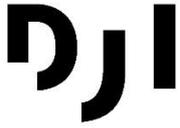




ulm university universität
uulm



**Deutsches
Jugendinstitut**

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN „FORSCHUNG“

IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

Silke Wiegand-Greffe, Michael Klein, Michael Kölch, Albert Lenz, Mike Seckinger, Rainer Thomasius, Ute Ziegenhain

Sämtliche Ausführungen in dieser Fachexpertise [Kinder psychisch kranker Eltern. Forschung. IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern von Prof. Dr. Silke Wiegand-Greffe, Prof. Dr. Michael Klein, Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Albert Lenz Dr. Mike Seckinger, Prof. Dr. Rainer Thomasius und Prof. Dr. Ute Ziegenhain] stellen ausschließlich die Fachmeinung dieser Autorengruppe dar.

Inhalt

1	Grundsätzliche Überlegungen und Hintergrund der Expertise.....	4
2	Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen	8
2.1	Ebene der psychisch erkrankten Eltern	8
2.2	Fehlende Krankheitseinsicht	9
2.3	Systembedingte Ebene	10
2.4	Internationale Forschung zu verbesserter Inanspruchnahme	12
2.5	Besonderheiten bei Zugangswegen für Kinder suchterkrankter Eltern.....	14
2.6	Diagnostische Instrumente zur Identifikation und Planung passgenauer Hilfen	14
2.7	Zusammenfassung	15
3	Präventive und therapeutische Hilfen, Angebote und Programme	16
3.1	Internationale Programme	17
3.1.1	Kindzentrierte Programme.....	17
3.1.2	Familienzentrierte Programme	18
3.2	Programme in Deutschland	19
3.2.1	Kindzentrierte Programme.....	19
3.2.2	Familienzentrierte Programme	20
3.3	Präventive Hilfen, Angebote und Programme für Kinder suchtkrankter Eltern.....	22
3.4	Alters- und geschlechtsbezogene Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen.....	25
3.4.1	Altersbezogene Entwicklungsaufgaben	25
3.4.2	Geschlechtsbezogene Aspekte.....	29
3.5	Programme nach Altersdifferenzierung	30
3.6	Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Evidenzbasierung	34
3.7	Das Problem der systematischen Implementierung	36
4	Medizinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Eltern (Mutter-Kind-Behandlung)	37
4.1	Behandlung für Kinder psychisch kranker Eltern	37
4.2	Behandlung für Kinder suchterkrankter Eltern	39
4.3	Zusammenfassung	39

5	Passgenauigkeit der Hilfen	40
5.1	Passgenauigkeit auf den Ebenen Prävention sowie Hilfen, Angebote und Behandlungen	41
5.1.1	Ebene Prävention	41
5.1.2	Passgenauigkeit auf der Ebene Hilfen, Angebote und Behandlungen.....	44
5.2	Berücksichtigung der Bedürfnisse	45
5.3	Zielausrichtung: Funktionsniveau, „well-being“, verbessertes Coping etc.	46
5.4	Ineinandergreifen einzelner Angebote zwischen den Systemen und Sozialgesetzbüchern.....	46
5.5	Zusammenfassung	48
6	Kooperation und Vernetzung.....	49
6.1	Kooperation – eine Voraussetzung für wirksame Hilfen.....	49
6.2	Komplexe Problemlagen erfordern multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation.....	50
6.3	Kooperation und Vernetzung	53
6.4	Ist-Stand der Kooperationen	55
6.5	Gründe für Defizite in der Kooperation und bei der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke	63
6.6	Modelle der Kooperations- und Vernetzungsarbeit	65
6.7	Forschungsbedarfe	69
6.8	Kooperation und Vernetzung bei Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern	72
6.9	Zusammenfassung	72
7	Kinderschutz.....	76
7.1	Begriffsklärungen.....	76
7.2	Neurobiologische Erkenntnisse	78
7.3	Traumatisierende Kindheitserfahrungen und deren Konsequenzen im Kinderschutz 79	
7.4	Kindeswohlgefährdung, elterliche Autonomie und Erziehungsfähigkeit.....	80
7.5	Kinder suchtkranker Eltern und Kinderschutz.....	81
7.6	Zusammenfassung	81
8	Psychisch kranke Eltern und berufliche Situation	82
8.1	Sozioökonomische Besonderheiten bei Kindern suchtkranker Eltern	84

8.2	Zusammenfassung.....	84
9	Schlussfolgerungen	85
10	Ausblick	86
11	Literatur.....	87

1 Grundsätzliche Überlegungen und Hintergrund der Expertise

Die AG Kinder psychisch kranker Eltern wurde aufgrund des Auftrags des Bundestages (BT-Drs. 18/12780) an die Bundesregierung eingerichtet. Die Expertise ist ein Teil des Arbeitsprozesses der Arbeitsgruppe. Das Zustandekommen des zugrunde liegenden Entschließungsantrags des Bundestages kann maßgeblich als Ergebnis von konzertierten Anstrengungen und Initiativen aus Wissenschaft, Fachpraxis und Verbänden sowie zunehmend auch aus der Politik über alle Fraktionen hinweg, angesehen werden. Die besonderen und vielfältigen bzw. sehr häufig auch chronischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern sind mittlerweile auch in der breiteren politischen Öffentlichkeit hinlänglich bekannt (z.B. AFET-Stellungnahme, Neuköllner Erklärung, NZFH Expertise, GKV-Expertisen). Die Diskussionen sind von der begründeten Annahme geprägt, dass die Versorgungsstruktur für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil meist nur unzureichend entwickelt ist. Die vielfältigen kommunalen Angebote, Initiativen, Modellprojekte oder beeindruckendes ehrenamtliches Engagement der vergangenen Jahre können die festzustellenden fachlichen und strukturellen Probleme bezüglich der Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen nicht kompensieren. Dieser Mangel äußert sich zum Beispiel darin, dass es nach den vorliegenden Daten keine breite und flächendeckende Angebotsstruktur mit gesicherter Finanzierungsbasis gibt sowie insbesondere auch darin, dass die Koordinierung und Vernetzung von interdisziplinären Leistungen klar verbesserungswürdig ist. Es geht aus Sicht der Autorinnen und Autoren darum, gleichermaßen niedrigschwellige und hochschwellige Angebote in der flächendeckenden Regelversorgung aus unterschiedlichen Sozialsystemen vorzuhalten, zu koordinieren und zu integrieren sowie diese Angebote lückenlos und wohnortnah über alle Altersstufen der betroffenen Kinder hinweg zu gestalten.

Die in dieser Expertise zusammengeführten Forschungsergebnisse und daraus abgeleitete Schlussfolgerungen hinsichtlich der Aussagekraft für bearbeitete Fragestellung und die daran anknüpfende Möglichkeiten für Empfehlungen für die Unterstützung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil gehen von folgenden grundsätzlichen Überlegungen aus:

In Deutschland gibt es ein gutes Regelsystem für die allgemeine Versorgung von Kindern und ihren Eltern. Dies betrifft alle relevanten Sozialleistungssysteme, wie das Gesundheitssystem, die Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderung oder Sozialhilfe bzw. auch Arbeitsagenturen. Allerdings ist dieses Versorgungssystem (im Medizinsystem ebenso wie bei einigen Angeboten der Jugendhilfe für diese Zielgruppe) zumeist individuumszentriert, nicht konsequent familienorientiert und erfüllt nicht die notwendigen Anforderungen an

transgenerationale Prävention und Hilfen. Zusätzlich stellt der Fachkräftemangel in diesen Handlungsfeldern¹, eine ernsthafte Gefahr für die Leistungsfähigkeit der Angebote dar. Reibungsverluste lassen sich regelmäßig in einer unzureichenden Koordinierung von Hilfen und Leistungen aus unterschiedlichen Versorgungssystemen erkennen. Defizite bestehen also in der familienorientierten, transgenerationalen Versorgung, was sich bei psychisch dysfunktionalen Familien besonders ungünstig für die betroffenen Kinder und Jugendlichen erweist. Eine Früherkennung und Bereitstellung von familienorientierten Hilfen für psychisch- und suchterkrankte Eltern und ihre Kinder wird bislang nicht regelhaft in die Versorgungslandschaft integriert, oft noch nicht einmal angedacht. Aufgrund der komplexen medizinischen und psychosozialen Ausgangslage sind Familien mit Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern darauf angewiesen, dass Leistungen parallel, synchron und in jedem Fall koordiniert aus unterschiedlichen Systemen vorgehalten werden. Hinzu kommt, dass die Leistungen in der Regelversorgung nicht auf die spezifischen und besonderen Bedürfnisse von Kindern psychisch erkrankter oder suchterkrankter Eltern zugeschnitten sind. Angebote, z.B. zur spezifischen Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen, werden nicht flächendeckend in der Regelversorgung vorgehalten und finanziert bzw. sind nicht oder nur vereinzelt auf die spezifischen Besonderheiten von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern zugeschnitten. Ähnliches gilt für peerbezogene Gruppenprogramme zur Förderung der Selbstwirksamkeit und Emotionsregulation von Kindern aus psychisch dysfunktionalen Familien. Hinzu kommt, dass spezifische Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern mit wenigen Ausnahmen (z.B. CHIMPS für Kinder psychisch kranker Eltern oder TRAMPOLIN für Kinder suchterkrankter Eltern) bisher in ihrer Wirksamkeit nicht oder nur wenig belegt sind.

Für die Einschätzung der Wirksamkeit und damit der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme gelten aus der Forschungsperspektive international anerkannte Kriterien und Standards, wie sie für die Identifizierung wirksamer Präventionsprogramme z.B. das Komitee der „Society for Prevention Research“, oder die Kölner Erklärung zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention vorgelegt haben (vgl. Flay, Biglan, Boruch et al., 2005; Hoff & Klein, 2015). Danach lassen sich Programme in Abhängigkeit vom Evaluationsdesign und den daraus folgenden Ergebnissen in unterschiedliche Stufen der Wirksamkeit (Evidenzstufen) einordnen. Ein Nachweis der Wirksamkeit (efficacy) erfordert aus forschungsmethodischen Gründen in der Regel Programme, die in randomisiert kontrollierten Forschungsdesigns und standardisiert

¹ Für den Bereich Pflege siehe z.B. Deutsches Krankenhaus Institut 2018, Neuber-Pohl 2017 oder Bertelsmann Stiftung 2012, für den Bereich der ärztlichen Versorgung Deutsches Krankenhaus Institut 2018 und für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe AGJ 2011, verschiedene Beiträge in der Zeitschrift Jugendhilfe 6/2018 (im Erscheinen), Rauschenbach 2018.

(manualisiert) durchgeführt werden (zu Alternativen siehe z.B. Wampold et al. 2005, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017). Es ist zwischen Evidenzgenerierung und Evidenzbasierung zu unterscheiden. Während ersteres primär Aufgabe der Forschung ist, sollte sich die Handlungspraxis vorrangig an der Evidenzbasierung orientieren. Außerdem ist es notwendig, dass professionell ausgearbeitete und organisierte Weiterbildungsangebote vorliegen. Nach erfolgter Evaluation unter solchen besonderen Bedingungen“ braucht es zusätzlich eine weitere Evaluationsphase unter Praxisbedingungen und schließlich gut durchdachte Strategien für eine nachhaltige und flächendeckende Verbreitung im Sinne einer breiten Implementierung. Diese umfasst etwa Planung von Kosten, Disseminationsstrategien und Vorschläge zur Qualitätsentwicklung in unterschiedlichen Anwendungsbereichen. Diesen internationalen Standards entsprechen nur sehr wenige Programme in Deutschland. Es besteht ein umfassender Nachholbedarf in Forschung und Praxis.

Bei Überlegungen zur Wirksamkeit muss außerdem berücksichtigt werden, dass nicht jedes Programm für jede Problematik und für jede Konstellation gleichermaßen wirkt. Dies ist angesichts der hohen Heterogenität von psychischen Erkrankungen bzw. von Suchterkrankungen sowie der unterschiedlichen Auswirkungen elterlichen Verhaltens relativ zu Schweregrad, Chronizität und Dauer einer Erkrankung sehr plausibel. Es stellt sich die Frage einer sog. differentiellen Indikation: „was wirkt für wen?“ Die unterschiedlichen Auftretenshäufigkeiten von Erkrankungen in der Bevölkerung müssen bei der Planung und Anwendung spezifischer Programme berücksichtigt werden, z.B. müsste dem gehäuften Auftreten von postpartalen Störungen mit vermehrten präventiven Angeboten begegnet werden; bekannte pränatale Risiken von Alkohol- und Drogenkonsum müssten sich in flächendeckenden Präventionsbemühungen widerspiegeln etc. Zahlreiche vorhandene epidemiologische Daten zu Gesundheitsrisiken und Lebenslagen werden bisher jedoch nicht systematisch für die Planung von spezifischen Versorgungsangeboten für betroffene Kinder und Jugendliche herangezogen.

Unter den elterlichen Suchtkrankheiten, die besonders häufig sind, dominieren alkoholbezogene Störungen mit rund 15% (Lachner & Wittchen, 1997). Es liegt eine Vielzahl von internationalen Studien vor, welche das Ausmaß und die malignen Folgen einer derartigen Exposition im Elternhaus und im kindlichen Entwicklungsprozess beschreibt (Klein, 2018a). Konsequente und systematische Prävention und Frühintervention für exponierte Kinder sind jedoch auch bei suchterkrankten Eltern in Behandlung nur sehr vereinzelt aufzufinden (Klein, 2018b). Das gleichzeitige Auftreten mehrerer elterlicher psychischer Störungen im Sinne psychischer Komorbidität ist bislang kaum erforscht und in Praxisprogrammen nicht

systematisch berücksichtigt. Im Rahmen dieser Forschungsexpertise soll der Blick daher auch für das gleichzeitige Auftreten mehrerer Formen psychischer und Suchterkrankungen geschärft werden, wobei insbesondere bei Vätern sehr oft eine Suchterkrankung beteiligt ist. Auch bei Kindern suchterkrankter Eltern besteht ein nicht unerhebliches strukturelles Problem. Spezifische Angebote und Programme für Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern sind punktuell und nicht systematisch in die Regelversorgung eingebunden. Es gibt hinreichend gut abgesicherte Forschung, die belegt, dass Angebote „außerhalb“ der Regelversorgung wenig Wirksamkeit zeigen. Hinzu kommt die Gefahr, dass sich kostenintensive Parallelstrukturen entwickeln (Klein, 2018b).

Unabhängig davon aber können auch die gut evaluierten spezifischen Programme für Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern nicht für sich allein stehen. Ebenso wenig können die bisherigen verfügbaren Angebote der Regelversorgung aus den Sozialleistungssystemen die vielfältigen Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern abdecken.

Die Autorengruppe dieser Forschungsexpertise ist bestrebt, die Ausführungen vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes zwischen einer eher unspezifischen, aber breit vorgehaltenen Regelversorgung und spezifischen Programmen, die weitgehend isoliert und nicht systematisch in der Regelversorgung implementiert sind, anzulegen. Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden mögliche Lösungen berücksichtigen, die Lücke zwischen diesen „Polen“ zu schließen. Danach sind Angebote, wie etwa manualisierte Programme zur Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (z.B. Entwicklungspsychologische Beratung, STEEP) Bausteine in der Leistungspalette von Hilfen und Versorgungsangeboten aus unterschiedlichen Systemen. Mittlerweile gibt es Good-Practice-Erfahrungen, solche aufeinander aufbauende und sich ergänzende Angebote über die Regelversorgung zu finanzieren.

2 Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen

Fragestellung: Welche Erkenntnisse liegen über die Zugangshemmnisse bzw. Zugangsbarrieren für die betroffenen Familien und über Instrumente und Angebote zur Identifikation der Zielgruppe vor? In diesem Zusammenhang sind Hinweise zur Erreichbarkeit bei fehlender Krankheitseinsicht erkrankter Eltern von besonderem Interesse.

Damit vorhandene Angebote wirken können, ist die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil entscheidend, und zwar sowohl im präventiven Bereich als auch in Fällen, in denen bereits Behandlung oder Unterstützung (aus dem Bereich der verschiedenen Sozialsysteme/SGB) stattfand. Zugangshemmnisse zu Angeboten können auf der Ebene der Betroffenen, aber auch in den Systemen selbst begründet liegen. Im Folgenden werden beide Ebenen der Zugangshemmnisse hinsichtlich der vorhandenen Forschungsergebnisse dargestellt.

Typische - aus zahlreichen Studien bekannte - Barrieren mit erheblicher Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Familien sind bei Eltern auftretende „Scham, Überforderung, Schweigen (Familiengeheimnis), Verleugnung oder Krankheitsfixierung, Rückzug/Isolation, Anklammern, Überreaktionen und Resignation“ (z.B. Christiansen, 2011). In Anbetracht dieser Auswirkungen auf die Eltern scheint die Frage der Zugangswege bzw. der Hindernisse und Barrieren für eine Inanspruchnahme von Behandlung und Hilfen zentral zu sein. Damit stellt sich auch die Frage der Passgenauigkeit, nämlich, ob die Angebote die intendierte Klientel (Elternteil, Familie insgesamt oder das Kind) erreichen. Diesbezüglich wird auch auf die folgenden Ausführungen zur Passgenauigkeit von Hilfen verwiesen.

2.1 Ebene der psychisch erkrankten Eltern

Mehrere Studien in Deutschland weisen darauf hin, dass psychisch kranke Eltern vorhandene Angebote zur Unterstützung nicht hinreichend wahrnehmen. Nach bisherigen Studienergebnissen sind vor allem Angst vor Stigma, Angst vor möglichen familienrechtlichen Konsequenzen, aber auch die Sorge um die Versorgung der Kinder, z.B. während einer eigenen Behandlung, große Hindernisse für die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen (Christiansen, 2011, Kölch & Schmid 2008, Markwort et al., 2015, Schmid et al. 2008). Viele psychisch erkrankte Eltern, beispielsweise suchterkrankte Eltern, neigen lange Zeit dazu, ihre Krankheit abzuwehren, zu bagatellisieren und zu verleugnen und zeigen sich daher Hilfen gegenüber - auch für ihre Kinder – verschlossen. Insbesondere Maßnahmen der Jugendhilfe scheinen immer noch stigmatisiert in dem Sinne, als dass Sorge besteht, es gehe weniger um Hilfen als um Kontrolle oder gar um Kindesentzug (Schmid et al. 2008, Kölch & Schmid 2008).

Auch die Bekanntheit von Angeboten spielt eine Rolle (Hefti et al. 2016). Problematisch sind diese Vorbehalte gegenüber Hilfen auch deshalb, weil sich generell in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen eine Wechselwirkung zwischen Nicht-Inanspruchnahme von Behandlung und Hilfen einerseits, der psychischen Erkrankung andererseits und den intrafamiliären Problemen bis hin zur kindlichen Auffälligkeit ergibt, die insgesamt zu einem erhöhten Stress und damit zur Verschlechterung der Situation für alle führt. Stadelmann et al. (2010) bezeichneten dies als Teufelskreis, der aufgrund nicht in Anspruch genommener Hilfen/Behandlung entsteht und sich verfestigt.

Eine weitere Hürde besteht für psychisch und suchterkrankte Eltern, darin, dass die verschiedenen Hilfesysteme häufig unkoordiniert und ohne klare Priorisierung eine Vielzahl von Angeboten machen, deren Koordination der Familie überlassen wird, so daß diese einen Teil der Hilfen aus zeitlicher und organisationaler Überforderung nicht nutzen können (Kassel 2018). Ein grundlegendes Problem der elternbezogenen Behandlungssysteme ist der strukturelle Mangel bezüglich der Berücksichtigung der Bedarfe der in den Familien exponierten Kinder und Jugendlichen, so dass es oft an entsprechenden mehrgenerationalen Hilfen vollständig fehlt (Klein, 2018b).

2.2 Fehlende Krankheitseinsicht

Eine fehlende Krankheitseinsicht kann auch ein Faktor für die Nichtwahrnehmung von Behandlung oder Hilfen sein. Der Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht ist nicht unproblematisch, da er in vielen Bedeutungen interpretiert werden kann². Er suggeriert, dass bei den betroffenen Patienten überhaupt keine Krankheitseinsicht vorliegt. Dabei ist bei vielen psychischen Störungen die Krankheitseinsicht nur für bestimmte Defizite vermindert, z.B. also auch in Bezug auf die Erziehungsfähigkeiten aufgrund z.B. einer depressiven Störung. Bei bestimmten schweren psychischen Störungen (severe mental disorder, SMD) kann es in der Akutphase zu einer fehlenden Krankheitseinsicht kommen, die zum Teil auch Zwangsmaßnahmen rechtfertigen kann. Der Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht kennzeichnet bei bestimmten (schweren) psychischen Störungen, wie bipolare Erkrankungen, schizophrenen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch bei Suchtstörungen, eine mangelnde Erkenntnis und Einsicht über die eigene Erkrankung und das resultierende Verhalten, auch den eigenen Kindern gegenüber. Es gibt eine Diskussion darüber, ob nicht Krankheitsbewusstsein der bessere Begriff wäre (vgl. Knuf, 2007). Die krankheitsbedingten Veränderungen in Wahrnehmung und Denken werden für real gehalten und damit wird die

Möglichkeit der Betroffenen eingeschränkt, für sich und ihre Kinder rechtzeitig eine geeignete Hilfe zu organisieren. Eine fehlende Krankheitseinsicht kann bewirken, dass eine Behandlung nicht aufgesucht wird, Folgen der Erkrankung (auch für das Umfeld) negiert werden etc. Der Begriff der „*mangelnden Krankheitseinsicht*“ beschreibt also in erster Linie den Umstand, dass bestimmte Aspekte, z.B. einer psychischen Störung im Hinblick auf Familienangehörige, vom betroffenen Patienten nicht hinreichend wahrgenommen werden und Einschränkungen oder Auswirkungen der Erkrankung nicht adäquat rezipiert werden – bis dahin, dass das Verhalten nicht daran ausgerichtet wird. In dieser Weise trifft die Begrifflichkeit auch besser auf die Problematik bei psychisch kranken Eltern zu, so haben Studien gezeigt, dass sich psychische kranke Eltern zwar Sorgen um das Wohlbefinden der Kinder machen, aber mögliche Auffälligkeiten der Kinder nicht in Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung bringen (Boyd et al., 2006; Festen et al., 2014).

In akuten Phasen dieser Erkrankungen kann eine fehlende Krankheitseinsicht damit fatale Folgen haben, etwa weil die Psychopathologie alles dominiert, das Verlangen nach Suchtmitteln alles dominiert und rationale Zugänge nicht möglich sind. Häufiger als die fehlende Einsicht, selbst erkrankt zu sein, ist eher das Problem, dass Eltern zwar durchaus Defizite in ihren Erziehungsfähigkeiten erkennen, aber unter anderem aus einem fehlenden Vertrauen in das Hilfesystem und der Befürchtung von ihrem Kind/ihren Kindern getrennt zu werden, dann diese Defizite nicht offen benennen und/oder ihre elterlichen Fähigkeiten überschätzen (vgl. weiter oben). Bei Suchterkrankten bestehen häufig kognitive Verzerrungen unter Substanzeinfluss, Abwehr und auch Schamabwehr, das eigene Verhalten und die Defizite gegenüber den Kindern werden bagatellisiert und über selbstwertdienliche Attributionen kompensiert.

2.3 Systembedingte Ebene

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben etwa 40-50 % der jungen Patientinnen psychisch oder suchterkrankte Eltern (Mattejat & Remschmidt, 2008). In der Erwachsenenpsychiatrie sind etwa 30% Eltern von minderjährigen Kindern (u.a. Östmann & Hansen 2002). Es besteht eine hohe Überschneidung der betreuten Familien (Eltern und Kinder) zwischen den Systemen, der aber oftmals nicht erkannt wird. Unterschiedliche systemimmanente Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen wurden aufgezeigt: Franz, Kettenmann, Jäger et al. (2012) haben gezeigt, dass z.B. innerhalb der Psychiatrie das Wissen um die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern zum Teil gering ist, aber auch die Kenntnis über mögliche Hilfesysteme außerhalb des eigenen. Wenn seitens der professionell Involvierten Hilfen nicht angeboten werden, so können diese von den Eltern auch nicht in Anspruch genommen werden. Auch internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahmen von

familienzentrierten Maßnahmen bei psychisch kranken Eltern (“family focused practices” (FFPs)) von Faktoren abhängt, die nicht mit den Eltern, sondern mit den Professionellen zu tun haben, wie deren Qualifikation und Erfahrung (Mayberry et al. 2016). Die Ergebnisse von Franz, Kettenmann, Jäger et al. (2012) weisen zudem auf einen zweiten Aspekt hin: innerhalb eines Versorgungssystems, wie dem SGB V, scheinen nach den bisherigen Forschungsergebnissen Schnittstellenprobleme zu bestehen, die die Inanspruchnahme erschweren. Zudem können noch über die Systeme hinweg Barrieren bestehen, die aufgrund der bekannten unterschiedlichen Systemlogiken und damit verbundenen unterschiedlichen Denkweisen noch größere Hindernisse darstellen, um von einem System in das andere zu gelangen. Wenn wie z.B. bei einer älteren Untersuchung gezeigt wurde, dass im Bereich der Hilfen zur Erziehung (HzE) in der kollegialen Fallberatung bei 33% der Eltern der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht oder eine psychische Diagnose gesichert ist (Schmutz 2010), so bleibt die Frage, wird in diesem 1/3 der Fälle im Bereich des SGB VIII auch in das System des SGB V verwiesen? Daten hierzu fehlen in Deutschland, aber auch international. Bereits Wagenblaus & Schone (2001) haben darauf verwiesen, dass ca. 10 % aller Eltern im Bereich der HzE eine psychiatrische bzw. psychische Diagnose aufweisen.³

Fehlende Kenntnis zwischen den Systemen über Angebote, aber auch Begrenztheiten wurden mehrfach als eine der größten systembedingten Barrieren für Hilfeinanspruchnahme von psychisch erkrankten Eltern aufgezeigt (vgl. auch Schmid et al., 2014; sowie 13. Jugendbericht, 2009). Es mangelt sowohl an gemeinsamer Sprache, Kenntnis des anderen Systems, konsequenter und flächendeckend systematischer und verlässlicher Kooperation etc. (vgl. Abschnitt Kooperation). Die Vielfältigkeit der Systeme kann ein weiteres Hemmnis für die Inanspruchnahme sein: Familien mit einem psychischen oder suchterkrankten Elternteil sind aufgrund der bekannten Risiken für soziale Desintegration (u.a. Armut, Alleinerziehen, Bildungsferne, Frühberentung) mit vielen Sozialsystemen im Kontakt. Diese sind aber nicht miteinander verbunden, zum Teil auch bewusst nicht, wie es sich im Sozialdatenschutz ausdrückt. Umgekehrt ergibt sich dadurch aber die Gefahr der unverbundenen, unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen, ohne zielführende ineinandergreifende Hilfen, die zum Teil erst den Erfolg anderer Maßnahmen begründen würden (wie z.B. die medizinische Behandlung einer psychischen Störung als Voraussetzung, um mit Hilfen zur Erziehung zusammenarbeiten zu können). Es fehlt zumeist an Koordination der Hilfen, Planung und Steuerung der Prozesse, Case-Management und Absprachen zwischen den oft zahlreichen Helfern.

³ Aufgrund der erhöhten Anzahl von Diagnosen aus dem psychiatrischen Bereich (F-Diagnosen nach ICD-10), die zum Teil auch auf einem veränderten Kodierverhalten beruhen, dürften diese Zahlen gestiegen sein. So haben psychische Erkrankungen die Erkrankungen des Skelettsystems als hauptsächlicher Frühberentungsgrund z.B. abgelöst.

2.4 Internationale Forschung zu verbesserter Inanspruchnahme

Die internationalen Studien zeigen ähnliche Probleme wie die eben für Deutschland beschriebenen bei der Inanspruchnahme von Hilfen auf. Erkenntnisse, dass ein Screening, bzw. Indikatoren für die Interventionen günstig sein können liegen vor (Leonard et al. 2018, Schmid et al. 2008). Ergebnisse zur besseren Identifikation in der primären medizinischen Versorgung, bzw. auch die Etablierung von Interventionen in diesem Bereich (etwa in der hausärztlichen oder kinderärztlichen Praxis) sind international auch kaum verfügbar; die wenigen Ergebnisse zeigen auch hier Defizite (Reupert et al. 2015). Hinsichtlich der Übertragbarkeit auf abzuleitende Schlüsse sind sie aber nur mit Einschränkungen hilfreich, da die zugrundeliegenden Versorgungsstrukturen und Sozialsysteme deutlich divergent sind. Die Arbeitsgruppen in Australien, z.B. um Reupert & Mayberry oder den USA, zum Beispiel um Bruce Compas, rekurrieren auf eine völlig andere Versorgungsstruktur. Insofern sind die Forschungsergebnisse für Deutschland nur eingeschränkt verwertbar.

Auch bei bekannten Hochrisikopopulationen, wie Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, oder Inanspruchnahmen von komplexeren Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung, wie z.B. der SPFH (sozialpädagogischen Familienhilfe) in suchtbelasteten Familien, gibt es kaum einschlägige Forschung. Die wenigen bereits zitierten Studien lassen darauf schließen, dass hier deutlich höhere Inanspruchnahmequoten erreicht werden müssten. Ebenso gilt dies für den Bereich des SGB II/III. Indikatoren für ein Screening etc. sind bisher nicht beforscht oder hinreichend entwickelt. Für die Identifikation von Kindern psychisch kranker Eltern sollen solche Zugangswege ausgewählt werden, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die entsprechenden Adressaten und Adressatinnen sie auch nutzen und die Präventionsmaßnahmen somit auch ihre Zielgruppe erreichen können. Effiziente Ansatzpunkte wären etwa Orte der Behandlung von Eltern, also in Kliniken, Institutsambulanzen, aber auch bei ambulant Tätigen in der Versorgung (bis hin zu Hausärzten, die ebenfalls psychisch erkrankte Elternteile versorgen). Da bekanntermaßen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe die Prävalenz von Kindern, deren Eltern eine psychische Erkrankung aufweisen, höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. z.B. Schmutz 2010), sind auch diese Einrichtungen hochrelevante Orte für die Identifikation von Adressaten und Adressatinnen von Präventionsmaßnahmen. Die präventiven Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern sollten also in Kliniken und in geeigneten ambulanten Versorgungsbereichen sowie in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe eine Verankerung haben, da sie dort durchaus systematisch, zielgruppengenau und vermutlich am leichtesten mit wenig Stigmatisierungseffekten möglich sind.

Bisher liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse in Deutschland vor, inwieweit z.B. der Einbezug von Primärversorgern, also Allgemeinärzten oder Kinderärzten im Bereich des SGB V (oder auch in anderen Systemen wie der Kinder- und Jugendhilfe, Arbeitsagenturen, Schule, Eingliederungshilfe), durch entsprechende Schulung und Screenings zu einer Verbesserung der Inanspruchnahmen führen würde. Analogien aus dem Bereich der allgemeinen Versorgung von psychischen Störungen, wo dies erfolgreich sein kann, wären durchaus zulässig. Diesbezüglich wären Studien dringend nötig. Analogien können aus dem Bereich der Frühen Hilfen gezogen werden, die sowohl Vernetzungsmaßnahmen zur besseren Inanspruchnahme, wie auch Risikoindikatoren entwickelt haben.

Bei präventiven wie bei Hilfe- und Unterstützungs-Maßnahmen ist die Frage nach den Zugangswegen zu Familien und Kindern von besonderer Bedeutung. Allgemein präventiv verortete Maßnahmen in den Lebenswelten Schule, Verein etc. werden entweder nicht ausreichend die Zielgruppe erreichen, oder aber vom Nutzen-Aufwandverhältnis wenig suffizient sein. Von daher ist aus der Forschung abzuleiten, dass (niedrigschwellige) Zugangswege zu Kindern mit psychisch erkrankten Eltern systematisch analysiert werden sollten. Dazu fehlt es bislang an Forschung in Deutschland. Erfahrungen, wie sie im Prozess des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen erprobt wurden, könnten modellhaft herangezogen und ausgebaut werden. Dies impliziert in einem ersten Schritt eine entsprechende lokale Analyse der Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (bestehende Angebote und Anbieter, Netzwerke für Familien mit einem erkrankten Elternteil). Hierbei ist relevant, dass jeweils lokal über die besten Zugangswege bzw. Vernetzungswege entschieden werden muss. Aus den bisherigen Projekten und ihren Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass eine einheitliche Strategie bundesweit ohne ein Element der Analyse lokaler Gegebenheiten wenig effektiv sein wird, weil wichtige lokale Partner womöglich nicht einbezogen würden. Dadurch könnten wichtige Zugangswege übersehen werden.

Ein anderer, eher präventiv anzusehender Ansatz wäre breit angelegt im Community-Bereich verortet und er müsste z.B. den Schulbereich miteinbeziehen. Dies war bei Projekten in anderen Ländern der Fall. Daten, dass hierdurch eine bessere Inanspruchnahme erfolgt, liegen nicht hinreichend valide vor. Aber bei Schulprojekten, die zum Thema psychische Gesundheit durchgeführt wurden, wird regelmäßig von Erfahrungen berichtet, dass sich Kinder bei den Projektdurchführenden melden, um über ihre häusliche Situation zu reden. Mit anderen Worten auch solche universalpräventiven Communityprojekte können dazu beitragen, Zugangsschwellen zu senken.

2.5 Besonderheiten bei Zugangswegen für Kinder suchterkrankter Eltern

Der Zugang zu Hilfen wurde bislang auch bei Kindern suchtkranker Eltern nicht systematisch untersucht. In den vorhandenen ambulanten und stationären Hilfeangeboten für suchtkranke Eltern ist die Mitaufnahme von Kindern - oder auch nur deren Mitberücksichtigung - nur sehr selten der Fall (Klein, 2018a). In Drogenentwöhnungseinrichtungen können Eltern ihre Kinder, insbesondere im Vorschulalter, mitbringen. Diese werden dann – meist entgegen der notwendigen Indikation (vgl. Fischer et al., 2017) – mit dem Kostensatz eines „Begleitkinds“ (meist um 60 € täglich) untergebracht, aber nicht systematisch bedarfsbezogen behandelt. Präventive Angebote für Kinder suchtkranker Eltern liegen vereinzelt im Bereich der ambulanten Suchtberatungsstellen (Ruths et al., 2013) vor. Nach einer entsprechenden Erhebung halten ca. 70 von insgesamt 1200 Beratungsstellen ein fachgerechtes Präventionsangebot vor. Neben den Barrieren und Zugangshemmnissen im Behandlungssystem sind suchtkranke Eltern selbst oft für präventive und therapeutische Hilfen für ihre Kinder nicht zugänglich. Es handelt sich dabei um dieselben Gründe wie bei psychisch erkrankten Eltern, es gibt eine mangelnde Krankheitseinsicht, es fehlt an Vertrauen in das Hilfesystem, Jugendhilfe wird als bedrohlich wahrgenommen oder auch die Menge an parallelen Terminen ist zu groß. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der Kinder suchtkranker Eltern keine passgenauen Hilfe- und Präventionsangebote erhalten.

2.6 Diagnostische Instrumente zur Identifikation und Planung passgenauer Hilfen

Es gibt – so zeigen die bekannten Studien zur Zielpopulation sowie allgemein epidemiologische Studien – ein hinreichendes Portfolio an möglichen diagnostischen Instrumenten. Für Eltern mit möglichen psychischen Störungen liegen ebenso einfache und valide Screeninginstrumente auf mögliche psychische Belastungen und/oder Störungen vor wie für Kinder. Ebenso gibt es Instrumente, die die Stressbelastung in Familien valide erheben, oder aber auch die Lebensqualität. Was bisher fehlt, ist ein Core-Satz an Instrumenten. Dieser muss flexibel in unterschiedlichsten Systemen einsetzbar sein, je nachdem, mit welcher Institution die Familie im Kontakt ist. Er muss unterschiedliche Arbeitsweisen und zugrundeliegende Methoden der Systeme berücksichtigen (z.B. SGB V, SGB VIII). Er muss innerhalb der verschiedenen Systeme eine bestmögliche Sensitivität und Spezifität haben. Und er muss sowohl hinsichtlich psychischer Störungen als auch daraus folgenden Einschränkungen inklusive Teilhabe bei den unterschiedlichen Mitgliedern der Familie eingesetzt werden können. Zudem ist bekannt, dass die Methodik der Erfassung sich z.B. zwischen dem SGB V und dem SGB VIII stark unterscheidet. Von daher machen die

unterschiedlichen Systemlogiken und –methoden einen einfachen Einsatz auch aus Forschungssicht nicht ohne weiteres möglich.

2.7 Zusammenfassung

In den verschiedenen Systemen besteht eine hohe Überschneidung, Familien werden häufig von mehreren Systemen betreut bzw. sind in verschiedenen Systemen bekannt. Häufig sind die verschiedenen Hilfen jedoch nicht vernetzt. Die Familien werden meist auch nicht in jeweils andere Systeme suffizient vermittelt. Zudem verhindern bei den Betroffenen eine Reihe von Ängsten und Vorbehalten eine Inanspruchnahme.

3 Präventive und therapeutische Hilfen, Angebote und Programme

Fragestellungen: Welche Erkenntnisse liegen zu Präventionsprogrammen, frühzeitigen Unterstützungsangeboten und Interventionsprogrammen für psychisch erkrankte oder suchtkranke Eltern vor? Welche Erkenntnisse zu Hilfen und Leistungen entlang eines "Versorgungspfades für Kinder" liegen vor? Welche Erkenntnisse über die Funktionalität der Hilfen, Leistungen und Angebote zur Unterstützung der Erziehungsfähigkeit der Eltern und des Zusammenlebens in der Familie liegen vor?

Präventive und therapeutische Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern können auf drei Ebenen der Intervention unterschieden werden: der Ebene der Eltern, der Ebene der Kinder und der Ebene der gesamten Familie (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011). In dieser Expertise sind die Kinder besonders im Fokus, daher werden die kindbezogenen und die familienbezogenen Programme besonders berücksichtigt. Familienorientierte Hilfen werden international von Experten als besonders hilfreich erachtet (Krumm, Becker & Wiegand-Grefe, 2013). Sie finden auch in Bedarfsanalysen bei den betroffenen Familien eine hohe Akzeptanz (Wiegand-Grefe, 2012). Außerdem kann zwischen verschiedenen Settings, z.B. Einzelsetting, Familiensetting oder Gruppensetting, unterschieden werden. Das Gruppensetting findet vor allem bei reinen Präventionsprogrammen, zumeist ohne psychotherapeutischen bzw. therapeutischen Anspruch, Anwendung. Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit sind die Altersgruppen der Kinder und die elterlichen Diagnosegruppen. In der folgenden Darstellung werden kindzentrierte und familienzentrierte Angebote vorgestellt und dabei jeweils die avisierten Altersgruppen der Kinder und die elterlichen Diagnosegruppen beschrieben. Auf Gruppenprogramme wird gesondert eingegangen. Dabei wird zwischen Programmen in Deutschland und international unterschieden. Da im Forschungskontext entwickelte, deutschsprachige Programme häufig auf internationalen Arbeiten basieren, werden die internationalen Programme zuerst beschrieben. Vorreiter sind international die Programme in Australien, den USA und im europäischen Raum in den Niederlanden und Finnland. Übersichten der Wirksamkeit solcher Programme bieten die Metaanalysen von Siegenthaler (2012), Thanhäuser et al. (2017) und die Expertise von Kölch, Nolkemper & Ziegenhain (2018), die in diesen Abschnitt der vorliegenden Expertise ganz besonders eingegangen ist. Berücksichtigt werden hier Arbeiten, die sich in abgeschlossener oder zumindest laufender Evaluation befinden. Für in der Praxis bewährte Angebote wird auf die Expertise zu den guten Praxisbeispielen verwiesen.

3.1 Internationale Programme

3.1.1 Kindzentrierte Programme

Einige internationale Programme haben einen Fokus auf die Kinder und arbeiten kindzentriert. Dazu gehören beispielsweise das australische Programm CHAMPS (Children and mentally ill parents) aus der Arbeitsgruppe um Derryl Mayberry und Andrea Reupert aus der Monash University in Melbourne (Goodyear, Cuff, Mayberry & Reupert, 2009). CHAMPS ist eine Intervention aus Australien für Kinder im Alter von 8-12 Jahren mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Die Sitzungen finden entweder ein Halbjahr lang einmal wöchentlich oder an vier kompletten Tagen in den Ferien statt. Im Vordergrund stehen Ressourcenstärkung der Kinder und soziales Kompetenztraining. Die Evaluation erfolgte quasi-experimentell (Evidenzgrad II) anhand von Regressionsanalysen durch die Effektvergleiche zwischen den beiden Formaten (Ferien- vs. Schulzeiten) des gleichen Programms. Eine differenzierte Beschreibung der Art der Erkrankung der Eltern ist im Report nicht aufgeführt. Beide Programme erzielten im prä-posttestvergleich signifikante Effekte kleiner Effektstärke ($n=69$) in Bezug auf die Verbesserung des Selbstwerts ($d=0.47$ bzw. 0.42). Das Schulprogramm wies zusätzlich noch signifikante Effekte mittlerer Effektstärke im prosozialem Verhalten auf ($d=0.54$) das Ferienprogramm kleine bis mittlere Effekte in den Kategorien soziale Unterstützung ($d=0.48$), außerfamiliäre Beziehungen ($d=0.52$), Problemlösetraining ($d=0.36$), familiäre Probleme ($d=0.32$) und Hyperaktivität ($d=0.37$). Effekte des Ferienprogramms gegenüber dem Programm während der Schulzeit waren nicht signifikant.

Auch das Programm PATS (Paying Attention To Self) für Jugendliche stammt aus dieser australischen Arbeitsgruppe (supervidiert von Andrea Reupert), es ist eine Intervention für Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit psychisch kranken Eltern. Im Bericht ist die Art der Erkrankung der Eltern aufgelistet, die Anzahl der Eltern mit einer depressiven oder einer Angsterkrankung jedoch nicht aufgeführt (Hargreaves et al., 2005). Im Fokus der Intervention steht die Überwindung der sozialen Isolation der Jugendlichen, also der Aufbau sozialer Beziehungen sowie das Einholen von sozialer Unterstützung. Weitere Ziele der Intervention sind Psychoedukation und der Aufbau von Coping-Strategien. Eine Evaluation erfolgte 2005 in einem quasi-experimentellen Design ($N=64$). Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in der Reduktion von Stigmatisierung (McNemartest $8.2:6.1\%$, bei $p<.001$), Reduktion des Risikos der Obdachlosigkeit ($27.9:9.5\%$, $p=.002$) sowie in der Reduktion der depressiven Symptomatik der Jugendlichen ($60.0:37.5\%$, $p=.006$) (Hargreaves et al., 2005).

STERK (Screening and Training: Enhancing Resilience in Kids) (Nauta, Festen, Reichart et al., 2012) ist ein niederländisches Präventionsprogramm für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 17 Jahren mit einem an einer Depression oder an einer Angststörung erkrankten Elternteil. Die Intervention besteht aus 10 wöchentlichen Sitzungen mit dem Kind und zwei Sitzungen mit den Eltern. Im Fokus steht die Ressourcenstärkung der Kinder und Jugendlichen. Die Evaluation erfolgte mittels einem RCT (Evidenzgrad I) mit einer follow-up-Befragung nach jeweils 12 und 24 Monaten (n=204). Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht.

YOU ARE OKAY (Riemersma, van Santvoort, Janssens, Hosman & van Doesum, 2015) ist ein niederländisches Präventionsprogramm zur Ressourcenstärkung für niedrigintelligente bzw. lernbehinderte Kinder zwischen 10 und 20 Jahren mit einem IQ zwischen 50 und 85 und einem psychisch erkrankten Elternteil. Die Intervention besteht aus Gruppensitzungen für die Kinder und einem online-Programm für die Eltern. Die Stichprobe ist nicht in Bezug auf die Art der elterlichen Erkrankung beschrieben. Die Evaluation soll mit einem quasi-experimentellen Design erfolgen, es gibt bisher keine Ergebnisse.

A JUMP FOREWARD (Rasing, Creemers, Janssens & Scholte, 2013) ist eine Intervention aus den Niederlanden für 11-15-jährige Jugendliche mit einer depressiven oder einer Angstsymptomatik, die psychisch erkrankte Eltern haben. Mit den Jugendlichen werden 6 Sitzungen durchgeführt, deren Inhalte Psychoedukation sowie einzelne verhaltenstherapeutische Interventionen (kognitive Umstrukturierung, Angstexposition) sind. Die Evaluation erfolgt mittels einem RCT mit einer follow-up Befragung jeweils 12 Monate und 6 Monate in der Intervention (n=80) sowie der Kontrollgruppe (n=80). Die Ergebnisse sind bisher nicht veröffentlicht.

3.1.2 Familienzentrierte Programme

Internationaler Vorreiter familienorientierter Programme für Kinder mit depressiven Eltern ist William Bearslee aus Boston (USA). Die „Family Intervention“ von Bearslee ist international häufig adaptiert worden, z.B. in Deutschland, Finnland und Schweden. Zielgruppe sind hier 6 bis 17-jährige Kinder und Jugendliche, die ein psychisch erkranktes Elternteil haben. Die Intervention besteht aus sechs Sitzungen (3 Eltern, 1 Kind, 1 Familie, 1 optional) und einer follow-up Sitzung. Im Fokus der Intervention stehen Ressourcenstärkung, Kommunikationstraining, Psychoedukation und Elternt raining. Bearslee's „Preventive Intervention Project“ ist seit 2009 auch in Deutschland unter dem Namen „Hoffnung, Sinn und Kontinuität“ als deutsche Übersetzung vorhanden. In 6-8 Sitzungen sollen die Ressourcen von Kindern im Alter von 9-14 Jahren von affektiv erkrankten Eltern gestärkt werden, zudem gibt

es psychoedukative Elemente. Die Sitzungen finden sowohl als Einzel- als auch als Familiensitzungen statt. In jüngster Zeit wurde das Preventive Intervention Program (PIP) von Beardslee auch in Chile adaptiert. Die Intervention ist zur Ressourcenstärkung von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren mit einem psychisch kranken Elternteil konzipiert, das einmal wöchentlich für 7 Wochen als in-home treatment stattfindet. Die Intervention ist in Form einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert mit einem follow-up nach 11 Monaten. Ergebnisse sind bisher nicht veröffentlicht (de Angel, Prieto, Gladstone, Beardslee & Irarrazaval, 2016).

THE EFFECTIVE FAMILY PROGRAMME (Punamäki, Paavonen, Toikka & Solantaus, 2013) ist eine Adaption des Beardslee Programmes für Kinder depressiver Eltern in Finnland. Das finnische Programm besteht aus der Beardslee „Family Talk Intervention“ (FTI) und der elternzentrierten Intervention „Let’s Talk About Children“ (LTC) sowie einem Netzwerkmeeting. Im Vordergrund stehen daher die Ressourcenstärkung der Kinder, Elternteraining sowie die Netzwerkbildung. Ausgerichtet ist das Programm für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In der Evaluation wurden die Familien (N=109) in FTI und LTC Gruppen randomisiert. 93 der erkrankten Eltern hatten eine unipolare Depression und vier Elternteile mit einer Angst- und depressiver Störung. Prä- und Postbefragungen wurden durchgeführt mit einem follow-up von 4, 10 und 18 Monaten. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Verbesserung in der Entwicklung funktionalerer Kognitionen der Kinder in der LTC- Gruppe, nicht aber in der FTI-Gruppe, ebenso wie die Entwicklung positiver Attributionen (S.686). Das Programm wird seit über zehn Jahren in Finnland durchgeführt. Die Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie (N=145 Kinder) zeigen eine Reduktion der emotionalen Symptomatik ($p=0.036$), der Angstsymptomatik ($p=0.003$) sowie eine Steigerung des prosozialen Verhaltens ($p=0.001$). In der „Family Talk-Intervention“ traten die Veränderungen früher auf als in der Intervention“ Let’s Talk about the Children“. Die Veränderungen waren aber in beiden Gruppen signifikant (vgl. auch Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010).

3.2 Programme in Deutschland

3.2.1 Kindzentrierte Programme

Eine Adaption der kognitive-behavioralen „Raising Healthy Children“ Intervention von Bruce Compas et al. (USA) ist die Intervention „gesund und glücklich aufwachsen“ (Platt, Pietsch, Krick, Oort & Schulte-Körne, 2014). Zielgruppe der Intervention sind Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren mit einem affektiv erkrankten Elternteil. Die Intervention besteht

aus 12 Sitzungen mit vier Familien in einer Gruppe (Sitzungen 1-3 und 8-12 zusammen; 4-8 Eltern und Kinder getrennt). Inhalte sind hauptsächlich Psychoedukation und Stressbewältigung. Die Evaluation erfolgt anhand eines RCT Design mit einem follow-up nach 9 und 15 Monaten. Es gibt bisher noch keine Ergebnisse. Ergebnisse der Originalintervention zeigen im Design einer randomisierten kontrollierten Studie im follow-up bei der Selbsteinschätzung (YSR- Fragebogen) bei den Kindern und Jugendlichen (N=111) eine nach 18 Monaten signifikant reduzierte Angst- und Depressionssymptomatik kleiner Effektstärke ($p=0.002$, $d=.46$) sowie internalisierende Symptome ($p=0.008$, $d=.41$). Im follow-up nach 24 Monaten zeigten sich Effektstärken, die jedoch nicht signifikant waren. Die externalisierende Symptomatik war nach 18 sowie nach 24 Monaten signifikant reduziert mit kleinen Effektstärken ($p=0.003$, $d=.48$ und $p=0.022$, $d=.37$). Keine Effekte zeigten sich in der Fremdbeurteilung (CBCL-Fragebogen) (Compas, et al., 2011).

Das Programm KANU ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 14 Jahren konzipiert, die einen affektiv oder schizophren erkranktes Elternteil haben. Das Kernstück der Familienarbeit basiert auf dem CHIMPs-Konzept (Wiegand-Grefe, Halverscheid, Plass, 2011). KANU erweitert diese Familienarbeit um Eltern- und Kindergruppen, ein Patenschaftsangebot, ein Elterncafe und Angeboten im Freizeitbereich. Ziele des Programms sind Psychoedukation, stabile Beziehungserfahrungen, Elterntraining, „Förderung der Lebenskompetenzen“ sowie Vernetzungs- und Qualifizierungsangebote. Im Kern der Familienarbeit gibt es Eltern-, Kinder- und Familiengespräche (analog CHIMPs), die dann um elf Gruppengespräche mit den Kindern ergänzt werden (deshalb die Einordnung unter kindzentrierten Programmen). Das Programm besteht inhaltlich aus fünf Elementen, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Elemente beinhalten: Psychoedukation, Patenschaften, Elterntraining, Kindertraining und die Vernetzung mit anderen Hilfeinrichtungen. In einer randomisierten, kontrollierten Studie (IG N=35 IG; KG N=11) konnten signifikante Verbesserungen in der Eltern-Kind-Beziehung in den Bereichen Zuwendung (T-test 4,73, $p<0.05$), Ablehnung (4,64, $p<0.05$) und Zutrauen (4,27, $p<0.05$) erhoben werden. Die Anzahl depressiver bzw. angsterkrankter Eltern in der Stichprobe wurde nicht angegeben (Linthorst, Bauer, Ospio, Pinhero & Rehder, 2015).

3.2.2 Familienzentrierte Programme

Ein Interventionsprogramm mit einer hohen Versorgungsorientierung, daher für Kinder aller Altersklassen (von 3 bis 18 bzw. 21 Jahren) und diagnoseübergreifend für Eltern aller Diagnosegruppe konzipiert und zudem umfassend evaluiert, ist der familienbezogene Ansatz CHIMPs. Er wurde in einem BMBF-geförderten Projekt in mehreren deutschen, österreichischen und Schweizer Kliniken und in jüngster Zeit auch in Japan etabliert. Im

CHIMPs-Ansatz finden in einem Zeitraum von etwa sechs Monaten bis zu einem Jahr nach einem Vorgespräch mit der ganzen Familie zunächst 2-3 Elterngespräche, 1-2 Kindergespräche mit jedem Kind der Familie, eine Diagnostik des Kindes sowie 3 Familiengespräche statt. Im Fokus der psychodynamischen Gespräche stehen die Krankheitsbewältigung durch u.a. Psychoedukation bei Bedarf, die Stärkung inner- sowie außerfamiliärer Beziehungen und des sozialen Netzwerkes, die Analyse der Paar- und Familiendynamik und –funktionalität und die Implementierung weitergehender Hilfen bei Bedarf. Die Befunde des Ansatzes zeigen, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder der Interventionsgruppe (N=53 T1; N=27 T2) sowie deren soziale Unterstützung im Vergleich zu denen der Wartelistenkontrollgruppe (N=14) signifikant verbessert. Auch die psychische Gesundheit der Kinder verbesserte sich signifikant (Wiegand-Grefe et al., 2013), ebenso die Krankheitsbewältigung (Wiegand-Grefe et al., 2013) und die Familienbeziehungen (Wiegand-Grefe et al., 2016). Die Ergebnisse der kontrollierten Studien weisen eine mittlere Effektstärke von $d=.40$ bzw. $d=.42$ auf (Wiegand-Grefe, Werkmeister, Bullinger, Plass & Petermann, 2012). Der Ansatz wurde von 2014 bis 2018 in einer BMBF geförderten RCT Studie im kontrolliert-randomisierten Design erneut evaluiert. Erste Ergebnisse dieser RCT-Evaluation weisen in die erwartete Richtung einer Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder in der Interventionsgruppe im Vergleich zur TAU-Kontrollgruppe. In der multizentrischen CHIMPs-Studie erfolgte erstmals im deutschen Sprachraum auch eine gesundheitsökonomische Evaluation (Kilian & Wiegand-Grefe, 2018).

Auch das Projekt NischE (Nicht von schlechten Eltern) ist ein familienorientiertes Projekt, das aus 15 Einzelterminen pro Familie besteht. Die Termine können dabei je nach Bedarf ganz unterschiedlich genutzt werden, als Einzelberatung, Familiengespräch, Einzelförderung der Kinder oder auch als Fachkonferenz im Sinne der Netzwerkbildung. Das Projekt besteht aus vier Phasen, wobei zunächst die Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung im Vordergrund steht, in der zweiten Phase die Verbesserung der familiären Kommunikation und in der dritten Phase die Bearbeitung von Belastungsfaktoren des Jugendlichen, z.B. der Umgang mit Schuldgefühlen oder Loyalitätskonflikten, Parentifizierung und Tabuisierung. In der letzten Phase geht es um die Weitervermittlung des Jugendlichen in andere Hilfesysteme. So kann NischE psychisch belasteten Familien und Jugendlichen einen niedrighwelligen Zugang zum Hilfesystem ermöglichen. Das Projekt wurde anhand einer nicht randomisierten schriftlichen Befragung untersucht ($n=150$) und deskriptiv beschrieben. In allen erhobenen Parametern (z.B. erhaltene Leistungen, Zufriedenheit) wurde eine signifikante Differenz zwischen Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer berechnet ($p>0,12$). 92% der Familien gaben an, dass sie mit der Beratung zufrieden waren. Eine differenzierte Beschreibung der Stichprobe in Hinblick auf die Art der Erkrankung erfolgte im Bericht nicht (Nienaber et al., 2017).

Die Intervention von Beardslee ist international im Gruppenformat weiterentwickelt und diese Gruppenversion auch in Deutschland adaptiert und in einem quasi-experimentellen Design evaluiert worden. An zwei Kliniken in Deutschland ist diese Adaption für Gruppen durchgeführt worden. Die Interventionsgruppe bestand aus 37 Eltern, von denen 30 eine depressive/affektive Störung hatten. Demnach zeigten die Kinder der Interventionsgruppe (n=28) im Anschluss mehr Wissen über die elterliche Erkrankung, Emotionen und Unterstützungsmöglichkeiten (Differenz (z-standardisiert) = 0.60, p=0.01). Zudem zeigten die Kinder der Interventionsgruppe eine signifikant reduzierte externalisierende Symptomatik im Vergleich zu den Kindern der Wartelistenkontrollgruppe (n=9) (Differenz(z-standardisiert) = 8.87, p=0.03) und im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt vor Beginn der Intervention. Es konnte keine signifikante Reduktion der internalisierenden Symptomatik der Kinder festgestellt werden (Christiansen, Anding, Schrott & Röhrle, 2015). Auch das Marburger Programm SONNE basiert auf der Beardslee'schen Gruppenintervention. SONNE ist für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern und beinhaltet zwei Gruppensitzungen der Eltern, 5 Gruppensitzungen der Kinder und eine individuelle Familiensitzung. Vorab finden zwei Sitzungen zur Diagnostik anhand eines Screening-Fragebogens von Eltern und Kind statt. Ziele der Intervention sind demnach die Risiko- und Bedarfseinschätzung, Psychoedukation sowie Ressourcenstärkung (Emotionsregulation und soziale Unterstützung). Die Evaluation erfolgte in einem quasi-experimentellen Design mit einer Kontrollgruppe von N=30. Zu der Verteilung der Stichprobe in Bezug auf die Erkrankung der Eltern liegt keine Beschreibung vor. Ergebnisse zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Wissenszuwachs und Verhaltensauffälligkeiten in der Postbefragung (je größer der Wissenszuwachs, desto geringer die Verhaltensauffälligkeiten) (Christiansen, 2011).

3.3 Präventive Hilfen, Angebote und Programme für Kinder suchtkranker Eltern

Bislang sind nur wenige passgenaue evidenzbasierte präventive Programme für Kinder suchtkranker Eltern oder betroffene Familien entwickelt worden. Es liegen jedoch mit ca. 70 Angeboten deutlich mehr nicht evaluierte lokale Ansätze im Bereich der Suchtberatungsstellen vor (vgl. Ruths et al., 2013).

Im Folgenden wird ein Überblick zu den evidenzbasierten Programmen gegeben:

Im Rahmen eines umfangreichen Reviews konnten Thomasius & Klein (2018) aus vier hochwertigen Reviews vier Programme der individuellen Prävention – „Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success“ (CHOICES), die „Strengthening Families Program“-Variante SFP-Utah, das „Stress Management and Alcohol Awareness Program“

(SMAAP), „Focus on Families“ (FOF) – identifizieren, welche den Empfehlungsgrad 1+ /B („Sollte angewendet werden“) erhielten. Diese Programme sind überwiegend oder ausschließlich im Bereich der Verhaltensprävention angesiedelt. Im Einzelnen handelt es sich dabei um: CHOICES und SMAAP sind ältere Programme, die vor etwa 20 Jahren entwickelt wurden, und welche deshalb konzeptuell überprüft werden müssten. Bei FOF liegt der Programmschwerpunkt auf Elterntrainings. Einem weiteren Programm, welches die pädiatrische Primärversorgung adressiert – „Safe Environment for Every Kid“ (SEEK) – wurde der Empfehlungsgrad 1++ /B („Soll angewendet werden“) zugesprochen. SFP ist das einzige dieser Programme, für welches bereits eine deutsche Übersetzung und Adaption („Familien stärken“) vorliegt. Bei der deutschen Version von SFP handelt es sich allerdings nicht um das Format von SFP-Utah, das konzeptuell variable Anteile enthält, sondern um das stringent manualisierte SFP-Iowa für 10- bis 14-jährige Kinder.

Bei dem amerikanischen „Stress Management and Alcohol Awareness Program“ (SMAAP) handelt es sich um ein psychoedukatives Programm für Kinder von alkoholbelasteten Eltern. Erarbeitet werden Coping-Strategien, Erwartungen an Alkoholkonsum und Erhöhung des Selbstwerts der Kinder. Die Vermittlung der Inhalte findet mit Hilfe von speziellem didaktischem Material, Demonstrationen, praktischen Übungen und Hausaufgaben statt. Es werden 8 Sitzungen einmal pro Woche in einer Gruppengröße von 6-8 Kindern durchgeführt. Die Anleitung der Gruppen wird durch ausgebildetes pädagogisches Personal übernommen. Allen Stunden liegen ein festes Thema und Konzept zugrunde (Short, Roosa, Sandler et al., 1995).

Beim „Strengthening Families Program“ (SFP) - Utah handelt es sich um die ursprüngliche, im US-Bundesstaat Utah entwickelte Variante des „Strengthening Families Program“ für die Altersgruppe von 6-11 Jahren („SFP 6-11 Years“). Für die Evaluationsstudien wurden Familien rekrutiert, in denen mindestens ein Elternteil ein diagnostiziertes Alkoholproblem hatte und mindestens ein zwischen neun und zwölf Jahre altes Kind lebte (vgl. die ausführliche Publikationsübersicht auf der Homepage (www.strengtheningfamiliesprogram.org/)). Die SFP-Sitzungen finden für gewöhnlich im geschützten Setting statt. Das Programm ist verhaltensorientiert und hat das Ziel, die Ressourcen der Kinder zu stärken das elterliche Erziehungsverhalten zu verbessern. 14 festgelegte Themen werden wöchentlich in nach Eltern und Kindern getrennten sowie nachfolgenden gemeinsamen Sitzungen von intensiv geschulten Gruppenleitern durchgeführt. Es liegt eine deutsche Adaptation des oben bereits erwähnten Formats „SFP-Iowa für 10- bis 14-Jährige“ der Forschungsgruppe um Thomasius vor (Bröning, Baldus, Thomsen et al., 2016), die die kulturellen, sprachlichen und ethnischen Unterschiede zur amerikanischen Version berücksichtigt.

Das in Deutschland entwickelte und evaluierte „Trampolin“-Programm (Klein, Moesgen, Bröning & Thomasius, 2013) erfüllt die Evidenzanforderungen ebenfalls. Es wurde im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Modularisierte Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ entwickelt und evaluiert. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass „Trampolin“ sowohl das Verständnis der Kinder zum Geschehen in der Suchtfamilie und ihre eigene Rolle darin deutlich erhöht, insbesondere wird ihre psychische Belastung spürbar und nachhaltig zum Positiven hin verändert. „Trampolin“ kann als evidenzbasiert eingeschätzt werden (Empfehlungsgrad „1+ /B sollte angewendet werden“; siehe Thomasius & Klein, 2018). Das Programm wurde speziell für Kinder suchtkranker Eltern konzipiert und adressiert die Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen, es wird in 9-10 Gruppensitzungen bei einer Gruppengröße von 6-8 Kindern durchgeführt, zusätzlich werden zwei Elternabende angeboten. „Trampolin“ ist manualisiert, seine Module bauen inhaltlich aufeinander auf. Sie beinhalten das Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien (gerade auch in Bezug auf Vorkommnisse der elterlichen Suchtstörung), die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen, das Erlernen effektiver Coping-Strategien in der suchtbelasteten Familie, die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens, Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas Sucht, Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, dem Krankheitsbild „Sucht“ sowie dessen Auswirkung auf andere Familienmitglieder (Klein et al., 2013). Auch suchtkranke Eltern werden bislang in ihrer Rolle als Eltern kaum systematisch unterstützt. Ihre Erziehungsfähigkeit sowie ihre Elternfunktionen sind oft sehr eingeschränkt (Klein 2006; Klein, Moesgen & Dyba, 2018). Als Besonderheit der elterlichen Suchtstörung erscheint neben dem hohen Ausmaß an Anforderungen gegenüber den Kindern, was zu Parentifizierung, Verantwortungsübernahme und Kontrollverhalten führen kann, das hohe Ausmaß an intrafamilialem Stress sowie das oft volatile Elternverhalten (Klein, 2018a).

Neben dem schon erwähnten „Familien stärken“-Programm (vgl. Thomasius & Klein, 2018) liegt mit MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training) ein modularisiertes Angebot für drogenabhängige substituierte Mütter (Klein, 2006) vor. Das neueste entwickelte Angebot bezieht sich auf methamphetaminabhängige Eltern und wurde schwerpunktmäßig in Sachsen und Thüringen in der ambulanten Suchthilfe und Jugendhilfe validiert. Es handelt sich um das ebenfalls evidenzbasierte Programm SHIFT (Suchthilfe und Familientraining: „Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern von 0 bis 8 Jahren – Ein Behandlungs- und Präventionsmanual“; Klein, Moesgen & Dyba, 2018).

3.4 Alters- und geschlechtsbezogene Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen

3.4.1 Altersbezogene Entwicklungsaufgaben

Kinder und Jugendliche durchlaufen in ihrer Entwicklung vielfältige Veränderungen in ihrem Verhalten und Erleben. Diese Veränderungen lassen sich auf (epi-)genetische und biologische Ausstattung bzw. Rahmenbedingungen ebenso wie auf kulturelle und psychosoziale Bedingungen und Lernerfahrungen zurückführen, die ihre Entwicklung stützen und steuern. Dabei lassen sich Entwicklungsmeilensteine benennen, die altersbezogen körperliche sowie kognitive und psychologische Entwicklung charakterisieren. Als globaler Hinweis für deren Bewältigung kann im Sinne so genannter „Entwicklungsaufgaben“ auf gelingende Entwicklung geschlossen werden bzw. umgekehrt bei unzureichender oder fehlender Bewältigung auf nicht gelingende Entwicklungsverläufe oder gar pathologische Entwicklung. Entwicklungspsychologisch übliche altersbezogene Einteilungen sind die frühe Kindheit (0-3), das Vorschulalter (4-6), die mittlere Kindheit (6-11), das Jugendalter (12-18) sowie das junge Erwachsenenalter (18-27). Letztere Altersgruppe wird in dieser Expertise nicht berücksichtigt, da die Unterstützungen und Leistungen der für Kinder und Jugendlichen relevanten Sozialgesetzbücher für junge Erwachsene nicht systematisch anwendbar sind. Die Altersgruppe wird aber hier ausdrücklich erwähnt, weil entwicklungspsychologische Forschung nahelegt, dass junge Erwachsene in dieser Phase noch entscheidende kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsschritte machen und damit auch präventive und therapeutische Förderung (versus Rehabilitation) mitgedacht werden müsste.

Schädliches Gesundheitsverhaltens bereits **während der Schwangerschaft** kann einen „gesunden Start ins Leben“ beeinträchtigen und langfristige Folgen haben. Beispielhaft genannt seien etwa die Folgen schädlichen Alkoholkonsums bei Kindern suchtbelasteter Mütter (fetales Alkoholsyndrom). Insofern liegt ein wichtiger Fokus umfassender Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern bereits in der systematischen Beratung und Gesundheitsversorgung in der Schwangerschaft sowie auch in der Neugeborenenphase und den ersten Lebensmonaten. Letztere Entwicklungsphase ist allein schon wegen der nicht unerheblichen Auftretenshäufigkeiten von postpartalen Belastungen und Störungen bei jungen Müttern besonders relevant für systematische präventive Unterstützung und Versorgung (Wilkins et al., 2004).

Im **Säuglings- und Kleinkindalter** ist die Befindlichkeit von kleinen Kindern sehr eng vom Zusammenspiel gesundheitlicher und psychologischer bzw. sozialer Faktoren abhängig. Gerade Säuglinge und Kleinkinder sind besonders vulnerabel. Dies gilt auch für Säuglinge und Kleinkinder psychisch erkrankter Eltern. Säuglinge sind physisch wie psychologisch

fundamental auf elterliche Fürsorge angewiesen und frühe Entwicklung findet in entscheidendem Maße in engen Bindungsbeziehungen mit den Eltern statt (Bowlby, 1977). Dies ist als grundlegende Annahme der ethologischen Bindungstheorie empirisch breit abgesichert. Erste und zentrale Entwicklungsaufgabe ist es, physiologische und emotionale Zustände sowie Verhalten zunehmend selbst zu regulieren (Unwohlsein, Hungergefühle). Körperliches bzw. gesundheitliches Wohlbefinden ebenso wie Unwohlsein oder auch (beginnende) Verhaltensprobleme von kleinen Kindern werden entscheidend von der Qualität der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen ihrer Eltern mitbestimmt (Sheffield et al., 2007; Breeman et al., 2018). Insofern können Eltern die Entwicklung ihrer Kinder entscheidend fördern, aber auch hemmen und schlimmstenfalls auch gefährden. Es geht also in wenigen Fällen auch um frühes vernachlässigendes bzw. misshandelndes Verhalten von psychisch hoch belasteten Eltern (siehe Kapitel Kinderschutz). Erfolgversprechende Ansatzpunkte mögliche Entwicklungsprobleme und psychische Störungen rechtzeitig abzuwenden bzw. zumindest abzupuffern, liegen in der frühen Kindheit in einer frühen und rechtzeitigen präventiven bzw. therapeutischen Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Hinzu kommt weiterhin, dass verbindliche Kooperations- und Vernetzungsstrukturen insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem zwingend vorgehalten werden müssen, um auch außerfamiliäre Hilfen zu ermöglichen (Plass et al., 2016). Mit der Entwicklung der Frühen Hilfen in den vergangenen 15 Jahren sind tragfähige lokale Netzwerkstrukturen entstanden, die eine interdisziplinär angelegten Unterstützung und Versorgung von jungen Familien systematisch und breit sicherstellen sollen.

Systematische interdisziplinäre Strukturen fehlen weitgehend für die Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern im **Vorschulalter und in der mittleren Kindheit**. Dies um so mehr, weil nun weitere professionelle Akteure und Institutionen in der Lebenswelt des Kindes beteiligt sind. In dieser Entwicklungsphase erweitern sich die Lebenswelten von Kindern. Neben der Beziehung mit den Eltern und der erweiterten Familie kommen spätestens in diesem Alter weitere Lebensumwelten hinzu. Zunehmend mehr Kleinkinder (jünger als drei Jahre) und nahezu alle Kinder älter als drei Jahre gehen in Kindertagesstätte und alle in die Schule. Dennoch besteht auch in dieser Entwicklungsphase die Angewiesenheit auf die Vermittlung emotionaler Sicherheit durch die Eltern und deren Unterstützung bei der Regulation von Emotionen und Verhalten weiter. Wenn Eltern für ihr Kind emotional nicht ansprechbar und nicht „präsent“ sind, wie z.B. während depressiver Episoden oder bei suchtbedingten Zuständen, neigen Kinder intuitiv dazu ihre Eltern zu „erfreuen“ bzw. zu „unterhalten“ oder zeigen gar übermäßig fürsorgliches Verhalten (sog. parentifizierendes Verhalten), um sie emotional zu „erreichen“ (Davies & Cummings, 1994). Insbesondere parentifizierendes Verhalten ist in hohem Maße entwicklungsunangemessen

und birgt hohe Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern (Byng-Hall, 2002). Ein in der kognitiven Entwicklung wichtiger Entwicklungsmeilenstein im Vorschulalter, nämlich der, sich auf die jeweils eigene Perspektive bzw. den eigenen „Standpunkt“ zu orientieren (so genannter kindlicher „Egozentrismus“) kann bei Kindern psychisch erkrankter Eltern dazu führen, dass sie emotional abwesendes und/oder unvermittelt harsch aggressives Verhalten ihrer Eltern „schuldhaft“ auf sich beziehen bzw. verarbeiten. Insgesamt gilt das Vorschulalter – wie sich das in psychodynamischen Entwicklungstheorien auch gut erklären lässt – als vulnerable Phase für die Entstehung von Ängsten. Wie Eltern ihre Kinder regulativ unterstützen und strukturieren, wird im Zusammenhang mit der Entwicklung von sozial-kognitiven Kompetenzen diskutiert (Bernier, Carlson & Whipple, 2010). Unter diesen sozial-kognitiven Kompetenzen versteht man z.B. wie sich zielorientiertes Verhalten, Flexibilität, Ausdauer, Frustrationstoleranz, die Fähigkeit, Bedürfnisse aufzuschieben oder auch die Impulskontrolle entwickeln. Diese Kompetenzen lassen sich neuropsychologisch den so genannten exekutiven Funktionen zuordnen, die wiederum relevant für die Steuerung von Denken und Handeln sind. Leistungsprobleme bzw. Teilhabebeeinträchtigungen zeigen sich etwa in Aufmerksamkeitsproblemen, in Problemen (negative) Emotionen altersangemessen zu kontrollieren oder Bedürfnisse aufzuschieben. In diesem Verständnis sind exekutive Funktionen letztlich maßgebliche Voraussetzungen dafür, dass Kinder in der Schule zurechtkommen, und zwar sowohl bezogen auf kognitive als auch auf soziale Heraus- und Anforderungen. Schließlich ist die zunehmende Ausdifferenzierung des Selbst und des Selbstwertempfindens durch neue Erfahrungen in verschiedenen Lebensumwelten eine zentrale Entwicklungsaufgabe. Hierzu gehört der kompetente Umgang mit Gleichaltrigen und die Gestaltung von festen Freundschaften. Ein Misslingen dieser Aufgabe zeigt sich in mangelnder Popularität oder gar Mobbing bzw. Isolierung in der Gruppe. Insgesamt können so genannte internalisierende oder externalisierende Probleme (unspezifische) Symptome für tiefgreifende Belastungen von Kindern dieser Altersgruppe sein.

Das **Jugendalter** ist für alle Jugendlichen eine Phase mit gravierenden Veränderungen und Umbrüchen in allen Entwicklungsbereichen, und zwar unabhängig von besonderen Belastungen, wie es das Aufwachsen mit psychisch erkrankten Eltern darstellt. Spätestens In dieser sensiblen und qualitativ bedeutsamen Umbruchphase kann insbesondere externalisierendes Verhalten auch ein entwicklungstypisches und dabei vorübergehendes Phänomen sein, das auch prinzipiell familiär unbelastete Jugendliche zeigen können, so genanntes "Risk-Taking" – riskantes Verhalten (Loeber, 1990). Insofern lässt sich problematisches Verhalten etwa mit dem Bestreben nach Autonomie bzw. der Demonstration von Autonomie erklären, im Sinne eines symbolischen Zugangs zu den Privilegien der Erwachsenen. Davon abzugrenzen sind Jugendliche in hoch belasteten und schwierigen Lebenssituationen, zu denen häufig Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern gehören. Bei

ihnen sind Verhaltensauffälligkeiten dann tatsächlich Ausdruck tiefergehender Probleme. Sie sind in besonderer Weise gefährdet, dass sich solche entwicklungstypischen Problemverhaltensweisen chronifizieren bzw. bereits bestehende Probleme in dieser Entwicklungsphase massiv verstärken (z.B. antisoziales Verhalten, in Kumulation und Wechselwirkung mit anderen Risiken, von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter). Tatsächlich stehen alle Jugendlichen vor hohen Anpassungsanforderungen. Mit den biologischen und reifungsbedingten Veränderungen gehen tiefgreifende emotionale und kognitive Veränderungen mit entsprechenden Anforderungen einher, diese neuen Kompetenzen in die bisherige interne Struktur zu integrieren bzw. diese zu reorganisieren (Sebastian, Burnett, & Blakemore, 2008). Die hohe emotionale Sensibilität (adoleszenter Egozentrismus), die charakteristisch für das frühe Jugendalter ist, sowie neue Fähigkeiten in Möglichkeiten zu denken, Hypothesen über Sachverhalte anstellen zu können und das eigene Selbst nun über Zeit und Raum wahrnehmen und reflektieren zu können, erweitern die sozial-emotionalen und kognitiven Kapazitäten in beträchtlicher Weise: Jugendliche können nun ihre unterschiedlichen sozialen Umwelten und Beziehungen kritisch reflektieren, Diskrepanzen aushalten und integrieren bzw. auch alternative (Handlungs-) Möglichkeiten abwägen.

Eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter ist die Stabilisierung von Identität und Autonomie (vgl. Streeck-Fischer, 2017). Andere Entwicklungsaufgaben, wie die Gestaltung der Beziehungen mit Gleichaltrigen, werden vor dem Hintergrund der erweiterten sozial-kognitiven Kompetenzen von Jugendlichen fortgeführt: die Gestaltung von Nähe, Intimität und Vertrauen mit dem eigenen und dem anderen Geschlecht oder die (Neu-) Gestaltung der Beziehung mit den Eltern bei zunehmender Autonomie. Hinzu kommt die Aufgabe, Selbstverantwortung bzw. Selbstständigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen zu entwickeln (DeHart, Sroufe & Cooper, 2004). Für Kinder bzw. Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern ist die erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben häufig massiv erschwert. Ein hoher Loyalitätsdruck, wie er durch Parentifizierung aber auch reale Verantwortungsübernahme für die Eltern entsteht, erschwert die eigene Autonomieentwicklung, einhergehend mit der Ablösung von den Eltern und die unbelastete Entwicklung eigener Lebensziele. Die erweiterten kognitiven Kompetenzen führen spätestens in dieser Altersstufe dazu, dass sich Jugendliche durchaus auch realistische Sorgen darübermachen, selbst zu erkranken. Tatsächlich gilt das Jugendalter als eine vulnerable Phase für die Entwicklung („Onset“) psychischer Erkrankungen, wie z.B. Depression mit suizidalen Gedanken, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen (Steinberg, 2005).

Präventive Unterstützung und Versorgung von Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern beinhaltet, dass spätestens in dieser Altersstufe, wenn nicht bereits auch in der mittleren Kindheit, die spezifischen und unterschiedlichen Reaktionsweisen adressiert werden, mit denen Mädchen und Jungen mit ihrer zunehmend chronifizierten Lebenssituation umgehen.

Zudem gilt auch für diese Altersstufe, dass eine fachlich adäquate Unterstützung und Versorgung nur durch eine systematische und verbindliche Kooperation zwischen den Institutionen unterschiedlicher Sozialsysteme möglich sind. Hinzu kommt, dass es bei Jugendlichen nicht nur um eine gute interdisziplinär angelegte Versorgung geht, sondern auch darum, dass mit der bevorstehenden Volljährigkeit gravierende Änderungen in den Sozialleistungen stattfinden. Nicht zuletzt verliert die Kinder- und Jugendhilfe ihre Zuständigkeit bzw. können ihre Leistungen nur mehr unter eingeschränkten Bedingungen angeboten werden. Damit aber entfallen grundlegende Angebote der Regelversorgung, die gleichermaßen niedrigschwellig und präventiv als auch höherschwellig und selektiv angelegt sind. Insofern geht es in dieser Altersstufe auch darum, Jugendliche möglichst gezielt und intensiv zu unterstützen, um sie für die kommende Selbständigkeit und neuen Herausforderungen gut vorzubereiten und zu befähigen. Das Problem der Translation, also der gelungene Übergang vom Versorgungssystem der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin, gilt auch für Jugendliche psychisch kranker Eltern.

3.4.2 Geschlechtsbezogene Aspekte

Insgesamt sind Jungen gegenüber negativen biologischen ebenso wie gegenüber widrigen psychosozialen Umwelteinflüssen deutlich vulnerabler als Mädchen. Dieser in vielen Bereichen nachgewiesene Geschlechtsunterschied wurde vielfach abgesichert. Im frühen Jugendalter kehrt sich dieser Trend allerdings zuungunsten von Mädchen um (Hankin et al., 1998). Bezogen auf die besondere Situation von Jungen und Mädchen psychisch erkrankter Eltern sind die Befunde allerdings uneinheitlich. Während in einigen Studien keine Unterschiede gefunden wurden, fanden andere Studien größere Vulnerabilität bei Jungen im Schulalter, während sie bei Mädchen in der Pubertät erhöht war (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Insofern passen diese Befunde in die allgemeinen Forschungsbefunde über altersabhängige Vulnerabilität bei Jungen und Mädchen. Dabei zeigen sich auch schon im Vorschul- und Grundschulalter geschlechtsspezifische Unterschiede in einer beginnenden so genannten „Jungenwendigkeit“, und zwar dann, wenn Probleme sichtbar werden. Jungen zeichnen sich bis zur Pubertät durch eine höhere Vulnerabilität für externalisierende Probleme aus (oppositionelles Verhalten, Impulsivitätsstörungen, Konzentrationsstörungen). Demgegenüber scheinen Mädchen in der Vorschul- und Grundschulzeit weniger vulnerabel. Mit Beginn der Pubertät zeigen sie allerdings gehäuft eine erhöhte Vulnerabilität für eher internalisierende Probleme, wie z.B. zurückgezogenes Verhalten. Wenn Jungen Verhaltensauffälligkeiten zeigen, sind es auch im Jugendalter externalisierende Verhaltensweisen, wie z.B. Schulschwänzen, Schulschwierigkeiten, Drogen-/Alkoholkonsum, oder Diebstahl (Eaton et al., 2012).

3.5 Programme nach Altersdifferenzierung

Die Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern lassen sich nach unterschiedlichen Kriterien ordnen. Oftmals werden diese nach dem Setting differenziert, wie z.B. kindbezogen oder familienbezogen, wie in der vorliegenden Expertise gewählt. Die Ordnungskriterien sind nicht immer trennscharf. Für die Frage nach altersbezogenen Angeboten und Programmen, geht es darüber hinaus darum, explizit spezifische Entwicklungsaufgaben und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern zu adressieren. Quer zu diesen inhaltlichen Ordnungskriterien werden methodische Kriterien herangezogen, mit denen die empirische Evidenz von Programmen eingeschätzt wird.

Betrachtet man die vorliegenden Programme gemäß ihren zugrundeliegenden konzeptuellen Ansätzen bzw. Zielen sind diese eher allgemeiner formuliert. Sie beinhalten die Förderung elterlicher Beziehungskompetenzen und der Eltern-Kind-Interaktion, psychoedukative Elemente, um Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern zu informieren und aufzuklären, familiäre Kommunikation, die Förderung von Selbstwirksamkeit und Resilienz, z.B. durch soziales Kompetenztraining, Erwerb von Bewältigungsstrategien, wie Umgang mit Stress oder Emotionsregulation (häufig kognitiv-behaviorale oder systemisch-familientherapeutische Elemente). Die Förderung psychischer Gesundheit, wie in der CHIMPS-Intervention (Arbeitsgruppe Wiegand-Greife) umfasst explizit therapeutische Elemente (neben gesundheitsbezogener Lebensqualität, Familienbeziehungen und sozialer Unterstützung). Mit diesen Zielen werden jeweils Kinder oder Eltern bzw. Kinder und Eltern (familienzentriert) in den vorliegenden Programmen angesprochen.

Nachvollziehbar finden sich in den Programmen Entwicklungsaufgaben bzw. altersspezifische Ansätze zu deren Bewältigung, wenn überhaupt, eher global formuliert. Beispielsweise lässt sich danach die vielfach benannte Stärkung des Selbstwertempfindens bzw. der Selbstwirksamkeit oder Resilienz von Kindern als explizites Ziel benennen, dessen erfolgreiche Bewältigung Kinder in ihrer weiteren Entwicklung in vielen Entwicklungsbereichen voranbringen kann. Eher implizit lassen sich aus den benannten Zielen etwa aus der Psychoedukation altersspezifische Themen ableiten, wie z.B. die Unterstützung bei der „inneren Klärung“ von Loyalitätskonflikten bzw. beim Umgang damit im Alltag. Gruppenangebote, wie sie häufig in der mittleren Kindheit angeboten werden, dürften zumindest implizit wichtige Entwicklungsaufgaben berücksichtigen, wie den Umgang mit Gleichaltrigen, indem sie moderierte Kontakte und Handlungskompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen anregen (auch wenn dieser Aspekt eher nicht explizit in den Programmen benannt bzw. operationalisiert wird). Insgesamt werden geschlechtsspezifische Bedürfnisse in

den Programmen nicht explizit berücksichtigt und keine spezifischen Förderungen oder Settings daraus abgeleitet. Demgegenüber beziehen sich Programme zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bzw. zur Verbesserung von inkonsistentem, emotional zurückgenommenen oder harschem Verhalten (z.B. Hosman, van Doesum & van Santvoort, 2009) auf die zentrale Aufgabe emotionale und Verhaltensregulation im Beziehungskontext zu entwickeln.

Dies gilt insbesondere für die **frühe Kindheit**. Für diesen Abschnitt über die frühe Kindheit, wird jedoch auf die Ausführungen über Mutter-Eltern-Kind Behandlungen verwiesen (Stichwort: Frühe Hilfen). Für **Säuglinge und Kleinkinder** stehen insgesamt vor allem bindungszentrierte Programme zur Verfügung, wie sie in den Frühen Hilfen umgesetzt werden (vgl. Abschnitt Mutter-Eltern-Kind-Behandlungen). Ein Beispiel ist das Programm Kreis der Sicherheit (Ramsauer et al., 2011) das auf der Grundlage des Interventionsprogrammes „circle of security“ (<https://www.circleofsecurityinternational.com/>) konzipiert wurde.

Für **Kindergarten- und Vorschulkinder** stehen primär elternbezogene Interventionen zur Verfügung. In der britischen Intervention „living with under fives“ werden neben psychoedukativen Elementen für die Eltern eine separate Kindergruppe zur Verbesserung derer sozialen Kompetenzen sowie Analysen zur Eltern-Kind-Interaktionen angeboten. Eine ausreichende Evaluation zu den Effekten des Programms ist bisher nicht verfügbar (Bassett, Lampe & Lloyd, 2001). Für diese Altersgruppe konzipiert ist auch das rein elternzentrierte in Deutschland anlaufende Projekt „Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken“. Inhalte der zwölf zweistündigen Sitzungen für sechs bis acht psychisch erkrankte Eltern sind das Mentalisieren, Emotionen und Emotionsregulation, Stressbewältigung sowie die Förderung eines sozialen Beziehungsnetzes. Mitarbeiter können Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Beratende in einer Erziehungsberatungsstelle oder Jugendhilfeeinrichtung sein. Das Projekt wird bis März 2018 in verschiedenen Einrichtungen erprobt und soll anschließend evaluiert werden (Lenz, Leffers & Rademaker, 2014).

Auch die Programme für die Altersgruppe der **Kinder im Vorschulalter** und in der mittleren Kindheit bzw. im Jugendalter zeigten im internationalen Vergleich insgesamt statistisch bedeutsame, aber kleine Effekte (Metaanalyse, N= 3020; Thanhäuser et al., 2017). Sie wurden in ihrer Wirkung weitgehend auf die Reduktion psychischer Gesundheit und dabei die Reduktion internalisierender bzw. externalisierender Probleme geprüft. Die Effekte verbesserten sich noch einmal bedeutsam über einen Zeitraum von sechs bzw. zwölf Monaten. In Deutschland gibt es für die mittlere Kindheit und das Jugendalter einige wenige

gut evaluierte Programme, die mittlerweile auch zunehmend mehr in der Kinder- und Jugendhilfe-Landschaft bzw. im Gesundheitssystem implementiert sind. Dazu gehören CHIMPS (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011), Trampolin, spezifisch für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern (Klein et al., 2013), eine deutsche (evaluierte) Adaptation des international umfassend evaluierten Ansatzes „Family Talk Intervention“ („Hoffnung, Sinn und Kontinuität“) (Christiansen et al., 2015) oder die deutsche (evaluierte) Adaptation der Intervention „Raising healthy children“ der Arbeitsgruppe um Campos (Platt et al., 2014). Dazu gehört zudem die deutsche Adaptation des „Strengthening Families Program“ („Familien stärken“, Bröning et al., 2016 nach Maguin et al., 2003).

Dabei lassen sich zwischen der Altersgruppe der Kinder im Vorschulalter und der mittleren Kindheit und der des Jugendalters eher weniger entwicklungsalterstypisch „trennscharfe“ Unterscheidungen ausmachen. CHIMPS adressiert, um eine hohe Versorgungsfreundlichkeit zu realisieren, Kinder zwischen 3 und 21 Jahren (allerdings mit entwicklungsalterstypischen Schwerpunkten), die adaptierte Intervention nach Beardslee beginnt im Grundschulalter (8 Jahre) und endet in der frühen Adoleszenz (15 Jahre), ähnlich wie die adaptierte Intervention nach Campos (9-15 Jahre). Demgegenüber adressiert das Trampolin-Programm eine entwicklungspsychologisch sinnvoll und gut von folgenden Entwicklungsaufgaben abgrenzbare Phase (8-12 Jahre). Ähnliches gilt für das suchtspezifische Programm „Familien stärken“, das die beginnende Phase der Adoleszenz (10 – 14 Jahre) adressiert.

Explizit für **Schulkinder** ist im internationalen Sprachraum die Intervention CHAMPS (CHildren And Mentally ill ParentS) konzipiert. Sie wird seit 1995 in Australien durchgeführt und dauert entweder vier Tage am Stück oder als offene Gruppe wöchentlich zwei Stunden in einem Schoolterm. Die Ferienintervention zeigt in der Evaluation bessere Ergebnisse. Altersgerecht werden den Kindern zunächst Informationen über die elterlichen Erkrankungen vermittelt, anschließend werden ressourcenorientiert Coping-Strategien erarbeitet. Bei den Sitzungen ist ein Projektmitarbeiter anwesend (Goodyear, Cuff, Maybery & Reupert, 2009).

Für **Jugendliche** ist die australische Intervention PATS (Paying Attention To Self) konzipiert. Sie ist erstmals 1996 durchgeführt worden und dauert 8 Wochen mit wöchentlichen Sitzungen. Zentrales Element der Intervention sind die Gruppensitzungen, in denen die Jugendlichen miteinander Erfahrungen austauschen. Alle haben mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil und sind kognitiv und sozial ähnlich weit entwickelt. Ausgeschlossen werden Jugendliche, bei denen eine eigene psychische Erkrankung vordergründig behandlungsbedürftig ist. Die Jugendlichen wählen einen group leader. In den Gruppen werden folgende Inhalte besprochen: Verstehen der elterlichen Erkrankung, Verbesserung der Eltern-

Jugendlichen-Beziehung, Kommunikations- und Problemlösetraining, Strategien zum Umgang mit der elterlichen Erkrankung entwickeln sowie Strategien der Selbstfürsorge. Bei den Gruppensitzungen ist ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin anwesend, die Jugendlichen werden jedoch in der Planung (Diskussionen, Rollenspiele, Gastredner oder Gastrednerin, ...) der Sitzungen eingebunden. Das Hauptziel der Intervention ist demnach die Akzeptanz der elterlichen Erkrankung und der soziale Austausch mit anderen Betroffenen darüber zur Reduktion der sozialen Isolation (Hargreaves et al.,2005).

Für die Frage der Altersgruppendifferenzierung bei Programmen für Kinder suchtkranker Eltern gilt: es besteht meistens Konsens, dass präventive Angebote zwischen Altersgruppen betroffener Kinder differenzieren müssen. Allerdings liegen, wie diese Übersicht zeigt, nicht für alle Altersgruppen adäquate Angebote vor. Die Altersdifferenzierungen sollten entlang entwicklungspsychologischer Kategorien hinsichtlich kognitiver und sozialer Entwicklungsschritte erfolgen. Damit ist 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) (vgl. Berk 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die altersbezogene Unterstützung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern noch eher wenig spezifisch ausgebaut ist. Entwicklungstypische Meilensteine oder Aufgaben werden nicht systematisch berücksichtigt bzw. in der Praxis nicht systematisch auf die jeweils altersspezifischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen bezogen. Ausnahme ist der Altersbereich der frühen Kindheit. In dieser Entwicklungsphase sind 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 werden. Damit ermöglichen sie es ergänzende und spezifische Bausteine vorzuhalten, die von bestehenden regelhaften Leistungen flankiert werden. Sie lassen sich zudem als „Blaupause“ für zwingend notwendige interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung nutzen, um auch über die Altersphase der frühen Kindheit hinaus, spezifische und passgenaue Angebote und Leistungen für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern umfassend und systematisch vorzuhalten. Allerdings sind auch in den Frühen Hilfen gleichermaßen spezifische beraterische und therapeutische Angebote für die besonders belastete Gruppe von Kindern psychisch erkrankter Eltern nicht hinreichend systematisch etabliert. Ausgebaut werden müssen zudem Qualifizierung der professionellen Akteure im niedrigschwelligen Bereich und die rechtzeitige und lückenlose Vermittlung an weitere interdisziplinäre Institutionen. Ein weiteres Desiderat ist die Evaluation bestehender und

erfolgsversprechender Angebote in Deutschland. Dies impliziert auch die Einbindung in bestehende Strukturen der Regelversorgung (siehe Kapitel Kooperation und Vernetzung bzw. Projekte wie „Kanu“ mit dem expliziten Ziel der Anbindung an die Regelversorgung / Versorgungslücken zu schließen). Geschlechtsspezifische Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sind bei der Konzeptualisierung von Unterstützungen bislang nicht berücksichtigt.

Als weitere **Desiderate** lassen sich die Notwendigkeit nennen, geschlechtsspezifischer Elemente in den empirisch abgesicherten Programmen zu integrieren (zumindest ab der mittleren Kindheit) sowie konzeptionell angemessene Antworten in den Programmen auf die entwicklungspsychologisch gut beschriebenen „Übergänge“ in der Entwicklung zu entwickeln. Diese dürften in der interdisziplinären Versorgung relevant dafür sein, dass Angebote und Leistungen lückenlos vorgehalten werden können. Hier geht es auch um die Übertragung gesicherten entwicklungspsychologischen Wissens in die Strukturen unserer Sozialgesetzgebung. Beispiel ist die oben erwähnte Möglichkeit und Chance am Ende des Jugendalters ggf. intensiv zu unterstützen, bevor Unterstützung und Versorgung durch die Kinder- und Jugendhilfe ausläuft bzw. andere „Systemlogiken“ greifen. Ähnliche Versorgungslücken werden zu Beginn des Grundschulalters sichtbar, wenn z.B. eher ganzheitlich und perspektivisch angelegte Unterstützung in der Regelversorgung wie die durch die Frühförderung ausläuft. Alternativen im Gesundheitssystem, wie z.B. Ergotherapie sind dann relativ zu den umfassenden Bedürfnissen von Kindern psychisch erkrankter Eltern bei weitem nicht ausreichend, selbst dann, wenn bei guter Systemkenntnis interdisziplinäre Angebote theoretisch Alternativen böten (Erziehungsberatung, punktuelle Kindergruppen, psychotherapeutische Anbindung, etc.). Eltern unter Belastung sind gewöhnlich überfordert, die Sozialsysteme eigenständig zu durchdringen und sich passgenaue Hilfen zusammenzustellen. Sie benötigen „Hilfen aus einer Hand“. Schließlich bleibt als letztes Desiderat die Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Selbst wenn diese selbstverständlich implizit berücksichtigt wird, ist die explizite Konzeptualisierung in Programmen ebenso wie in der Umsetzung der Regelversorgung handlungsleitend.

3.6 Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Evidenzbasierung

Im Großteil der Studien konnte in den Veröffentlichungen keine Angaben zu den Effektstärken gefunden werden, es wurde lediglich das Signifikanzniveau angegeben. In den Studien, in denen Effektstärken angegeben sind, finden sich kleine bis mittlere Effekte (z.B. CHIMPs, Raising Healthy Children, CHAMPS) z.B. in der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und deren sozialer Unterstützung bzw. sozialer Beziehungen,

Problemlösetraining und Selbstwert sowie verhaltensspezifischer Symptome (depressive, ängstliche, internalisierende und externalisierende Symptomatik).

Von den eingeschlossenen Studien beschreiben zwei Studien eine hohe Drop-Out-Rate zwischen den Messzeitpunkten. So startete CHIMPs mit N=53 beim ersten Messzeitpunkt, N=27 bei T2. Zur katamnestischen Erhebung konnten nur noch 9 der Probanden gewonnen werden (Wiegand-Grefe, Werkmeister, Bullinger, Plass & Petermann, 2012). In der Intervention von Lauritzen und Reedtz (2016) sank die Teilnehmerzahl um über die Hälfte, was mit der langen Studiendauer von fünf Jahren zu erklären ist (Lauritzen & Reedtz, 2016). Bei PATS betrug die Drop-out-Rate nach der sechs Monate-follow-up-Erhebung ca. 10%, nach einem Jahr rund 20% (Hargreaves et al., 2005). Ähnliche Drop-out-Raten geben die Autoren der Evaluation des Effective Family Programmes an. Hier schieden 9,2% der Befragten bereits nach der Baseline-Erhebung aus und nach dem Follow-Up von 10 Monaten knapp 30%, nach 18 Monaten knapp 23%. Dabei bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung und der ausgeschiedenen Teilnehmenden ($p=0.047$ bei depressiven Patientinnen und $p=0.031$ bei Patienten und Patientinnen mit einer Angsterkrankung). Es bestand ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang mit einem niedrigen Bildungsabschluss des Elternteils ($p=0.02$). Die Evaluation des Programmes ergab auch die Relevanz einer Mediatorvariablen. Demnach war die Veränderung kognitiver Attributionen des Kindes ein signifikanter Mediator zwischen Intervention und Outcome- Parameter ($X^2(28) = 61.89, p = .001$) (Punamäki, Paavonen, Toikka & Solantaus, 2013). Mediatorvariablen wurden in keiner der eingeschlossenen Studien explizit aufgeführt. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Thanhäuser, Lemmer, de Girolamo und Christiansen (2017) weisen darauf hin, dass der sozioökonomische Status ein signifikanter Moderator ist, in dem Sinne, dass Stichproben mit einem höheren SES eine größere Effektstärke bezgl. der Interventionen aufweisen. Ebenfalls konnten in der ein-Jahres-Katamnese Geschlecht und Studienqualität als Moderatoreffekte ermittelt werden. Demnach sind die Effektstärken kleiner, je weniger Mädchen in der Interventionsgruppe sind und je besser die Studienqualität ist (Thanhäuser, Lemmer, de Girolamo & Christiansen, 2017). Medizinische Biometriker und Statistiker aus der klinischen Forschung interpretieren diesen aus Metaanalysen bekannten Befund so, daß methodisch hochwertige RCT-Studien die vorhandenen, tatsächlichen (eher kleinen) Effekte zutreffender aufdecken, während unkontrollierte Studien mit schlechterer Studienqualität aufgrund vielfacher Fehlerquellen (die eben nicht kontrolliert werden) die Effekte vielfach überschätzen (Zapf & Wegscheider, 2019). Allerdings nimmt gleichzeitig mit zunehmender Rigorosität und Reinheit der experimentellen Bedingungen (hohe interne Validität) auch die Alltagsnähe und Praxisrelevanz der Ergebnisse (hohe externe Validität) ab. Deshalb sind unkontrollierte Praxisstudien nicht per se als negativer oder „schlechter“ einzuschätzen, weil sie die Praxisbedingungen besser widerspiegeln. Diese Kontroverse zwischen „Laborforschung“ und

„Praxisforschung“ verweist auf die Grundprobleme experimenteller Wirkungsforschung und spiegelt deren oft inhärenten Konflikte wieder. Letztlich handelt es sich aber um verschiedene Aspekte, die sehr unterschiedliche Dimensionen (Reinheit und „Wahrhaftigkeit“ der Effekte vs. Praxistauglichkeit) klinischer Wirkungsweise widerspiegeln.

Langfristige Wirksamkeit bei Programmen für Kinder suchtkranker Eltern wurde bislang nicht untersucht. Es ist unklar, wie die langfristigen präventiven Wirksamkeiten dieser Programme sind und sich protektive Effekte bis ins Erwachsenenalter zeigen, was dann natürlich von zahlreichen weiteren Faktoren beeinflusst wird.

3.7 Das Problem der systematischen Implementierung

Aus internationalen Erfahrungen ist bekannt, dass es nicht ausreicht, eine evidenzbasierte Intervention zu implementieren, sondern dass der Prozess der Implementierung systematisch erfolgen sollte. Ein Pionierbeispiel dafür sind die Arbeiten um Camilla Lauritzen und Charlotte Reedtz aus Norwegen, die eine Intervention für Kinder psychisch kranker Eltern in einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik implementiert und dabei systematisch die Faktoren einer erfolgreichen Implementierung erforscht und herausgearbeitet haben (Lauritzen & Reedtz, 2016). Wichtige Faktoren einer solchen erfolgreichen Implementierung sind beispielsweise die Implementierung eines gelungenen Zugangsweges (pathway to care), die Verbesserung von Wissen und Fertigkeiten (alle Fachkräfte in der Klinik wurden informiert, geschult und einbezogen) und ein systematisches Screening nach betroffenen Familien. Der Einbezug kindbezogener Mitarbeitenden in der Erwachsenenpsychiatrie („child responsible personell“) ist seit 2010 in Norwegen gesetzlich verankert. Nach den Ergebnissen der Studie von Lauritzen und Reedtz (2016) an einer großen norwegischen Klinik sind fünf Jahre später solche Mitarbeitenden angestellt worden. Ihre Aufgabe ist insbesondere auch, die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sicherzustellen, so dass eine ausreichende Versorgung der Kinder auch nach Entlassung ihrer Eltern sichergestellt ist. Die Erhebung erfolgte mittels einer schriftlichen Befragung der Klinikmitarbeiter im Jahr 2010 (N=219), 2013 (N=185) und 2015 (N=108). Den Ergebnissen der quasi-experimentellen Studie (Evidenzgrad II) nach wurden die Mitarbeiterinnen eingesetzt und wiesen in den Bereichen „legislation knowledge“ und „received training“ signifikant mehr Basiswissen auf als die anderen Mitarbeitenden (s. auch Lauritzen, Reedtz, van Doesum & Martinussen, 2015 zur Nutzung einer „Family Assessment Form“ zur Identifikation von Kindern psychisch kranker Eltern).

Auch für Programme für Kinder suchtkranker Eltern wurden Implementierungsprozesse und Wirkmechanismen untersucht. In einem Review von Usher, McShane und Dwyer (2015)

wurden vier grundlegende Wirkmechanismen (sog. „demi-regularities“) für positive Outcomes von familien-basierten Interventionen bei Kindern suchtkranker Eltern identifiziert: (1) Raum schaffen für positive Eltern-Kind-Interaktionen, (2) Raum schaffen, so dass sich unterstützende Beziehungen unter den Kindern entwickeln können, (3) den Kindern Wissen zu Suchtmitteln und Suchterkrankungen vermitteln („knowledge is power“), (4) Anstrengungen unternehmen, die überwiegend einkommensschwachen suchtblasteten Familien zu erreichen und im Programm zu halten.

Im deutschsprachigen multizentrischen Verbund CHIMPS-NET, der im Innovationsfond des GB-A zur Förderung bewilligt wurde und aktuell in Vorbereitung ist und 2019 startet, werden die Faktoren einer erfolgreichen Implementierung aus den Norweger Arbeiten systematisch in Begleitprojekten umgesetzt und die Implementierung der Intervention wird systematisch eingebettet in diese Faktoren und Prozesse.

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

Fragestellung: Welche Leistungen der medizinisch-psychiatrisch/psychotherapeutischen (Regel-) Versorgung haben sich bewährt bzw. nicht bewährt?

4.1 Behandlung für Kinder psychisch kranker Eltern

Für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Eltern im Hinblick auf die Einbeziehung des Kindes gilt ebenso: es gibt kaum Regelversorgung, sondern einzelne Angebote, die häufig unter dem Stichwort der frühen Hilfen implementiert wurden. Bei diesen Mutter-Kind-Behandlungen steht die Unterstützung der Bindungsfähigkeiten der Mütter/Väter in der Regel im Vordergrund. International durchgeführte Interventionen zur Stärkung der mütterlichen Interaktionsqualität in dieser Altersstufe zeigten robuste, wenn auch kleine Effekte in ihrer Wirkung, und zwar bezogen auf die Qualität mütterlichen Verhaltens als auch bezogen auf kindliches Verhalten (Metaanalysen, N=1445 Mutter-Kind-Dyaden; Thanhäuser et al., 2017). Die gefundenen Effekte blieben über einen Zeitraum von zwölf Monaten stabil. In Deutschland wurden mit dem Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen verstärkt seit ca. 2007 zunehmend beraterische und therapeutische Ansätze zur Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen etabliert. Sie sind meist bindungstheoretisch basiert und werden methodisch mit Hilfe von Videos umgesetzt. Im stationären Kontext der Erwachsenenpsychiatrie bestanden schon davor punktuelle Angebote zur Versorgung von

psychisch kranken Müttern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Unter diesen wurden insbesondere das Angebot für Mütter mit schizophrenen Störungen der Arbeitsgruppe um Christiane Hornstein (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden; Hornstein, Trautmann-Villalba, Wild, et al., 2010) oder das der Arbeitsgruppe um Corinna Reck für die gesamte Inanspruchnahmepopulation, überwiegend aber für Mütter mit depressiven Störungen (Universitätsklinikum Heidelberg) manualisiert und evaluiert. Von den im Rahmen der Frühen Hilfen etablierten, weitgehend ambulanten Angeboten wurde bisher keines spezifisch nur für Säuglinge und Kleinkinder von psychisch erkrankten Eltern konzeptualisiert. Allerdings sind die Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain et al., 2004) und das STEEP-Programm (Steps toward effective enyoable parenting; Suess et al., 2016) mit Mutter-Kind-Dyaden in Hochrisikogruppen mit einem Anteil an psychisch erkrankten Müttern evaluiert worden. Danach reduzierte sich negatives, misshandlungsgefährdendes Verhalten von Müttern statistisch bedeutsam nach der Intervention im Vergleich mit der Kontrollgruppe, nach der STEEP-Intervention hatten zudem Kinder weniger hochunsichere Bindungsbeziehungen als Kinder der Kontrollgruppe. Beide Programme werden in den kinderpsychiatrischen AWMF-Leitlinien bei Bindungsstörungen empfohlen (von Gontard et al., 2015). Eine neuere Metaanalyse mit 9 beziehungsbezogenen Interventionsprogrammen in den Frühen Hilfen in Deutschland zeigten einen kleinen Effekt bezüglich einer Reduktion mütterlicher Symptome von Belastung (Taubner et al., 2013).

Positives Ergebnis des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen in den vergangenen Jahren ist zudem, dass die Programme zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zunehmend breit in die Regelversorgung implementiert werden. Zu diesen gehören neben der erwähnten Entwicklungspsychologischen Beratung und STEEP, z.B. „Pro Kind“ (Brand & Jungmann, 2013) oder „Keiner fällt durchs Netz“ oder „Das Baby verstehen“ aus der Heidelberger Arbeitsgruppe um Manfred Cierpka (Sidor et al., 2016). Die interdisziplinären Netzwerkstrukturen vor Ort ermöglichen hier eine spezifische und passgenaue Versorgung belasteter Familien, die die breiter angelegten Regelangebote ergänzen. Das Bundeskinderschutzgesetz und die Bundesstiftung Frühe Hilfen sichern die nachhaltige Finanzierung dieser Strukturen. Allerdings trifft dieses positive Resumé der Etablierung der Frühen Hilfen (noch) nicht zufriedenstellend auf die Erreichbarkeit, Unterstützung und Versorgung von hoch belasteten Familien, wie die der Kleinkinder mit psychisch erkrankten Eltern zu. Praxiserfahrungen ebenso wie regelmäßige bundesweite Erhebungen belegen z.B., dass die systematische Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie vor Ort noch eher unzureichend ist (23% der Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie bzw. ca. 17% der Niedergelassenen; Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2016). Ebenso fehlt es an Qualifizierung der professionellen Fachkräfte auch dezente Zeichen früher Belastung zu erkennen. Säuglinge von psychisch

erkrankten Eltern sind häufig (scheinbar) unauffällig. Dennoch können die lokalen Netzwerkstrukturen bei weiterem Ausbau auch für Säuglinge und Kleinkinder psychisch erkrankter Eltern sicherstellen, dass die Familien früh und rechtzeitig erreicht werden. Die interdisziplinären Netzwerkstrukturen in den Frühen Hilfen können zudem eine „Blaupause“ für die Unterstützung und Versorgung älterer Kinder und Jugendlicher sein. Kinder von psychisch erkrankten Eltern müssen häufig längerfristig und über unterschiedliche Altersphasen hinweg unterstützt werden.

4.2 Behandlung für Kinder suchterkrankter Eltern

Kombinierte Eltern-Kind-Behandlungen sind auch im Bereich der Kinder suchtkrankter Eltern sehr selten, konkrete Zahlen dafür liegen aber nicht vor. Lediglich eine kleine Zahl spezialisierter Entwöhnungseinrichtungen, vorwiegend im Bereich mütterlicher Drogenabhängigkeit, bietet die Mitaufnahme eines Kindes in die stationäre Behandlung an. Dabei müssen die Kinder meist im Vorschulalter sein und werden von den zuständigen Kostenträgern (meist Deutsche Rentenversicherung nach SGB VI) als „Begleitkinder“ mit einem tagesbezogenen Unterbringungs- und Verpflegungssatz abgerechnet. Ganz selten sind 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 scheitern meist an Koordinierungsproblemen und mangelnder Sensibilität der jeweiligen Verwaltungsinstanzen für die Notwendigkeit einer simultanen Mutter-(Eltern-)-Kind-Behandlung.

4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten: es bedarf koordinierter, finanziell abgesicherter Angebote der Eltern-Kind-Behandlung, einschließlich der Schwangerschaftsphase.

5 Passgenauigkeit der Hilfen

Fragestellung: Welche Hinweise zur Passgenauigkeit von präventiven Programmen, Hilfen, Angeboten und Behandlungen zwischen den Systemen und Sozialgesetzbüchern gibt es?

Mit Passgenauigkeit ist im Folgenden gemeint, dass die Maßnahmen auf den verschiedenen Ebenen (Prävention, Hilfen, Angebote und Behandlungen) die tatsächlich betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien erreichen. Zum zweiten soll betrachtet werden, inwieweit Forschungsergebnisse vorliegen, die zeigen, dass die Angebote sich sowohl an den „needs“, also den Bedürfnissen, als auch an der Problematik orientieren und dabei effektiv sind. Drittens ist die Zielausrichtung zu betrachten, also was können die Angebote leisten, d.h. verbessern sie das Funktionsniveau, führen sie zu mehr „well-being“, oder zu verbessertem Coping etc. Viertens ist der Aspekt zu beleuchten, 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. Fünftens schließlich wird thematisiert, inwieweit Angebote die Zielgruppe erreichen, für diese auch akzeptabel sind, diesbezüglich wird auch auf das vorgehende Kapitel Zugangshemmnisse verwiesen, um Redundanzen zu vermeiden.

Die deutschen Sozialsysteme, die Angebote für betreffende Familien vorhalten, bieten prinzipiell eine breite Palette an Angeboten, die auch für diese Familien passend sind; jedoch sind viele Angebote nicht spezifisch auf diese Familien ausgerichtet. So sind z.B. natürlich eine Reihe von Angeboten des SGB VIII, insbesondere im Rahmen der Hilfen zur Erziehung für psychisch kranke Eltern geeignet. Auch im Bereich des SGB V bestehen Angebote von „ambulant bis stationär“ für Eltern sowie für die Behandlung von bereits aufgetretenen psychischen Störungen bei Kindern von Eltern mit psychischer oder suchtbedingter Erkrankung. Im frühen Altersbereich der Kinder bestehen auch Angebote für Eltern-Kind-Behandlung (vgl. Aktion Psychisch Kranke, Abschlussbericht APK-Projekt, 2018), die aber nicht flächendeckend vorhanden sind. Systematisch verbundene Angebote zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie sind dagegen selten, ebenso systematisch verbundene Hilfen zwischen SGB V und SGB VIII (vgl. Aktion Psychisch Kranke, Abschlussbericht APK-Projekt, 2018).

Aus Forschungssicht ist daher festzustellen, dass die Angebotspalette breit und die Angebote generell auch passend sind. Es mangelt aber auf jeden Fall an Koordination, Flexibilität, Systematik und gerade unter dem Aspekt der chronischen Belastung der Familien unter einer längerdauernden Zeitperspektive, die auch Übergänge zwischen den Systemen über die Altersspanne beinhaltet (vgl. den Abschnitt zur Altersdifferenzierung). Es muss also in Zukunft um eine verbesserte Steuerung aller Hilfen im Kontext der jeweils betroffenen Familien gehen.

5.1 Passgenauigkeit auf den Ebenen Prävention sowie Hilfen, Angebote und Behandlungen

5.1.1 Ebene Prävention

Eine Recherche international und national zu Präventionsangeboten für Kinder von depressiven Eltern und/oder Eltern mit Angsterkrankung (Kölch, Nolkemper & Ziegenhain, 2018) zeigte, dass überwiegend verhaltensbezogene Interventionen entwickelt worden und verfügbar sind. Die auf die Familie- und die Eltern bezogenen Maßnahmen überwiegen gegenüber den kindbezogenen Interventionen. Zur verhaltensbezogenen, elternbezogenen Prävention findet sich ein breites Spektrum verschiedener Ansätze von In-home-treatment, über online-Kurse bis hin zu universellen Elterngruppen mit einem Zusatzbaustein zu psychischen Erkrankungen. Der Ansatz elterliche Kompetenzen zu stärken ist sinnvoll, muss mit zunehmendem Alter der Kinder aber ergänzt werden um spezifische kindbezogene Interventionen, die die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen (Aufklärung, Entwicklung eigener Konzepte zum elterlichen Störungsbild, Aufbau von Kompetenzen im Sinne der Resilienz (verstärkte Außenorientierung, Aufbau internaler Kontrollüberzeugungen)) adressieren. Verhältnisbezogene Maßnahmen fanden sich nach dieser Recherche kaum, auch nicht im internationalen Kontext. Als Grund wurde auch benannt, dass der Zugangsweg im Rahmen einer verhältnisbezogenen Prävention für die Zielgruppe methodisch schwierig sein kann, da Stigmatisierungen aufgrund selektiver Ansätze in Lebensräumen, wie z.B. Schule, entstehen könnten. Diesbezüglich war eine Schlussfolgerung, dass universelle Ansätze für Kinder und Präventionsmaßnahmen gegen psychische Störungen eher machbar sind, bezogen auf die Verhältnisprävention.

Zur Passgenauigkeit gehört auch, dass diejenigen, die betroffen sind, erkannt werden, am besten möglichst früh. Die Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit elterlichen Erkrankungen (auch ohne nennenswerte negative Auswirkungen auf die Kinder, die trotzdem für präventive Maßnahmen berücksichtigt werden sollten) und entsprechender Auswirkung der Erkrankung auf die Familie und die Kinder (für therapeutische Maßnahmen) ist eine Grundlage für jegliche Art von Intervention. Internationale Ergebnisse sind vorhanden, jedoch in ihrer Übertragbarkeit aufgrund der sehr unterschiedlichen Struktur der Sozial- und Gesundheitssysteme limitiert.

Generell kann jedoch eine Einteilung hinsichtlich der Identifikation wie folgt vorgenommen werden:

- Über die elterliche Erkrankung
 - o Innerhalb Gesundheitssystem
 - o Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe
 - o Innerhalb Suchthilfe
 - o Innerhalb anderer Wohlfahrtsstaatlicher Systeme, z.B. Arbeitsverwaltung
- Über kindliche Auffälligkeit
 - o Innerhalb Gesundheitssystem
 - o Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe
 - o Innerhalb der Schule
 - o Innerhalb anderer Wohlfahrtsstaatlicher Systeme

Vorteilhaft ist es, wenn die Versorgungs- und Behandlungsstrukturen der Eltern in die Vermittlung von Präventionsangeboten für die Kinder involviert waren, wie etwa bei CHIMPS, Effective Family Programme oder Kanu. Allerdings stellt dies nur eine Art Zugangsweg dar und es wird damit nur ein Teil der Eltern erreicht, da viele Eltern nicht (oder nicht dauerhaft) in Behandlung sind. Gerade bei Suchterkrankungen ist dies von besonderer Bedeutung, da hier oftmals lange Phasen mit hohen Belastungen bestehen, ohne dass eine spezialisierte Versorgung der Kinder durch die Eltern in Anspruch genommen wird. Da insgesamt die Studienzahl gering ist, können beim derzeitigen Forschungsstand keine generalisierbaren Aussagen zu den Effekten präventiver Interventionen bei Kindern und Jugendlichen abgeleitet werden. Die in der Studienlage angegebenen Effekte waren klein bis mittel (bspw. in der Reduktion von Problemen, Verbesserung von Beziehungen, Stärkung des Copingverhaltens, Reduktion von Stigmatisierung, etc.). Die Nachhaltigkeit der Effekte war stark unterschiedlich, teilweise waren sie kurzfristig und zwar im 18 Monats-Follow-Up noch vorhanden, aber nach zwei Jahren wieder verschwunden (vgl. Compas et al., 2011), teilweise traten sie je nach Intervention erst im 18-Monats-Follow-Up auf (vgl. Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010).

Hinsichtlich der Verbesserung der kindlichen Symptomatik zeigten sich unterschiedliche Effekte in Abhängigkeit von Selbst- vs. Fremdeinschätzung. Eltern schätzten die Abnahme von Symptomen bei ihren Kindern bzw. Jugendlichen nicht als signifikant bedeutsam ein. Demgegenüber waren Effekte in der Selbstbeurteilung signifikant (mittlerer Stärke). Allerdings handelt es sich meist um Einzelbefunde, so dass sie aufgrund der unzureichenden Studienlage höchstens einen Hinweis geben können.

Für Kinder, deren Eltern nicht in Behandlung sind, sind universelle Präventionsangebote von daher nach Stand der Forschung indiziert, bzw. eine verbesserte Forschung zur Identifikation in anderen Settings als dem Bereich des SGB V notwendig.

Hinsichtlich der Präventionsebenen und Elemente wäre eine Abgrenzung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen für eine fachlich angemessene Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern problematisch. Bisher ist wissenschaftlich der Settingansatz zur Prävention in diesem Bereich noch kaum untersucht. Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage ist für Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der Passgenauigkeit festzustellen, dass Interaktionen, die folgende Aspekte berücksichtigen den aus der Forschung bekannten Defiziten in Familien am besten entgegenwirken:

- Familiäres Klima und familiäre Interaktion
- Krankheitswissen und Zuschreibung von elterlichen Symptomen
- Soziale Isolierung und Unterstützung
 - durch andere erwachsene Bezugspersonen
 - durch Peers bzw. Integration in eine Peergruppe
- psychische Belastung des Kindes aufgrund spezifischer Themen, wie z.B. Loyalitätskonflikte mit dem Elternteil, Sorgen um das Elternteil oder Parentifizierung
- Kontinuität in der Unterstützung bei wechselnder Intensität
- entwicklungspezifische Bedürfnisse

Hinsichtlich der Spezifität von Maßnahmen bezogen auf die elterliche Erkrankung zeigt sich, dass die überwiegende Mehrzahl der Präventionsprojekte störungsunspezifisch ist. Es wird teilweise nicht zwischen Eltern mit einer psychischen Störung und Eltern mit einer Suchterkrankung differenziert. Die Elemente der Intervention wurden aber in der Mehrzahl der Studien ohne vorherige Explikation der theoretischen Grundlagen verwendet (Christiansen, Mattejat & Röhrle, 2011). Bei den meisten Programmen und Interventionen bleiben relevante Variablen bei der Evaluation oft unberücksichtigt. Dazu gehören z.B. Folgen der Erkrankung (Armut, Stigmatisierung, Wohnverhältnisse) sowie die Integration von Hilfen auf Gemeindeebene oder in Zusammenarbeit mit Jugendhilfeeinrichtungen (Christiansen, Mattejat & Röhrle, 2011). Bis auf die meta-analytische Studie von Bee et al. (2014) wird die Kosteneffektivität der Hilfen nicht aufgeführt.

5.1.2 Passgenauigkeit auf der Ebene Hilfen, Angebote und Behandlungen

Wissenschaftlich abgesicherte Daten zur Routinebehandlung im SGB V Bereich fehlen weitgehend. Bezogen auf die Zielgruppe fehlen Studien, die zeigen, dass z.B. eine gemeinsame Behandlung Effekte erbringt. Dies ist zwar wahrscheinlich und auch aus allen anderen Daten etwa, inwieweit eine unbehandelte Störung die Problematik beim Kind und in der Familie verschlechtert zu extrapolieren. Dennoch gibt es nur wenige Studien, die auf einem höheren methodisch-wissenschaftlichem Niveau nach den gängigen Kriterien (z.B. RCT-Studien) hierfür Evidenz generieren. Im SGB V Bereich hat sich etabliert, leitliniengerecht zu behandeln, bzw. in Leitlinien Behandlungsvorgehen nach unterschiedlichen Evidenzkriterien zu bewerten. Es ist davon auszugehen, dass eine leitliniengerechte Behandlung sowohl bei einer elterlichen Störung, als auch bei einer kindlichen Störung generell die psychische Störung verbessert. Dies hat Auswirkungen auf weitere Funktionsbereiche, wie Arbeit, Schule, Freizeit etc.

Ebenso ist die Frage der Effekte von Hilfen zur Erziehung ein breit diskutiertes Feld, das auch wissenschaftsmethodisch äußerst divergent betrachtet wird⁴. Die Anlage von Kriterien, wie in kontrollierten, meist monofaktoriell ausgerichteten klinischen Studien wird hier zu kurz greifen, wie auch in der Bewertung von Effekten in der Routinebehandlung im Bereich des SGB V bei einer so komplexen Thematik mit sehr vielen Beteiligten. Insofern kann insgesamt hier aus Forschungssicht nur allgemein rückgeschlossen werden, dass Ergebnisse aus der Jugendhilfeforschung darauf hinweisen, dass die am stärksten belasteten Kinder und Jugendlichen die höchsten Quoten auch an sogenannten adverse childhood experiences, zu denen auch psychische Erkrankung eines Elternteils gehören (ACE) in der Kindheit aufweisen und am häufigsten viele Wechsel in der Betreuungssituation hinter sich haben und am wenigsten in therapeutischer Behandlung sind, etwa in kinder- und jugendpsychiatrischer oder - psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Ergebnisse der MAZ. Studie, Schmid et al. 2014, Dölitzsch et al. 2014).

Systematisierte Interventionsprogramme, die zudem etwa systemübergreifend tätig wären, sind nicht vorhanden. Ebenso sind kaum Forschungsergebnisse zur Effektivität, zur Akzeptanz, zur Adherence oder den notwendigen Ressourcen oder der Nachhaltigkeit vorhanden. Stattdessen zeigen bisherige Forschungsergebnisse ein hohes Maß an Zufälligkeit von Interventionsmaßnahmen. Die Zufälligkeit bezieht sich auf mehrere Ebenen:

- Patienten und Familien mit psychisch erkrankten Eltern(teilen) von den betreuenden Systemen gar nicht identifiziert.
- Angebote sind nicht systematisiert und oft nur lokal oder in Projekten vorhanden.

⁴ Vergleiche die kontroverse Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Wirkungsmessung in der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Forum Jugendhilfe 3/2015; DIFU 2015),

Ein systematisches Zusammenwirken beteiligter Systeme ist nicht etabliert (Kölch und Schmid 2014). Altersadaptierte langfristige Angebote fehlen; Verlaufsdaten sind nicht wissenschaftlich verfügbar. Der Bedarf von Kindern und Jugendlichen über die Spanne des Aufwachsens wurde bisher nicht systematisch oder exemplarisch erfasst. Fallstudien fehlen bisher, die altersspezifische Bedürfnisse erfassen, bzw. Wirkungsfaktoren einzelner Interventionen zu bestimmten entwicklungspsychologischen Bedarfen belegen.

Daten oder Studien zur Kooperation mit weiteren Systemen, wie dem Bereich des SGB II/III oder IV/XII fehlen weitgehend (vgl. auch den Abschnitt Arbeitsintegration).

Eine systematische Erfassung der Kindergesundheit in und zwischen den beteiligten Systemen fehlt nach Forschungslage bisher. Passgenaue Angebote können nicht gemacht werden, wenn die Problematik gar nicht erkannt wird. Eine systematische Erfassung, aber auch der Einbezug der Aspekte der psychischen Kindergesundheit im Rahmen der Behandlung über die Systemgrenzen von SGB V und VIII, aber auch innerhalb des SGB V z.B. zwischen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint hier unerlässlich. Diese Kinder, die selbst noch keine Störung aufweisen, sind systematische Adressaten von Präventionsangeboten, die bei ihren Eltern ansetzen (Präventionsmaßnahmen wie „Elterngruppen“, Angebote wie Psychoedukation, Berücksichtigung der Erhöhung sozialer Kontakte etc.). Da ca. 20-30% der aufgenommenen Patientinnen in Kliniken minderjährige Kinder haben (Schmid, Schielke, Fegert, Becker & Kölch, 2008), wäre es zwingend, dass Kinder von Eltern in der Basisdokumentation der Kliniken dokumentiert werden und darauf aufbauend eine regelhafte präventive Angebotsstruktur entwickelt wird.

5.2 Berücksichtigung der Bedürfnisse

Unter einem partizipativen Ansatz heraus fehlen Daten vollkommen, inwieweit die „needs“ der Betroffenen adressiert werden. Es gibt keine guten Studien zu den Bedürfnissen aus kindlicher Sicht (über die Spanne des Aufwachsens), außer den Untersuchungen von Wagenblass und Schone (2001; 2006) und vereinzelt Diplomarbeiten mit einem qualitativen Ansatz. Elterliche Bedürfnisse sind teilweise erhoben worden (Hefti et al. 2016, Schmid et al. 2008): hier ist erkennbar, dass Eltern vor allem Beratung für die Kinder, und ggfs. Behandlung von Problemen der Kinder wünschen. Aus der Sicht von professionellen Involvierten wären weitere Aspekte hinsichtlich der needs zu berücksichtigen, wie Kontinuität und Flexibilität von Angeboten, gerade bei chronischen Erkrankungen (Kölch, Ziegenhain, Fegert 2014), belastungsabhängige stepped-care Ansätze etc. Dazu fehlt es ebenfalls an Forschungsergebnissen.

5.3 Zielausrichtung: Funktionsniveau, „well-being“, verbessertes Coping etc.

Forschung zu Outcome-Parametern wie soziale Integration der Kinder und Jugendlichen über die Spanne des Aufwachsens, „well-being“, oder den Effekten auf Coping und daraus als mittelbarer Effekt auf das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder etc. fehlen in Deutschland in größerem Umfang. Lebensqualitätsparameter werden unserem Wissen nach nun in Studien in Deutschland erhoben, die Ergebnisse sind noch nicht publiziert.

5.4 Ineinandergreifen einzelner Angebote zwischen den Systemen und Sozialgesetzbüchern

Generell ist festzuhalten, dass nur wenige Forschungsergebnisse zum Zusammenwirken etwa zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe oder Eingliederungshilfe, also verschiedener Systeme in Deutschland vorliegen. Zur Kooperation innerhalb eines Systems mit Binnendifferenzierung, wie etwa dem Gesundheitssystem liegen zwar Ergebnisse vor, jedoch nicht systematisch.

Die Forschung zeigt ein heterogenes Bild hinsichtlich der Passgenauigkeit von Hilfen hinsichtlich der Abstimmung über Leistungsgrenzen hinweg. Während Familien mit hohem Inanspruchnahmeverhalten zu finden sind (Artz et al. 2016), gibt es jene, die überhaupt keine Hilfen, bzw. keine spezifischen Hilfen aufgrund ihrer Situation in Anspruch nehmen. Bei Inanspruchnahme von Hilfen ist dennoch, so zeigt die bisherige Forschung, Vernetzung und Kooperation wichtig, damit im Sinne einer gemeinsame „Hilfe- und Teilhabeplanung“ Unterstützungsmöglichkeiten gezielt und effizient eingesetzt werden und das Handeln über Leistungsgrenzen hinweg abgestimmt wird. Systematische Analysen, oder beforschte Modellprojekte hierzu fehlen in Deutschland. Eine derzeit abgeschlossene Studie zeigt, dass es sowohl auf der Ebene der Auffälligkeit regionale Unterschiede gibt, wie in der Inanspruchnahme von Hilfen. Bereits früher wurde berichtet, dass es Unterschiede in den notwendigen Hilfen aufgrund der Sozialstruktur zwischen ländlichen und städtischen Gegenden geben kann (Schmid et al. 2008). Die neueren Studienergebnisse zeigten, dass immerhin die Beeinträchtigung des Kindes insofern in der Praxis durch Hilfen widerspiegelt wird, als je höher die Beeinträchtigung des Kindes eingeschätzt wurde, desto mehr Hilfen aus dem SGB VIII in Anspruch genommen wurden (Ziegenhain & Kölch 2018, unveröffentlicht).

Exemplarisch für eine solche komplexe Analyse von verschiedenen Systemen und ihrer Kooperation ist der Bereich des Kinderschutzes. Hier hat im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz) eine Analyse von beteiligten Akteuren, möglichen Risikokonstellationen für Kinder und Familien, abzuleitende Kooperationsnotwendigkeiten, Systematisierung der Kooperation und

eine Systematisierung der Betreuung von Familien, Maßnahmen zur Netzwerkbildung etc. stattgefunden (BMFSFJ 2015). Ergebnisse aus diesem Prozess der Frühen Hilfen sind durchaus übertragbar auf den Bereich der Kinder psychisch kranker Eltern, zumal diese zumindest eine Teilmenge auch der Adressaten der Frühen Hilfen sind. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse aus den Frühen Hilfen ist hinsichtlich der Methodik gegeben, jedoch nicht hinsichtlich der Akteure. Da psychische Erkrankungen von Eltern Kinder und Jugendliche während des gesamten Aufwachsens belasten können, tritt eine Vielzahl zu berücksichtigender Akteure für Prävention und Intervention hinzu, die naturgemäß im Bereich der Frühen Hilfen aufgrund des begrenzten Altersspektrums nicht vertreten sind. Dies beginnt bei der Schule, Ausbildungsinstitutionen bis hin in den Bereich des erweiterten Alltags wie Freizeitvereine, kommunale Strukturen für Jugendliche etc.

Aus Forschungssicht besteht auch insofern ein Defizit, dass es zwar Forschung zu Präventionsansätzen gibt, diese aber immer solitär untersucht wurden und nicht hinreichend mit Interventionen verknüpft waren, und nicht in ein umfassenderes Setting, das auch längerfristige Interventionen zulässt, eingebunden sind. Die Kette der Prävention und Intervention hinsichtlich der komplexen und altersspezifischen Problematik dieser Gruppe ist bisher nicht untersucht. Von daher fehlen Ergebnisse, wie Kinder sowohl risikoadjustiert, als auch in ihren Lebenswelten und –lagen effektiv adressiert werden und wie der effektive Interventionsansatz ist.

Zur bestmöglichen Identifikation niedrigschwelliger Angebote fehlen bisher hinreichende Studien, die meisten Studien beziehen sich auf eindeutige Risikopopulationen, wie bereits stationär behandelte Erwachsene. Insofern ist auch unter ökonomischen Aspekten sowie unter Berücksichtigung der Wirksamkeitsforschung zu präventiven Maßnahmen bei der Etablierung von Präventions- wie Interventionsangeboten ein auf verschiedene Belastungsschweregrade adaptiertes Vorgehen sinnvoll. Dies bedeutet, dass für schwerer betroffene Kinder gezieltere und umfänglichere Angebote vorgehalten werden sollten und diese auch systematisiert bereits über die Prävention hinausgehende Maßnahmen mitdenken müssen, dafür aber auch stärker der Zugangsweg über den Bereich des SGB V möglich ist. Dagegen sind Präventionsmaßnahmen für leichter Betroffene bzw. sich gegenüber dem SGB V System eher abweisend oder distanziert verhaltende Gruppen weniger über den Zugangsweg SGB V, sondern sinnvollerweise über andere in der Gemeinde verortete Strukturen zu etablieren. Sie sind inhaltlich auch weniger konkret auf die spezifischen Themen psychiatrischer elterlicher Erkrankung zu adressieren, sondern eher allgemein (z.B. psychische Belastung statt psychischer Krankheit adressieren).

5.5 Zusammenfassung

Vereinfacht kann zur Passgenauigkeit von präventiven Angeboten zusammengefasst werden: Für Kinder deren Eltern in Behandlung sind, insbesondere in stationärer Behandlung macht eine systematische, auf den evaluierten Elementen aufbauende Prävention nach Forschungslage Sinn, ist jedoch in Deutschland nicht etabliert. Für Kinder, deren Eltern nicht im System des SGB V behandelt werden, müssen niedrigschwellige Angebote in der Lebenswelt der Kinder (Schule, Freizeit, Gemeinde) etabliert werden, da sie über die Zugangswege des SGB V nicht oder kaum erreicht werden (nur dann, wenn sie selbst eine psychische Störung entwickelt haben). Über das SGB V wäre ein Zugangsweg die pädiatrische Versorgung, bzw. die hausärztliche Versorgung, die hier die Notwendigkeit von präventiven Maßnahmen identifizieren und entsprechende Angebote im community Setting vermitteln könnten. Bekannt ist (vgl. hierzu auch den Abschnitt zum Kinderschutz), dass es einer Vernetzung zwischen den Systemen bedarf – auch zu den präventionsbezogenen verbindlichen Absprachen und verlässlichen Strukturen zwischen den professionellen Akteuren bzw. Institutionen aus unterschiedlichen Sozialsystemen-. Eine detaillierte wissenschaftliche Analyse hierzu fehlt in Deutschland. Aus Forschungssicht lässt sich für die Passgenauigkeit also folgendes festhalten: die indizierte und frühzeitige Identifikation von Eltern und Kindern mit Belastung muss verbessert werden und die Ergebnisse hinsichtlich der Effekte für die Praxis und die Betroffenen (bessere Behandlung, passgenauere Hilfen, höheres psychosoziales Funktionsniveau etc.) beforscht werden. Die Identifikation sollte niedrigschwellig erfolgen und mehrschrittig, um indizierte Maßnahmen (Prävention, Intervention) einleiten zu können. Eine Erhebung von Ressourcen, Resilienz, aber auch möglicher Teilhabebeeinträchtigung innerhalb der Familie ist neben der psychiatrischen Symptomatik für passgenaue, systemübergreifende Angebot unerlässlich. Dies muss auf die verschiedenen Settings angepasst werden und hinsichtlich der unterschiedlichen Arbeitsweise anschlussfähig sein. Ein psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien scheint ein sinnvolles Instrument, nicht nur für den individuellen Unterstützungsbedarf des Kindes während der Intervention zu sein, sondern kann dann auch richtungsweisend für eine möglicherweise notwendige Verbesserung der Versorgungssituation des Kindes nach der Intervention und dementsprechend anknüpfende Kooperationen und Verbindungen sein. Dies sollte zumindest für die Hochrisikopopulationen (Eltern in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung) systematisch etabliert werden.

Komplexe Präventions- und Interventionsmodelle sind nicht vorhanden und Forschungsergebnisse liegen nicht vor. Zwar sind einzelne Präventionsansätze und auch Interventionen untersucht, es fehlt aber die Untersuchung inwieweit der Übergang von Prävention zur Intervention im Sinne der Krankenbehandlung, der bei dieser Gruppe oftmals fließend sein

kann, gelingt. Insofern bedarf es eines differentiellen, aber systematischen Netzwerks, das die unterschiedlichen Lebenslagen, Zugangswege und das Inanspruchnahmeverhalten von Familien berücksichtigt und auch den Langzeitverlauf gerade bei chronischen elterlichen Erkrankungen in den Blick nimmt. Aufgrund der Datenlage bedarf es eines weiteren Monitorings hinsichtlich der Effektivität der Maßnahmen und auch weitere Evaluierung der Projekte. Bei zukünftigen Präventions- und Interventionsprojekten müssten neben den bisher üblicherweise erfassten Kriterien (wie z.B. Effektstärken) weitere Kriterien berücksichtigt werden (Langfristigkeit der Messzeitpunkte, Unterschiede in Selbst- und Fremdeinschätzung). Zudem sollte größere Aufmerksamkeit auf die Erforschung von Moderatoreffekten (z.B. Abmilderung von wirtschaftlichen Unsicherheiten, Förderung der Integration in soziale Netzwerke, Stigmatisierungen) gelegt werden, da diese Einfluss auf die Wirksamkeit von Interventionen haben. Die Betroffenenperspektive fehlt in der Forschung weitgehend, auch Partizipationsaspekte sind bisher wenig beforscht. Die Implementierung empirisch fundierter und spezifischer Angebote sollte mit der systematischen Entwicklung von lokalen und interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen kombiniert werden. Hinzu kommt die Berücksichtigung jeweils unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten. Diese müssten systematisch erhoben werden, und zwar insbesondere die spezifischen für diese Zielgruppe relevanten regionalen Aspekte (z.B. Stadt vs. Land) bei der Inanspruchnahme.

6 Kooperation und Vernetzung

Fragestellungen: Welche Erkenntnisse liegen zur erfolgreichen Ausgestaltung kommunaler Netzwerke und zur Etablierung interdisziplinärer Vernetzung auf kommunaler Ebene zur Unterstützung betroffener Familien vor? Welche Erkenntnisse zur gelingenden Ausgestaltung der interdisziplinären Vernetzung niedrigschwelliger Angebote (z.B. Frühförderung, Schwangerschaftsberatung) und hochschwelliger Versorgungsangebote der medizinisch-psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung mit den Angeboten der Jugendhilfe liegen vor? Welche Erkenntnisse liegen über die Qualität und Wirksamkeit von Verfahren der "Hilfesteuerung" aus einer Hand" vor, über die Wirksamkeit regelhafter Beratungsangebote bzw. regelhaft vorgesehener Koordinierungsstellen mit Lotsenfunktion vor?

6.1 Kooperation – eine Voraussetzung für wirksame Hilfen

Die hohe Aufmerksamkeit, die dem Thema Kooperation im Sozialbereich und Gesundheitswesen zugemessen wird, kann als eine Reaktion auf die Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Dienste und Einrichtungen gedeutet werden (van Santen & Seckinger, 2003). Interinstitutionelle Kooperation stellt eine Strategie dar, den negativen Effekten der

Ausdifferenzierung und Spezialisierung wirkungsvoll zu begegnen. Je spezialisierter die Dienste und Einrichtungen ausgerichtet sind, desto höher ist zwar die fachliche Kompetenz, desto größer ist aber auch die Gefahr, dass ein ganzheitlicher Blick auf die Problemlagen der Klienten geringer ausgeprägt ist bzw. eventuell sogar ganz fehlt. Die Folge ist, dass die Hilfen positiv auf einzelne Aspekte der Problemlagen auswirken, aber zugleich oftmals andere Aspekte der vorliegenden Probleme ausgeblendet werden, da sie nicht in den Rahmen der verfügbaren Angebotsstrukturen passen. Auch besteht das Risiko, dass eine hohe spezifische Problemlösungskompetenz aufgrund einer hohen Spezialisierung dazu führt, dass von den Hilfesuchenden verlangt wird, sich in ihren Unterstützungsbedarfen den enggeführten Kompetenzen und Zuständigkeiten der jeweiligen Spezialisten anzupassen. Seikkula und Arnkil (2007) weisen deshalb darauf hin, dass mindestens ein Teil der Familien, Klienten bzw. Patienten die als Systemsprenger, als Multiproblemfamilien beschrieben werden, sich dadurch auszeichnen, dass ihr Unterstützungsbedarf nicht in das Zuständigkeitsschema eines einzelnen Anbieters passt. Bei dieser Gruppe – und Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen gehören aufgrund ihrer häufig vielfältigen Unterstützungsbedarfe sicherlich zu dieser Gruppe – handelt es sich also vor allem deshalb um eine Herausforderung für das Hilfesystem, weil sie nicht nur einer Stelle zugeordnet werden können. Ihrem Hilfebedarf angemessen zu begegnen, bedarf der Kooperation oder – wie Seikkula und Arnkil es nennen – des Dialogs auch zwischen den Helfenden. Multiprofessionelle Kooperation soll also das Nebeneinander von Zuständigkeiten in eine Infrastruktur passgenauer Hilfen verwandeln.

6.2 Komplexe Problemlagen erfordern multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation

Bei den Kindern psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern liegt eine solche komplexe Problemlage vor, die eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation für eine wirksame und nachhaltige Unterstützung angezeigt sein lässt. So zeigen Längsschnittstudien, wie z.B. die Mannheimer Risikokinderstudie (Esser & Schmidt, 2017; Hohm et al., 2017; Zohsel et al., 2017), dass die Beziehung zwischen elterlichen Belastungen, wie durch eine psychische Erkrankung, und kindlicher Belastungen bzw. Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat. Der psychische Zustand des erkrankten Elternteils beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die elterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind wirken sich auf die psychische Gesundheit des erkrankten Elternteils aus. Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder befinden sich gewissermaßen in einem Teufelskreis. Die höhere psychische Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung verstärkt die Probleme der Kinder. Die kindlichen Probleme erhöhen wiederum die elterlichen Belastungen und beeinflussen auf diese Weise die psychische Erkrankung der Eltern negativ, was sich

wiederum auf die Belastung der Kinder auswirkt. Ein emotional negativ aufgeladenes Familienklima und belastende Interaktionen zwischen dem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil und den anderen Familienmitgliedern sowie übermäßiger elterlicher Belastungen gehen dabei mit einem wesentlich höheren (Rückfall)-Risiko für fast alle Störungen einher (Lenz, 2014; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Dieser Teufelskreis weist darauf hin, wie wichtig es ist, nicht nur das Kind, sondern auch den psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteil, die Eltern-Kind-Interaktionen und das gesamte Familiensystem zu beachten. Um dieser sich selbstverstärkenden Problemeskalation effektiv begegnen zu können, müssen Hilfen sowohl auf der Ebene des Kindes als auch auf der Ebene des erkrankten Elternteils, auf der Partnerebene und auf der Ebene der familiären Interaktionen ansetzen. Es sind also kombinierte und aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Interventionen erforderlich, die sich an der aktuellen Lebenssituation und den individuellen Bedarfen aller Familienmitglieder orientieren, das gesamte Familiensystem stärken und unterstützen.

Lenz und Wiegand-Grefe (2017) haben in den Leitlinien für die Behandlung Kinder psychisch kranker Eltern auf die Bedeutung der Arbeit mit den Eltern und mit der Familie hervorgehoben, wobei immer auf die reale Belastbarkeit der Eltern zu achten ist. Die Interventionen bei den Kindern psychisch kranker Eltern bewegen sich auf der Eltern- und Familienebene, um die Eltern-Kind-Beziehung als positive Ressource für das Kind wiederherzustellen.

Ebenen der Interventionen
Eltern <ul style="list-style-type: none">• medizinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils• Betreuung und Behandlung des suchtkranken Elternteils• Suchtselbsthilfe
Kind/Familie <ul style="list-style-type: none">• bindungsbezogene Interventionen (speziell im Säuglings- und Kleinkindalter)• familienorientierte Maßnahmen (Psychoedukation, Förderung der familiären Kommunikation, Familientherapie, Elterngruppe, Kindergruppe)• pädagogische und sozialpädagogische Maßnahmen (z.B. Patenschaften, Krisenpläne, sozialpädagogische Familienhilfe, Haushaltshilfe)• Suchtselbsthilfe für Kinder und suchtkranken Eltern• Behandlung des Kindes (mit begleitender Psychoedukation und Familientherapie)

Abbildung aus Lenz & Wiegand-Grefe, 2017

Kindzentrierte Interventionen ohne direkten Einbezug der Eltern können Entlastungserlebnisse und alternative Erfahrungsmöglichkeiten für Kinder schaffen (Lenz 2010). Von solchen Interventionen können auch die Familien insgesamt profitieren.

Diese Hilfen sollen dabei je nach Bedarf gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und ggf. auch in wechselnder Intensität erfolgen. Bei psychisch erkrankten oder suchtkranken Eltern kann der Hilfebedarf je nach Krankheitsverlauf und Kumulation psychosozialer und sozialer Belastungsfaktoren zwischen langfristiger, engmaschiger Unterstützung und weitmaschiger Begleitung abwechseln. Die Passgenauigkeit der Hilfen darf sich nicht in der Addition von einzelnen Maßnahmen erschöpfen. Ziel solcher koordinierten Leistungen muss es vielmehr sein, individuelle und bedarfsgerechte Formen der Unterstützung für die belasteten Familien zu initiieren. Dies erfordert fallbezogene Kooperationen, die zielgerichtet verknüpft und aufeinander abgestimmt sind sowie verbindlich gepflegt und nach Bedarf erweitert werden. Je besser eine inhaltlich-fachliche Abstimmung gelingt, umso wirksamer können Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken oder suchtkranken Eltern gestaltet werden. Um eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleisten zu können, ist eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen dem Gesundheitssystem, speziell der Erwachsenenpsychiatrie und -Psychotherapie, der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und dem Jugendhilfesystem sinnvoll. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen ist entscheidend für eine gelingende Unterstützung der ganzen Familie.

Die Notwendigkeit der Kooperation zwischen diesen Systemen ergibt sich aus deren überschneidenden Zielsetzung und den jeweiligen Aufgaben bzw. Versorgungsaufträgen:

Jugendhilfe als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem soll u.a. nach § 1 Absatz 3 Nr. 2 SGB VIII Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und nach § 1 Absatz 3 Nr. 3 SGB VIII dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Im Mittelpunkt stehen die Interessen und Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

Auftrag der Erwachsenenpsychiatrie, der Sozialpsychiatrie und des psychotherapeutischen Versorgungssystems sowie der Suchthilfe ist Behandlung und Begleitung des erkrankten Patienten. Im Mittelpunkt des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems stehen die Krankheit des Patienten bzw. der Patientin sowie seine bzw. ihre Bedürfnisse und Anliegen.

Suchthilfe als Sondersversorgungsbereich, überwiegend finanziert nach SGB VI, teilweise nach SGB V. In diesem Bereich gibt es bislang kaum Schnittstellen zu familien- und kinderbezogenen Hilfen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie befasst sich mit der Diagnostik und Therapie der psychischen, psychosomatischen und neurologischen Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden. Sie befindet sich somit an der Schnittstelle zur Erwachsenenpsychiatrie, Suchthilfe, allgemeinen Psychotherapie und der Pädagogik. Das sich inzwischen als intermediäres System etablierte Angebot Früher Hilfen, vereint in seinen Strukturen auf allgemeine und selektive Prävention ausgerichtete Angebote aus den Sektoren Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe. Die Frühen Hilfen sind für Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr zu einer wichtigen Unterstützungsstruktur geworden.

Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge der Systeme führen häufig zu strukturellen Konflikten, die eine konstruktive Zusammenarbeit in der Praxis erschweren. Sie tragen zu wechselseitigen verzerrten Wahrnehmungen bei, woraus weitere Hindernisse für eine gelingende Kooperation resultieren. So werden beispielsweise die Jugendhilfe und insbesondere das Jugendamt bei der Ausübung des ihnen übertragenen staatlichen Wächteramts in Bezug auf Kinderschutz häufig auf ihre Kontrollfunktion reduziert und weniger in ihren Möglichkeiten, Hilfe und Unterstützung anzubieten, wahrgenommen. Umgekehrt weiß man aus Gesprächen mit Praktikerinnen und Praktikern, dass auf Seiten der Jugendhilfe die Meinung besteht, dass in der Erwachsenenpsychiatrie oder in der Suchthilfe die Kinder oftmals für den Gesundheitsprozess ihrer Eltern instrumentalisiert werden, ohne auf die Befindlichkeit und die Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen. Institutionalisierte Formen fallübergreifender Kooperation werden als eine erfolgversprechende Strategie angesehen, diese strukturell bedingten Konflikte zwischen den Systemen reduzieren zu können.

6.3 Kooperation und Vernetzung

Fallübergreifende kommunale Netzwerke fördern und sichern den fachlichen Austausch zwischen Fachkräften aus dem Gesundheits-, Suchthilfe- und Jugendhilfesystem und die Koordination der Angebote. Da Netzwerke strukturell immer offen angelegt sind, weist Bauer (2014) darauf hin, dass Netzwerkarbeit nicht nur ein Schnittstellenmanagement zwischen den Institutionen und Angeboten aus den Einrichtungen des Gesundheitssystem- und Jugendhilfesystems erfordert, sondern darüber hinaus permanente Grenzarbeit nach innen und nach außen. Während Schnittstellen einzelne Punkte in Arbeitsprozessen markieren, an denen die Zusammenarbeit zu regeln und die Handlungen der Aufgabenträger zu koordinieren

sind, meint Grenzarbeit die Aushandlung und Gestaltung der Beziehungen. Es muss immer auch miteinander ausgehandelt werden, wer welche Aufgaben sowie Positionierungen im Netzwerk einnehmen kann und wie sich das Netzwerk insgesamt von anderen abgrenzt oder mit diesen verknüpft. Mit Grenzarbeit ist ein kommunikativer Verständigungsprozess gemeint, der auf Offenheit, Transparenz und Vertrauen sowie einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten beruht und in dem die Akteure fortlaufend die eigene Position verhandeln und herstellen und gegenüber anderen Akteuren im Netzwerk behaupten. Auf diese Weise bewegen sich die Akteure nicht innerhalb von Grenzen, sondern erarbeiten durch ihre Positionierungen professionelle Abgrenzungen und Zugehörigkeiten (Dieter et al., 2016). Dies stellt eine wichtige Voraussetzung für das fallübergreifende wie auch fallspezifische Zusammenwirken dar.

Kommunikative Verständigungsprozesse zwischen Institutionen und ExpertInnen bergen immer das Risiko, dass dabei die AdressatInnen aus dem Blick geraten und Prozesse, Zuständigkeiten, Interventionsstrategien allein entlang professioneller und institutioneller Logiken gestaltet werden. Dies gilt sowohl auf der fallübergreifenden als auch auf der fallbezogenen Ebene. Was wiederum dazu führen kann, dass die Bedürfnisse und Bedarfe der Familien zu wenig berücksichtigt werden, und somit Hilfen entwickelt werden, die im Alltag der Familien nicht integrierbar sind, von den Familien bzw. einzelnen Familienmitgliedern nicht akzeptiert werden oder unerwünschte Nebenwirkungen zur Folge haben. Es sind deshalb Anstrengungen auf der fallübergreifenden Ebene erforderlich, die Perspektive sowohl von psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (z.B. über Genesungshelfer oder Psychiatrieerfahrene oder Selbsthilfegruppen, Suchtselbsthilfegruppen) als auch von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern (z.B. Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.) in geeigneter Form in die Netzwerke zu integrieren. Dieter et al. (2016) fanden in einer multiperspektivischen Analyse kommunaler Netzwerke Früher Hilfen jedoch heraus, dass die Familien lediglich als Ziel der Arbeit des Netzwerkes, aber nicht als Kooperationspartner wahrgenommen werden. Die Eltern und ihre Kinder werden als die AdressatInnen der Frühen Hilfen gesehen, denen Bedarfe und entsprechende Hilfen zugeordnet werden. Netzwerke Frühe Hilfen sehen sich vorwiegend als Tertiärnetzwerke (Trojan et al., 1987) die professionell im Feld der Frühen Hilfen tätig sind und somit vor allen Dingen für sich den Auftrag definieren, professionelle Akteure miteinander an einem Tisch zu bringen. Primärnetzwerke spielen nach den Ergebnissen der Erhebungen von Dieter et al. (2016) in den Überlegungen auf der Steuerungsebene der Netzwerke Früher Hilfen keine Rolle.

Auf der Ebene der konkreten Fallarbeit jedoch werden Fragen, wie Eltern in den Hilfeprozess einbezogen werden können und wie sich der Hilfeprozess an den Bedürfnissen der Familien ausrichten kann, reflektiert (Dieter et al., 2016). Die Eltern werden als Koproduzenten der Hilfe angesehen. Von guten Beispielen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII (vgl. z.B. Modellprogramm zur Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens www.dji.de/hpv) und aus den Diskussionen um Trialogische Ansätze (z.B. Bombosch et al. 2004) kann hierbei sicherlich nach wie vor etwas gelernt werden. Ziel sollte es sein, dass sowohl die Eltern als auch die Kinder aktiv bei der Planung und Durchführung von unterstützenden Aktivitäten, Maßnahmen bzw. Interventionen mitwirken. Menschen sind motivierter zu kooperieren und in Hilfeprozessen mitzuarbeiten, wenn auch ihre Interessen und Bedürfnisse Berücksichtigung finden und ihnen ein möglichst hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle sowohl bei der Zielsetzung als auch bei der Zielerreichung zugestanden wird. Dazu ist es notwendig, Mitwirkungsmöglichkeiten fest in den Hilfe- und Entscheidungsprozessen zu verankern (Schweitzer, 1998) sowie eine für die Familienmitglieder transparente und nachvollziehbare und zwischen den verschiedenen Akteuren abgestimmte Hilfe- und Behandlungsplanung vorzunehmen.

6.4 Ist-Stand der Kooperationen

Es besteht ein fachlicher Konsens darüber, dass eine ausreichende Versorgung von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit bedarfsgerechten Angeboten nur durch eine enge Vernetzung unterschiedlicher Systeme – insbesondere des Gesundheitssystems und des Jugendhilfesystems – zu realisieren ist. So stützt der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten „Kooperation und Vernetzung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ explizit Forderungen nach einer systemübergreifenden Vernetzung: „Da die meisten Interventionsfelder für primäre Prävention, [...] außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, stellt sich hier vielfach die Notwendigkeit einer Kooperation in Bereichen und Institutionen jenseits des Gesundheitswesens“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). In dieselbe Richtung argumentiert die Expertenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, wenn sie ebenfalls auf die Notwendigkeit systemübergreifender Kooperation hinweist. Ausdrücklich wird betont, dass Gesundheitsförderung nicht nur auf der Ebene der handelnden Akteure im Gesundheitswesen, sondern explizit auch auf Ebene der Kinder- und Jugendhilfe als fachlicher Standard anzuerkennen und entsprechend zu befördern ist. Es sei notwendig, die „gesundheitsbezogenen Folgen sozioökonomischer und kultureller Benachteiligung [...] durch die [...] Entwicklung entsprechender Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe“

zu berücksichtigen (BMFSFJ, 2009). Auch im Bericht der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Gesundheitsbehörden der Länder aus dem Jahr 2012 wird auf die Notwendigkeit einer besseren Zusammenarbeit von Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen: „Hier ist die Erwachsenenpsychiatrie in besonderem Maße gefordert, nicht nur das „Elternsein“ ihrer Patienten besser in den Blick zu nehmen, sondern auch mit anderen Hilfesystemen wie der Eingliederungshilfe, den Trägern freier und öffentlicher Jugendhilfe zielorientiert zusammen zu arbeiten“ (AG Psychiatrie 2012, S. 23).

Ein differenziertes Bild über den Stand der Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfesystem und Gesundheitssystem vermitteln die Ergebnisse, die im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen erhoben wurden (NZFH, 2016). Allerdings ist diese Erhebung nicht auf die Kooperation in Bezug auf Familien mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteilen beschränkt, sondern bezieht sich auf den gesamten Bereich der Frühen Hilfen. An der Befragung im Jahr 2015 nahmen 555 Kommunen teil. Dies entspricht 95,9% der Kommunen in Deutschland.

Es zeigte sich eine geringe Beteiligung der Erwachsenenpsychiatrie und der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den kommunalen Netzwerken. So waren Kliniken und Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie bzw. -psychotherapie im Jahr 2015 in lediglich 28,0% der Kommunen in die fallübergreifende Netzwerkarbeit eingebunden. Mit 35,4% sind die jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen etwas häufiger in den fallübergreifenden Netzwerken Früher Hilfen vertreten. Ein hoher Entwicklungsbedarf besteht nach wie vor bei den niedergelassenen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Praxen. Bei den Praxen für Kinder und Jugendliche lag der Wert bei 33,6% und bei den Praxen für Erwachsene bei 22,0%. Der Sozialpsychiatrische Dienst, der in den meisten Bundesländern dem Öffentlichen Gesundheitswesen zuzurechnen ist, ist in jedem zweiten Netzwerk Früher Hilfen eingebunden (47%). Die Suchthilfe ist in diesen Netzwerken selten vertreten, obwohl gerade durch den pränatalen Substanzgebrauch durch Fetale Alkoholstörungen (FASD) und Fetale Drogenstörungen drohen. Dementsprechend sind diese Einschränkungen und Behinderungen von Neugeborenen und Kleinkindern, obwohl sie die häufigsten vorgeburtlich erworbenen Schädigungen darstellen, auch bei den Frühen Hilfen zu wenig bekannt und berücksichtigt.

Der Anteil an Netzwerken, in dem Sozialpsychiatrische Dienste vertreten sind, ist von 2013 bis 2015 um etwas mehr als zehn Prozentpunkte angestiegen. In den Netzwerken Frühe Hilfen sind Vertreter*innen sind weitere Gesundheitsberufe bzw. medizinischer Fachrichtungen vertreten, die ebenfalls in ihrer Arbeit Kontakt mit Familien mit psychisch erkrankten oder suchterkrankten Eltern haben können. So sind Familienhebammen in 88% der Kommunen

vertreten. Man kann also mittlerweile von fast einer flächendeckenden Einbindung dieser Gesundheitsfachkräfte in die fallübergreifende Netzwerkarbeit sprechen. Kinderärztinnen und -ärzte (76,4%) sowie niedergelassene Hebammen (72,5%) sind ebenfalls bei einem sehr großen Anteil der kommunalen Netzwerke integriert. Frauenärztliche Praxen sind hingegen nur in 50,0% der Kommunen in der fallübergreifenden Netzwerkarbeit vertreten. Dieser Wert ist jedoch im Vergleich zu 2013 bei den Berufsgruppen im Gesundheitswesen am stärksten gestiegen (2013 lag der Wert bei 37,6%). Hausärztliche Praxen sind lediglich in 18,8% der Netzwerke vertreten. Dies ist insbesondere deshalb als kritisch zu bewerten, weil gerade in ländlichen Regionen Hausärztinnen und -ärzte häufig auch die Grundversorgung im pädiatrischen sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich gewährleisten.

Die Einbeziehung von Akteuren der stationären somatischen medizinischen Versorgung in die Netzwerke Frühe Hilfen unterscheidet sich stark je nach Fachrichtungen und Diensten. 76,9% aller Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen kooperieren in der fallübergreifenden Netzwerkarbeit auch mit Geburtskliniken. 63,4% mit Kinderkliniken. Insgesamt bewerten die Kommunen die Kooperation mit den Akteuren der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung nicht so zufriedenstellend wie es für Geburts- und Kinderkliniken der Fall ist.

In 87% der Kommunen wird in Hinblick auf die Einbeziehung des Gesundheitssystems in kommunalen Netzwerken ein hoher Entwicklungsbedarf gesehen. Lediglich 5,6% betrachten dies in ihrer Kommune zufriedenstellend verwirklicht. Ähnlich verhält es mit der Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Gesundheitsplanung. 70% der Kommunen sprechen hier von einem Entwicklungsbedarf.

Hinweise auf weiteren Entwicklungsbedarf lassen sich auch aus anderen Perspektiven finden. wie zum Beispiel eine Studie zeigt, in der alle sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) in München Auskunft über ihr Wissen zur Familiensituation ihrer KlientInnen gaben (Drentwett 2014). In dieser Studie, in der zu allen Klientinnen, die einen SpD öfter als einmal nutzen und im Zeitraum von 01. Mai bis 31. Juli 2011 mit dem SpD in Kontakt waren, liegen u.a. Informationen zu ihrer familiären Situation und zu auf die einzelne Klientin bezogene Kooperationen zwischen dem SpD und anderen Organisationen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe vor. Eine Re-analyse der Daten zeigt, dass ein Drittel der Klient*innen, die mit einem Kind zusammenleben, nach Wissen des SpD auch ein Angebot einer Erziehungsberatungsstelle nutzt, bei einem weiteren Viertel der Familien hielt der SpD es für erforderlich. Wenn der SpD von der Erziehungsberatung weiß, dann gibt es auch bei 78% der Familien einen Kontakt zwischen Erziehungsberatungsstelle und SpD. Auch in Bezug auf den

Allgemeinen Sozialdienst (bei 84% der Familien soweit dem SpD bekannt involviert), der in München ein allgemeiner Sozialdienst ist und deshalb sowohl für die psychisch erkrankten Eltern als auch für die Kinder Zuständigkeiten hat, sowie dem Jugendamt (80% der Familien) gibt es Berührungspunkte mit dem SpD. Aber auch hier gilt, dass es einen erstaunlich großen Anteil an Familien gibt, bei denen es nicht zu dieser sektorenübergreifenden Zusammenarbeit kommt. Bei 28% der Familien mit einem Kontakt zum Jugendamt gibt es keine Kooperation zwischen Jugendamt und SpD und beim Allgemeinen Sozialdienst liegt der Anteil immer noch bei 20%. Die Qualität der Kooperation mit Akteuren außerhalb des Gesundheitssystems wird zudem deutlich schlechter eingeschätzt als die Qualität mit Akteuren im Gesundheitssystem (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Durchschnittliche Bewertung der Kooperationserfahrungen mit Partnern aus verschiedenen Handlungsfeldern in Schulnoten durch die sozialpsychiatrischen Dienste in München

	Durchschnittliche Bewertung (bezogen auf Einzelfall)	Durchschnittliche Bewertung nach Sektoren	Anzahl der Bewertungen
Betreutes Einzelwohnen für psychisch erkrankte Menschen	1,3		63
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2,2	2,15	104
Klinik	2,2		79
Psychiaterinnen und Psychiater	2,3		220
Erziehungsberatungsstellen	2,3		88
Bezirkssozialarbeit des ASD	2,5	2,55	180
Jugendamt	2,7		157
Haushaltshilfen	3,3		43
Andere Hilfe anbietende	2,1		51

Quelle: DJI-Befragung Klientinnen von SPD in München 2011

Die Notwendigkeit die Kooperationsbezüge zwischen Sozialpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern, signalisiert auch folgendes Ergebnis sehr deutlich: „Ein weiterer wichtiger Indikator (...) die Gruppe der Klient*innen, die mindestens ein minderjähriges Kind haben, bei denen dem jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienst keine Angaben zur aktuellen Betreuungsperson bzw. zum Betreuungsort vorliegen. Diese Gruppe ist mit 24% der Eltern erstaunlich hoch“ (Drentwett 2014, S. 23). Zusammenfassend lässt sich auf der Basis dieser Studie festhalten, dass die Fachkräfte von SpD durchaus wahrnehmen, wenn ihre Klient*innen Kinder haben, sich selbst jedoch kaum mit der Aufgabe betraut sehen, aktiv zu werden, weder wenn die Betreuungssituation der Kinder unklar wirkt noch in Richtung familienzentrierte Angebote. Was angesichts dessen, dass selbst in den neuen fachlichen Empfehlungen für

sozialpsychiatrische Dienste das Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern nicht erwähnt wird, nicht erstaunt (Albers & Elgeti 2018).

Hinsichtlich der Kooperationsaktivitäten von Suchtberatungsstellen ist die Situation nicht grundsätzlich anders. Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg konstatiert beispielsweise: „Auch wenn systemische Therapieansätze in der ambulanten Suchthilfe eigentlich eine lange Tradition haben, gibt es bislang nahezu nirgends auf der Grundlage einer solchen Perspektive strukturelle Vernetzungen mit der Jugendhilfe, der Erziehungsberatung, der Psychologischen Beratung oder der Familienhilfe, aber auch mit niedergelassenen Psychotherapeuten. Erst mit den mancherorts inzwischen installierten Absprachen zum § 8a SGB VIII gibt es – trotz der Rücksicht auf den gewünschten freiwilligen Zugang zur Suchtberatung – eine breitere Fachdiskussion über die Sinnhaftigkeit solcher strukturellen Kooperationen. Allerdings gehen solche Regelungen überwiegend von der Annahme aus, dass insbesondere eine Drogenabhängigkeit eine besondere Aufmerksamkeit in Sachen Kinderschutz notwendig mache. Die Bereitschaft, bei Jugend- und Familienhilfemaßnahmen die ambulante Suchthilfe im Zusammenwirken mit dem Klienten in eine integrierte Hilfeplanung einzubinden und gemeinsam vom Klienten akzeptierte und wirksame Interventions- und Betreuungskonzepte zu entwickeln, ist bislang nur in wenigen Fällen erkennbar. Dabei bietet beispielsweise das Konzept der Aufsuchenden Familientherapie hier durchaus sinnvolle und erfolgreiche gemeinsame Handlungsmöglichkeiten“ (Landesstelle für Suchtfragen der Freien Liga der Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg 2013, S.29).

In einer Untersuchung zu dem Hamburger Projekt Connect, das mit dem Ziel gegründet wurde, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Familien mit einem suchterkrankten Elternteil zu verbessern, wird ebenfalls festgehalten, dass es trotz der positiven Erfahrungen in den durch das Projekt angeregten Fallberatungen kaum zu weiteren Kooperationen kommt (Meinke 2009, S. 48).

Trotz all der hier geschilderten Herausforderungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Hilfesystemen zugunsten von Familien mit psychisch erkrankten Eltern gibt es in den letzten zwanzig Jahren auch eine große Reihe positiver Veränderungen zu beobachten. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und der Krankenhauspsychiatrie hat sich beispielsweise deutlich intensiviert. Die regelmäßigen Befragungen bundesdeutscher Jugendämter durch das DJI-Projekt „Jugendhilfe und sozialer Wandel“ ergeben einen deutlichen Anstieg der Kooperation zwischen Jugendämtern und der Erwachsenenpsychiatrie: Der Anteil ist von 49% im Jahr 2004 auf 78% im Jahr 2014 angestiegen.

Zu den Fortschritten der vergangenen Jahre gehört auch, dass der Nutzen und die Notwendigkeit von Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und den Frühen Hilfen in Bezug auf die Zielgruppe von Familien mit psychisch bzw. suchterkrankten Eltern inzwischen unbestritten ist. Das Thema wurde in der Psychiatrie und Jugendhilfe – wie zahlreiche Veröffentlichungen und Modellprojekte zeigen – gleichermaßen aufgegriffen. Neue Strukturen wurden auch im Kontext von regionalen Kooperationsvereinbarungen (z.B. München, Köln, Ludwigshafen) erprobt. In einer von den Autoren beauftragten Internetrecherche⁵ in den vier Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde nach Netzwerken und Kooperationen in Bezug auf Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern gesucht. Es wurde insgesamt bei 198 kreisfreien Städten und Landkreisen nach veröffentlichten Hinweisen auf solche Kooperationen gesucht. Die Ergebnisse dieser systematischen Recherche sind mit gewissen Unsicherheiten behaftet, da erstens möglicherweise nicht alle Vereinbarungen online dokumentiert sind, zweitens es bei einer Reihe von Fundstellen unklar blieb, inwieweit es sich dabei tatsächlich um Netzwerke handelt und nicht ausschließlich um Einzelprojekte, für die es ebenfalls Kooperationspartner gibt, und drittens es nicht unterschieden werden konnte, ob es sich um Kooperationsvereinbarungen zum gesamten Aufgabenfeld im Kontext von Kindern psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern handelt oder um reine Kinderschutzvereinbarungen, in denen z.B. geregelt ist, wann und welche insoweit eine erfahrene Fachkraft hinzugezogen wird.

Bei 33% der 198 Gebietskörperschaften konnten Hinweise auf eine Kooperationsvereinbarung oder die Kooperationsvereinbarung selbst im Internet gefunden werden. Die Schwierigkeiten bei der Recherche sind ein erster Hinweis darauf, wie lokale Netzwerke ihre Wirksamkeit verbessern könnten, nämlich in dem sie das Auffinden der Vereinbarungen über Suchmaschinen erleichtern. Die erste gefundene Vereinbarung stammt aus dem Jahr 2002, die aktuellste aus dem Jahr 2018. Am häufigsten sind solche Vereinbarungen bzw. Hinweise auf Kooperationen in NRW und am seltensten in Sachsen zu finden, wobei man einschränkend darauf hinweisen muss, dass durch die Vorarbeit in Rheinland-Pfalz (Projekteatlas: https://www.ism-mz.de/fileadmin/uploads/Publikationen/Projekteatlas_2017b.pdf) wir uns aus Ressourcengründen auf die dort ausgewiesenen Kooperationsvereinbarungen beschränkt haben. Würde man dieselben Suchkriterien wie bei den anderen Bundesländern zu Grunde legen, dann wäre der Anteil wahrscheinlich auch für Rheinland-Pfalz höher gewesen. In NRW fanden wir in 65% der Gebietskörperschaften Hinweise auf eine Kooperation, in Bayern in

⁵ Unser Dank gilt Frau Kinsky, die in kurzer Zeit die Recherche durchgeführt hat.

27%, in Rheinland-Pfalz in 11% und in Sachsen konnten keine Hinweise gefunden werden⁶. Tendenziell sind Kooperationshinweise/-vereinbarungen in kreisfreien Städten häufiger zu finden als in Landkreisen. Ein Teil der Kooperationsvereinbarungen reicht auch über Landkreisgrenzen hinaus, was auch an den Einzugsgebieten der psychiatrischen Kliniken liegt, die sowohl in Bayern als auch in NRW nicht mit den Grenzen von Städten und Landkreisen identisch sind.

In der folgenden Tabelle (Tab. 2) ist dargestellt, welche der ausgewählten Teilgruppen in den Kooperationsvereinbarungen/-formen beteiligt sind.

Tab. 2: Mitglieder in Netzwerken für Kinder psychisch kranker Eltern in NRW, Bayern und Rheinlandpfalz

	Insgesamt	NRW	Bayern
Jugendhilfe	95 %	94 %	95 %
Erwachsenenpsychiatrische Klinik oder Station	77 %	82 %	65 %
Frühe Hilfen	75 %	75 %	76 %
Sozialpsychiatrische Einrichtungen	69 %	79 %	44 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	67 %	67 %	69 %
Psychotherapeut_innen	61 %	61 %	67 %
Sonstige	53 %	54 %	56 %
Suchthilfe	51 %	55 %	42 %
Schulen	36 %	27 %	47 %
niedergelassene Psychiater_innen	27 %	19 %	39 %
niedergelassene Ärzt_innen	19 %	12 %	29 %

Da es in Rheinlandpfalz lediglich vier Netzwerke gibt, wurde auf eine detaillierte Darstellung verzichtet

Quelle: Expertise KpkE eigene Internet Recherche Stand 12.09.2018, n=64

Erwartungsgemäß sind in fast allen Kooperationskontexten Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere die Jugendämter beteiligt. Bei Kliniken stellt sich die Situation überraschender Weise etwas anders dar, über die vier Bundesländer hinweg bei einem Viertel und in Bayern sogar bei einem Drittel der Kooperationen scheinen Kliniken nicht beteiligt zu sein. Dieser Befund ist trotz aller Unsicherheiten ein deutlicher Hinweis darauf, dass eine genauere Untersuchung zu Kooperationshemmnisse für Kliniken oder psychiatrische Stationen bedarf. Aus dem Bereich Kinderschutz ist bekannt, dass die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten von Kooperationsaktivitäten eine große Hürde darstellen (z.B. von Bismark 2016, Mühlmann u.a.2015, S. 56ff). Darüber hinaus wäre aber zu klären, inwiefern es möglicherweise auch eine Folge unzureichender Personalausstattung oder auch anderer Kooperationsprobleme (z.B. fehlendes Wissen über potentielle Kooperationspartner, Macht- und Statusfragen) ist. Die Frühen Hilfen sind zumindest in Bezug auf die oben referierten Ergebnisse zur fehlenden Präsenz der Psychiatrie in den Netzwerken Früher Hilfen, häufig in

⁶ Was angesichts der erfolgreichen und bundesweit vielbeachteten Arbeit der Leipziger Beratungsstelle Auryon erstaunlich ist und sich möglicherweise bei einer Befragung potenzieller Netzwerkpartner anders darstellen würde.

den Kooperationen zum Thema Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern vertreten. Möglicherweise erklärt die Präsenz der Frühen Hilfen in diesen Netzwerken auch die Absens der Psychiatrie in den Netzwerken der Frühen Hilfen, denn man sieht sich ja in den für die psychiatrischen Einrichtungen spezifischeren Kontexten. Sozialpsychiatrische Angebote (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste (SpD), Wohngruppen, Teestuben) sind an etwas über zwei Drittel der Netzwerke beteiligt und dies obwohl – wie oben ausgeführt – SpD eine gewisse Distanz zu dem Thema haben. Bemerkenswert ist die große Differenz zwischen NRW und Bayern. Diese deutet daraufhin, dass eine durch entsprechende landesrechtliche Vorgaben unterschiedliche Positionierung von SpD sich zumindest auf deren Mitgliedschaft in den hier interessierenden Netzwerken auswirkt. Einrichtungen der Suchthilfe sind lediglich in der Hälfte der Netzwerke vertreten, sie stehen auch insgesamt trotz solcher Projekte wie Schulterschluss in Baden-Württemberg oder Bayern weniger im Fokus der Kooperationsdiskussionen (http://www.suchtfraagen.de/dokumente/projekte/Auswertung-Nachbefragung_SCHULERSCHLUSS-2017.pdf; <https://www.schulterschluss-bayern.de/aktuelles.html>). Der Anteil an Schulen an den Netzwerken ist erschreckend niedrig, obwohl es seit Jahrzehnten national und international Initiativen gibt, Gesundheitsförderung an Schulen zu etablieren und es auch einige Programme gab, die gezielt auf die Förderung psychischer Gesundheit ausgerichtet waren (z.B. Mind Matters Franze u.a. 2007). Die Gründe hierfür können vielfältig sein, da ist an die Vielzahl an Anforderungen zu denken mit den Schulen sowohl im Blick auf die Verbesserung der Schulleistung in Folge PISA-Studien als auch in Bezug auf den Ausbau ganztägiger Betreuung oder auch im Zusammenhang mit Inklusionsanforderungen konfrontiert sind. Auch subjektive Einstellungen von Schulpersonal in Bezug auf psychische Erkrankungen können zu einer Abwehr einer offensiven Befassung mit dem Thema psychische Gesundheit führen wie eine hohe gesundheitliche Belastung des Lehrpersonals. Außerhalb der Schule können Gründe für die geringe Integration darin zu finden sein, dass die Netzwerke sich zu sehr auf Kinder fokussieren, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind. Vor diesem Hintergrund erscheint eine genauere Untersuchung der Gründe, die Schule von solchen Kooperationen abhält von besonderem Interesse.

Der quasi Ausnahmecharakter der Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in diese Netzwerke war zu erwarten, kann aber nicht zufriedenstellen, denn schließlich werden viele psychisch Erkrankte ambulant betreut. Diese Familien haben kaum Zugang zu dem durch die Kooperationen weiterentwickelten Unterstützungssystem, wenn weder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte noch Schulen in diese Netzwerke integriert sind und an Angebote innerhalb dieser Strukturen verweisen.

Die Analyse der recherchierten Kooperationen zeigt, dass in den letzten rund 15 Jahren beachtliches entwickelt wurde, aber es immer noch keine Selbstverständlichkeit ist, dass sich lokale Netzwerke mit der Lebenssituation und den Bedarfen von Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil befassen. Hierzu sind weitere Anstrengungen erforderlich. Das Beispiel der Netzwerke Früher Hilfe zeigt, wie es gelingen kann innerhalb von einem kürzeren Zeitraum bundesweit eine stabile Struktur aufzubauen.

6.5 Gründe für Defizite in der Kooperation und bei der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke

Die Gründe für Probleme in der sektorenübergreifenden Kooperation sind relativ unabhängig von dem Kooperationsanlass, wie sich in verschiedenen Kooperationsstudien immer wieder zeigt (van Santen & Seckinger 2003; Ziegenhain et al. 2010 NZFH 2015; 2016, Bertsch 2016, Moretti & Zirpoli 2016; Bohus et al., 1998; Brockmann & Lenz, 2010; Franz; Kettenmann, Jäger et al., 2012). Insofern kann ein Mangel an empirischen Studien, die sich fokussiert mit den Kooperationsproblemen in Bezug auf Kinder psychisch und/oder suchterkrankter Eltern auseinandersetzen, in dem Sinne ausgeglichen werden, als die in den vorliegenden Kooperationsstudien beschriebenen Herausforderungen für interinstitutionelle Kooperationen auch für das hier interessierende Handlungsfeld von Bedeutung sind. Es lassen sich sowohl auf der fachlichen Handlungsebene als auch auf der strukturellen Ebene Gründe für Defizite in der (einzelfallbezogenen) Kooperation und der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke identifizieren. Genannt werden zum einen wechselseitige Informationsdefizite und Vorbehalte sowie ein unterschiedliches Fach- und Fallverständnis bei den Akteuren aus dem Jugendhilfe-, dem Gesundheitssystem und den Frühen Hilfen. Zum anderen werden 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 oder auch ein Fehlen wichtiger Akteure, was Moretti und Zirpoli (2016) als „strukturelles Loch“ bezeichnen, angeführt. Auch die Komplexität der Aufgaben, die in Netzwerken und Kooperationen bewältigt werden sollen, wird als eine Quelle für auftretende Kooperationsprobleme beschrieben (Taylor-Robinson et al. 2012). Schäfer et al. (2014) haben in ihrer Studie hohe Arbeitsbelastung, geringe Erfolgserwartungen in Bezug auf die Kooperationsaktivitäten sowie die Vermutung, dass Klient*innen dies als Vertrauensbruch ansehen und deshalb zukünftige Kontakte meiden würden, als Hindernisse für Kooperationen identifiziert.

Insbesondere das letzte Argument, nämlich dass ein Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe durch Akteure des Gesundheitswesens als ein Handeln gegen die Interessen der Patient*innen wahrgenommen wird, stellt ein ernstzunehmendes Problem in der Zusammenarbeit der beiden Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitswesen dar (vgl. z.B. auch Bertsch 2016).

Im Einzelnen werden die Defizite in der Kooperations- und Netzwerkarbeit auf unterschiedlichen Ebenen festgemacht (NZFH, 2015; 2016, S. 87ff):

Ganzheitlich familienorientierte (systemische) Perspektive versus individuumszentrierte Hilfe. Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern erfordern einen Perspektivenwechsel aller in den Netzwerken Tätigen hin zu einem ganzheitlichen Ansatz, indem die Familie als Ganzes im Mittelpunkt aller Bemühungen steht. Ausgangspunkt ist dabei ein systemisches Grundverständnis. Dem stehen im Gesundheitswesen eine stärkere individuumszentrierte Sichtweise und die Behandlung von krankheitsbedingten Einzelphänomenen entgegen.

Unterschiedliche Kooperationsverpflichtungen und strukturelle Bedingungen. In § 81 SGB VIII findet sich für die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe eine verbindliche Regelung zur Zusammenarbeit, während eine entsprechende Verpflichtung für die Akteure im Gesundheitsbereich nicht vorliegt.

Fehlende Kenntnisse über Aufgaben und Aufträge, über Angebotsprofil, Zuständigkeiten, Handlungsmöglichkeiten interne Organisations- und Ablaufstrukturen bei den Akteuren. Dieses Nicht-Wissen führt häufig zu Missverständnissen, unerfüllbaren, unrealistischen und unberechtigten Erwartungen. Solche „falschen“ Vorstellungen können sich leicht verfestigen und erschweren bzw. verhindern oft sogar eine effektive Kooperation im Alltag (vgl. z.B. auch van Santen & Seckinger 2003).

Fehlende Kenntnisse über Handlungslogiken. Zwischen Akteuren aus der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen kommt es häufig zu Kommunikationsproblemen, die nicht nur auf den divergierenden Aufgaben und Aufträgen, sondern auf den unterschiedlichen Erfahrungshorizonten, Denkmustern und beruflichen Sozialisationen beruhen.

Nicht nur aus der Perspektive der Frühen Hilfen, sondern auch aus der der Erwachsenenpsychiatrie wird die fehlende systematische Kooperation und Vernetzung als Defizit wahrgenommen. Verschiedene Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass der fehlende Blick über die Grenzen der institutionszentrierten Sichtweise der Erwachsenenpsychiatrie als

wesentlicher Grund für das mangelnde Gelingen der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Kinder – und Jugendhilfe und anderen familienunterstützenden Diensten gesehen werden kann (Franz, Kettenmann, Jäger et al., 2012). Franz, Kettenmann, Jäger et al. (2012) konnten dazu in einer explorativen Querschnittserhebung, die in sieben Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (zwei Universitätskliniken und fünf Versorgungskliniken) durchgeführt wurde, eine interessante Entwicklung feststellen. Dem Vorhandensein der Kinder und deren Belastungen wird mittlerweile im Unterschied zu früher (z.B. Bohus et al., 1998) von den Erwachsenenpsychiatern und Erwachsenenpsychotherapeuten in den Kliniken insgesamt mehr Beachtung geschenkt. 70% der Befragten gaben an, immer zu wissen, ob ihre Patienten minderjährige Kinder haben, unabhängig davon, ob sie im gemeinsamen Haushalt wohnen oder nicht. 60% der Befragten kannte die Anzahl der Kinder und etwa ein Drittel das Geschlecht der Kinder. 94% der Psychiater und Psychotherapeuten schätzten die Belastungen der Kinder als hoch ein. Als Belastungen für die Kinder wurden am häufigsten Beziehungsstörungen, -abbrüche und Trennung von der Mutter sowie mangelnde Unterstützung und Parentifizierung genannt. Nicht ausreichend bekannt ist hingegen, wer die Kinder während der Behandlung versorgt und wie stark die Intensität des aktuellen Kontakts der erkrankten Eltern zu ihren Kindern ist. Auch zeigte sich, dass während der Behandlung wenig Kommunikation bezüglich der Belastungen der Kinder und der Sorgen der erkrankten Eltern stattfindet. Auf diese Problematik weisen auch die erkrankten Eltern hin. So gaben beispielsweise in einer Studie von Schmid et al. (2008) 37% der Patienten an, dass sich die behandelnden Ärzte nicht „ausreichend“ nach der Versorgungssituation ihrer Kinder erkundigt hätten. Ein Grund warum die psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkräfte in der Behandlung der erkrankten Eltern das Thema Kinder oftmals ausblenden, obwohl sie die Belastungen der Kinder und die Notwendigkeit von Unterstützungsmaßnahmen sehen, könnte in dem geringen Wissen über Angebote der Jugendhilfe und der Frühen Hilfen in der jeweiligen Region liegen (Franz, Kettenmann, Jäger et al., 2012). Die Studie zeigt darüber hinaus auf, dass die Fachkräfte stereotype Bilder vom Jugendamt als der „Wegnahme-Institution“ mit den Patienten weitgehend teilen. Stereotype Bilder zeichnen sich in der Regel durch ihren breiten Bedeutungshof aus, wodurch schnell auch alle Institutionen der Jugendhilfe und der Frühen Hilfen unter dieses „Label“ subsumiert werden.

6.6 Modelle der Kooperations- und Vernetzungsarbeit

Angeregt durch zahlreiche ermutigende Erfahrungen und unterstützt durch verschiedene Akteure und Organisationen, inkl. Stiftungen, wurden in den beiden letzten Jahrzehnten auf lokaler Ebene etliche Kooperationsvereinbarungen in Bezug auf Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern geschlossen und Netzwerke gegründet. Betrachtet man sich

exemplarisch verschiedene Kooperationsvereinbarungen, so wird deutlich, dass als wichtige Voraussetzungen für die Verbesserung der Kooperations- und Vernetzungsarbeit ein Verständigungsprozess über wechselseitige Informationsdefizite und Vorbehalte sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Fach- und Fallverständnisses bei Akteuren aus dem Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem betrachtet wird (z.B. Schmutz, 2010). Neben den systematisch aufbereiteten Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz (Schmutz 2010) liegen insbesondere Erfahrungen aus den im Kontext Frühen Hilfen entwickelten und erprobten Handlungsmodellen vor, anhand derer sich Anregungen für gute Kooperationen und Vernetzungen gewinnen lassen.

Ein Modell stellen interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen dar. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, ein gemeinsames Fach- und Fallverständnis bei den Akteuren aus den unterschiedlichen Hilfesystemen zu Themen kindlicher Entwicklung, familiärer Versorgung und geeigneter Kooperationsformen herzustellen. Die kommunale Befragung im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen zeigt für das Jahr 2015, dass 379 Kommunen (68,3%) solche interdisziplinären Fortbildungen durchführten, an denen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich vor allem Kinderärztinnen und Kinderärzte (53,7% der Kommunen) teilnahmen. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater (35,0%) sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen (31,5%) beteiligten sich in lediglich ca. einem Drittel der Kommunen. Unter den Kommunen, die interdisziplinäre Fortbildungen anboten, hatten 55,9% mit den Landesärztekammern Regelungen zur Anerkennung von Fortbildungspunkten getroffen.

Ein anderer Weg wurde mit dem Modell der „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ erprobt. Um den Aufwand zur Einführung neuer Vernetzungsstrukturen für die verschiedenen Berufsgruppen möglichst gering zu halten, wurden bei der Entwicklung dieses Modells die bereits etablierten ärztlichen Qualitätszirkel genutzt, die sich als Struktur des fachlichen und fallbezogenen Austausches unter Ärztinnen und Ärzten bewährt hat. Für die „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ wurde diese etablierte und bewährte Struktur ausgebaut und für Akteure in der Jugendhilfe geöffnet. Das Besondere besteht darin, dass die interprofessionellen Qualitätszirkel durch ein Moderationsteam aus Ärzteschaft und Jugendhilfe geleitet werden. Ziel dieses Handlungsmodell ist es, die Kooperationsqualität zwischen Ärztinnen und Ärzten und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern. Dazu wurde eine eigene Dramaturgie, die sogenannte „Familienfallkonferenz“ entwickelt, die eine strukturierte Bearbeitung von anonymisierten Fallbeispielen ermöglicht. Die Ergebnisse der Begleitforschung (Siebolds et al., 2016) zeigen, dass durch die gemeinsamen Sitzungen zum einen Vorurteile gegenüber den jeweils anderen Professionen abgebaut und zum anderen ein gemeinsames Fallverständnis und ein Verständnis für die jeweilige Systemlogik

gefördert sowie die interinstitutionelle Zusammenarbeit verbessert werden konnte. Als wichtig für das Gelingen des Modelprojekts in Baden-Württemberg erwies sich die Installierung einer Koordinierungsstelle in der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, um die Ausbildung und den Einsatz der Moderationstandems landesweit zu organisieren und fachlich zu begleiten (Siebolds et al., 2016). Mittlerweile konnte in Baden-Württemberg eine fast flächendeckende Implementierung dieses hilfesystemübergreifenden Modells erreicht werden. Bundesweit waren bis 2015 „Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen“ nur in 7% der Kommunen etabliert (NZFH, 2016). Mit verschiedenen inhaltlichen Modifikationen werden mittlerweile „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ auch in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen eingesetzt.

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 (Ziegenhain et al., 2010). 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. Eingeladen werden alle Institutionen und Professionen in der Kommune, die entweder in Kontakt mit Familien in Problemlagen ab der Schwangerschaft und mit Kindern unter drei Jahren stehen oder deren Handeln Konsequenzen für die Situation dieser Familien haben kann. Die beteiligten Institutionen und Professionen stammen insbesondere aus dem System der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), des Gesundheitswesens (SGB V) sowie der Eingliederungshilfe und der Daseinsfürsorge. Zur Organisation der „Runden Tische“ und zur Steuerung der Kooperationsabsprachen werden Koordinatoren bestimmt, die nach Möglichkeit der Kinder- und Jugendhilfe oder dem Gesundheitswesen angehören und mit den örtlichen Verhältnissen der psychosozialen Versorgungslandschaft vertraut sind. Geleitet und strukturiert werden die „Runden Tische“ von einem externen Moderator. Neben fachlichen Inputs zu sozial- und datenrechtlichen Aspekten, zur Bedeutung Früher Hilfen und zur Notwendigkeit multiinstitutioneller und multiprofessioneller Kooperationen stehen das Kennenlernen, der fachliche Austausch und die Verteilung von Arbeitsaufträgen im Mittelpunkt der Treffen. Beispielsweise wird eine Bestandsaufnahme des Angebotsrepertoires in der Kommune durchgeführt, um Lücken im Hilfesystem zu erkennen und einen gezielten Aufbau und Ausbau von Unterstützungsangeboten voranzutreiben. Eine Vernetzungsanalyse über die Häufigkeit und Qualität von Kontakten der Akteure untereinander liefert gezielte Rückmeldungen für die Weiterentwicklung und Optimierung der örtlichen Kooperationsstrukturen. Eine weitere wichtige Aufgabe stellt die Einrichtung von Fachstellen oder Clearingstellen dar, die als zuverlässige, feste Ansprechpartner sowohl für die Akteure und Institutionen im Netzwerk fungieren als auch die Familien direkt über Hilfen informieren bzw. an geeignete Stellen weitervermitteln (Ziegenhain et al., 2010). Zwischen den „Runden Tischen“ finden nach Bedarf

und in unterschiedlicher Zusammensetzung Arbeitsgruppentreffen statt, um die Ergebnisse auszuwerten, getroffene Absprachen und Verfahrensregelungen zu diskutieren und die vereinbarten Arbeitsaufträge für den nächsten „Runden Tisch“ auszuführen. Ein wichtiges Element des „Runden Tisches“ sind die anonymen Fallbesprechungen. Indem die verschiedenen Professionen ihre Perspektiven, Denkmuster und Vorgehensweisen anhand einer Fallgeschichte einbringen, soll es gelingen, die Sprache der jeweils anderen Disziplin besser zu verstehen sowie Vorgehensweisen wie auch Grenzen der professionellen und institutionellen Möglichkeiten besser einschätzen zu lernen.

In Geburtskliniken haben sich die Lotsenprojekte als erfolgreiches Modell in der Kooperations- und Netzwerkarbeit erwiesen. Da fast alle Kinder in Deutschland in Geburtskliniken geboren werden, hat das Fachpersonal in den Kliniken Zugang zu nahezu allen Familien. Ziel der Projekte ist es, psychosoziale Probleme von Familien bereits frühzeitig zu erkennen und die Familien in ein passendes Unterstützungsangebot zu vermitteln. Dies gilt insbesondere für Eltern, die psychosozialen, außerklinischen Angeboten eher kritisch gegenüberstehen, Hemmungen oder zu wenig Ressourcen haben, um sich Unterstützung zu suchen. Durch Medien, wie Flyer und Plakate, und mittels direkter Ansprache durch das medizinische Personal werden die Eltern über Unterstützungsangebote informiert. Die Kontaktaufnahme mit den Eltern geschieht durch die Babylotsen bzw. durch die Familienhebammen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen, dass über Geburtskliniken ein guter Zugang zu allen Familien erreicht werden kann (Pawils et al., 2011). In Hamburg („Babylotsen“) und in Rheinland-Pfalz („Guter Start ins Kinderleben“) wurden die Lotsenprojekte landesweit eingeführt. Deutschlandweit ist die Zahl der Kommunen mit einer Angebotsvermittlung auf 71,4% Mitte 2015 angestiegen (NZFH, 2016).

Mittlerweile gibt es in einigen Regionen Vernetzungsprojekte, die gezielt auf die Einbindung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Systems in kommunale Netzwerke ausgerichtet sind (z.B. Holm, 2012; Filsinger, 2012). Exemplarisch soll das perinatale Präventionsnetz „Hand in Hand“ im Rhein-Neckar-Kreis genannt werden, das seit Juli 2007 besteht. Das Netzwerk für psychisch belastete und jugendliche Mütter mit ihren Säuglingen wurde in Kooperation und gemeinsamer Verantwortung des Jugendamtes und der psychiatrischen Klinik Nordbaden implementiert (Hornstein et al., 2010). Eingebunden sind in dieses breitgefächerte Netzwerk Akteure aller Professionen aus dem Gesundheitsbereich, die mit den Müttern und Kindern in der Perinatalzeit im Kontakt stehen (Gynäkologen, Pädiater, Erwachsenenpsychiater und Erwachsenenpsychotherapeuten, Allgemeinärzte und Hebammen), die Fachkräfte des Jugendamts und der psychosozialen Versorgung (Erziehungsberatung, Schwangerenberatung und Suchtberatung) sowie weitere interessierte Akteure wie Erzieherinnen, Polizisten und Familienrichter. Um die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

und des Gesundheitswesens systematisch miteinander zu koordinieren und eine verlässliche Zusammenarbeit zwischen Professionen und Institutionen zu ermöglichen, wurde eine Verfahrensregelung für den Einzelfall vereinbart. Sobald sich an den drei geburtshilflichen Kliniken des Landkreises in den ersten Wochen nach der Geburt oder innerhalb der Vorsorgeuntersuchungen des Kindes mittels eines systematischen Screening durch Hebammen, Gynäkologen und Pädiater Hinweise für eine psychische Erkrankung der Mutter, für kindliche Entwicklungsrisiken oder Kindeswohlgefährdungen ergeben, stehen im Netzwerk eine Clearingstelle beim Jugendamt mit einem Notruftelefon, eine weitere Clearingstelle an der psychiatrischen Klinik Nordbaden als Ansprechpartner zur Verfügung. Die beiden Clearingstellen kooperieren eng miteinander und werden insbesondere bei komplexen Problemlagen und unklaren Risikokonstellationen zur anonymen Beratung und zur Klärung in Krisenfällen genutzt. Die Evaluation zeigt, dass das Präventionsnetz bei der Einbindung von Netzwerkakteuren aus der ambulanten Versorgung an Grenzen stößt. Reibungsverluste und Verunsicherungen in der interinstitutionellen Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe treten bei Fragen des Datenschutzes und der Weitergabe von Information (Schweigepflicht) auf. Die wichtigen Fragen nach der Verpflichtung der verschiedenen Berufsgruppen zur Verschwiegenheit und Vertraulichkeit führen dazu, wie die Evaluation zeigte, dass häufig bestimmte vorgeschlagene Handlungsabläufe für Unterstützungsmaßnahmen nicht umgesetzt werden können (Hornstein et al., 2010).

All diese Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten tragen zwar zu einer erheblichen Verbesserung der „regionale(n) Versorgungsqualität für die jungen Menschen“ (AG Psychiatrie der AOLG 2012, S. 20) bei, aber die „vielfältige Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass es bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen im Alltag nicht nachlassenden Einsatzes bedarf, um diese mit Leben zu füllen. Auch deren Überprüfung und Erneuerung in bestimmten Zeitabständen ist unabdingbar“ (AG Psychiatrie der AOLG 2012, S. 20) wie die Arbeitsgemeinschaft der obersten Gesundheitsbehörden der Länder festhält.

6.7 Forschungsbedarfe

Mit welchen Strategien gelingt es am besten, die zuvor genannten Hindernisse und Schwierigkeiten in den inter-institutionellen Kooperationen zu beseitigen? Denn auch wenn gemeinsame Kooperationserfahrungen dazu beitragen, das wechselseitige Verständnis füreinander positiv zu beeinflussen und damit auch die Qualität der Kooperation zu verbessern (z.B. Müller/Gutmann/Fellmann: Evaluationsbericht wikip, April 2013 für die Schweiz), so stellt sich die Frage, was man aus den bisherigen Kooperationserfahrungen lernen kann, damit diese Entwicklungen schneller und nachhaltiger erreicht werden.

Aus dem hier dem hier dargestellten Kenntnisstand zu Kooperationen und Vernetzungen zugunsten Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern ergeben sich eine Reihe von Forschungsbedarfen, die hier knapp skizziert werden:

- Gibt es zusätzliche strukturelle Hürden in Landkreisen gegenüber kreisfreien Städten und wenn ja wie können diese überwunden werden. Hier wäre eine entsprechende Auswertung der Erfahrungen aus dem Aufbau der Netzwerke früher Hilfen möglicherweise hilfreich.
- Die Tatsache, dass psychiatrische Kliniken nicht in allen Netzwerken vertreten zu sein scheinen, ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass eine genauere Untersuchung der Kooperationshemmnisse für Kliniken oder psychiatrische Stationen bedarf. Aus dem Bereich Kinderschutz und den Frühen Hilfen ist bekannt, dass die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten von Kooperationsaktivitäten eine große Hürde darstellen. Darüber hinaus wäre auch zu klären, inwiefern quantitative und qualitative (Ausbildung, aber auch Faktoren wie Fluktuation) Personalausstattung oder auch anderer Kooperationsprobleme (z.B. fehlendes Wissen über potentielle Kooperationspartner, Macht- und Statusfragen) ursächlich hierfür sind. Auf der Basis solcher Analysen könnte dann gezielt an einer Verbesserung gearbeitet werden.
- Die Sozialpsychiatrie leistet wichtige Dienste insbesondere auch bei der Verbesserung der Inklusion längerfristig psychisch erkrankter Menschen. Trotzdem ist sie in den Netzwerken nicht systematisch integriert. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der hierfür durchgeführten Online-Recherche an, dass landesspezifische Regelungen die Integration sozialpsychiatrischer Angebote in den Netzwerken beeinflussen, wie an den Unterschieden zwischen NRW und Bayern sichtbar wird. Es wäre also zu untersuchen, welche Regelungen auf Landesebene eine Integration befördern würden und herauszuarbeiten, welche Funktionen sozialpsychiatrische Angebote übernehmen sollten.
- Die Rolle von Angeboten und Dienste der Suchthilfe ist in den Netzwerken unterrepräsentiert und dies obwohl es im letzten Jahrzehnt einige Aktivitäten gab, dies zu verändern. Es bedarf also einer genaueren Analyse, um herauszufinden, worin die spezifischen Kooperationshemmnisse liegen.
- Ähnliches lässt sich über Schulen sagen. Insbesondere mit Blick des Ausbaus einer ganztägigen Betreuung von Grundschulkindern eröffnen sich aber auch strukturelle Chancen, die Kooperationen zu verbessern. Diese Hoffnung wird sich aber nur erfüllen können, wenn diese Frage auf die Agenda gesetzt wird und mehr Wissen über die Möglichkeiten von Schule, positiv auf die Lebenssituation der Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern einwirken zu können, vorhanden ist. Hierzu empfehlen sich auch partizipative Forschungsstrategien mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen.

- Die fehlende Einbindung von einem sehr großen Anteil von niedergelassenen Ärzt*innen in systematische und regelmäßige Kooperationen stellt eine große Herausforderung für Berufsverbände der Ärzt*innen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die überörtliche und örtliche Jugendhilfe, die Gesundheitsbehörden und die Politik dar. Denn niedergelassene Ärzt*innen sind häufig die einzigen der professionellen Akteure (auch aufgrund der geringen Aufmerksamkeit der Schulen für dieses Thema), die etwas über die psychische Gesundheit der Eltern wissen. Sie sind deshalb in besonderer Weise in einer Position, in der sie zur Entlastung und Stärkung der Kinder beitragen können, indem sie Eltern motivieren, sich neben medizinischer Unterstützung für sich auch um Unterstützung für ihre Kinder zu bemühen. Forschung kann auch hier helfen, Lösungen zu finden.

Ganz grundsätzlich – auch das hat die Erarbeitung dieses Überblicks gezeigt – gibt es einen Mangel an empirischen Studien zum Nutzen von Kooperationen, auch wenn beispielsweise eine US-amerikanische Studie aufzeigt, dass Netzwerke, wenn sie denn über spezifische Eigenschaften verfügen, mit hoher Wahrscheinlichkeit örtliche, sozialräumliche Gegebenheiten so verändern können, dass es zu einem positiven Outcome kommt (Faust et al., 2015). Es wäre für eine erhöhte Anerkennung der notwendigen mit den Kooperationsaktivitäten verbundenen Aufwände hilfreich, wenn mehr und spezifisch zu diesem Handlungsfeld Empirie vorhanden wäre. Leitende Forschungsfragen könnten hier bei sein: 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, welche alternativen Wege führen ebenfalls zu Verbesserungen in der Kooperation?

Die Schwierigkeiten bei der Recherche nach Kooperationsvereinbarungen und Netzwerken können auch als ein Hinweis darauf gelesen werden, dass lokale Netzwerke gut daran tun würden, ihr Auffinden über Suchmaschinen zu verbessern, denn ansonsten erscheint es unwahrscheinlich, dass bisher nicht zum Netzwerk gehörende Akteure vor Ort, Zugang zu den Netzwerken erhalten. Darüber hinaus könnte eine Zusammenstellung der Angebote, Kooperationsvereinbarungen und Netzwerke auf Landes- und Bundesebene den Austausch und den Zugang für Akteure vor Ort befördern. Beispielhaft sei hier der Projektatlas Rheinland-Pfalz genannt.

6.8 Kooperation und Vernetzung bei Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern

Für Kinder suchtkranker Eltern sind in den letzten Jahren zunehmend kommunale Hilfe- und Präventionsnetzwerke entwickelt worden. Ein bundesweiter verlässlicher Überblick hierzu fehlt nach. Nach eigenen Erhebungen und Schätzungen ist von 80-100 solchen kommunalen Netzwerken auszugehen. Besonders weit entwickelt sind Baden-Württemberg und Hamburg. Eine Recherchemöglichkeit für lokale Angebote besteht seit Neuestem auf www.kidkit.de im Rahmen von Kidkit-Networks, einem BMG-finanzierten Projekt.

Wünschenswert wären bundesweit einheitliche Leitfäden und Strukturen für kommunale Netzwerke, die auch gesicherte Finanzierungen aufweisen. Die Chancen und Möglichkeiten zentraler Steuerung und koordinierten Case-Managements sowie der Optionen für Hilfen aus einer Hand wären dabei weitgehend noch zu eruieren.

6.9 Zusammenfassung

Über die Notwendigkeit von Kooperation besteht im Sozialbereich und Gesundheitswesen Konsens. Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Dienste und Einrichtungen haben zu einer Erhöhung der fachlichen Kompetenz beigetragen, aber zugleich die Gefahr vergrößert, dass ein ganzheitlicher, „systemischer“ Blick auf die Problemlagen der Klienten verloren geht. Interinstitutionelle Kooperation stellt eine Strategie dar, um das Nebeneinander von Zuständigkeiten in eine Infrastruktur passgenauer Hilfen zu verwandeln.

Komplexe Problemlagen erfordern multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation: Bei Kindern psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern liegt eine Problemlage vor, die einen ganzheitlichen, „systemischen“ Blick erfordert. Längsschnittstudien zeigen, dass die Beziehung zwischen elterlichen Belastungen, wie durch eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung, und kindlicher Belastungen bzw. Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat. Der psychische Zustand des erkrankten Elternteils beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die elterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind wirken sich auf die psychische Gesundheit des erkrankten Elternteils aus. Um dieser sich selbstverstärkenden Problemeskalation effektiv begegnen zu können, müssen Hilfen sowohl auf der Ebene des Kindes als auch auf der Ebene des erkrankten Elternteils, auf der Partnerebene und auf der Ebene der familiären Interaktionen ansetzen. Darüber hinaus sind Aktivitäten erforderlich, die der Selbst- und Fremdstigmatisierung dieser Familien entgegenwirken, sowie niedrigschwellige Angebote, die zur sozialen Integration dieser Familien beitragen. Es sind kombinierte und aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Interventionen erforderlich, die sich an der aktuellen Lebenssituation und den individuellen

Bedarfen aller Familienmitglieder orientieren und das ganze Familiensystem stärken und unterstützen. Die Passgenauigkeit der Hilfen darf sich nicht in der Addition von einzelnen Maßnahmen erschöpfen. Je besser eine inhaltlich-fachliche Abstimmung gelingt, umso wirksamer können Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken oder suchtkranken Eltern gestaltet werden. Dies setzt eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation zwischen den Hilfesystemen voraus.

Kooperation und Vernetzung: Fallübergreifende kommunale Netzwerke fördern und sichern den fachlichen Austausch zwischen Fachkräften aus dem Gesundheits-, Suchthilfe- und Jugendhilfesystem und die Koordination der Angebote. Netzwerkarbeit darf sich aber, wie die Organisations- und Kooperationsforschung gezeigt hat, nicht nur auf ein Schnittstellenmanagement zwischen den Institutionen und Angeboten beschränken, sondern erfordert darüber hinaus permanente Grenzarbeit nach innen und nach außen. Mit Grenzarbeit ist ein kommunikativer Verständigungsprozess gemeint, der auf einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten beruht und in dem die Akteure fortlaufend die eigene Position verhandeln. Multiperspektivische Analysen kommunaler Netzwerke Früher Hilfen kommen zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen in der Netzwerkarbeit nicht als Kooperationspartner wahrgenommen werden. Auf der Steuerungsebene der Netzwerke Früher Hilfen spielen die Familien keine Rolle. Angebote werden allein entlang professioneller und institutioneller Logiken gestaltet. Dies kann dazu führen, dass die Bedürfnisse und Bedarfe der Familien zu wenig berücksichtigt werden, und somit Hilfen entwickelt werden, die im Alltag der Familien nicht integrierbar sind, von den Familien bzw. einzelnen Familienmitgliedern nicht akzeptiert werden. Es sind deshalb Anstrengungen auf der fallübergreifenden Ebene erforderlich, die Perspektive der Betroffenen in geeigneter Form in die Netzwerke zu integrieren.

Ist-Stand der Kooperationen: Ein differenziertes Bild über den Stand der Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfesystem und Gesundheitssystem vermitteln die Ergebnisse, die im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen erhoben wurden. Allerdings bezieht sich diese Erhebung auf den gesamten Bereich der Frühen Hilfen. Bei der Befragung im Jahr 2015, an der 95,9% der Kommunen in Deutschland teilnahmen, zeigte sich eine geringe Beteiligung der Erwachsenenpsychiatrie und der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den kommunalen Netzwerken. In 87% der Kommunen wird in Hinblick auf die Einbeziehung des Gesundheitssystems in kommunale Netzwerke ein hoher Entwicklungsbedarf gesehen. Hinweise auf weiteren Entwicklungsbedarf lassen sich auch aus anderen Perspektiven finden.

Deutlich zeigt sich die Notwendigkeit der Verbesserung der Kooperationsbezüge zwischen der Sozialpsychiatrie sowie der Suchthilfe und der Kinder- und Jugendhilfe.

Trotz all der Herausforderungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Hilfesystemen zugunsten von Familien mit psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern gibt es auch eine Reihe positiver Veränderungen zu beobachten. So zeigen die regelmäßigen Befragungen bundesdeutscher Jugendämter durch das DJI einen deutlichen Anstieg der Kooperation zwischen Jugendämtern und der Erwachsenenpsychiatrie (von 49% im Jahr 2004 auf 78% im Jahr 2014). In einer von den Autoren beauftragten Internetrecherche in den vier Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde nach Netzwerken und Kooperationen in Bezug auf Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern gesucht. Einbezogen werden konnten 198 kreisfreie Städte und Landkreise. Bei 33% der 198 Gebietskörperschaften konnten Hinweise auf eine Kooperationsvereinbarung und Netzwerke oder die Kooperationsvereinbarung und Netzwerke im Internet gefunden werden.

Gründe für Defizite in der Kooperation und bei der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke: die verschiedenen Kooperationsstudien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Gründe für die Probleme in der interinstitutionellen Kooperation relativ unabhängig vom Kooperationsanlass sind. Es lassen sich sowohl auf der fachlichen Handlungsebene als auch auf der strukturellen Ebene Gründe für Probleme in der (einzelnefallbezogenen) Kooperation und der Ausgestaltung kommunaler Netzwerke identifizieren. Genannt werden zum einen wechselseitige Informationsdefizite und Vorbehalte, fehlende Kenntnisse über Handlungslogiken sowie ein unterschiedliches Fach- und Fallverständnis bei den Akteuren aus dem Jugendhilfe-, dem Gesundheitssystem und den Frühen Hilfen. Zum anderen werden 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 angeführt. Akteure des Gesundheitswesens nehmen darüber hinaus einen Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe häufig als ein Handeln gegen die Interessen der Patient*innen wahr. Allerdings wird mittlerweile auch aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie die fehlende systematische Kooperation und Vernetzung als Defizit wahrgenommen (vgl. z.B. Bertsch 2016, Dittmann, Raabe 2018).

Modelle der Kooperations- und Vernetzungsarbeit: Insbesondere im Kontext Frühe Hilfen sind in den letzten Jahren Handlungsmodelle entwickelt und erprobt worden, anhand derer sich Anregungen für gute Kooperationen und Vernetzungen gewinnen lassen:

- Ein Modell stellen interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen dar. Ziel ist es, ein gemeinsames Fach- und Fallverständnis 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 Ärzte. 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.

Diese Vernetzungs- und Kooperationsmodelle tragen zu einer erheblichen Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität für die Kinder und Familien bei. Sie bedürfen aber einer kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung.

Forschungsbedarfe: Aus dem hier dem hier dargestellten Kenntnisstand zu Kooperationen und Vernetzungen ergeben sich eine Reihe von Forschungsbedarfen:

- Auswertung der Erfahrungen aus dem Aufbau der Netzwerke Früher Hilfen.
- Untersuchung der konkreten Kooperationshemmnisse für
 - psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Stationen
 - niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen
 - 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?

7 Kinderschutz

Fragestellung: Welche Erkenntnisse liegen zum Kinderschutz im interdisziplinären Kontext vor?

Eine elterliche psychische oder Suchterkrankung stellt eine erhebliche Belastung für den betroffenen Elternteil und die Familie insgesamt dar. Auch wenn es in der Mehrzahl der Familien mit psychisch- oder suchterkrankten Eltern zu keiner Kindeswohlgefährdung kommt, sind solche elterliche Erkrankungen ein großer Risikofaktor für Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern. Sämtliche Risikofaktoren für Gewalt, Misshandlungen und Vernachlässigung, u.a. auch sozioökonomische Faktoren, wie Armut und Arbeitslosigkeit, ungewollte oder frühe Schwangerschaft, elterlicher Stress und elterliche Überforderung, soziale Isolation, elterliche Konflikte in der Familie, Misshandlungserfahrungen in der Vorgeschichte, sind in Familien mit psychisch kranken Eltern überrepräsentiert. Möglicherweise stellt eine psychische Erkrankung auch eine Reaktion auf diese Belastungen dar. Misshandlungen setzen sich oftmals über Generationen fort. Nicht selten sind misshandelnde Eltern selbst Opfer von Misshandlungen gewesen (Albermann, Wiegand-Grefe & Winter, 2018). Studien beschreiben eine 2- bis 3-fach erhöhte Rate körperlicher, sexueller oder anderer Arten von Misshandlung in der Kindheit, wenn mindestens ein Elternteil an einer Depression, Manie oder Schizophrenie litt. Vernachlässigung oder Misshandlung im Kontext einer elterlichen psychischen Erkrankung kann je nach Ausprägung und Art der Begleitumstände mit sehr unterschiedlichen Gefährdungen für das Kind einhergehen. Das Spektrum reicht von einer Missachtung von Grund- und Entwicklungsbedürfnissen der Kinder bis hin zu körperlicher oder sexueller Gewalt (Albermann, Wiegand-Grefe & Winter, 2018).

7.1 Begriffsklärungen

Körperliche bzw. physische Misshandlung wird definiert als aktives körperliches Handeln, das mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer physischen (und psychischen) Schädigung des Kindes führt (Dettenborn & Walter, 2015, Herrmann et al., 2016). Dies kann leichte Formen elterlicher Gewalt (z.B. Ohrfeigen) oder schwere Misshandlung (z.B. mit der Faust oder einem Gegenstand schlagen, verbrennen) einschließen (Stadler, 2012). Emotionale bzw. psychische

Misshandlung wird als wiederholtes Auftreten oder die extreme Ausprägung von Verhaltensweisen einer Pflegeperson verstanden, die dem Kind zu verstehen geben, es sei wertlos, mit Fehlern behaftet, ungeliebt, ungewollt, gefährlich oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines Menschen zu erfüllen. Körperliche oder emotionale Vernachlässigung beinhaltet Unterlassungen fürsorglichen Handelns, die zu physischen oder psychischen Schädigungen des Kindes führen oder diese mit hoher Wahrscheinlichkeit erwarten lassen (Dettenborn & Walter, 2015). Emotionale Vernachlässigung kann sich z.B. in schwerwiegenden Defiziten hinsichtlich der emotionalen Zuwendung zeigen, insbesondere in der Feinfühligkeit und der Kommunikation mit dem Kind (Dettenborn & Walter, 2015). Ergänzt werden kann die Differenzierung zwischen körperlicher und emotionaler Vernachlässigung durch kognitive oder erzieherische Formen von Vernachlässigung und unzureichende Beaufsichtigung. Unter sexuellem Missbrauch wird das Ausnutzen eines Kindes durch eine sexuelle Handlung an, mit oder vor einem Kind verstanden (Dettenborn & Walter, 2015).

Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil tragen ein erhöhtes Risiko, Opfer von Vernachlässigung oder Misshandlungen zu werden. In der Praxis ist es nicht einfach, Konstellationen zu erkennen, in denen Kinder und Jugendliche tatsächlich gefährdet sind. Die Familien mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil befürchten behördliche, auch sorgerechtliche Maßnahmen, wenn sie ihre Belastung und Überforderung thematisieren, sie haben das Gefühl, vorschnell als Gefährdung für ihre Kinder angesehen zu werden. Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil stellt sich somit als schmale Gratwanderung dar, gefährdete Kinder frühzeitig zu identifizieren und den Familien subsidiär angemessene Unterstützung anzubieten, gleichzeitig die elterliche Autonomie zu respektieren und schließlich Gefährdungssituationen klar abzugrenzen und geeignete Kinderschutzmaßnahmen einzuleiten (Albermann, Wiegand-Grefe, Winter, S., 2018).

Die Sensibilisierung von Fachpersonen für dieses Thema, frühe Interventionen und die angemessene Unterstützung betroffener Familien können daher wesentlich zu einer Verbesserung der kindlichen Entwicklungsbedingungen, ihrer Lebensqualität und zu einer Reduktion späterer psychischer Störungen beitragen (Müller, Alessi-Näf, & Albermann, 2016; Siegenthaler, Munder, & Egger, 2012; Wiegand-Grefe et al., 2015). Einen wichtigen Grundpfeiler in der Versorgung betroffener Familien stellt eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit engem Einbezug des Versorgungssystems für Erwachsene dar. Norwegen hat dies frühzeitig erkannt und bereits 2010 ein Gesetz erlassen, dass im Gesundheitswesen tätige Fachpersonen dazu verpflichtet, ihre Patienten mit psychischen, schweren körperlichen oder durch Drogenkonsum bedingten Störungen nach minderjährigen Kindern zu fragen, wie es diesen geht und ob sie Unterstützung erhalten. Falls dies nicht der

Fall ist, besteht die Verpflichtung, minderjährigen Kindern und ihren Eltern nützliche Informationen zur Verfügung zu stellen und sie bei Bedarf an spezialisierte Fachstellen zu vermitteln (Lauritzen & Reedtz, 2016)⁷. In Einrichtungen für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen verfügt insbesondere das Pflegepersonal über ein beträchtliches Potenzial, sich für Familien mit Kindern einzusetzen und Risikokonstellationen zu identifizieren (Foster, O'Brien & Korhonen, 2012). Hierfür würde sich u.a. das Berufsbild der Advanced Practice Nurses Mental Health Care anbieten (VFP 2010). In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren beispielsweise im Bereich der „Frühen Hilfen“ erhebliche Anstrengungen unternommen, die Unterstützungsangebote für betroffene Familien zu verbessern. Auch in der Schweiz rücken Kinder und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil langsam in den Fokus der Gesundheitspolitik. Viele Angebote für Kinder psychisch- oder suchterkrankter Eltern sind aber nach wie vor lediglich Modellprojekte und damit nicht in die Regelversorgung implementiert.

7.2 Neurobiologische Erkenntnisse

Die neurobiologischen Erkenntnisse der vergangenen Jahre zeigen eindrucksvoll auf, wie sich Stresserfahrungen schon in der frühen Kindheit auf die weitere Entwicklung auswirken und sogar die Lebenserwartung einschränken können. Bereits perinatal belastende Erfahrungen scheinen die Reifung der kindlichen Hirnstrukturen zu beeinflussen und sich auf die späteren Hirnfunktionen auszuwirken. Sie stellen – zumindest in Tierversuchen (Lesse, Rether, Gröger, Braun, & Bock, 2016) – einen wichtigen Risikofaktor für die Entstehung späterer psychopathologischer Erkrankungen dar. Modelle der Entstehung psychischer Erkrankungen auf einem komplexen, mehrstufigen Prozess im Sinne einer kumulativen Stressdiathese gehen davon aus, dass ungünstige Kindheitserlebnisse oder chronischer Stress das Nervensystem so verändern, dass wiederholte oder häufige Stressexpositionen die Entstehung psychischer Erkrankungen im späteren Leben begünstigen (Mc Elroy & Hevey, 2014). Ungünstige frühe Kindheitserlebnisse wie eine längere Trennung von der Mutter oder chronischer Stress (z.B. anhaltende elterliche Konflikte, häusliche Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung) können zu depressivem Verhalten im Erwachsenenalter sowie zu einer erhöhten Stressanfälligkeit und Stressreaktivität führen.

⁷ Siehe auch Abschnitt Kooperation in diesem Bericht.

7.3 Traumatisierende Kindheitserfahrungen und deren Konsequenzen im Kinderschutz

Minderjährige Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern stellen eine abhängige, vulnerable und damit besondere schützenswerte Personengruppe dar. Die Konsequenzen elterlicher psychischer Erkrankungen können die Lebensqualität der Kinder bis hin zu einer Kindeswohlgefährdung einschränken. Umgekehrt wirkt sich die Anzahl traumatisierender Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences, ACEs) auf die Lebensqualität als Erwachsener aus. Die Summe der ACEs korreliert mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen, z.B. bei Depressionen, Angsterkrankungen, Substanzabusus und Impulskontrollstörungen (Dube, Felitti, Dong et al., 2003; Hughes et al., 2017; Putnam, Harris, & Putnam, 2013). Bei sexuell missbrauchten Mädchen und Jungen findet sich im Vergleich zu nicht missbrauchten Kindern überzufällig häufig eine psychische Erkrankung mindestens eines Elternteils, häufig in Form depressiver Störungen (Bange, 2017). Auch elterliche Alkohol- und Drogenabhängigkeit erhöht das Risiko für sexuellen Missbrauch, insbesondere wenn beide Eltern betroffen sind (Bange, 2017). Eltern von Mädchen und Jungen, die sexuell missbraucht werden, weisen nicht selten ein negatives Selbstkonzept auf, fühlen sich erzieherisch hoch belastet, äußern altersunangemessene Erwartungen an ihre Kinder und sind weniger einfühlsam hinsichtlich der Bedürfnisse ihrer Kinder. Das Bindungsverhalten dieser Eltern ist meist von Unsicherheit geprägt (Zimmermann, Neumann, & Çelik, 2011). Jugendliche, die durch Erziehungspersonen sexuell traumatisiert wurden, zeigten deutlich früher und länger anhaltende Traumasymptome im Vergleich zu Jugendlichen, die durch andere Einflüsse traumatisiert wurden (schwere Erkrankungen, Naturkatastrophen, körperliche/sexuelle Misshandlung durch Fremdtäter etc.). Sie entwickelten häufiger depressive Störungen, wurden suizidal und zeigten häufiger sexualisiertes Verhalten als die anderen beiden Gruppen (Kisiel, Fehrenbach, Liang, Stolbach, 2014). Die Zusammenhänge unterstreichen die Bedeutung schädigenden elterlichen Verhaltens auf die kindliche Entwicklung, die sich bis ins hohe Erwachsenenalter auswirkt. Eine elterliche psychische Erkrankung kann, muss sich aber nicht zwangsläufig auf die kindliche Befindlichkeit auswirken. Der Schweregrad, die Dauer und Art der psychischen Störung, das komorbide Vorliegen einer Suchterkrankung, eingeschränkte psychosoziale Ressourcen und ungünstige Sozialisations- und Umfeldbedingungen sowie erzieherische Überforderung können zu einer Negativspirale und zu einer Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes beitragen.

7.4 Kindeswohlgefährdung, elterliche Autonomie und Erziehungsfähigkeit

Krankheitsbedingt kann die Erziehungsfähigkeit von Eltern so stark eingeschränkt sein, dass sie das Kindeswohl zumindest vorübergehend nicht mehr sicherstellen können. Die Einschätzung, ob das Kindeswohl gefährdet ist, obliegt bei Vorliegen eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung, dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe, also dem Jugendamt. Die Prüfung, ob eine Einschränkung des Sorgerechts notwendig ist, und gegebenenfalls die Anordnung entsprechender Maßnahmen, obliegt demgegenüber dem Familiengericht. Das Jugendamt ist auch verpflichtet, den Erziehungsberechtigten die nach seiner Einschätzung zur Abwendung von Gefährdungen geeigneten und notwendigen Hilfen anzubieten. Damit die Hilfen die gewünschte Wirkung erreichen können ist – wie auch in § 36 (Mitwirkung, Hilfeplanung) SGB VIII vorgegeben - die Hilfe in Zusammenarbeit mit den Eltern zu entwickeln. Insbesondere bei der Zielgruppe psychisch erkrankter Eltern erscheint häufig ein Einbezug weiterer Netzwerkpartner sinnvoll (Lenz 2010). Im Rahmen des nach dem SGB VIII erforderlichen Hilfeplanverfahrens werden die im Einzelfall gewählten Hilfen in regelmäßigen Abständen darauf überprüft, ob sie weiterhin geeignet sind. Ist dies nicht der Fall, müssen die Hilfen angepasst werden. Somit ist das Kindeswohl nicht als eine „konstante Größe“ anzusehen, sondern vielmehr als eine flexible Konstellation von persönlichen, sozialen und weiteren Risikofaktoren. Um die Verwirklichung des Kindeswohls zu realisieren, muss zuerst analysiert werden, „welche Qualität diese Relation zwischen den Bedürfnissen eines Kindes und seinen Lebensbedingungen“ hat (Dettenborn, 2008, p. 577). Weil die Bedürfnisse eines Kindes – je nach Alter, eigenen Stärken und Defiziten sowie der Unterstützung durch das Umfeld – unterschiedlich sind, bedarf es vorgängig einer individuellen Analyse der genannten Faktoren (Ludewig, Baumer, Salzgeber et al. 2015). Es existiert demnach eine Reihe von Grundbedürfnissen, deren Erfüllung eine Voraussetzung für das Wohlbefinden eines Kindes ist. Zu den Grundbedürfnissen des Kindes gehören u.a. das Bedürfnis nach „Ernährung und Versorgung“, „Erhalt der Gesundheit“, „Sicherheit“ bzw. „Schutz vor Gefahren“, „Zuwendung und Liebe“, „stabiler Bindung“, die auch Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung ermöglicht, sowie „Bildung bzw. Vermittlung von Wissen und Erfahrungen“. Man geht zudem von einem Bedürfnis des Kindes nach einer Beziehung zu beiden Elternteilen aus (Dettenborn, 2010). Die elterliche Erziehungsfähigkeit korreliert mit den elterlichen Kompetenzen, die individuellen Bedürfnisse des Kindes erfüllen zu können. Umgekehrt ist die Kindeswohlgefährdung umso höher einzuschätzen, je weniger die Eltern in der Lage sind, beispielsweise aufgrund schwerer, anhaltender elterlicher Konflikte oder aufgrund einer psychischen Erkrankung auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen.

7.5 Kinder suchtkranker Eltern und Kinderschutz

Hinsichtlich relevanter Kinderschutzfragen zeigen Kinder suchtkranker Eltern erhöhte Risiken in den Bereichen Kindesvernachlässigung, Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung (vgl. Klein 2018a). Sie erleiden besonders oft Traumatisierungen und weisen dementsprechende Folgestörungen im psychischen und körperlichen Bereich auf. Der interdisziplinäre Kinderschutz scheint hierfür noch nicht ausreichend sensibilisiert (vgl. Abschnitt 6.4). Ebenso fehlen – so der Wissenstand der Autor*innen – nach wie vor evidenzbasierte Handlungskonzepte.

7.6 Zusammenfassung

Die Auswirkungen akuter, intermittierender oder chronischer Belastungen durch eine elterliche psychische Erkrankung auf die Entwicklung eines Kindes und die Abgrenzung von Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituationen sind unterschiedlich stark ausgeprägt, fließend und nicht jederzeit eindeutig bestimmbar (Schwartzländer, 2004).

Zur Beantwortung der Frage, ob eine Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituation vorliegt und bei der Überprüfung der Erziehungsfähigkeit wird 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 erfolgt bei Eltern mit und ohne psychiatrische Diagnose in vergleichbarer Weise (Schwartzländer, 2004). Die maßgebliche Frage lautet, ob die Grundbedürfnisse des Kindes ausreichend erfüllt werden können und die elterlichen Kompetenzen hierfür hinreichend sind. Bei einem psychisch kranken Elternteil werden bei der Überprüfung dieser Fähigkeiten jedoch mögliche zusätzliche Einflüsse der psychischen Erkrankung auf die elterlichen Erziehungskompetenzen mitberücksichtigt. Bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit oder einer Gefährdungssituation spielt nicht das Vorhandensein der psychiatrischen Diagnose eine Rolle, sondern die Intensität, Dauer und die Auswirkungen der Störung, also insbesondere ihr damit verbundener Einfluss auf die Möglichkeit des Elternteils, die Grundbedürfnisse des Kindes adäquat zu erfüllen (Schwartzländer, 2004).

8 Psychisch kranke Eltern und berufliche Situation

Fragestellung: Welche Erkenntnisse zur Integration des erkrankten Elternteils in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt liegen vor?

Psychische Erkrankungen können auch zu sozialen Problemen führen. Es besteht ein epidemiologisch seit vielen Jahrzehnten immer wieder durch viele Studien national wie international belegter sozialer Gradient hinsichtlich psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen treten bei niedrigem sozioökonomischem Status häufiger auf, sie führen selbst wiederum vermehrt zu einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, da sie u.a. Ursache von Frühberentung, Arbeitslosigkeit, bzw. Arbeitsintegrationsmaßnahmen etc. sind (siehe auch Teilhabeberichte der Bundesregierung). Das besondere Risiko psychisch erkrankter Menschen vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu werden, insbesondere dann, wenn Arbeitslosigkeit steigt, haben Evans-Lacko u.a. in einer europäischen Studie 2013 nachgewiesen, speziell für Deutschland legten Roth et al. (2014) anhand einer Analyse von Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 und DEGS1-MH) vom Robert-Koch-Institut entsprechende Daten vor. Ein wichtiger Faktor ist auch, dass psychisch kranke Eltern häufiger als nicht erkrankte alleinerziehend sind, was sowohl für die soziale Lage, wie die Möglichkeit zu arbeiten Auswirkungen hat. Hinsichtlich der Problematik, dass insbesondere schwere psychische Erkrankungen zur Desintegration vom Arbeitsmarkt mit allen langfristigen Konsequenzen führen, gibt es international und in Deutschland seit längerem Forschung zur Verbesserung der Erhaltung von beruflichen Qualifikation und Arbeitsplätzen von psychisch Kranken, sowie zur verbesserten Integration von psychisch Erkrankten, die bereits Probleme im Arbeitsleben haben oder arbeitslos sind. Unterstützt werden diese Ansätze durch Befunde, die in der im Jahr 2015 veröffentlichten Expertise zur Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland (Gühne/Riedel-Heller 2015) so zusammengefasst werden: „Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konnten vielfach positive Effekte von Arbeit auf zahlreiche nicht-arbeitsbezogene Größen wie die psychopathologische Symptomatik, psychosoziale Funktionen, Selbstwertgefühl und Lebensqualität aufgezeigt werden. Dabei zeichnet sich im Vergleich zu anderen Formen von Arbeit und Beschäftigung eine besondere Stellung kompetitiver Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ab. Vor dem Hintergrund, dass Arbeit auch als Stressfaktor gelten kann, untersuchten Luciano et al. (2014) den Einfluss von Erwerbstätigkeit auf den Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen und konnten ganz klar aufzeigen, dass die Aufnahme einer Beschäftigung den Krankheitsverlauf nicht negativ beeinflusst. Arbeit verbessert das Selbstwernerleben, vermittelt ein Gefühl für sozialen Status und Identität, verhilft zu sozialen Kontakten und sozialer Unterstützung, strukturiert den Tages-

und Wochenablauf und führt zu finanzieller Anerkennung. Im Rahmen der Rehabilitation wird Arbeit traditionell ein großer Stellenwert zugeschrieben, da die gesundheitsförderliche Wirkung dieser bereits lange bekannt ist“ (ebd. S.56). In einer im September 2018 durchgeführten Literaturrecherche⁸ (Datenbanken: fis-bildung, ERIC, Psynindex, psycinfo, cochrane database, researchgate) zu Arbeitsintegrationsmaßnahmen für psychisch Kranke (Eltern) zeigte sich, dass es keine Literatur speziell zur Reintegration psychisch erkrankter Eltern gibt.

Generell kann hinsichtlich der Integrationsmaßnahmen zwischen zwei Ansätzen unterschieden werden.

- a) Prevocational training (Unterstützung VOR Antritt der Arbeitsstelle)
- b) Supported Employment (Unterstützung WÄHREND der Beschäftigung)

In neueren Projekten werden beide Ansätze kombiniert. In der aktuellen Forschung geht es hauptsächlich um die Vor- und Nachteile der beiden Ansätze (vgl. Brieger & Hoffmann, 2012; Suijkerbuijk, 2017). So diskutieren z.B. Corrigan und McCracken (2005), ob „first train, then place“ (prevocational training) oder “first place, then train” (supported employment) effektiver ist. Patienten finden im “first place, then train“-Ansatz zwar leichter eine Arbeit, haben aber größere Schwierigkeiten diese zu halten (Matschnig et al., 2008). Eine Übersicht zur Evidenz der beiden Ansätze im Vergleich sowie zum aktuellen Stand der Reintegration in Deutschland findet sich im Artikel von Stengler, Riedel-Heller & Becker (2014).

In Deutschland gibt es verschiedene Bildungseinrichtungen, die spezifische Angebote zur Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen anbieten. Eine übersichtliche Auflistung findet sich hierzu unter: <https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/hilfesystem-im-ueberblick/berufliche-wiedereingliederung.html>, in dem Artikel der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010) und in Stengler, Riedel-Heller & Becker (2014).

Spezielle Programme (die jedoch schon relativ alt sind, aber weiterhin durchgeführt werden):

- BFK (Berufsförderungskurse): Erhöhung der Personen mit Anstellung von 9% vor dem Kurs auf 42% nach dem Kurs (Condrau et al., 2001)
- hopes (wöchentliche Gruppen für psychisch kranke Studierende) (Biermann & Giesen, 2002) - lediglich Beschreibung des Projekts, keine Evaluation)
- REGRATIO: (Orientierungsphase mit anschließendem Training) mehr als 1/3 konnten in ein Beschäftigungsverhältnis gebracht werden (Waschkowski et al., 2002)

⁸ Für die Literaturrecherche wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

- PASS (gemeindenahes, systembezogenes Programm, 5 Phasen, Trainingsarbeitsplätze) – Beschreibung des Projektes, keine Evaluation bei Hoffmann, Siemers & Kupper, 1992
- Gute Wirksamkeit erzielt das IPS- Programm (individual placement and support (als ein Modell von supported employment) – zeitlich unbegrenzte Unterstützung durch einen Job-Coach (s. Matschnig et al, 2008 – Druckversion)

8.1 Sozioökonomische Besonderheiten bei Kindern suchtkranker Eltern

Kinder suchtkranker Eltern sind in besonderem Maße sozialer Deklassierung, Stigmatisierung und Marginalisierung ausgesetzt. Dies gilt für Kinder drogenabhängiger Eltern im Besonderen. Es herrscht der Eindruck, dass sie vielmals für die Erkrankung und das Verhalten ihrer Eltern mit in „Sippenhaft“ genommen werden. Dies birgt die Gefahr frühzeitiger Stigmatisierung und Exkludierung in sich. Betroffene Kinder erleiden dadurch Nachteile in Schule und Arbeitswelt, die zu den psychischen und gesundheitlichen Risiken hinzukommen (vgl. Lenz, 2010).

8.2 Zusammenfassung

Die einzelnen Studien zur Arbeitsintegration von psychisch Erkrankten zeigen einen hohen Anteil von Menschen, die nach einem stationären Behandlungsaufenthalt nicht wieder in Arbeit integriert sind. Der Anteil schwankt je nach Studie und Beobachtungszeitraum, jedoch sind ca. ein Drittel der erwachsenpsychiatrisch Behandelten in den Studien längerfristig ohne Erwerbsarbeit. Dabei handelt es sich mehrheitlich um Patienten mit sogenannter SMD (severe mental disorder). SMD bergen ein hohes Risiko der Chronifizierung und führen zu den stärksten Teilhabebeeinträchtigungen. Andererseits waren die untersuchten Patienten zu einem großen Teil in dem typischen Alter, in dem auch Elternschaft stattfindet. Keine Studie beschäftigte sich mit den Kindern, weder im Sinne einer möglichen Ressource, noch im Sinne als möglicher Belastungsfaktor für die Aufnahme einer Beschäftigung (z.B. Betreuung des Kindes, Doppelbelastung Familie und Beruf etc.). Zwar wurde in einigen Studien der Familienstatus erhoben (verheiratet, alleinlebend etc.) aber die Zahl der Kinder wurde nicht erfasst und Parameter bezüglich der Kinder in Bezug auf Belastungsfaktoren bezogen auf die berufliche Tätigkeit ebenso nicht. Für ambulant behandelte psychisch Erkrankte fehlen Daten in Deutschland komplett, inwieweit Kinder einen Faktor darstellen, der für die berufliche Tätigkeit Auswirkungen hat.

Bekannt ist, dass Eltern eine eigene Behandlungsnotwendigkeit wegen Kindern oft nicht wahrnehmen, aus falsch verstandener Sorge für die Kinder (Schmid et al. 2008). Ob ein ähnlicher Mechanismus hinsichtlich beruflicher Eingliederungsmaßnahmen, oder aber auch

schon präventiv bei noch im Berufsleben stehenden psychisch erkrankten Eltern hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen etc. besteht, muss aufgrund fehlender Forschung offenbleiben. Es kann auf der Basis der vorhandenen Forschungsergebnisse auch nichts dazu gesagt werden, ob für diese Zielgruppe zusätzliche Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf erforderlich sind, um die Chancen einer beruflichen Teilhabe systematisch zu erhöhen.

9 Schlussfolgerungen

Ein beträchtlicher Anteil der Kinder mit mindestens einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil erleidet in erhöhtem und gesundheitlich bedenklichem Ausmaß Schädigungen, die auch chronifizieren können. Diese durch vielfältige Forschung belegte Erkenntnis (z.B. Matthejat und Renschmidt 2008, Östmann & Hansen 2002, Klein 2018a 2018b) ist Anstoß für die Weiterentwicklung des Unterstützungs- und Hilfeangebote für die Zielgruppe Familien mit einem psychisch oder suchterkranktem Elternteil.

Es sind eine Reihe von positiven Entwicklungen aus der Forschungsperspektive zu beobachten: Es ist inzwischen unstrittig, dass diese Zielgruppe besondere Unterstützungsbedarfe hat, für deren Bearbeitung es –so die allgemein akzeptierte Annahme – häufig ein kooperatives und aufeinander abgestimmtes Handeln von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und möglicherweise weiterer Hilfesysteme bedarf. Insbesondere im Kontext der Frühen Hilfen wurden inzwischen flächendeckend lokale Netzwerke aufgebaut (NZFH 2016, Dieter et al. 2016) und Fortschritte in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erzielt. Die dabei gemachten Erfahrungen können auch bei der erforderlichen Weiterentwicklung der Angebote für Familien mit älteren Kindern hilfreich sein.

Auch wurden in den letzten Jahren in den betrachteten Hilfesektoren einige neue Arbeitsansätze zur besseren Unterstützung und Begleitung der Zielgruppe entwickelt. (vgl. Kap. 3), eine Vielzahl von zeitlich befristeten Praxisprojekten durchgeführt und einige Forschungsvorhaben in diesem Feld realisiert.

Auch wenn in den letzten zwei Jahrzehnten etliche Verbesserungen erreicht werden konnten, lassen sich nach wie vor erhebliche Entwicklungsbedarfe erkennen. Das Präventions- und Hilfesystem ist – so das Ergebnis dieses Forschungsüberblicks – noch unzulänglich auf die resultierenden Anforderungen eingestellt. Es bedarf weiterer Forschung, damit zukünftig die indizierte und frühzeitige Identifikation von Eltern und Kindern mit Belastung verbessert werden kann. Damit die Hilfen zielführend weiterentwickelt werden können, sollten unbedingt die Angebote und ihr auch sektorenübergreifendes Zusammenwirken hinsichtlich der Effekte für die Praxis und die Betroffenen (bessere Behandlung, passgenauere Hilfen, höheres

psychosoziales Funktionsniveau etc.) beforscht werden. Ein bisher – so zumindest das Ergebnis der veröffentlichten Ergebnisse, Konzept- und Projektdarstellung (vgl. Kap. 8) – stark vernachlässigtes Feld ist die Entwicklung einer besseren Integration von psychisch und suchterkrankten Eltern in den Arbeitsmarkt. Dies ist prototypisch für die immer noch zu geringe Bedeutung, die Ansätzen zur Stärkung der sozialen und gesellschaftlichen Integration dieser Zielgruppe zukommt. Sichtbar wird dies, u.a. daran, dass sich viele Arbeitsansätze und die dazu stattfindende Forschung auf eher individuums- oder im besten Falle familienbezogene Interventionen, kaum aber auf Community-Ansätze bezieht. Es fehlen, insbesondere mit Blick auf suchterkrankte Eltern sowie Familien mit älteren Kindern und Jugendlichen, in vielen Regionen verbindliche Kooperationsstrukturen, interdisziplinäre, lokale Netzwerke, eine gesicherte Regelfinanzierung, implementierte Konzepte der selektiven Prävention. Weitere Anstrengungen sind hinsichtlich grundlegender Forschung, einer Evaluation der verschiedenen Handlungsstrategien sowie der Untersuchung transgenerationaler Helfestrukturen angesichts der gefundenen Studienlage erforderlich. Auch die Berücksichtigung komorbider Störungen auf der Eltern- und/oder Kinderebene fehlt sowohl in Forschung als auch bei den bisher entwickelten Handlungsstrategien fast völlig.

10 Ausblick

Die Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen sollte kontinuierlich verbessert werden, da wie die Forschung der letzten Jahrzehnte aufzeigt, die Folgen für die Kinder in diese Familien und auch für die erkrankten Eltern bei unzureichender Unterstützung und Behandlung gravierend sind. Dazu bedarf es kontinuierlicher, finanziell abgesicherter, transgenerationaler Hilfen für Eltern und Kinder, da über eine Projektfinanzierung keine verlässliche Infrastruktur aufgebaut werden kann und das Lernen aus Erfahrung vor Ort erheblich erschwert wird. Diese Hilfen sollten nachhaltig implementiert und evaluiert werden. Die Weiterentwicklung der Angebote muss sich auf das gesamte Spektrum der beteiligten Hilfesysteme (insbesondere Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Suchthilfe, aber auch Schule und Arbeitsverwaltung) beziehen, die Chancen und Möglichkeiten neuer Ansätze, wie z.B. der E-Mental-Health-Ansätze, nutzen und neben individuums- und familienbezogenen Ansätze auch Strategien beinhalten, die Exklusions- und Stigmatisierungsprozessen von psychisch erkrankten und suchterkrankten entgegenwirken. Um die Zugangsschwellen zu Hilfen abzusenken, sind auch Formen verbesserter Öffentlichkeitsarbeit unbedingt zu empfehlen, die dazu beitragen, dass die Hilfesysteme als Unterstützung und nicht als Kontrollinstanzen wahrgenommen werden (vgl. Kap. 2) . Die vermeintlichen Grenzen zwischen Prävention und Therapie sind zu überwinden bzw. in koordinierte Hilfe-Netzwerke einzubringen.

11 Literatur

- AG Psychiatrie der AOLG (Hrsg.) (2012): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven Bericht für die GMK 2012.
- AGJ (Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendhilfe –AGJ) (Hrsg.) (2011). Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendhilfe Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. www.agj.de/pdf/5/Fachkraeftemangel.pdf
- Albermann, Wiegand-Grefe & Winter (2018). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. (submitted)
- Albers, M. & Elgeti, H., Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2018): Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. Hannover. www.sozialpsychiatrische-dienste.de.
- Aktion Psychisch Kranke (2018) Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Leitung: Fegert, Kölch, Krüger; https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf
- Angel de V, Prieto F, Gladstone TR, Beardslee WR, Irrarázaval M. The feasibility and acceptability of a preventive intervention programme for children with depressed parents: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2016 May 6;17(1):237. doi: 10.1186/s13063-016-1348-7.
- Artz P, Baas S, Binz C, Dittmann, E Schwamb N, Seibert L, Müller H (2016) Hilfen zur Erziehung in Rheinland-Pfalz, 5. Landesbericht 2016 Die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen im Kontext sozio- und infrastruktureller Einflussfaktoren; Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH, https://www.berichtswesen-rlp.de/fileadmin/downloads/5.Landesbericht_%c3%bcber_die_Hilfen_zur_Erziehung_in_Rheinland-Pfalz.pdf
- Baldus C, Thomsen M, Sack PM, Bröning S, Arnaud N, Daubmann A, Thomasius R (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: a randomised controlled trial. *European Journal of Public Health* 26, 953–959, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw082>.
- Bange, D. (2017). Gefährdungsgrundlagen und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf sexuellen Kindesmissbrauch. In J. Fegert, U. Hoffmann, E. König & H. Liebhardt (Eds.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (pp. 105). Berlin: Springer.
- Bassett H, Lampe J, Loyd C (2001). Living with under-Fives: A Programme for Parents with a Mental Illness. *British Journal of Occupational Therapy* 64; 23-28. DOI: 10.1177/030802260106400105
- Bauer, P. (2014): Kooperation als Herausforderung in multiprofessionellen Handlungsfeldern. In S. Faas & M. Zipperle, M. (Hrsg.), *Sozialer Wandel. Herausforderungen für kulturelle Bildung und Soziale Arbeit* (S. 273-286). Wiesbaden: Springer VS.
- Bee, P., et al. (2014). The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. *Health technology assessment journal*, 18(8). doi: 110.3310/hta18080.
- Berk, L.E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. 5. Auflage. Pearson Studium. München.
- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326-339.

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2012). Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?
- Bertsch, B. (2016). Veränderungen im Gesundheitswesen durch das Bundeskinderschutzgesetz. Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, Heft 1 +2, 35-46.
- Biermann A, Giesen AD. (2002). Projekt HOpeS - Hilfen und Orientierung für psychisch erkrankte Studierende. Project HOpeS: Help and Orientation for Students with Mental Health Problems. *Psychiat Prax* 2002; 29(1): 41-44. DOI: 10.1055/s-2002-19675
- Bismarck von, S. (2016). Das Kinderschutzgesetz aus ärztlicher Sicht. Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.). Praxistest erfolgreich bestanden? Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, S. 78-85
- Bohus, M., Scher, K., Berger-Sallwitz, F., Novelli, U., Stieglitz, R.D. & Berger, M. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25, 134-138.
- Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) (2004). *Dialog praktisch: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster.
- Bowlby, J. (1977). Making and breaking of affectional bonds .1. Etiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130(MAR), 201-210.
- Boyd, R. C., Diamond, G. S., & Bourjolly, J. N. (2006). Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A Qualitative Investigation. *Family Process*, 45(2), 6.
- Brand T., Jungmann T. (Hrsg.) (2013). *Kinder schützen, Familien stärken – Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und – Forschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Brieger P, Hoffmann H (2012). Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? „Supported employment“ vs. „pre-vocational training“. *Der Nervenarzt*, 7/2012.
- Brockmann, E. & Lenz, A. (2010). Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 687-703.
- Bröning S, Sack, P-M, Thomsen M, Thomasius R (2016). Children with Multiple Risk Factor Exposition Benefit from the German ``Strengthening Families Program''. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*; 65, 7; 550-566
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Jugend und Frauen (2015). Bericht der Bundesregierung. Evaluation des Bundeskindergesetzes. www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/bericht-der-bundesregierung---evaluation-des-bundeskinderschutzgesetzes/96262
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Jugend und Frauen (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, www.bmfsfj.de/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41(3), 375-388.
- Christiansen H, Anding J, Schrott B, Röhrle B (2015). Children of mentally ill parents-A pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology* 6:1494. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01494
- Christiansen,H., Matthejat, F., Röhrle,B. (2011). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern–ein meta-analytisch fundierter Überblick. In *Kinder mit Psychisch Kranken Eltern. Klinik und Forschung*, Hrsg S. Wiegand-Grefe, F. Matthejat, A. Lenz (Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht), S.458–S.481.

- Condrau M, Müller C, Eichenberger A (2001). Vocational rehabilitation of the mentally ill - An evaluation of the Vocational Rehabilitation Center in Zurich, Switzerland. *Psychiatrische Praxis* 28(6):270-4. DOI: 10.1055/s-2001-16877
- Compas, B.E., et al. (2011). Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Families of Depressed Parents: 18- and 24-month Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4). doi:10.1037/a0024254.
- Corrigan PW, McCracken SG. (2015). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Soc Work*. 2005 Jan;50(1):31-9.
- Davies, P., & Cummings, E. (1994). Marital conflict and child adjustment - an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 387-411.
- DeHart G, Sroufe LA, Cooper RG (2004). *Child Development: Its Nature and Course*. McGraw-Hill, 2004
- Dettenborn, H. (2008). Kindeswohl. In R. Vollbert & M. Steller (Eds.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (pp. 577). Göttingen: Hogrefe.
- Dettenborn, H. (2010). Kindeswohl und Kindeswille: Psychologische und rechtliche Aspekte. In R. Ernst (Ed.), *Kindeswohl und Kindeswille: Psychologische und rechtliche Aspekte*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Dettenborn, H., & Walter, E. (2015). *Familienrechtspsychologie* (U. GmbH. Ed.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Deutsches Krankenhaus Institut (2018). *Psychiatrie Barometer. Umfrage 2017/2018*. www.dkgev.de/media/file/88581.2018-06-19_PM-Anlage_Psychiatrie_Barometer_2017_2018.pdf
- Dieter, A-V., Volk, S., Haude, C., Pieper, S., Cloos, P. & Schröer, W. (2016). Frühe Hilfen-Wie Netzwerke Grenzen bearbeiten. Ergebnisse aus der Vertiefungsstudie im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts e. V., gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). DIFU (Hrsg.) (2015). *Wissen, was wirkt! Wirkungsforschung und Evaluation in den Hilfen zur Erziehung - Praxiserfahrungen und Impulse. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe Band:100*
- Dittmann A, Raabe S. (2018). Herausforderungen für niedergelassene Ärzt/inn/e/n im Umgang mit der Einschätzung (gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung. *Jugendamt*, 10, S. 437-440
- Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölch M, Schmeck K, Schmid M (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23 (3), 140-150
- Drentwett, S. (2014). *Entwicklung eines Münchner Netzwerkes für Familien mit psychisch erkrankten Müttern und Vätern. Abschlussbericht*. München: DJI. www.dji.de/medien-und-kommunikation/publikationen/detailansicht/literatur/20709-entwicklung-eines-muenchner-netzwerkes-fuer-familien-mit-psychisch-erkrankten-muettern-und-vaetern.html
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268-277. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00123-3
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., et al. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282-288.
- Esser, G. & Schmidt, M.H. (2017). Die Mannheimer Risikokinderstudie. Idee, Ziele und Design. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 4, 198- 202.
- Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G, Mojtabai R (2013) The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. *PLoS ONE* 8(7): e69792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069792>
- Faust, V., Christens, B. D., Sparks, S. M.A. & Hilgendorf, A. E. (2015). Exploring relationships among organizational capacity, collaboration, and network change. *Psychosocial Intervention* 24, 215/131.
- Festen, H., Schipper, K., de Vries, S. O., Reichart, C. G., Abma, T. A., & Nauta, M. H. (2014). Parents' perceptions on offspring risk and prevention of anxiety and depression: a qualitative study. *BMC Psychol*, 2(1), 17. doi:10.1186/2050-7283-2-17

- Fernando, S.C., Griepenstroh, J., Bauer, U., Beblo, T., Driessen, M. (2018). Primary prevention of mental health risks in children of depressed patients: Preliminary results from the Kanu-intervention. *Mental Health & Prevention* 11: 33-40.
- Filsinger, B. (2012). Frühe Hilfen beginnen im Kreißsaal: Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfe im Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ am Standort Ludwigshafen. In S. Wortmann-Fleischer, R. von Einsiedel & G. Downing (Hrsg.), *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden* (S.210-216). Stuttgart: Kohlhammer.
- Flay BR1, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, Mościcki EK, Schinke S, Valentine JC, Ji P. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci.* 2005 Sep;6(3):151-75.
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 3-11.
- Franz, M., Kettemann, B, Jäger, K. Hanewald, B. & Gallhofer, B. (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 39, 211-216.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). „MindMatters“ Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Präventive Gesundheitsforschung*, 2007, 2: 221–227, DOI 10.1007/s11553-007-0071-3.
- Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).
https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf
- Goodyear M, Cuff R, Maybery D, Reupert A. (2009). Champs. A peer support program for children of parents with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 8, 2009 - Issue 3, 296-304. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.296>
- Gregor A, Cierpka M. (2004). *Das Baby verstehen: Das Handbuch zum Elternkurs für Hebammen* Verlag: Karl Kübel Stiftung, 1.Aufl. 2004
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Hargreaves, J, O'Brien, M, Bond, L, Forer, D, Basile, A, Davies, L, & Patton, G (2005). *Paying Attention to Self PATS: an evaluation of the PATS program for young people who have a parent with a mental illness. PATS Final Report.* ISBN 0-646-46217-2. Centre for Adolescent Health, Melbourne. (Supervisor: Andrea Reupert). https://www.bouverie.org.au/images/uploads/PATS_FinalEvaluationReport_Dec2005.pdf
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Hefti S, Kölch M, Di Gallo A, Stierli R, Roth B, Schmid M (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25 (2), 89 – 99
- Herrmann B, ... Banaschak S, Thyen U. *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen.* Springer, 3. Aufl., 2016.
- Hoffmann H, Siemers E, Kupper Z. (1992). PASS: a community, system-related program for occupational rehabilitation of chronic psychiatric patients in competitive employment. *Rehabilitation (Stuttg)*. 1992 Nov;31(4):240-5.
- Hohm, E. (2012). Vernetztes und koproduktives Vorgehen in den „Frühen Hilfen“ am Beispiel der Anlaufstelle Frühe Hilfen der Stadt Mannheim: Chancen für psychisch kranke Eltern und deren Babys. In S. Wortmann-Fleischer, R. von Einsiedel & G. Downing (Hrsg.), *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden* (S.193-210). Stuttgart: Kohlhammer.

- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M.H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht, M. (2017). Beeinträchtiger Start ins Leben. Langfristige Auswirkungen der postpartalen Depression und der Einfluss des mütterlichen Interaktionsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 4, 210-220.
- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Wild, E., Baranski, N., Wunderlich, R. & Schwarz, M. (2010). Perinatales Präventionsnetz für psychisch belastete und jugendliche Mütter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 9, 704-715.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 356-366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Jungbauer, J. (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind - Belastungen, Entwicklungsrisiken, Hilfebedarf. In J. Jungbauer (Ed.), *Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit.* (pp. 14-46). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag.
- Kilian R, Wiegand-Grefe S (2018). Gesundheitsökonomische Analysen von Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Holger Hotz & Johannes Hartig, *Psychologie gestaltet*. 51. DGPs-Kongress. Frankfurt a. Main. Vortrag 22.09.2018, S.92.
- Kisiel CL, Fehrenbach T, Liang L-J, Stolbach B (2014). Examining Child Sexual Abuse in Relation to Complex Patterns of Trauma Exposure: Findings From the National Child Traumatic Stress Network. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy* 6:S29-S39.DOI: 10.1037/a0037812
- Kassel, L (2018). Unterstützung aus Sicht der Adressatinnen und Adressaten. Beitrag bei der Tagung Vom Projekt zur Verstetigung: Erfolgreiche Umsetzung einer kommunalen Gesundheitsförderungsstrategie in Lebenswelten von Kindern. Offenburg.11.10.2018
- Knuf, A. (2007) Krankheitsbewusstsein als Schlüssel zu Selbsthilfe und Selbstbestimmung bei psychotischen Krisen. In A. Knuf, M. Osterfeld, U. Seibert (Hrsg.) *Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit.* Psychiatrie-Verlag, S. 102-112
- Klein, M. (Hrsg.) (2006). *Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen.* Regensburg: Roderer. (= Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Bd. 2).
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *TRAMPOLIN. Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Ein Präventionsmanual.* Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M., Moesgen, D. & Dyba, J. (2018). *SHIFT – Ein Elterstraining für drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren.* Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. (2018a). Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht. *Suchtmedizin* 20 (1), 52 – 62.
- Klein, M. (2018b). Kinder von Suchtkranken. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? *Sozial Extra* 42 (1), 31 – 35.
- Kölch M, Schmid M. (2008) Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57(10): 774-788
- Kölch M, Schielke A, Becker T, Fegert JM, Schmid M. (2008) Kinder psychisch kranker Eltern: psychische Belastung der Minderjährigen in der Beurteilung ihrer Eltern - Ergebnisse einer Befragung stationär behandelte Patienten mit dem SDQ, *Nervenheilkunde* 6: 527-532.
- Kölch M, Schmid M, (2014). Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: :Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe, in: Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg): *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 123-140
- Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg): *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*, Weinheim: Beltz Juventa, 2014
- Kölch, M., Nolkemper & Ziegenhain (2018), Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literaturrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus psychisch belasteten Familien und der Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze, im Auftrag der BZgA, Köln, im Druck

- Krumm, S., Becker, T. & Wiegand-Grefe, S. (2013). Mental health services for families with a parent with mental illness. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4), 362-368 (IF, 2013: 3.551).
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 43-89). Göttingen: Hogrefe.
- Landesstelle für Suchtfragen der Freien Liga der Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). Bausteine einer sozialräumlichen Versorgungsstruktur für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen. Stuttgart. Letzter Zugriff 12.08.2018 http://suchtfragen.de/dokumente/stellungnahmen/Versorgungsbausteine_Suchthilfe.pdf
- Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2016). Child responsible personnel in adult mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*. doi: 10.1186/s13033-016-0098-y
- Lauritzen C, Reedtz C (2015). Knowledge transfer in the field of parental mental illness: objectives, effective strategies, indicators of success, and sustainability. *Int J Ment Health Syst*. 2015; 9: 6. doi: 10.1186/1752-4458-9-6.
- Lauritzen C, Reedtz C, Van Doesum K, Martinussen M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *J Child Fam Stud*. 2015; 24(4):864-871.
- Lauritzen C, Reedtz C, Van Doesum, KTM, Martinussen M (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research* 2014;14:58. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lenz A, Leffers L & Rademaker AL, (2014). Ressourcen psychisch kranker und suchtkranker Eltern stärken. *VLesserhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* 10, 83-93.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollständig überarb. und erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- Lesse, A., Rether, K., Gröger, N., Braun, K., & Bock, J. (2016). Chronic Postnatal Stress Induces Depressive-like Behavior in Male Mice and Programs second-Hit Stress-Induced Gene Expression Patterns of OxtR and AvpR1a in Adulthood. *Molecular Neurobiology*, 54(6), 4813-4819.
- Leonard RA, Linden M, Grant A (2018) Psychometric evaluation of the Family Focused Mental Health Practice Questionnaire in measuring home visitors' family focused practice. *PLoS ONE* 13(9): e0203901. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203901>
- Linthorst K, Bauer U, Opsipov I, Pinheiro P, Rehder M. Primary Prevention of Mental Disorders in Children of Mentally Ill Parents. The Kanu Programme "Canoe--Moving Jointly Forward". *Gesundheitswesen* 2015; 77 Suppl 1:S133-4. doi: 10.1055/s-0033-1334892. Epub 2014 Apr 11.
- Loeber, R. (1990). Development and risk-factors of juvenile antisocial-behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 1-41.
- Luciano A, Bond GR, Drake RE (2014) Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophr Res* 159:312–321
- Ludewig, R., Baumer, S., & Albermann, K. (2018). Wird das Kind sexuell missbraucht? Glaubhaftigkeitsbegutachtung von Kindern. *Kinderärztliche Praxis* 89; 112-120.
- Ludewig, R., Baumer, S., Salzgeber, J., Häfeli, C., & Albermann, K. (2015). Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. In I. Schwenzer, A. Büchler & M. Cottier (Eds.), *Die Praxis des Familienrechts* (pp. 562-622). Bern: Stämpfli.
- Matschnig T, Frottier P, Seyringer ME (2008). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen - ein Überblick über Erfolgsprädiktoren Literatur Review. *Psychiatrische Praxis* 35(06):271-278. DOI: 10.1055/s-2007-986351
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern*. *Deutsches Ärzteblatt*, 23, 413–418.

- Markwort, I., Schmitz-Buhl, M., Christiansen, H., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015). Psychisch kranke Eltern in stationärer Behandlung. Wie erleben sie ihre Kinder und ihr eigenes Erziehungsverhalten und wie viel Unterstützung wünschen sie sich?. Mentally Ill Parents in Psychiatric Hospitals. How do they Perceive their Children and their Own Parenting Behavior and How Much Support do they Desire? *Psychiatrische Praxis*. doi:10.1055/s-0034-1387564
- Maybery D, Goodyear M, Reupert AE, Grant A. (2016). Worker, workplace or families: What influences family focused practices in adult mental health? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. ;23(3-4):163-71
- Mc Elroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 65-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.017>
- Meinke, U. (2009). Die connect-Fallberatung: Wirksamkeit und Nutzen aus Sicht der teilnehmenden Fachkräfte – Ergebnisse einer Expertenbefragung. HAW Hamburg.
- Mühlmann Th., Pothmann J., Koop K. (2015). Wissenschaftliche Grundlagen für die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Kooperationsplattform Evaluation Bundeskinderschutzgesetz. Dortmund: Forschungsverbund tu+DJI
- Müller, Alessi-Näf, & Albermann, 2016
- Müller, B., Gutmann, R. & Fellmann, L. (2014). wikip Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern: Projektevaluation. FHNW Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe Basel
- Moretti, A. & Zirpoli, F. (2016): A Dynamic Theory of Network Failure: The Case of the Venice Film Festival and the Local Hospitality System. *Organization Studies* 1–27.
- Nauta, M. H., Festen, H., Reichart, C. G., Nolen, W. A., Stant, A. D., Bockting, C. L. H., ... de Vries, S. O. (2012). Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*, 2012, 12, [31]. DOI: 10.1186/1471-244X-12-31
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Real-world evidence generation and evaluation of therapeutics: Proceedings of a workshop*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: <https://doi.org/10.17226/24685>.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2014). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht*. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2015). *Verantwortungsgemeinschaften in den Frühen Hilfen. Regelungstand und Regelungsbedarfe in den sozialrechtlichen Bezugssystemen*. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2016). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen*. Köln: NZFH.
- Neuber-Pohl, C., (2017). Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. Berufsbildung in Zahlen BWP 1/2017, S. 4-5 www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/8233
- Nienaber A, Wieskus-Friedemann E, Kliem S, Hoppmann J, Kemper U, Löhr M, Kronmüller KT, Wabnitz P. (2017). NischE – Nicht von schlechten Eltern“ – Evaluation eines Kooperationsprojektes zur Unterstützung von Kindern in Familien mit psychisch- oder suchtblasteten Eltern. *Gesundheitswesen* 2017; 79(02): 89-95. DOI: 10.1055/s-0035-1564249
- Östman,M.Hansson,L.(2002).Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Soc.PsychiatryPsychiatr.Epidemiol.* 37,243–248.doi:10.1007/s00127-002-0540-0
- Pawils, S., Metzner, F., Reiss, F., Schwinn, A., Röhrbein, M. & Koch, U. (2011). Soziale Frühwarnsysteme: Ambulant versus stationär – oder beides? *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeit schrift für Prävention und Intervention*, 1, 20-23.
- Platt B, Pietsch K, Krick K, Oort F, Schulte-Körne G. Study protocol for a randomised controlled trial of a cognitive-behavioural prevention programme for the children of parents with

- depression: the PRODO trial. *BMC Psychiatry*. 2014 Sep 18;14:263. doi: 10.1186/s12888-014-0263-2.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Beltz, Verlag, 1. Aufl. 2012.
- Plass, A., Haller, A., Habermann, K., Barkmann, C., Petermann, F., Schipper, M., et al. (2016). Factors promoting mental health in children of parents with mental health problems: Results of the BELLA cohort study. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 41-49.
- Plass-Christl A, Haller AC, Otto C, Barkmann C, Wiegand-Grefe S, Hölling H, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U, Klasen F. (2017a). Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS One*. 2017 Jul 3;12(7):e0180410. doi: 10.1371/journal.pone.0180410. eCollection 2017.
- Plass-Christl, A., Klasen, F., Otto, C., Barkmann, C., Hölling, H., Klein, T., Wiegand-Grefe, S., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U. (2017b). Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 2017, DOI 10.1007/s10578-017-0721-4, First Online: 18 April 2017
- Plass-Christl A, Otto C, Klasen F, Wiegand-Grefe S, Barkmann C, Hölling H, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. (2018). Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Jul;27(7):867-876. doi: 10.1007/s00787-017-1084-x. Epub 2017 Nov 24.
- Punamäki RL, Paavonen J, Toikka S, Solantaus T. (2013). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study. *J Fam Psychol*. 2013 Aug;27(4):683-90. doi: 10.1037/a0033466.
- Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2013). Synergistic Childhood Adversities and Complex Adult Psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 435–442. doi: 10.1002/jts.21833
- Rasing, SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM, Scholte RHJ (2013). Effectiveness of depression and anxiety prevention in adolescents with high familial risk: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013, 13:316. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-316>
- Ramsauer, B. (2011) In: Wiegand-Grefe, S., Matzejat, F., Lenz, A. (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, 1. Aufl., 2011.
- Rauschenbach, Th. (2018). Nach dem Ausbau ist vor dem Ausbau - Kindertagesbetreuung vor neuen Herausforderungen. *NDV*, 2018, Heft 9, 453 - 459
- Reupert A, Maybery D, Morgan B. (2015). The family-focused practice of primary care clinicians: a case of missed opportunities. *J Ment Health*;24(6):357-62.
- Riemersma I, van Santvoort F, Janssens JMAM, Hosman CMH, van Doesum KTM (2015). 'You are Okay': a support and educational program for children with mild intellectual disability and their parents with a mental illness: study protocol of a quasi-experimental design. *BMC Psychiatry*, 2015, 15: 318 <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0698-0>
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2013). Präventive Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Suchttherapie* 14, 22 – 28.
- Roth, J., Müllender, S., Maske, U. Jacobi, F. (2014). Erwerbsstatus und schwere psychische Störungen. Poster auf dem auf dem DGPPN-Kongress 2014, Berlin, 27.11.2014 siehe auch <https://www.psychologische-hochschule.de/forschung-an-der-psychologischen-hochschule-berlin/versorgungsforschung-und-epidemiologie-psychischer-stoerungen-2/> (letzter Aufruf 16.10.2018)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Kurzfassung (www.svr-gesundheit.de/index.php?id.)
- Santen van E, Seckinger M. (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis: Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut; 1. Aufl. 2003
- Santen van E. & Seckinger, M. (2005). Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelsebenen interinstitutioneller Netzwerke. In P. Bauer & U. Otto Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell*

- zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke- und Kooperationsperspektive (S. 201-219). Tübingen: dgvt-Verlag
- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. (2014): Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Neue Zugangswege durch intersektorale Zusammenarbeit? Prävention 02/2014, 48-51.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. (2.unveränderte Auflage) Weinheim: Juventa Verlag
- Schmid M, Schielke A, Becker T, Fegert JM, Kölch M. (2008) Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern, *Nervenheilkunde* 6: 533-539
- Schmid M, Schielke A, Fegert JM, Becker T, Kölch M. (2008) Kinder psychisch kranker Eltern – eine Studie zu stationär behandelten psychisch kranken Eltern: Methodik, Studienpopulation und Epidemiologie. *Nervenheilkunde* 6: 521-526.
- Schmid M, Dölitzsch C, Perez T, Jenkel N, Schmeck K, Kölch M, Fegert JM (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung* 23(3), 161-172
- Schmutz, E. (2010). Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Mainz.
- Schmutz, Elisabeth (2011): Unterstützungsstrukturen für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder schaffen! Ergebnisse des Landesmodellprojektes Rheinland-Pfalz. In: Görres, Birgit/Pirsig, Thomas (Hrsg.): Kleine Held(inn)en in Not. Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder psychisch kranker Eltern. Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 4. Bonn. S. 45-58.
- Schwartländer, B. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Rechtspsychologie*, 14, 331-346.
- Schweitzer, J (1998). Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim: Juventa.
- Seikkula J. & Arnkil, E. (2007): Dialoge im Netzwerk. Neumünster: Paranus, 2007.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441-446.
- Sheffield Morris, A., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD011867. DOI: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.
- Suess GJ, Bohlen U, Carlson EA, Spangler G, Frumentia Maier M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. *Attach Hum Dev*. 2016, 18(5):443-60. doi: 10.1080/14616734.2016.1165265. Epub 2016 Apr
- Siebolds, M., Münzel, B., Müller, R., Häußermann, S., Paul, M. & Kahl, C. (2016). Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. *Gesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (59) 10, 1310-1314.
- Siegenthaler E, Munder T, Egger M (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Jan;51(1):8-17.e8. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.018. Epub 2011 Dec 3.
- Sidor, A., Kunz, E., Eickhorst, A., Cierpka, M. (2016). Wirksamkeit des Präventionsprojekts "Keiner fällt durchs Netz" (KfdN) in Modellprojektstandorten im Saarland. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 48(1), 1-13.
- Stengler K, Riedel-Heller SG, Becker T. (2014). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Zeitschrift: Der Nervenarzt*. Ausgabe 1/2014
- Streeck-Fischer, A. (2017). Adoleszenz – Identitätsentwicklungen zwischen Krise und Diffusion. *Psychotherapie im Dialog*, 2/2017, 23-28.

- Solantaus, T. & Toikka, S. (2006). The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(3). doi: 10.1080/14623730.2006.9721744.
- Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S. & Punamäki, R.-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, (19). Doi: doi: 10.1007/s00787-010-0135-3.
- Stadelmann S, Perren S, Kölch M, Groeben M, Schmid M. (2010) Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder, Kindheit und Entwicklung, 19 (2), 72-81
- Stadler, L. (2012). Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit: Epidemiologie, Risikofaktoren und Reviktimisierung im Erwachsenenalter *Praxis der Rechtspsychologie* 22 (2) (pp. 419-446). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag GmbH
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Taubner S, Munder T, Unger A, Wolter S (2013). Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland – ein systematisches Review und eine Metaanalyse. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 62/2013, 598-619.
- Thanhäuser M, Lemmer G, de Girolamo G, Christiansen H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Jul;30(4):283-299. doi: 10.1097/YCO.0000000000000342.
- Taylor-Robinson, D.C., Lloyd-Williams, F., Orton, L., Moonan, M., O'Flaherty, M., & Capewell, S. (2012). Barriers to Partnership Working in Public Health: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 7(1): e29536. doi:10.1371/journal.pone.0029536
- Thomasius, R. & Klein, M. (2018). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtselasteten Familien. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit (https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Bestandsaufnahme_Kinder-suchtselasteter-Fam_Thomasius_2018.pdf).
- Trojan, A., Hildebrandt, H. & Faltis, M. (1987). Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen gemeindebezogener Netzwerkförderung als Präventionsstrategie. In H. Keupp & B. Röhrle, (Hrsg.): *Soziale Netzwerke* (294-317). Frankfurt: Campus.
- Usher, A.M., McShane, K.E. & Deyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions of children of substance abusing parents. *Systematic Reviews*, 4(1), 177. doi:10.1186/s13643-015-0158-4.
- van Doesum, KTM, Hosman CMH (2009) Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 8, 264-276. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.264>
- von Gontard A, Möhler E, Bindt C (2015). Kurzfassung der S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k). aktueller Stand: 09/2015. AWMF-Register Nr. 028/041 Klasse: S2k
- Wagenblass S.; Schone, R. (Hrsg.) (2001): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Münster: Votum Verlag GmbH.
- Wagenblass, S.; Schone, R. (2006): *Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. (2.unveränderte Auflage) Weinheim: Juventa Verlag
- Wampold B. E., Lichtenberg J. W., Waehler C. A. (2005). A Broader Perspective: Counseling Psychology's Emphasis on Evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35 (1), DOI: 10.1007/s10879-005-0801-9, S.27 -38
- Waschkowski H, Bailer J, Fischer S, Lederle K (2002) Reigratio – ein berufliches Reintegrationsprojekt für psychisch Kranke. *Psychiatr Prax* 29; 93-96.

- Wiegand-Grefe, S., Alberts, J., Petermann, F., Plass, A. (2016). Differential Perspectives on Family Functioning and Interfamilial Relationships: The Effect of a Manualized Intervention Program on Children of Mentally Ill Parents. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (2), 77–88.
- Wiegand-Grefe, S., Filter, B.; Plass, A., Werkmeister, S., Gronemeyer, B., Bullinger, M., Schulte-Markwort, M., Petermann, F. (2015). Psychological problems and health-related quality of life in children of psychiatrically ill parents – evaluation of a manualized family intervention. *Nervenheilkunde*, 34, 55-64.
- Wiegand-Grefe, S., Filter, B., Lambert, M., Mallmann, D., Kilian, R., Kronmüller, K., von Klitzing, K., Wegscheider, K. (2015). CHIMPs - Ein multizentrisches Projekt für Kinder psychisch kranker Eltern. *Dialog Erziehungshilfe* 1/2015, 35-38.
- Wiegand-Grefe, S., Borcsa, M. Alles brennt – alles wird gut? Editorial, *Adoleszenz, PiD*, 2/2017
- Wiegand-Grefe, S., Cronemeyer, B., Plass, A., Schulte-Markwort, M., Petermann, F. (2013), Comparison of mental abnormalities in children of mentally ill parents from different points of view: Effects of a manualized family intervention. *Psychische Auffälligkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern im Perspektivenvergleich. Effekte einer manualisierten Familienintervention. Kindheit und Entwicklung* 22(1), 31-40.
- Wiegand-Grefe, S., Cronemeyer, B., Halverscheid, S., Redlich, A., Petermann, F. (2013). Coping strategies of psychiatrically-ill parents and psychological abnormalities of their children through the focus of a manualised family intervention. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie, und Psychotherapie*, 61/1, 51-58.
- Wiegand-Grefe, S. (2012). Psychosoziale Folgen und Präventionsbedarf. Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Pädiatrie, hautnah*, 2012,3, 202-207 (Bedarfsanalyse).
- Wiegand-Grefe, S., Werkmeister, S., Bullinger, M., Plass, A. & Petermann, F. (2012). Health-related quality of life and social support of children with mentally ill parents: Effects of a manualized family intervention. *Kindheit und Entwicklung* 21/1, 64-73.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1. Aufl., 2011.
- Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., Lenz, A. (Hrsg.). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, 1. Aufl., 2011.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plass, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 111-121.
- Wilkins, A., O'Callaghan, M., Najman, J., Bor, W., Williams, G., & Shuttlewood, G. (2004). Early childhood factors influencing health-related quality of life in adolescents at 13 years. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40(3), 102-109.
- Zapf, A. & Wegscheider, K. (2019), mündliche Mitteilung an Wiegand-Grefe in einem Fachgespräch über das Phänomen der geringeren Effektstärke bei höherer Studienqualität am 09.01.2019
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Hofer, A., König, C. & Fegert, J.M. (2010). Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben – Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz. Köln: Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.
- Ziegenhain U, Fries, Bütow, Derksen (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung (EPB)*. Juventa Verlag, 2004.
- Ziegenhain, U, Kölich M, (2018). Studie zur Inanspruchnahme von Hilfen durch psychisch kranke Eltern und die Teilhabebeeinträchtigung der Kinder in Bayern und Brandenburg, unveröffentlicht
- Zimmermann, P., Neumann, A., & Çelik, A. (2011). Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien. Expertise im Rahmen des Projekts „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“ (pp. 35f). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Zohsel, K., Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M.H., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht, M. (2017). Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. Child Behavior Checklist-Dysregulationsprofil als vermittelnder Faktor. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 4, 203-209.