der eigenen „Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung“ bedürfen. Allerdings ist der Anspruch grundsätzlich durch das Höchstalter von sechs Jahren des ältesten Kindes beschränkt.

Die in § 20 SGB VIII geregelte Betreuung und Versorgung in Notsituationen ermöglicht den Kindern den Verbleib im familiären Haushalt. Allerdings ist diese im Falle einer Unterbringung des Elternteils zur medizinischen Behandlung gegenüber der Hilfe nach § 38 SGB V nachrangig. In beiden Fällen handelt es sich um eine Haushaltshilfe beziehungsweise eine Hilfe bei der Kinderbetreuung, die erzieherische Bedarfe nicht erfasst.

Die „kontinuierliche Diskontinuität“ der Bedarfslagen als charakteristisches Merkmal in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern erfordere flexible Hilfen jenseits der in den §§ 28 ff. SGB VIII für einzelne Bedarfslagen beschriebenen Leistungen. Der teiloffene Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung ermögliche dies über die sogenannten „unbeschriebenen Leistungen“ (§ 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII). Ausdrücklich finden Leistungen, die beispielsweise auch mit schwankenden Bedarfen mitschwingen, bislang im Gesetz jedoch keine Erwähnung. Rechtliche Hindernisse für die Schaffung entsprechender Angebote fänden sich vor allen Dingen im Finanzierungsrecht aufgrund der Nichtvereinbarkeit von zwei- und dreiseitiger Finanzierung (siehe unten).

### **Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)**

Die Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX) sei von einer Fokussierung auf individuelle Rechtsansprüche und deren Durchsetzung gekennzeichnet. Ausgangspunkt für die Bedarfsfeststellung und Leistungsgewährung sind die Bedarfe des Menschen mit Behinderung. Sofern Eltern mit psychischer Erkrankung eine wesentliche Behinderung aufweisen, stehen ihnen Ansprüche auf sogenannte Leistungen zur Teilhabe zu. Diese Individuumsbezogenheit trage jedoch familiensystemischen Bedarfslagen keine Rechnung.

Die für die Eingliederungshilfeträger verbindlich vorgegebene ICF-Orientierung (§ 142 Abs. 1 SGB XII-2018, § 118 Abs. 1 SGB IX-2020) eröffne die Aussicht, dass zukünftig eine familiensystemische Perspektive sowohl in die Bedarfsermittlung als auch in die Planung der Teilhabeziele und -leistungen mit einfließe.

Das BTHG hat auch einen expliziten Leistungsanspruch auf Unterstützung von Eltern mit Behinderung bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder eingeführt (§ 78 Abs. 3 SGB IX). Dieser greift zwar gegenüber den Trägern der Eingliederungshilfe erst mit der zum 1. Januar 2020 stattfindenden Überführung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII ins SGB IX 2. Teil, enthalte als ohnehin nur klarstellende Regelung jedoch bereits seit 1. Januar 2018 wichtige Orientierungspunkte für die Gewährungspraxis. Die Leistungen der „unterstützten Elternschaft“ zielen nicht nur auf „einfache“ (Alltags-)Assistenzleistungen (Elternassistenz), sondern beziehen als „qualifizierte“ Assistenz ausdrücklich auch Unterstützungen in Form von pädagogischer Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle mit ein (begleitete Elternschaft).

### **Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V)**

Im Recht der GKV werde die Perspektive von Kind und Familie nicht regelhaft berücksichtigt, was ein Grundproblem bei der Versorgung psychisch kranker Eltern darstelle.

Bei Abwesenheit der Eltern wegen einer medizinischen Rehabilitation sieht das SGB V die Gewährung von Haushaltshilfe vor (§ 38 SGB V, siehe auch oben).

Der Aufenthalt einer Begleitperson bei einer erkrankten, gesetzlich krankenversicherten Person, die sich beispielsweise in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet,

wird von der Krankenkasse finanziert, wenn der Aufenthalt dieser Person therapieförderlich ist (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V). Erweiterte Optionen für einen Aufenthalt der Begleitperson bestehen im Rahmen der sogenannten Kinder-Rehabilitation (§ 15a SGB VI). Diese sei insbesondere auch dann ein gelungenes Beispiel für die Berücksichtigung der Kindes- und Familienperspektive, wenn sie mit Reha-Maßnahmen zugunsten der Eltern kombiniert werde (§ 15 SGB VI).

Psychotherapeutische Angebote, die die Familie in den Blick nehmen, seien aufgrund der derzeitigen rechtlichen Vorgaben nicht leicht umsetzbar, die Psychotherapierichtlinien erschienen in ihrer derzeitigen Fassung insoweit nicht klar genug.

Im SGB V fänden sich beispielsweise mit den Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) oder der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung (§ 39 Abs. 1 S. 1, § 115d SGB V) zahlreiche Versorgungsangebote, die für die Entwicklung familiensystemisch sensibler Behandlungssettings in Frage kämen. Diese könnten zu (modellhaften) Plattformen für aufeinander abgestimmte, familiensystemisch sensiblen Versorgungspfade beziehungsweise Versorgungsketten weiterentwickelt werden, ohne dass dies zwingend Gesetzesänderungen voraussetze.

Im Bereich der Früherkennung (§§ 25, 26 SGB V) könne die Familienperspektive durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gestärkt werden.

Die Krankenkassen dürfen lebensweltorientierte Präventionsleistungen erbringen, die – derzeit in erster Linie vermittelt über die anderen von § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V erfassten Lebenswelten – indirekt auch der Lebenswelt „Familie“ zugutekommen können. Der auslegungsleitende und ermessenslenkende „Leitfaden Prävention“ zählt Kinder aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausdrücklich zu den Zielgruppen von Präventionsanstrengungen. Dieser Sinn für Familie als Ort auch überindividuell ansetzender Prävention werde im Gesetz allerdings nicht hinreichend deutlich.

Selbsthilfegruppen für Familien(angehörige) mit psychisch erkranktem oder suchtkrankem Elternteil können gemäß § 20g SGB V nach Maßgabe des „Leitfadens zur Selbsthilfeförderung“ gefördert werden.

### **Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)**

Die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) halte derzeit keine realistischen Gestaltungsoptionen für die Begleitung psychisch kranker Menschen bereit, solle aber bei einer Weiterentwicklung solcher Begleitungsmöglichkeiten nicht außer Acht gelassen werden.

### **Zugangswege und Zugangsbarrieren**

Die Erleichterung des Zugangs zu Leistungen nach SGB VIII sei für Hilfen in Familien mit psychisch kranken Eltern besonders relevant, um elterlichen Ängsten vor der Inanspruchnahme von Hilfen und ihren Schwierigkeiten bei der eigenen Aktivierung von Unterstützung begegnen zu können. Das Gesetz ermögliche den Einsatz von Lotsen etwa im Bereich der Hilfen zur Erziehung (§ 27 Abs. 2 S. 1 SGB VIII), führe diesen jedoch nicht explizit auf. Zur Schaffung niedrigschwelliger Zugänge verpflichtet das SGB VIII die Jugendämter bei Leistungen aus dem Katalog der Hilfen zur Erziehung beispielhaft nur im Bereich der Erziehungsberatung (§ 36a Abs. 2 SGB VIII). Zumindest in einer Anbahnungs- und Anfangsphase zulässig ist die Ermöglichung direkter Inanspruchnahme ohne vorherige Entscheidung über die Leistungsgewährung durch das Jugendamt jedenfalls auch bei der aufsuchenden sozialpädagogischen Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) oder bei flexiblen Hilfen (§ 27 Abs. 2 SGB VIII). Diese Gestaltungspotenziale würden jedoch so gut wie nicht genutzt. Gesetzlich komme keine explizite Erwartung zum Ausdruck, Bedarfsgerechtigkeit insbesondere auch über weitere niedrigschwellige Angebote im Bereich der Hilfen zur Erziehung zu gewährleisten. Auch das Recht zur Finanzierung gebe insoweit keine Anreize (siehe unten).

In der Eingliederungshilfe sei die Durchsetzung der Rechtsansprüche der Leistungsberechtigten durch verbindliche Verfahrensvorgaben mit dem BTHG grundsätzlich gestärkt worden. Der Umfang dieses grundsätzlich notwendigen Verfahrens sei jedoch einem niedrigschwelligen Zugang nicht zuträglich. Eine offensive Wahrnehmung der mit dem BTHG gestärkten Aufgaben zur frühzeitigen Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX) sowie der den Trägern der Eingliederungshilfe eigens obliegenden Beratungs- und Unterstützungspflicht nach § 106 SGB IX könne hilfreich wirken.

Die zweiseitige Finanzierung (direkte Inanspruchnahme der Leistung) und die dreiseitige Finanzierung (Leistungen mit vorheriger Entscheidung des Leistungsträgers über die Leistungsgewährung) folgten in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sehr unterschiedlichen rechtlichen Steuerungslogiken, weshalb eine gemischt zwei-dreiseitige Finanzierung ohne ausdrückliche gesetzliche Gestattung unzulässig sei. Dies limitiere die Optionen zur Gestaltung niedrigschwellig zugänglicher Angebote im Sozialraum, die für den Hilfezugang gerade von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern eine so hohe Bedeutung haben.

Aufsuchende Behandlungsformen im GKV-Recht bildeten eine Ausnahme. Es herrsche die Erwartung, dass Klientinnen und Klienten ihre Hilfe selbst abholten. Dies widerspreche der psychischen Befindlichkeit vieler Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen ebenso wie den Möglichkeiten insbesondere junger Kinder generell, erst recht dann, wenn die Kinder und Jugendlichen selbst infolge der Familiensituation psychisch belastet sind. Zwar kennt das SGB V das sogenannte Versorgungsmanagement. Hier gehe es jedoch im Wesentlichen um die Koordinierung der gesundheits-spezifischen Versorgung, nicht etwa um die Koordinierung von helfenden Maßnahmen, die außerhalb des SGB V – etwa nach SGB VIII oder SGB XII – vorgesehen sind. Ansätze der aufsuchenden Hilfe sind in der sogenannten Soziotherapie (§ 37a, § 132b SGB V) zu finden. Hier stehen insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen psychisch kranken Menschen im Alltag bei der Sicherung ihrer Therapie bei. Die Soziotherapie habe zwar in der Praxis mit Umsetzungsproblemen zu kämpfen. Sie zeige gleichwohl, dass die Einbindung nicht-gesundheitsberuflichen Sachverständigen, der spezifisch gesundheitsbezogene Leistungen ergänzt, abhängig vom jeweiligen Kontext auch im Rahmen der GKV realisiert werden kann. Das GKV-System erweise sich für psychisch kranke Eltern und ihre (ggf. ebenfalls psychisch kranken) Kinder generell als wenig niedrigschwellig zugänglich. Das SGB V sehe eher spezifische Instrumente der Gesundheitsversorgung vor, während Assistenz- und Aktivierungsaspekte an andere Hilfesysteme abgegeben würden. Diese wiederum täten sich aus unterschiedlichen Gründen schwer damit, die effektiv bestehenden Lücken beim Zugang zu passenden Gesundheitsleistungen zu schließen.

### **Kooperation mit Patientinnen und Patienten beziehungsweise Adressatinnen und Adressaten**

Behandlungsprozesse im Rahmen des GKV-Rechts (SGB V) hängen immer von Einwilligungen ab. Da minderjährige Kinder insofern nicht einwilligungsfähig sind, kommt es bis auf seltene Fälle auf die Einwilligungen der personensorgeberechtigten Eltern beziehungsweise des personensorgeberechtigten Elternteils an. Das stellt die medizinisch Verantwortlichen vor die Herausforderung, auf kommunikativ angemessene Weise die psychisch kranken Eltern für eine adäquate kindeswohlgerichte Entscheidung zu sensibilisieren und so deren Einwilligung zu erwirken.

In der Kinder- und Jugendhilfe ist die Beratung von Kindern und Jugendlichen ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten auf „Not- und Konfliktlagen“ beschränkt (§ 8 Abs. 3 SGB VIII). Das geltende Datenschutzrecht stellt die Weitergabe von Daten grundsätzlich unter die Bedingung der Einwilligung (Art. 4 Nr. 11, Art. 9 Abs. 2 DSGVO) und gewährleistet somit den für die Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern wichtigen Vertrauensschutz in Hilfebeziehungen. Eine Weitergabe von Daten bedarf grundsätzlich einer Einwilligung (Art. 4 Nr. 11, Art. 9 Abs. 2 DSGVO). Die Betroffenen hierzu transparent zu beraten und sie ggf. von der Notwendigkeit beziehungsweise Sinnhaftigkeit eines Informationsaustauschs mit anderen Beteiligten aus der Familie oder anderen helfenden Stellen zu überzeugen, erfordert sowohl Beratungskompetenzen als auch zeitliche Ressourcen. Eine Ausnahme zu der generellen Einwilligungspflicht regelt zur Abwendung einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung § 4 KKG.

### **Koordination an den Schnittstellen**

#### **Zuständigkeiten**

Die Zuständigkeit und Leistungsverantwortung sei in diesem Bereich auf viele und je nach konkreter Fallkonstellation mal (mit)verantwortlicher oder mal nicht verantwortlicher Leistungsträger verteilt. Dies stelle sich für die betroffenen Familien sowie die sie betreuenden Fachkräfte in der Praxis komplex und teilweise undurchschaubar dar.

Leistungen nach SGB VIII gehen grundsätzlich Leistungen nach SGB XII vor (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII). Eine Ausnahme

gilt für junge Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung. Für diese sind Leistungen nach dem SGB XII vorrangig (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Für die gemeinsame Unterbringung eines psychisch kranken Elternteils mit seinem Kind kann sich grundsätzlich eine doppelte Zuständigkeit ergeben, wonach der Träger der Eingliederungshilfe für die Übernahme der Kosten des Elternteils mit wesentlichen Behinderungen und der Träger der Jugendhilfe für die des Kindes verpflichtet ist. Handelt es sich bei dem Elternteil jedoch nicht mehr um einen „jungen Menschen“ beziehungsweise liegt bei ihm keine körperliche und/oder geistige Behinderung vor, kommt es zu einer einheitlichen Leistungszuständigkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe. Eltern mit Behinderungen seien im Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen SGB VIII und SGB XII des § 10 Abs. 4 SGB VIII offensichtlich nicht mitgedacht.

Dem neu eingeführten Leistungstatbestand der „unterstützten Elternschaft“ (§ 78 Abs. 3 SGB IX/2020) werde bei Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen (so gut wie) kein Anwendungsbereich zukommen. Leistungen nach SGB VIII sind, wenn sie sich auf den gleichen Bedarf beziehen, stets vorrangig (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII).

Bei Suchttherapien komme es bei der Ermittlung der Leistungszuständigkeit in der Praxis zu Abgrenzungsschwierigkeiten, da diese je nach Art der Therapie unterschiedlich ist. Auch führten rein zuständigkeitsbedingte Einrichtungswechsel zu Brüchen im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess.

### Systemübergreifende Angebotsgestaltung

Bei der trägerübergreifenden Gestaltung der Angebote im Sinne von „Versorgungspfaden“ könne zwischen kombinierten und koordinierten Leistungen unterschieden werden. Systemübergreifend kombinierte Finanzierung von Angeboten, also „echte“ Mischfinanzierung, sei jenseits des persönlichen Budgets und der Frühförderung als Komplexleistung nicht zulässig oder nur in begrenzt praxisrelevanten Bereichen möglich. Bei der Koordination, also der Anpassung der eigenen Leistungen an die Angebote anderer Sozialleistungsträger, damit diese nahtlos aneinander anknüpfen und keine Lücken lassen, seien die Potenziale der GKV (SGB V), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sowie der Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX) sehr unterschiedlich ausgeprägt:

- Bei den Leistungen der GKV nach SGB V handle es sich tendenziell um ein geschlossenes definiertes Spektrum; punktuelle Ausnahmen bestünden im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der Primärprävention und dort auch nur bedingt. Die klaren Grenzen geben jedoch Orientierung, ab wann andere Leistungssysteme anknüpfen müssen.
- Den Gegenpol in Bezug auf die Anschlussfähigkeit bilde die Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII. Hier gilt der Grundsatz der Pluralität mit seiner Offenheit für neue inhaltliche und organisatorische Entwicklungen. Die Angebote sind so zu gestalten, dass sie an der Individualität und Eigensinnigkeit der Leistungsberechtigten und deren Lebenswelt anknüpfen. Folglich können Leistungen mit Blick auf Schnittstellen auch so gestaltet werden, dass sie dort ansetzen, wo die Angebote anderer (Sozialleistungs-) Systeme enden. Das System der Kinder- und Jugendhilfe sei daher strukturell sehr kooperationsfreundlich, sich aber seiner Rolle als potenzieller Ausfallbürge für zurückhaltende Verantwortungsübernahme anderer Systeme regelmäßig auch sehr bewusst.
- Die Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX biete mit ihrem teiloffenen Leistungskatalog zwar grundsätzlich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, die Angebote den individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten anzupassen. Die Anschlussfähigkeit der verschiedenen Angebote werde indes deutlich eingeschränkt durch die Konzentration auf „echte“ Rechtsansprüche und die verbindlichen Verfahrensvorgaben.

### Fallübergreifende und einzelfallbezogene Zusammenarbeit

Die Jugendhilfeplanung ist horizontal und vertikal zur übergreifenden Vernetzung und Abstimmung mit anderen örtlichen und überörtlichen Planungen ausdrücklich aufgefordert (§ 80 Abs. 4 SGB VIII). Im Recht der Eingliederungshilfe finden sich keine vergleichbaren Planungsinstrumente, sondern eher allgemein gehaltene örtliche Zusammenarbeitsverpflichtungen (§ 96 Abs. 1 SGB IX), verbunden mit einer Aufforderung der Länder zur Initiierung überregionaler Planungen und Unterstützung der örtlichen Sicherstellungsaufträge (§ 94 Abs. 3 SGB IX, § 95 SGB IX). Die Aufstellung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sieht ebenso wenig eine Vernetzung oder Koordination mit Angeboten anderer, außerhalb des GKV-Systems agierender Sys-

teme vor wie die Krankenhausplanung zur psychiatrischen Versorgung.

In einzelnen Ländern umfasst die Gesundheitsplanung der öffentlichen Gesundheitsdienste die Schnittstellen zu anderen Planungsbereichen oder zur Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen. Im Bereich der Frühen Hilfen enthält das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) einen Appell, dass sich die Akteure gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum informieren und strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sollen (§ 3 Abs. 1 KKG), um ein möglichst frühzeitiges, koordiniertes und multiprofessionelles Angebot vorhalten zu können (§ 1 Abs. 4 S. 2 KKG). Dies werde bislang nur im SGB VIII mit entsprechenden Aufgaben hinterlegt.

Das SGB V kennt kein Instrument einer einzelfallbezogenen Versorgungs- und Leistungsplanung über das System der GKV hinaus. In der Hilfeplanung nach § 36 Abs. 2 bis 4 SGB VIII besteht eine Offenheit, aber keine Pflicht zur Hinzuziehung von Akteurinnen und Akteuren etwa der Suchthilfe oder Erwachsenenpsychiatrie.

Zentrales Element zur Koordinierung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX ist das Teilhabeplanverfahren (§§ 19, 20 SGB IX). Sein Ziel liegt darin, gemeinsam mit den anderen beteiligten Rehabilitationsträgern sowie den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang festzustellen und so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX). Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ist zwingend, wenn sie auf einen Vorschlag von Eltern mit Behinderungen zurückgeht, die Unterstützungsleistungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt haben (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Gerade mit Blick auf die zersplitterte Leistungsverantwortung für Eltern mit Behinderungen dürften in dem Instrument der Teilhabeplanung und -konferenz wichtige Koordinierungs- und Abstimmungspotenziale zur Gestaltung bedarfsgerechter Einzelfallhilfen liegen. Das Jugendamt ist als andere öffentliche Stelle über § 22 Abs. 1 SGB IX auch dann in geeigneter Art und Weise in die Erstellung des Teilhabeplans einzubeziehen, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. Dass sich die ganzheitliche Koordinierung im Teilhabeplan-

verfahren in der Praxis etablieren werde, sei keine Selbstverständlichkeit.

Auch die neuen Regelungen zum Gesamtplanverfahren im Recht der Eingliederungshilfe sehen die Möglichkeit einer Abstimmung der Leistungen zwischen bestimmten Leistungsträgern vor (§ 141 SGB XII-2018, § 117 SGB IX-2020). Im Kontext von elternunterstützenden Leistungen für Eltern mit Behinderungen ist – mit Zustimmung der Leistungsberechtigten – zwingend eine Gesamtplankonferenz durchzuführen (§ 143 Abs. 4 S. 1 SGB XII-2018; § 119 Abs. 4 S. 1 SGB IX-2020). Der Träger der Eingliederungshilfe hat zu prüfen, ob zur Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung des Kindes eventuell Leistungen anderer Leistungsträger oder auch eine Unterstützung durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld beziehungsweise ehrenamtliche Personen in Betracht kommt und diese Personen ebenfalls an der Gesamtplankonferenz zu beteiligen.

Fallübergreifende Kooperation und einzelfallbezogene Koordinierung gehören zu den Aufgaben nach SGB VIII und werden auch von den Trägern, Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX erwartet, auch wenn diese bislang gesetzlich nicht verpflichtet sind (vgl. beispielsweise § 3 Abs. 2 KKG, § 81 Nr. 1 SGB VIII). Die gesetzlich verpflichtenden Aufgaben sind von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe/Eingliederungshilfe mit entsprechenden Ressourcen zu hinterlegen. Im Rahmen der GKV sei die Finanzierung des Kooperations- und Koordinationsaufwands zwischen den sozialen Sicherungssystemen nur ausnahmsweise möglich.











