

Teil 2: Anlagen

A. Diskussion der Arbeitsgruppe in den Sitzungen und Fachgesprächen (erstellt

durch die Moderatoren der AG-Sitzungen, Dr. Gregor Breucker und Heinz Müller)

Vorbemerkung:

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

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

Die Diskussionsbeiträge werden nachfolgend drei Themenbereichen zugeordnet:

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

1. Themenbereich 1: Gestaltung von Leistungen, Hilfen und Angeboten

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

In vielen Ansatzpunkten wird deutlich, dass bei der Ausgestaltung von Hilfen und Angeboten eine familienorientierte Herangehensweise wichtig sei kann, die die Kinder im Kontext ihres familiären Bezugssystems wahrnimmt und neben den Kindern auch die Bedarfe der Eltern sowie des gesamten Familiensystems und deren Interaktionsgefüge berücksichtigt. Dies sollte in vielen Rechtsgrundlagen beachtet werden.

Um den Zugang zu Hilfen zu erleichtern, sollten antragsfreie Beratungsangebote für Kinder, Eltern und die ganze Familie an niedrigschwellig zugänglichen Orten ausgebaut werden. Um psychisch erkrankte Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, sollten Elterngruppen mit Angeboten zur Stärkung der Elternkompetenz ausgebaut werden. Um Kinder psychisch erkrankter Eltern in ihrer Resilienz und ihren Copingstrategien zu stärken, sollten Kinder- und Jugendgruppen als längerfristig angelegte Unterstützungsangebote angeboten werden. Diese bereits erprobten und teilweise evaluierten Angebote sollten flächendeckend umgesetzt und verlässlich finanziert werden.

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

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

Vielfach wird in den Ansatzpunkten darauf verweisen, dass Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufig komplexe Unterstützungsbedarfe haben, denen innerhalb eines Leistungssystems alleine nicht ausreichend entsprochen werden könne. Auch genüge es nicht, additiv mehrere Hilfen aus unterschiedlichen Leis-

tungsbereichen zu gewähren. Vielmehr bedürfe es koordinierter und abgestimmter Hilfen in Form einer Komplexleistung oder eines „Hilfegebindes“. Unter „Komplexleistung“ werden im Rahmen dieser Ansatzpunkte eine Zusammenstellung eigenständiger, interdisziplinär zu erbringender Leistungen und unter „Hilfegebinde“ institutions- und anbieterübergreifende Angebote und Dienstleistungen verstanden.

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

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

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

1.2 Bereich Kinder- und Jugendhilfe

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

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

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

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

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

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

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

Da es um die Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Elternteilen gehe, sollte die Kinder- und Jugendhilfe die Federführung in der Hilfesteuerung und -planung auch bei rechtskreisübergreifenden Kombinationen von Hilfen oder Hilfgebinden haben. Bei potentiellen Fragen des Kinderschutzes obliege der Kinder- und Jugendhilfe ohnehin nach § 8a SGB VIII die Sicherstellung des staatlichen Schutzauftrages. Für die qualifizierte Sicherstellung der Fe-

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

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

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

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

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

Es wird darauf hingewiesen, dass insbesondere alle Träger und einbezogenen Akteure der nationalen Präventionsstrategie die primäre Prävention in den relevanten Lebenswelten (einschließlich der Arbeitswelt) ausbauen sollten, u. a. in den Bildungs-

und Erziehungseinrichtungen, den kommunalen Einrichtungen im Bereich des Sports und anderer relevanter Freizeitbereiche sowie in wichtigen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Drogen- und Suchthilfe (insbesondere auch in den stationären Einrichtungen). Dies schließe auch die systematische Qualifizierung und Sensibilisierung aller Gesundheitsberufe und Fachkräfte mit ein, die regelhaft in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, damit diese Hinweise auf Belastungen der Kinder und Jugendlichen erkennen, die in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung eines Elternteils stehen. Dabei gehe es insbesondere um eine adäquate Information und Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Eltern sowie eine nicht-stigmatisierende diagnostische Einschätzung des Unterstützungs-, ggf. auch eigenen Behandlungsbedarfs der Kinder verbunden mit einer begleiteten Überleitung in entsprechende Angebote, sofern erforderlich.

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

Sozialversicherungsträger und Kommunen sollten zudem einen flächendeckenden Zugang zu Angeboten zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen sowie zur Resilienzförderung betroffener Kinder und Jugendlicher unterstützen, einschließlich einer Regelfinanzierung. Hierbei sollten insbesondere auch Gruppenangebote für Kinder und Eltern, Angebote der Psychoedukation sowie der Ausbau von Patenprogrammen Berücksichtigung finden. Dabei sollte schrittweise auch die Qualitätssicherung dieser Angebote weiterentwickelt werden.

Im Schnittfeld zwischen Prävention, Gesundheitsversorgung sowie der Kinder- und Jugendhilfe wird die Einführung eines niedrigschwlligen psychosozialen Beratungs-

angebotes für Kinder und Jugendliche angeregt, das keine Diagnosestellung erfordere. Dieses könnte im Rahmen der ambulanten Psychotherapie und der Erziehungsberatung angesiedelt werden. Dem gegenüber wird von anderer Seite ausgeführt, dass eine Krankenbehandlung also bspw. eine psychotherapeutische Behandlung ohne eine Diagnose nicht sinnvoll bzw. möglich ist. Sollte keine Störung mit Krankheitswert vorliegen, werden vielmehr andere pädagogische oder psychologische Maßnahmen als angemessen erachtet.

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

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

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

1.4 Gesundheitsversorgung / Gesundheitshilfe

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

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

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

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

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

In Bezug auf die relevanten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung wird vorgeschlagen, die Ausgestaltung der Begleitung durch Kinder im Falle von Rehabilitationsmaßnahmen für ihre Eltern zu verbessern. Betroffenen Kindern sollte dabei ein geregelter Zugang zu präventiven Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und des

Gesundheitswesens ermöglicht werden. Entsprechend sollte der Anspruch auf Rehabilitation auf die Kinder erweitert werden. Außerdem sollte die Einbeziehung von Eltern in die Kinderrehabilitation sichergestellt werden.

Aufsuchende Behandlungsansätze sollten weiter verstetigt werden.

1.5 Bereich Eingliederungshilfe

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

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

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

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

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

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

sicherstelle.

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

Bzgl. der Rahmenbedingungen wird v.a. eine gesicherte und verbindliche Finanzierung des Aufbaus und des Betriebs von Netzwerkstrukturen insbesondere auf kommunaler Ebene auf der Grundlage eines kommunalen Gesamtkonzeptes als notwendige Voraussetzung hervorgehoben. In Anlehnung an den Finanzierungsrahmen der Frühen Hilfen wird zum einen vorgeschlagen, die zuständigen Stellen auf Bundesebene um eine Prüfung zu bitten, ob in ähnlicher Weise wie bei den Frühen Hilfen eine Finanzierung aus Bundesmitteln möglich sei. Zum zweiten sollten auch Sozialversicherungsträger, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung, wie auch die Kommunen selbst in die Finanzierung eingebunden werden. Als Orientierungswert wird dabei ein jährliches Budget in Höhe von 50 Mio. € angeführt. Auch hinsichtlich der organisatorischen Ausgestaltung und Arbeitsweise kommunaler Unterstützungs- und Hilfesysteme wird vielfach die Orientierung an dem System der Frühen Hilfen empfohlen. Im Rahmen der Diskussion wird auch darauf verwiesen, dass es nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, langfristig kommunale Netzwerkstrukturen zu finanzieren.

Eine weitere Rahmenbedingung betreffe die verpflichtende Einbindung aller relevanten Akteure in die Zusammenarbeit, insbesondere aus dem Bereich der Leistungserbringer. Hierfür werden die bestehenden Kooperationsgebote und -möglichkeiten in

den verschiedenen Sozialleistungsgesetzen durch Entwicklung von Maßnahmen zur interprofessionellen Verständigung vor Ort umgesetzt.

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

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

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

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

Zur Stärkung Akteurs-übergreifender Kooperationen auf kommunaler Ebene werden Kooperationsangebote sowie eine ausreichende Refinanzierung auch der (fall-unabhängigen) Kooperationsarbeit für Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich für erforderlich gehalten.

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

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

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

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

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

Qualitätszirkelverfahren und andere Methoden für Qualitätsverbesserungen sollten systematisch eingeführt und in einem zentralen Monitoringsystem organisiert werden. Auch hier wird auf das System der Frühen Hilfen verwiesen (Modell der interprofessionellen Qualitätszirkel).

Ferner wird die Einbindung der Zielgruppe Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und ihrer Familien insgesamt in alle relevanten Qualitätssicherungssysteme vorgeschlagen.

An mehreren Stellen werden Maßnahmen zur Qualifizierung aller relevanten Akteure unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen multidisziplinärer Zusammenarbeit ins-

besondere auch bei komplexen Hilfebedarfen, aber auch der allgemeinen Sensibilisierung für die Bedarfe von Kindern psychisch erkrankter Eltern vorgeschlagen.

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

B. Zusammenfassung der Expertise:

Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil

Autoren Langfassung: Dr. Sarah Schmenger, Elisabeth Schmutz

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

Gegenstand und Zielsetzung der Expertise

Anhand von ausgewählten Good-Practice Beispielen sowie Ergebnissen aus der Forschung gibt die Expertise einen Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil und wertet diese aus. Dabei benennt sie unter anderem Gelingensbedingungen und Herausforderungen bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil.

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

Unterstützungspotentiale für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern im Regelsystem der relevanten Leistungsbereiche

Die Regelstruktur, die niedrigschwellig und nicht-stigmatisierend zugänglich und nutzbar sei, umfasse vielfältige Akteure, die passende Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorhalte. Dazu zählten unter anderem Hebammen und die Frühen Hilfen, die Kindertagesbetreuung, die Schulen, die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII), die offene und verbandliche Kinder- und Jugendarbeit, das Gesundheitswesen (hier insbesondere Haus- sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) bis hin zur Selbsthilfe, aber auch Sportvereine, Kirchen, die Landfrauen, die Soziale Stadt oder Quartiersarbeit. Ergänzend zu diesen in der Regelstruktur verankerten allgemein zugänglichen Angeboten böten auch die diversen Beratungsstellen im Zugang niedrigschwellige, kostenfreie und ohne spezifischen Antrag erreichbare Angebote der Beratung, Entlastung und Unterstützung. Hierzu gehörten insbesondere die Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstellen, ebenso wie die Schwangerenberatung. Begleitung und Hilfe in Einzelfällen böten gebunden an Anspruchsvoraussetzungen unter anderem die Hilfen zur Erziehung, psychiatrische Behandlung oder betreutes Wohnen.

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

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

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

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

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

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

1. Es existiere eine Vielzahl an Angeboten, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Bislang fehle es jedoch an verlässlichen Bezugsgrößen, Kennzahlen oder Ähnlichem, um Aussagen darüber treffen zu können, welche Angebote in welchem Umfang in welchem regionalen Einzugsbereich für Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsphasen sowie spezifischen Bedarfslagen gebraucht werden. Insofern könne keine Bewertung vorgenommen werden, inwieweit das bestehende Angebotsspektrum die Bedarfe quantitativ und qualitativ decken kann, wie der tatsächliche Bedarf an Unterstützungsbedarfen gemessen werden kann und woran eine Bedarfsdeckung zu erkennen wäre.
2. Die Auflistung der Angebote getrennt nach Bundesland zeige, dass das Vorhandensein von Unterstützungsansätzen bundesweit und regional sehr unterschiedlich sei. Es sei davon auszugehen, dass es weit mehr Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern und deren Familien in der Praxis gibt, als über die verschiedenen Homepages bekannt sind.
3. Die Zusammenstellung der Angebote sei nicht kongruent, d. h. dass auf den unterschiedlichen Internetseiten zum Teil auch unterschiedliche Angebote zu finden seien. Während bestimmte, besonders bekannte Angebote auf allen Homepages aufgeführt seien, gebe es viele andere Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit psychisch und suchterkranktem Elternteil, die nur punktuell genannt würden. Dies liege vermutlich zum einen an den unterschiedlichen Zugängen, die die Betreiber der Homepages zum Feld haben. Ein anderer Grund könnte sein, dass eine Vielzahl der Angebote über keine feste Finanzierung verfügt. Die Angebote hätten in diesen Fällen oftmals einen Projektcharakter und könnten nicht als dauerhaftes Angebot verstetigt werden. Dies führe zu häufigen Veränderungen der Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe.
4. Verschiedene Angebotsformen würden immer wieder genannt. Daraus ließe sich die Hypothese ableiten, dass sich Angebote dieser Art und Struktur bewährt haben. Dazu gehörten vor allem folgende Angebotsformen:
 - Gruppenangebote (für Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters, für Eltern, für Eltern und Kinder gemeinsam)
 - Patenschaften
 - vorwiegende Einzelberatung von Kindern und ihren Eltern
 - multimodale Interventionsprogramme (zum Beispiel das CHIMPs-Programm aus Hamburg) inkl. stationäre Eltern-Kind-Behandlung
 - kombinierte Angebote
 - Telefon- oder Online-Beratung für Kinder
 - Interdisziplinäre Arbeitskreise und Netzwerke
5. Es existiere eine Reihe an regionalen Übersichten über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen im Themenfeld Kinder psychisch oder suchterkrankter Eltern, die für eine bestimmte Kommune oder ein bestimmtes Bundesland erstellt wurden. Oftmals gingen diese Übersichten auf die Initiative von lokalen Arbeitskreisen für Kinder psychisch erkrankter Eltern zurück.
6. Viele, aber bei weitem nicht alle der genannten Angebote richteten sich sowohl an Kinder aus suchtbelasteten Familien als auch an Kinder aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Teilweise gebe es aber auch spezialisierte Angebote. Das ließe den Schluss zu, dass Kinder mit psychisch erkrankten und Kinder mit suchterkrankten Eltern in der Praxis zwar vielerorts zusammengedacht würden, es aber durchaus auch die Tendenz gebe, zwischen diesen beiden Zielgruppen zu differenzieren.

7. Eine Vielzahl der Angebote verfüge nach Sichtung der Internetseiten nicht über eine gesicherte Finanzierung im Rahmen der Regelstrukturen und sei auf Unterstützungsmaßnahmen, offensichtlich auf Spenden, angewiesen.

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

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

Risikofaktoren

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

Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern mit psychisch erkranktem Elternteil

Als spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern nennt die Expertise unter anderem: Krankheitswissen und Krankheitsverständnis sowie ein offener und aktiver Umgang mit der Krankheit in der Familie. Bestehende Ängste und Unsicherheiten bei Kindern, die von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind, könnten durch eine alters- und entwicklungsangemessene Aufklärung über die Erkrankung gemindert werden. Auch eine Enttabuisierung der Erkrankung der Eltern könne negative Folgen für die Entwicklung der Kinder reduzieren. Zudem sei eine verlässliche Ansprechperson neben dem erkrankten Elternteil und damit alternative Beziehungserfahrungen machen zu können wichtig für Kinder. Darüber hinaus seien gerade für jüngere Kinder Strukturen wichtig, die Orientierung und Sicherheit im Alltag vermitteln, die den Kindern Halt geben und Situationen einschätzbar machen.

Zur Bedeutung von Kooperation und Vernetzung

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

Präventiv ausgerichtete Hilfen

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

jeweilige Zielgruppe zugeschnitten seien und daher spezifische Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen.

Familienorientierte Unterstützungsansätze

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

Auswertung von ausgewählten Praxisbeispielen

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

Gruppenangebote

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

- Gruppenprogramm „Trampolin“ (Diverse Träger)

Patenschaften für Kinder psychisch oder suchterkrankter Eltern

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

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

Multimodale Ansätze

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

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

Kombinierte Angebote

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

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

Sonstige Präventionsprogramme

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

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

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

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Weiterarbeit

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

Zugangswege zu Angeboten

Die Auswertung der Good-Practice-Beispiele zeigt, wie wichtig die regionale und überregionale Vernetzung von Fachkräften und Institutionen ist, um Zugänge zu Angeboten zu eröffnen. Bei fast allen Angeboten würden Arbeitskreise, Netzwerke oder sonstige Gremien dazu genutzt, um bei Kolleginnen und Kollegen anderer Einrichtungen und Professionen über das Angebot zu informieren, sodass dieses regional bekannt ist und damit eine bedarfsgerechte Vermittlung der Familien stattfinden kann. Es wird eine Vielzahl an Kooperationspartnerinnen und -partnern genannt: Darunter die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere das Jugendamt, Beratungsstellen, das Gesundheitsamt, die Suchthilfe, die Eingliederungshilfe, Sozialpädiatrische Zentren, psychiatrische Kliniken, Suchtkliniken, niedergelassene und in Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Familien-)Hebammen, Kindertageseinrichtungen und Schulen. Eine direkte Ansprache bei den Familien selbst über das Internet oder über Flyer findet selten statt. Bei den genannten Kooperationspartnerinnen und -partnern handelt es sich vornehmlich um Institutionen, deren Angebote an bestimmte Anspruchsvoraussetzungen gebunden sind und entsprechend eine Antragstellung und Bedarfsprüfung erfordern. Laut Expertise schreitet die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für Kinder und Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil vornehmlich innerhalb des professionellen Hilfesystems voran. Dies wirft die Frage auf, wie die Familien stärker in den Fokus von Unterstützung gelangen können, die bislang nicht auffällig beziehungsweise noch nicht Teil des professionellen Unterstützungssystems geworden sind, die aber dennoch Belastungen in Folge einer psychischen Erkrankung eines Elternteils bewältigen müssen. Einen Zugangsweg biete das Angebot „Verrückt? Na und!\“, das primärpräventiven Charakter hat und sich grundsätzlich an alle Schülerinnen und Schüler wendet, unabhängig davon, ob in deren sozialen Bezugssystem bereits eine psychische Erkrankung bekannt ist oder nicht.

Gelingende Kooperation beziehungsweise lokale Netzwerkstrukturen

Die Expertise nennt Kooperationsbeziehungen als grundsätzlich wichtig, um unter anderem Wege zu Angeboten zu eröffnen und zu schaffen. Aber auch für das Gelingen der Angebote selbst spielt diese laut Expertise eine zentrale Rolle. Kooperationen würden unter anderem durch die Teilnahme an gemeinsamen, einrichtungs- und professionsübergreifenden Arbeitskreisen, Netzwerken und Gremien initiiert, gestärkt und gepflegt. Die Kooperation sei dabei abhängig von den jeweiligen Strukturen der Standorte und müsse individuell ausgestaltet werden.

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

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

Finanzierung

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

Verstetigung und Übertragbarkeit

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

C. Zusammenfassung der Expertise:

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

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

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

Hintergrund der Expertise

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

Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen

Die Expertise nimmt die Zugangshemmnisse bzw. Zugangsbarrieren für die betroffenen Familien sowie Instrumente und Angebote zur Identifikation der Zielgruppe in den Blick.

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

Auf systembedingter Ebene zeigten sich Zugangshürden in der fehlenden Kenntnis zwischen den Systemen über Angebote, aber auch Begrenztheiten. Die Expertise verdeutlicht, dass die Inanspruchnahmen von familienzentrierten Maßnahmen bei psychisch kranken Eltern (“family focused practices” (FFPs)) auch von Faktoren abhängen, die nicht mit den Eltern, sondern mit den Professionellen zu tun haben, wie deren Qualifikation und Erfahrung. Unter anderem mangelt es sowohl an gemeinsamer Sprache, Kennt-

nis des anderen Systems sowie konsequenter und flächendeckend systematischer und verlässlicher Kooperation. Wenn seitens der professionell Involvierten bestimmte Hilfen nicht angeboten würden, so könnten diese von den Eltern auch nicht in Anspruch genommen werden. Die Vielfältigkeit der Systeme könnte ein weiteres Hemmnis für die Inanspruchnahme sein: Familien mit einem psychischen erkrankten Elternteil seien aufgrund der bekannten Risiken für soziale Desintegration (unter anderem Armut, Alleinerziehen, Bildungsferne, Frühberentung) mit vielen Sozialsystemen im Kontakt. Diese seien aber nicht immer miteinander verbunden. Zum Teil sei dies auch bewusst nicht so, wie es sich im Sozialdatenschutz ausdrückt. Umgekehrt ergebe sich dadurch die Gefahr der unverbundenen, unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen, ohne zielführende ineinander greifende Hilfen. Dabei würden diese zum Teil erst den Erfolg anderer Maßnahmen begründen, wie zum Beispiel die medizinische Behandlung einer psychischen Störung als Voraussetzung, um mit Hilfen zur Erziehung zusammenarbeiten zu können. Es fehle laut Expertise zumeist an Koordination der Hilfen, Planung und Steuerung der Prozesse, Case-Management und Absprachen zwischen den oft zahlreichen Helfern.

Präventive und therapeutische Hilfen, Angebote und Programme

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

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

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

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

Für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Eltern im Hinblick auf die Einbeziehung des Kindes stellt die Expertise heraus: es gebe kaum eine Regelversorgung, sondern überwiegend einzelne Angebote, die häufig unter dem Stichwort der Frühen Hilfen implementiert worden seien. Bei diesen Mutter-Kind-Behandlungen stehe die Unterstützung der Bindungsfähigkeiten der Mütter/Väter in der Regel im Vordergrund. In Deutschland seien mit dem Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen verstärkt seit ca. 2007 zunehmend beraterische und therapeutische Ansätze zur Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen etabliert worden. Positives Ergebnis des Aus- und Aufbaus der Frühen Hilfen in den vergangenen Jahren sei unter anderem, dass die Programme zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zunehmend breit in die Regelversorgung implementiert würden.

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

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

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

Passgenauigkeit der Hilfen

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

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

Aus Forschungssicht lässt sich für die Passgenauigkeit festhalten: die indizierte und frühzeitige Identifikation von Eltern und Kindern mit Belastung müsse verbessert und die Ergebnisse hinsichtlich der Effekte für die Praxis und die Betroffenen (bessere Behandlung, passgenauere Hilfen, höheres psychosoziales Funktionsniveau etc.) beforscht werden. Die Identifikation solle niedrigschwellig und mehrschrittig erfolgen, um indizierte Maßnahmen (Prävention, Intervention) einleiten zu können. Eine Erhebung von Ressourcen, Resilienz, aber auch möglicher Teilhabebeeinträchtigung innerhalb der Familie sei neben der psychiatrischen Symptomatik für passgenaue, systemübergreifende Angebot unerlässlich. Dies müsse auf die verschiedenen Settings angepasst werden und hinsichtlich der unterschiedlichen Arbeitsweise anschlussfähig sein. Ein psychodiagnostisches Screening der Kinder und Familien scheine ein sinnvolles Instrument nicht nur für den individuellen Unterstützungsbedarf des Kindes während der Intervention zu sein, sondern könne dann auch richtungsweisend für eine möglicherweise notwendige Verbesserung der Versorgungssituation des Kindes nach der Intervention und dementsprechend anknüpfende Kooperationen und Verbindungen sein. Dies solle zumindest für die Eltern in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung systematisch etabliert werden.

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

Kooperation und Vernetzung

Warum braucht es Kooperation und Vernetzung?

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

IST-Stand

Mit Blick auf den IST-Stand der Kooperationen der verschiedenen Hilfesysteme stelle sich dieser in der Expertise als ausbaufähig dar. So wird die Notwendigkeit formuliert, die Kooperationsbezüge zwischen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern. Andererseits zeigt die Expertise durchaus auch positive Tendenzen. So habe sich in den letzten Jahren die Kooperation zwischen Jugendämtern und der Erwachsenenpsychiatrie positiv entwickelt.

Gründe für Defizite in der Kooperation und Vernetzung

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

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

Gelingende Kooperationen

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

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

Forschungsbedarf

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

- Auswertung der Erfahrungen aus dem Aufbau der Netzwerke Früher Hilfen.
- Untersuchung der konkreten Kooperationshemmnisse für
 - psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Stationen
 - niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

- sozialpsychiatrische Dienste
- Suchthilfe und
- Schulen
- Weitergehende Forschungsfragestellungen
 - Hat die Art der Kooperation Einfluss auf das Hilfearrangement für die Familien?
 - Stimmt die Hypothese, dass eine fallunabhängige Kooperation eine fallbezogene Kooperation erleichtert oder sogar verbessert?
 - Geraten ältere Kinder und Jugendliche aus dem Blick?
 - Welche positiven Effekte wurden durch Kooperationsvereinbarungen erzielt und welche alternativen Wege führen ebenfalls zu Verbesserungen in der Kooperation?

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

Kinderschutz

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

Berufliche Situation psychisch kranker Eltern

Nach verschiedenen Studien zur Arbeitsintegration von psychisch Erkrankten sei ein hoher Anteil von Menschen nach einem stationären Behandlungsaufenthalt nicht wieder in Arbeit integriert. Der Anteil schwanke dabei je nach Studie und Beobachtungszeitraum, jedoch seien ca. ein Drittel der erwachsenen-psychiatrisch Behandelten in den berücksichtigten Studien längerfristig ohne Erwerbsarbeit.

Dabei handele es sich mehrheitlich um Patientinnen und Patienten mit sogenannter SMD (severe mental disorder). SMD berge ein hohes Risiko chronisch zu verlaufen und führe zu den stärksten Teilhabebeeinträchtigungen. Andererseits waren die untersuchten Patientinnen und Patienten zu einem großen Teil in dem typischen Alter, in dem auch Elternschaft stattfindet. Keine Studie beschäftige sich jedoch mit den Kindern, weder im Sinne einer möglichen Ressource, noch im Sinne eines möglichen Belastungsfaktors für die Aufnahme einer Beschäftigung (zum Beispiel Betreuung des Kindes, Doppelbelastung Familie und Beruf etc.).

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

D. Zusammenfassung der Rechtsexpertise:

Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern

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

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

Die Ist-Analyse untersucht die unterschiedlichen Hilfesysteme auf Leistungen für Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch krank (hierzu zählen auch Suchterkrankungen) ist. Es werden nach Auffassung der Autoren erkannte Leistungslücken aufgezeigt sowie die Zugänglichkeit der Leistungen betrachtet. Die sachlichen Zuständigkeiten werden zueinander abgegrenzt und auf die Funktionalität der Versäulung hin untersucht. Sodann werden die Vorgaben für die Finanzierung der Leistungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen bei der Gestaltung bedarfsgerechter Angebote betrachtet sowie die rechtlichen Strukturvorgaben für Kooperation und Koordination bei der Angebotsgestaltung und Leistungsgewährung dargestellt.

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

LEISTUNGEN UND LÜCKEN

Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

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

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

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

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

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

Eingliederungshilfe (SGB XII/SGB IX)

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

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

Das BTHG hat auch einen expliziten Leistungsanspruch auf Unterstützung von Eltern mit Behinderung bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder eingeführt (§ 78 Abs. 3 SGB IX). Dieser greift zwar gegenüber den Trägern der Eingliederungshilfe erst mit der zum 1.1.2020 stattfindenden Überführung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII ins SGB IX 2. Teil, enthalte als ohnehin nur klarstellende Regelung jedoch bereits seit 1.1.2018 wichtige Orientierungspunkte für die Gewährungspraxis. Die Leistungen der „Unterstützten Elternschaft“ zielen nicht nur auf „einfache“ (Alltags-)Assistenzleistungen (Elternassistenz), sondern beziehen als „qualifizierte“ Assistenz aus-

drücklich auch Unterstützungen in Form von pädagogischer Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle mit ein (begleitete Elternschaft).

Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, SGB V)

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

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

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

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

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

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

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

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

Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

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

ZUGANGSWEGE UND ZUGANGSBARRIEREN

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

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

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

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

KOOPERATION MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN/ADRESSATINNEN UND ADRESSATEN

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

In der Kinder- und Jugendhilfe ist die Beratung von Kindern und Jugendlichen ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten auf Not- und Konfliktlagen beschränkt (§ 8 Abs. 3 SGB VIII).

Das geltende Datenschutzrecht stellt die Weitergabe von Daten grundsätzlich unter die Bedingung der Einwilligung (Art. 4 Nr. 11, Art. 9 Abs. 2 DSGVO) und gewährleistet somit den für die Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern wichtigen Vertrauensschutz in Hilfebeziehungen. Eine Weitergabe von Daten bedarf grundsätzlich einer Einwilligung (Art. 4 Nr. 11, Art. 9 Abs. 2 DSGVO). Die Betroffenen hierzu transparent zu beraten und sie ggf. von der Notwendigkeit beziehungsweise Sinnhaftigkeit eines Informationsaustauschs mit anderen Beteiligten aus der Familie oder anderen helfenden Stellen zu überzeugen, erfordert sowohl Beratungskompetenzen als auch zeitliche Ressourcen. Eine Ausnahme zu der generellen Einwilligungspflicht regelt zur Abwendung einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung § 4 KKG.

KOORDINATION AN DEN SCHNITTSTELLEN

Zuständigkeiten

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

Leistungen nach SGB VIII gehen grundsätzlich Leistungen nach SGB XII vor (§ 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII). Eine Ausnahme gilt für junge Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung. Für diese sind Leistungen nach dem SGB XII vorrangig (§ 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII). Für die gemeinsame Unterbringung eines psychisch kranken Elternteils mit seinem Kind kann sich grundsätzlich eine doppelte Zuständigkeit ergeben, wonach der Träger der Eingliederungshilfe für die Übernahme der Kosten des Elternteils mit wesentlichen Behinderungen, der Träger der Jugendhilfe für die des Kindes verpflichtet ist. Handelt es sich bei dem Elternteil jedoch nicht mehr um einen „jungen Menschen“, beziehungsweise liegt bei ihm keine körperliche und/oder geistige Behinderung vor, kommt es zu einer einheitlichen Leistungszuständigkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe. Eltern mit Behinderungen seien im Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen SGB VIII und SGB XII des § 10 Abs. 4 SGB VIII offensichtlich nicht mitgedacht.

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

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

Systemübergreifende Angebotsgestaltung

Bei der trägerübergreifenden Gestaltung der Angebote im Sinne von „Versorgungspfaden“ könne zwischen kombinierten und koordinierten Leistungen unterschieden werden. Systemübergreifend-

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

- Bei den Leistungen der GKV nach SGB V handele es sich tendenziell um ein geschlossen definiertes Spektrum; punktuelle Ausnahmen beständen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und der Primärprävention und dort auch nur bedingt. Die klaren Grenzen geben jedoch Orientierung, ab wann andere Leistungssysteme anknüpfen müssen.

- Den Gegenpol in Bezug auf die Anschlussfähigkeit bilde die Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII. Hier gilt der Grundsatz der Pluralität mit seiner Offenheit für neue inhaltliche und organisatorische Entwicklungen. Die Angebote sind so zu gestalten, dass sie an der Individualität und Eigensinnigkeit der Leistungsberechtigten und deren Lebenswelt anknüpfen. Folglich können Leistungen mit Blick auf Schnittstellen auch so gestaltet werden, dass sie dort ansetzen, wo die Angebote anderer (Sozialleistungs-)Systeme enden. Das System der Kinder- und Jugendhilfe sei daher strukturell sehr kooperationsfreundlich, sich aber seiner Rolle als potenzieller Ausfallbürge für zurückhaltende Verantwortungsübernahme anderer Systeme regelmäßig auch sehr bewusst.

- Die Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX biete mit ihrem teiloffenen Leistungskatalog zwar grundsätzlich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, die Angebote den individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten anzupassen. Die Anschlussfähigkeit der verschiedenen Angebote werde indes deutlich eingeschränkt durch die Konzentration auf „echte“ Rechtsansprüche und die verbindlichen Verfahrensvorgaben.

Fallübergreifende und einzelfallbezogene Zusammenarbeit

Die Jugendhilfeplanung ist horizontal und vertikal zur übergreifenden Vernetzung und Abstimmung mit anderen örtlichen und überörtlichen Planungen ausdrücklich aufgefordert (§ 80 Abs. 4 SGB VIII). Im Recht der Eingliederungshilfe finden sich keine vergleichbaren Planungsinstrumente, sondern eher allgemein gehaltene örtliche Zusammenarbeitsverpflichtungen (§ 96 Abs. 1 SGB IX), verbunden mit einer Aufforderung der Länder zur Initiierung überregionaler Planungen und Unterstützung der örtlichen Sicherstellungsaufträge (§ 94 Abs. 3 SGB IX, § 95 SGB IX). Die Aufstellung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sieht ebenso wenig eine Vernetzung oder Koordination mit Angeboten anderer, außerhalb des GKV-Systems agierender Systeme vor wie die Krankenhausplanung zur psychiatrischen Versorgung. In einzelnen Ländern umfasst die Gesundheitsplanung der öffentlichen Gesundheitsdienste die Schnittstellen zu anderen Planungsbereichen oder zur Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen. Im Bereich der Frühen Hilfen enthält das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) einen Appell, dass sich die Akteure gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum informieren und strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung klären sollen (§ 3 Abs. 1 KKG), um ein möglichst frühzeitiges, koordiniertes und multiprofessionelles Angebot vorhalten zu können (§ 1 Abs. 4 S. 2 KKG). Dies werde bislang nur im SGB VIII mit entsprechenden Aufgaben hinterlegt.

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

Zentrales Element zur Koordinierung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX ist das Teilhabeplanverfahren (§§ 19, 20 SGB IX). Sein Ziel liegt darin, gemeinsam mit den ande-

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

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

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