

Fachgespräch „Verbesserung der Situation von Kindern und Familien mit psychischen und suchtkranken Eltern“ am 14.12.2022 auf Einladung des Ausschuss für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

Sammlung von in der Sitzung unbeantwortet gebliebenen Fragen mit den entsprechenden Antworten sowie weitere Informationen zu dem Themenkomplex im Rahmen eines FAQ

Fragen in der Anhörung selbst:

1. Fragenrunde:

1.1 Was sind aus Ihrer Sicht die nächsten ein bis zwei Schritte zur Umsetzung der AG Kpke-Empfehlungen (SPD)?

Es sollte ein Antrag an die Bundesregierung gestellt werden, die Empfehlungen der AG Kpke jetzt konkret umzusetzen und die Zuständigkeiten für die einzelnen Umsetzungsschritte interministeriell zu verorten. Dann regen wir an, jetzt zeitnah im 1. Quartal des Jahres 2023 ein Monitoring über die Umsetzung der Empfehlungen zu implementieren. Darüber hinaus schlagen wir vor, eine Bundesstiftung zur Finanzierung von komplexen, SGB-übergreifenden, familienorientierten Hilfen analog den Frühen Hilfen zu schaffen.

Im Rahmen der Gesetzgebung müssen dann Vernetzungszeiten in allen Sozialgesetzbüchern strukturell verortet und die Finanzierung auch unterhalb der Schwelle einer Kindeswohlgefährdung gesichert werden. Komplexe, familienorientierte, SGB-übergreifende Leistungen sollten inhaltlich und strukturell so ausgestaltet werden, dass sie die Rahmenbedingungen für datenschutzkonformen Informationsaustausch und Kooperation der beteiligten Fachkräfte unter Beteiligung der Betroffenen schaffen, die Bündelung bedarfsgerechte Leistungen erleichtern und deren Finanzierung einfach und sicher gestalten.

1.2 Welche Bedarfe sehen Sie besonders für SGB V (SPD)?

Vernetzungs- und Kooperationszeiten müssen fallabhängig und fallunabhängig verbindlich finanziert werden. Die Möglichkeiten bzgl. der Finanzierung des medizinischen Personals über den § 73 c im SGB V (Rechtskraft seit 10.06.2021), der die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Kooperationsvereinbarungen mit den kommunalen Spitzenverbänden über die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bei Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls der Säuglinge/Kinder/Jugendlichen zu schließen, sind endlich umzusetzen, um so z.B. eine effektive Vernetzung von Peripartalpsychiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Frühen Hilfen zu erreichen. Perspektivisch muss dringend eine Finanzierung von Kooperationszeiten mit dem Jugendamt auch unterhalb der Schwelle einer Kindeswohlgefährdung angestrebt werden. Des Weiteren ist zeitnah eine auskömmliche Finanzierung von Mehrpatientensettings und integrierten Eltern-Kind-Therapien vom Säuglings- bis ins Jugendalter im SGB V erforderlich.

Die Anpassung des § 20a SGB V sollte unbedingt als Chance genutzt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass das kommunale Förderprogramm der GKV deutlich gestärkt wird. Momentan sehen die Eckpunkte weiterhin einen Beitrag von 51 Cent pro Versicherten für Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten von. Mit einer Anhebung des Beitrages auf 1 Euro würden die finanziellen Mittel der Länder kommunale Gesamtkonzepte für das Handlungsfeld Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern um bis zu 35 Millionen Euro wachsen. Dies ist eine kostenneutrale gesetzliche Anpassung, da es lediglich eine Umschichtung der Ressourcen von kassenindividuellen Leistungen hin zu kassenübergreifenden Leistungen bedeutet. Natürlich besteht das Interesse der Kassen darin, das kassenindividuelle Budget im Sinne des Wettbewerbs zu maximieren. Hilfen für

Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern sollten aber kein Gegenstand des Wettbewerbs sein, sondern eher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden. Die Erhöhung des Mindestbetrages für Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten wäre ein wichtiges gesundheitspolitisches Signal, dass das Verhältnis von Wettbewerb und Gemeinwohl neu justiert wird.

Die Möglichkeit, Voraussetzungen auch im SGB V zu schaffen, säulenübergreifend kostendeckend zu arbeiten, würde insgesamt auch über die Behandlung von Kindern sucht- und psychisch kranker Eltern hinaus zu Ersparnissen führen, da der Drehtüreffekt unzureichender bzw. ineffizienter Behandlungen/Unterstützungsangebote wegfallen würde.

¹Man muss sowieso davon ausgehen, dass mindestens 50% der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen sucht- und psychisch erkrankte Eltern haben. Mit Drehtüreffekt ist hier der Automatismus gemeint, womit Kinder und Jugendliche und deren Familien von einer SGB-Säule zur nächsten und zurückgeschickt werden, so dass kein gemeinsamer Prozess entstehen kann, in dem die Kräfte gebündelt werden, um eine gute Hilfe- und Therapieplanung zu etablieren. Die Bedarfe von Eltern und Kindern sollten immer zeitgleich gedacht werden können. Auch hier bedürfte es einer wissenschaftlichen Begleitung, um die Wirkfaktoren SGB-übergreifend koordinierter familienorientierter Leistungen herauszuarbeiten.

1.3 Wie schätzen Sie Patenprojekte ein und welche Rolle könnten Sie bei der Versorgung spielen? Sehen Sie bei der Ausbildung der Kita-Mitarbeiter ein Gefälle zur Ausbildung der Lehrer in der Schule? (CSU)

Der Einsatz von ehrenamtlichen Pat:innen ist im § 20 SGB VIII u.a. unter der Voraussetzung vorgesehen, dass die Hilfe von einer Erziehungsberatungsstelle oder anderen Beratungsdiensten und -einrichtungen nach § 28 zusätzlich angeboten oder vermittelt wird. Grundsätzlich ist der Einsatz von Pat:innen und das damit einhergehende ehrenamtliche Engagement eine gute Möglichkeit, niederschwellige Zugänge zu betroffenen Familien zu bekommen und längerfristig auf einer tragenden Beziehungsebene zu erhalten. So können beispielsweise auch Menschen aus dem sozialen Netzwerk der Familie stabilisierend eingebunden werden. Da die Arbeit mit psychisch kranken und suchtkranken Familien hohe Überforderungsrisiken birgt (dies auch für professionelle Fachkräfte), sind die vorbereitende Qualifizierung und die verbindliche engmaschige professionelle Begleitung, Anleitung und Reflexion der Pat:innen unabdingbar und müssen strukturell verortet sein und finanziert werden. Die Einführung von Patenprojekten kann und darf den Einsatz von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe) nicht ersetzen (Fachkräftegebot). Auch eine Einbindung in die Hilfeplanung ist insbesondere bei wiederkehrenden Notsituationen sorgfältig im Einzelfall zu prüfen. Hierbei ist das Einverständnis der Eltern wichtig, um die Niedrigschwelligkeit der Patenschaften zu gewährleisten.

Die Umsetzung des § 20 und damit auch der Patenprojekte muss wissenschaftlich evaluiert werden. Langfristig besteht sonst die Gefahr, dass Helfer:innen mit auf dem Karussell der Familie fahren und die dynamische Stabilisierung nicht mehr Teil der Lösung ist, sondern zum Teil des Problems wird. Diese Gefahr besteht dann, wenn durch die Unterstützungsleistungen des § 20 andere, bezogen auf den Einzelfall notwendige Hilfen (zur Erziehung) nicht, zunächst nicht oder nicht mehr geleistet werden sollen und damit Vorrangigkeits- bzw. Nachrangigkeitsprinzipien in Kommunen entstehen, die von

¹ siehe verbändeübergreifende Stellungnahme zu Änderungsbedarfen im SGB V für Familien mit einem psychisch- /suchterkrankten Elternteil v. 27.10.2021 <https://www.afet-ev.de/themenplattform/stellungnahme-zu-aenderungsbearfen-im-sgb-v-fuer-familien-mit-einem-psychisch-suchterkrankten-elternteil-27-10-2021>

wirtschaftlichen und nicht von fachlichen Argumenten geleitet sind. Die Bedarfslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern sind so vielfältig, dass der Einsatz von Pat:innen nur eine Unterstützungsmöglichkeit neben anderen, insbesondere im Kontext von Hilfen zur Erziehung, aber auch Haushaltshilfe und Familienpflege, sein kann.

Für Kinder und Jugendliche sind auch die Bildungs- und Betreuungskontexte Kita, Schule und Hort von zentraler Bedeutung. Fortbildungen zu Fragen psychischer Gesundheit können pädagogische Fach- und Lehrkräfte besser befähigen, entsprechende Unterstützungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen zu erkennen, und ihnen in Kooperation mit den Eltern, Fachberatung, Kita- bzw. Schulsozialarbeit oder therapeutischen Praxen geeignete Angebote zugänglich zu machen.

Insbesondere kommt den alltäglichen Bildungs- und Betreuungskontexten zentrale Bedeutung für die Prävention psychischer Störungen zu. Bislang sind entsprechende Inhalte allerdings nicht bzw. nicht hinreichend in den Curricula dieser Berufsgruppen verankert. Insbesondere fehlen sie in der Ausbildung von Erzieher:innen, während Lehramtsstudierende zumeist mit einzelnen Problembereichen (z.B. ADHS, Angststörungen, Drogengebrauch) vertraut gemacht werden. Kita-Fachkräfte und Lehrkräfte benötigen in der Zukunft weit mehr als in der Vergangenheit implementiert diverse Meta-Kompetenzen, um auch mit Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern gut umgehen und den Weg in die Helfer:innennetzwerke bahnen zu können: Wissen über psychische Erkrankungen, Auswirkungen auf die Kinder und möglichen Umgang damit im Kontakt, Netzwerkkompetenzen und Fähigkeiten zur systemischen Sichtweise, Hypothesenbildung und Prozessgestaltung. Entsprechend sollten diese Kompetenzen in beiden Feldern – der Erzieher:innenausbildung und dem Lehramtsstudium vermittelt und durch Fortbildungen weiterentwickelt werden.

1.4 Inwieweit geht der GB-A- Prozess zu Komplexleistungen in die von Ihnen angesprochene Richtung? Wie schätzen Sie die Änderungen im Präventionsgesetz ein (GRÜNE)?

Der GB-A-Prozess müsste berücksichtigen, dass eine "Komplexe Leistung" in unserem Sinne nicht innerhalb einer SGB-Säule, sondern SGB-Säulenübergreifend stattfindet. Es geht beispielsweise nicht nur darum, verschiedene Berufsgruppen zusammen zu setzen, die alle innerhalb einer gleichen Praxis arbeiten, sondern um verschiedene Berufsgruppen verschiedener Systeme, die die Aspekte aller betroffenen SGB-Säulen kennen, vertreten und individuell zusammenbringen. Dann erfolgt der Prozess so, wie Kinder, Jugendliche und ihre Eltern ihn brauchen, ohne z.B. Energien zu verschwenden mit der Suche nach dem richtigen Ansprechpartner.

Wie von der Ausschussvorsitzenden Frau Bahr dargestellt, besteht eine satte wissenschaftliche Evidenz bzgl. des primärpräventiven Schutzes der Säuglinge im Rahmen der gemeinsamen Behandlung von postpartal psychisch erkrankten Müttern/Vätern mit ihren Säuglingen in stationären Mutter-Kind-Einheiten (MKE's). Bei der Reform des Präventionsgesetzes wäre es essentiell darüber endlich für eine ausreichende Finanzierung der MKE's zu sorgen, ggf. zulasten der Finanzierung durch die GKV von sekundär- und tertiarpräventiven Maßnahmen wie Bewegung und gesunde Ernährung.

1.5 Die Schlagworte „Förderung“, „Bedarf“, „Leistung“ - da sollen doch Symptome mit Finanzen geheilt werden: wie kann man das eigentliche Problem lösen? Sie reden von 3,8 Millionen desolater Familien, da ist doch die Zukunft vorbei, bevor sie für die Kinder begonnen hat-sollte man mit diesen Familien nicht im Vorfeld über Familienplanung sprechen und über Verhütung (AfD)?

Aufklärungsunterricht erreicht heute alle und darf sich nicht diskriminierend vor allem an Menschen mit psychischen Erkrankungen richten. Vor allem: psychische Erkrankungen entstehen auch nach der Elternschaft. Die Idee, Problemen vorbeugend zuzukommen, greifen der Präventionsgedanke und das Präventionsgesetz aber in einem anderen Sinne auf: Es kommt darauf an, sowohl kurativ wie auch präventiv wirksam zu sein, Eltern zu stabilisieren und den Kindern die notwendige Unterstützung zu bieten, die ihnen eine gesunde Entwicklung ermöglicht. Das bedeutet auch, dass es nie zu spät ist gute Eltern zu sein/zu werden.

Maßnahmen "von oben" haben allerdings noch nie gewirkt, weil sie das Potential der Eltern/Familien, selbst zu guten Lösungen zu kommen, außen vorlassen. Komplexe Leistungen würde das Potential hervorrufen, weil die Familien vor organisatorischen Überforderungen geschützt, entlastet und so gestärkt werden den Hilfeprozess mit zu gestalten.

1.6 Was ist aus Sicht der Unterstützung für Kinder aus suchtblasteten Familien der nächstwichtigste und dringendste Schritt (FDP)?

Die Stigmatisierung und Tabuisierung von Abhängigkeitserkrankungen in der Gesellschaft erschweren den Zugang für Hilfen für die betroffenen Kinder und ihre Familien maßgebend und stellen nach wie vor eine große Hürde für eine zeitnahe Versorgung und die Inanspruchnahme von Hilfen dar. Bereits 2017 wurden vom Bundestag Aufklärungsmaßnahmen und eine Entstigmatisierungskampagne beschlossen. Diese muss nun endlich aufgegriffen und umgesetzt werden. Um die Entstigmatisierung voranzutreiben, müssen die Themen Sucht und psychische Erkrankungen als das was sie sind, nämlich behandelbare Erkrankungen, thematisiert werden. Insbesondere Menschen, die mit Kindern arbeiten, müssen sensibilisiert und dazu befähigt werden die betroffenen Kinder zu erkennen, nicht wegzuschauen, Ansprechpartner:in zu sein und sie an professionelle Hilfen oder auch an die Selbsthilfe weiterzuvermitteln.

Unbedingt notwendig sind flächendeckende Angebotsstrukturen vor Ort, die für die Kinder verlässliche Ansprechpartner:innen sein können. Ebenso notwendig ist es aber auch, Online-Beratungs- und Informationsangebote (Empfehlung Nr. 6) vorzuhalten, denn diese sind ein weiterer wichtiger und niedrighschwelliger Weg, um Kinder und Jugendliche zu erreichen, insbesondere diejenigen, die in ländlichen Gebieten wohnen oder deren Eltern bisher keine Krankheitseinsicht haben. Dafür braucht es sowohl finanzielle Mittel, als auch eine Anpassung des rechtlichen Rahmens, um eine institutionelle Förderung auf Bundesebene möglich zu machen.

1.7 Es geht nicht nur um multiprofessionelle Teams, sondern auch um Fachkräfte: Wie können wir die Fachkräfte gewinnen? Wie funktioniert bei der Kooperation der Verweis jeweils in ein anderes SGB-System? Was sollten die Ministerien tun (Linke)?

Mit Blick auf die Fachkräfte der Sozialen Arbeit ist ein bundesweiter Fachkräfte- und Ressourcenmangel zu verzeichnen. An vielen Stellen können die Träger die Voraussetzungen an Fachlichkeit nicht mehr gewährleisten. Es besteht die Gefahr, dass aus der Not heraus die Qualitätskriterien z.B. in der Kinder- und Jugendhilfe - wie die Berücksichtigung des Fachkräftegebotes - in Frage gestellt werden. Anstatt über Entprofessionalisierung bestimmter kooperativer Prozesse und der Beschäftigten nachzudenken, sollten mehr Ausbildungsplätze sowohl bei den Hochschulen als auch im dualen System geschaffen werden. Es mangelt an Umsetzungsprozessen und Förderprogrammen zur Gewinnung von Fachkräften.

Die Verweise zur Kooperation finden sich in den jeweiligen SGB. Es wäre sinnvoll, für jedes beteiligte System in dem zuständigen SGB eine Verpflichtung zur Kooperation (und Finanzierung) analog § 81 SGB VIII zu verankern.

Die verbindliche Mitarbeit von Mediziner:innen und Psychotherapeut:innen in kommunalen Netzwerken ist wichtig, damit im Sinne der Familien Überweisungen barrierefrei gelingen können. Die Akteure müssen die jeweils anderen Handlungsfelder kennenlernen und Überweisungen besprechen, damit nicht in den Einzelfällen sehr unterschiedliche Systemlogiken zu Lasten der Familien aufeinanderprallen. Es muss auch gewährleistet sein, dass der Informationsstand aller Beteiligten der gleiche ist und die Unterschiedlichkeit der Systeme von allen Beteiligten akzeptiert wird.

Die koordinierte Vermittlung aus der Behandlung der Medizin und/oder Psychotherapie in die Kinder- und Jugendhilfe und die Suchthilfe (und umgekehrt) wird im Sinne der betroffenen Adressaten nur gelingen, wenn diese davon wissen und die Kooperation als hilfreich erleben können. Die Kooperation hat dabei nicht nur einen kurativen, sondern auch einen präventiven Charakter und sollte von allen am Prozess Beteiligten in Gang gebracht werden können! Die neuen **Regelungen im § 73 SGB V reichen hier nicht**, denn es geht eben darum, frühzeitig bei Hinweisen auf familiäre Belastungssituationen zu reagieren und Eltern durch Ärzt:innen zu motivieren, Hilfen der Jugendhilfe anzunehmen. Dabei muss es vor allem um die Unterstützung der Eltern als Anlass für die Zusammenarbeit gehen und nicht um eine potentielle Gefahr, die von ihnen ausgeht.

Was können die Ministerien tun: Es wäre wünschenswert, dass sich alle beteiligten Ministerien in der Verantwortung für die anstehenden Herausforderungen zur Umsetzung gelingender SGB-übergreifender familienorientierter Hilfen sehen und sich nicht an Zuständigkeiten, sondern an Notwendigkeiten zur Erfüllung der komplexen Bedarfe der Zielgruppe, orientieren. Es braucht den Willen und den Mut, sich auf einen interministeriellen Paradigmenwechsel einzulassen und "einen neuen Schlauch für neuen Wein" zu schaffen.

2. Fragenrunde:

2.1 Wie hoch ist das Risiko für Kinder süchtig erkrankter u./o. psychisch erkrankter Eltern, selbst krank zu werden? Wie hoch ist der Bedarf, dass sich Ärzte und Fachpersonen dieses Themas annehmen? *Fraktion unklar*

Kinder suchtkranker Eltern sind die größte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung. Ihr Risiko ist im Vergleich zu Kindern aus nichtsuchtigen Familien bis zu sechsfach erhöht. Etwa ein Drittel dieser Kinder wird im Erwachsenenalter alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängig. Ein Drittel, teils überlappend mit dem erstgenannten, entwickelt weitere psychische und psychosomatische Störungen. Viele erwachsene Kinder aus suchtbelasteten Familien suchen sich wieder eine:n süchtige:n Lebenspartner:in.

Etwa jedes 5. Kind wächst zumindest zeitweise in einer suchtbelasteten Familie auf. Aufgrund der Häufigkeit familiärer Suchtprobleme in allen Gesellschaftsschichten sollten Kinderärztinnen und -ärzte sich dessen bewusst sein, dass sie täglich mit Familien zu tun haben, in denen eine Alkohol- bzw. Drogenproblematik vorliegt. Für die Familien, und insbesondere auch die Kinder, können sie als Vertrauenspersonen entscheidende Hilfestellungen geben und fachgerechte Behandlungen ermöglichen. Fürsorge und Anteilnahme können Trost vermitteln und Hoffnung geben.

Ein weiteres wichtiges Thema über das Ärzt:innen, insbesondere auch Frauenärzte, informiert sein sollten ist die fetale Alkoholspektrumsstörung (FASD). Ca. 28% der Schwangeren trinken Alkohol in der Schwangerschaft, ca. 16% zeigen Binge-Drinking (Koma-Saufen). Ihre Kinder können dadurch mit Behinderungen auf die Welt kommen – mit Fetalen Alkoholspektrum-störungen (FASD). Zur Häufigkeit von FASD gibt es keine validen

Zahlen, sie beruhen auf Hochrechnungen und Schätzungen. Demnach kommen ca. 12.000 Kinder in Deutschland pro Jahr mit FASD zur Welt, davon weisen ca. 3.000 FAS im Vollbild auf: Sie zeigen Entwicklungsstörungen, haben Merk- und Lernschwierigkeiten, eine eingeschränkte Impulskontrolle, neigen zu sozial unangemessenem Verhalten und Hyperaktivität. Ärzt:innen haben einen guten Zugang zu den Familien/ schwangeren Frauen und sollten daher unbedingt aufklären, Ansprechpartner:innen sein und an spezialisierte Angebote weitervermitteln.

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine eigene psychische Erkrankung: knapp die Hälfte bis 3/4 der Kinder entwickeln schwere psychische Störungen im Verlauf ihres Lebens. Dies zeigt sich bereits im Kindes- und Jugendalter: ca. 50% der Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung haben ein Elternteil mit einer schweren psychischen Störung. Es ist davon auszugehen, dass etwa 175.000 Kinder pro Jahr die Erfahrung machen, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird, rund 3 Mio. Kinder leben in Deutschland mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil. Etwa 65 % der stationären Psychiatrie-Patienten haben Kinder. Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten mit einem depressiven Elternteil sind gegenüber Kindern von psychiatrisch unauffälligen Eltern länger und häufiger in stationärer Behandlung und stärker belastet.

2.2 Wie hoch ist der Bedarf an Eltern Kind Therapie? *Fraktion unklar*

Eine bundesweite Erhebung (Turmes, 2007) erbrachte, dass im Bereich der Peripartalpsychiatrie der Bedarf an (teil)stationären Mutter/Vater-Kind-Angeboten in der BRD erst zu 21% gesichert ist, da die Mehrkosten, die durch die Therapie der elterlichen Beziehungs-/Bindungsstörung zum Säugling entstehen nicht finanziert sind, und pro Behandlungsfall und Tag eine Unterdeckung in Höhe von ca € 300,00 entsteht. Nachuntersuchungen (u.a. Jordan, 2012) zeigen, dass die Unterversorgung tendenziell zunimmt.

Das trifft auf die späteren Altersgruppen auch zu, wenn man es auch Sicht der "Familie" betrachtet. Sowohl Möglichkeiten zur integrierten Eltern-Kind-Behandlung ambulant und (teil-)stationär als auch Möglichkeiten säulenübergreifend mit der gesamten Familie zu arbeiten sind nicht ausreichend vorhanden.

2.3 Wir haben ja aktuell weniger ein Erkenntnisdefizit, als ein „Umsetzungs- und Finanzierungsdefizit“. Was kann man sich von weiterer Forschung im Bereich Familien mit psychisch oder suchtkranken Eltern im Hinblick auf die Versorgung der Familien versprechen? (SPD)

Bisherige Forschungsansätze verlaufen – parallel zu den Versorgungsangeboten – auf das Individuum fokussiert und, wenn auf Familien gerichtet, dann innerhalb der SGB-"Säulen" und innerhalb bestimmter Entwicklungsphasen (Eltern-Säuglings-Interaktion, Kleinkinder, Schulkinder).

Forschungsansätze, die interpersonelle und intergenerationale Zielparameter (z.B. das Familienklima, die Gesundheit der Kinder nach Behandlung der Eltern, die Beziehungsqualität der Eltern nach Behandlung der Kinder) formulieren und zur Evaluation nutzen, können dies überwinden. Auch bietet Forschung die Möglichkeit, Entwicklungsverläufe der Eltern, Kinder und des Familiensystems längerfristig nachzuverfolgen und auch über mehrere Legislaturperioden hinweg Langzeitverbesserungen abzubilden.

2.4 Wie können die rechtskreisübergreifenden Leistungen genau ausgestaltet werden (Grüne)?

Die rechtskreisübergreifenden komplexen Leistungen müssen inhaltlich und strukturell noch genauer ausgestaltet werden. Sie können sich orientieren an bereits bestehenden Leistungen, z.B. in der interdisziplinären Frühförderung, die allerdings die Jugendhilfe nicht einbezieht. Hier ist sicher eine Analyse der Leistungs- und Finanzierungsmodelle (die in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet sind) und eine Anpassung an die Situation Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern unter Einbezug der Leistungen der Jugendhilfe erforderlich. Die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung gem. § 46 SGB IX sind auch als rechtskreisübergreifende interdisziplinäre Komplexleistungen aus den Bereich SGB V (Behandlung) und heilpädagogische Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) gesetzlich geregelt:

Im SGB IX ist die Früherkennung und Frühförderung in den § 42 und § 46 im Kapitel 8 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ geregelt.

Die medizinischen **Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 SGB IX** (Leistungen zur medizinischen Reha) für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen auch die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

Leistungen nach § 46 Absatz 1 SGB IX werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 SGB IX als Komplexleistung erbracht.

Heilpädagogische Leistungen gemäß § 79 SGB IX werden an noch nicht eingeschulte Kinder erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt wird oder die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können.

Heilpädagogische Leistungen werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.

Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die zur Entwicklung des Kindes und zur Entfaltung seiner Persönlichkeit beitragen, einschließlich der jeweils erforderlichen nichtärztlichen therapeutischen, psychologischen, sonderpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit die Leistungen nicht von § 46 Absatz 1 erfasst sind. **Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität.** In Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

- o die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen (Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung)
- o Qualitätssicherung und Dokumentation,
- o Ort der Leistungserbringung sowie
- o die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach

Die Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern für die nach den §§ 5, 6 und 6a zu erbringenden Leistungen werden nach § 46 Absatz 5 SGB IX geregelt.

Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, **Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.**

Diese interdisziplinäre Komplexleistung Frühförderung gemäß SGB IX kann als "Blaupause" für SGB übergreifende Leistungen inklusive Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität gelten. Sie müsste entsprechend angepasst werden und u.a. die verbindliche Beteiligung der Jugendhilfe (SGB VIII) und der Psychiatrie/KJP/Psychotherapie (SGB V) zentral ermöglichen.

2.5 Wir müssen differenzieren zwischen psychisch Erkrankten und Suchtkranken: bei wie vielen der 3,8 Millionen Familien geht es um Sucht (AfD)?

Suchterkrankungen zählen zu den psychischen Erkrankungen und sollten daher immer mitgedacht werden. Schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder leben in Deutschland mit alkoholkranken Eltern zusammen. Etwa 40 Tausend Kinder haben drogenabhängige Eltern. Aktuelle Zahlen wie viele Kinder in einem Haushalt aufwachsen, in dem ein Elternteil glücksspielsüchtig sind, gibt es kaum. Hochrechnungen zufolge aber handelt es sich in Deutschland um bis zu 150 Tausend Kinder. Es gibt eine relevante Komorbidität zwischen Suchterkrankungen und "anderen" psychischen Störungen.

2.6 Welche Probleme bei Eltern und Kindern treten gehäuft auf und wie kann dem begegnet werden? Wie können Vermittlung und Lotsendienste aussehen (FDP)?

Psychisch kranke und suchtkranke Eltern und ihre Kinder sind mit ihrer Familiensituation und dem individuellen Erleben eines massiven Verlustes von Ressourcen und Selbstwirksamkeit aus ihrer jeweils unterschiedlichen Perspektive bereits in der Regel stark verunsichert, verzweifelt und überfordert. Sie treffen auf ein hochkomplexes und differenziertes Hilfe- und Versorgungssystem, das in einer SGB-abgrenzenden Systemlogik handelt und dessen Zugangswege für Laien antragsgesteuert, undurchsichtig und damit hochschwierig sind. Die Leistungen bleiben im besten Fall nebeneinander stehen und werden nicht oder ungenügend koordiniert und aufeinander abgestimmt. Zudem sind die Erkrankungen für die Betroffenen genauso wie für die Familienangehörigen schambesetzt, hinzu kommt noch eine Tabuisierung der Erkrankungen und eine Stigmatisierung der Erkrankten in der breiten Gesellschaft.

Im Zentrum der Versorgungssysteme der Familien muss ein **multiprofessionelles ambulantes Team** stehen, das langfristig und in Personalkontinuität als zentrale Anlaufstelle alle Hilfen initiiert, koordiniert und vernetzt und den Betroffenen als Lotsenteam im Gesamtsystem zur Verfügung steht. Die Aufgabe der Lotsen könnten sich orientieren an **§ 10a und b SGB VIII – Verfahrenslotsen** zur Zusammenführung EGH – JH:

- Beratung erfolgt in einer für die Betroffenen verständlichen, nachvollziehbaren und wahrnehmbaren Form.

Die Beratung umfasst insbesondere die Familiensituation oder die persönliche Situation des erkrankten Elternteils und der zur Familie gehörenden Kinder,

die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe einschließlich des Zugangs zum Leistungssystem,

Hilfe bei der Antragstellung, bei der Klärung weiterer zuständiger Leistungsträger, bei der Inanspruchnahme von Leistungen und bei allen anstehenden Verwaltungsabläufen.

Die Multiprofessionalität der Lotsen sollte zumindest die SGBs V und VIII abdecken und in diesen Rechtsnormen, inklusive der finanzierten Vernetzungszeiten, verortet werden. Die Lotsenaufgabe ist nur in einem Mehrpersonen-Team zu leisten, das in der Praxis vor Ort individuell für den Einzelfall im Rahmen einer komplexen Hilfeplanung zusammengesetzt werden können sollte (z.B. Psychotherapeut:in, Psychiater:in, Kinder- und Jugendpsychiater:in, Sozialarbeiter:in der Klinik, Fachkraft öffentliche oder freie Jugendhilfe). Hierbei ist die öffentliche Gesundheitshilfe mit einzubeziehen.

Lotsenfunktionen können grundsätzlich alle im Einzelfall beteiligten Akteuren übernehmen. Eine Qualifizierung im eigenen System sowie verbindliche Qualifizierungen im Kontext von Netzwerkarbeit und Kooperation sind Voraussetzungen für gelingende Lotsenfunktionen. Sinnvoll wäre, die Planungen und Ausstattungen von Lotsenteams in der kommunalen Jugendhilfeplanung und Gesundheitsplanung zu verorten.

2.7 Wie können wir Fachkräfte gewinnen, die als Dozenten fungieren können? Wie können diese finanziert werden (Linke)?

Die Fachkräftegewinnung ist eine zentrale Aufgabe für den gesamten sozialen, pflegerischen, erzieherischen und medizinischen Bereich vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels. Der Gesundheitssektor und der soziale Bereich sind besonders betroffen. Hier gilt es die Ausbildungen und Berufe auf verschiedenen Ebenen attraktiver zu gestalten, etwa durch die Eröffnung von Aufstiegsmöglichkeiten, durch Investitionen in multiprofessionelle Teams, durch die Entlastung von administrativen Aufgaben und durch die Nutzung arbeitserleichterender digitaler Tools. Duale Ausbildungen und Praxisphasen während der Ausbildung benötigen Anleitung durch Fachkräfte im Team, die hierfür ausgebildet sein sollten, dies aber vielfach nicht sind. Insofern geht es nicht nur um die Gewinnung von Dozent:innen etwas für Fachschulen, sondern auch um die Ausbilderqualifikation von Fachkräften vor Ort. Damit könnten (vergütungsrelevante) Aufstiegswege eröffnet werden, die etwa den Erzieher:innen- und Pflege-Beruf attraktiver machen können.

3. Weitere Informationen im Rahmen „FAQ“

3.1. In Hamburg gibt es z.B. das Beratungs- und Hilfeangebot "Kompass", das sich speziell an Kinder aus suchtbelasteten Familien richtet und regelmäßig sowie dauerhaft als Anlaufstelle dient. Welche Angebote derart gibt es in anderen Bundesländern und wie werden sie finanziert?

Es gibt bereits viele gute Angebote (sowohl in Präsenz, als auch online), allerdings sind diese nach wie vor oft projektfinanziert. Die betroffenen Kinder brauchen aber verlässliche Anlaufstellen, die nicht jedes Jahr viele Ressourcen in die Beantragung der Weiterführung stecken müssen und im schlimmsten Fall nach Ende der Projektlaufzeit ganz wegbrechen. Leider gibt es bisher auch kein flächendeckendes Netzwerk an Hilfeangeboten. Bei der Betrachtung der Verteilung der Gruppenangebote fällt zudem auf, dass es vor allem im ländlichen Raum zwar eine große Anzahl an Betroffenen aber vor allem auch große Lücken in der Angebotslandschaft gibt. Vor allem im Blick auf die Finanzierung schieben sich die verschiedenen Bereiche, an deren Schnittstellen sich die Kinder bewegen, gegenseitig die Verantwortlichkeiten hin und her. Das muss sich ändern. Deshalb ist vor allem ein politischer Wille zur Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den Akteuren der Ressorts Familie, Gesundheit/Sucht und Bildung auf Bundesebene und auf Landesebene wichtig. Denn ohne einen solchen Prozess kann es auch nicht zu einer koordinierten Unterstützung in den Kommunen kommen. In der Theorie gibt es genug Instrumente, wie beispielsweise die Kommunalen Gesamtkonzepte, welche die Strukturen zum Aufbau von bedarfsgerechten

Angeboten unterstützen. In der Praxis fehlt aber oft ein klarer Auftrag sowie insbesondere die Finanzierung von Kooperationsleistungen.

3. 2. Was muss getan werden, um Kindern und Jugendlichen den Zugang zu bestehenden Hilfen zu erleichtern? Welche Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ergeben sich z.B. aus Projekten wie "KidKit Learning" oder anderen Online-Plattformen?

Orte an denen sich die Kinder und Jugendlichen aufhalten (z.B. Kita, Schule) eignen sich besonders gut dafür, niedrigschwellige Zugänge zum Hilfesystem zu schaffen. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass Fachkräfte, die mit Kindern arbeiten, sensibilisiert und dazu befähigt werden müssen, die Kinder zu erkennen, nicht weg zu schauen, Ansprechpartner:in zu sein und sie an professionelle Hilfen/ an die Selbsthilfe weiterleiten zu können. Projekte wie KidKit Learning können gute Weiterbildungsmöglichkeiten für beispielsweise Erzieher:innen und Lehrer:innen sein. Dennoch erreichen sie die Fachkräfte, aufgrund begrenzter Mittel, nicht bundesweit flächendeckend. Das Ziel muss sein, die Thematik Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern in den Ausbildungen der Fach- und Lehrkräfte zu verankern und damit Ängste und Stigmata abzubauen.

Online-Plattformen sind ein weiterer niedrigschwelliger Weg, um Kinder und Jugendliche zu erreichen, insbesondere in ländlichen Gebieten oder bei fehlender Krankheitseinsicht der Eltern. Damit Online-Informations- und Beratungsangebote verlässlich für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zur Verfügung stehen können, braucht es sowohl finanzielle Mittel als auch eine Anpassung des rechtlichen Rahmens, um eine institutionelle Förderung auf Bundesebene möglich zu machen.

3.3. Haben die Reformveränderungen hin zum KJSG insbesondere der §20 SGB VIII schon Veränderungen in der Praxis erwirkt? Sehen Sie weiteren Veränderungsbedarf gerade auch vor dem Hintergrund, dass aktuell der Beteiligungsprozess für die inklusive Kinder- und Jugendhilfe läuft?

Das KJSG ist seit Juni 2021 in Kraft und brachte für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Herausforderungen mit sich. Die Neujustierung des § 20 SGB VIII, der vor der SGB VIII-Reform eher ein Schattendasein führte, wirft immer noch Frage nach der konkreten Umsetzung auf. Sie beziehen sich konkret auf die Ausgestaltung der Leistungserbringung durch die Beratungsstellen nach § 28 SGB VIII, das Abschließen neuer Vereinbarungen zwischen den Jugendämtern und den Beratungsstellen und den Einsatz von ehrenamtlichen Pat:innen. Zurzeit lassen sich keine bundesweiten Tendenzen bei der Umsetzung des § 20 feststellen.

Deutlich wird bereits jetzt, dass es einer hohen Fachlichkeit von Fachkräften der Erziehungsberatungsstellen (und anderer Institutionen im Kontext des § 28) bedarf, achtsam für weiterführende Hilfebedarfe der Kinder und Eltern zu sein und einer guten funktionierenden Netzwerkarbeit, um Brückenfunktionen in die Hilfen zur Erziehung zu bilden. Diese Qualifizierung und Kooperation sind noch längst nicht überall aufgebaut. Insbesondere wird in der Praxis deutlich, dass die Schnittstelle zum Kinderschutz im Auge behalten werden muss. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund schwieriger Personalsituationen in Jugendämtern bekannte Fälle, an Erziehungsberatungsstellen vermittelt und Eltern aufgefordert werden, sich dort in Notsituationen Hilfe zu holen.

Vor allem das Spannungsfeld zwischen der Intention der Leistung nach § 20 SGB VIII, möglichst niedrigschwellige, präventive Hilfen anzubieten auf der einen Seite und Ad hoc - Unterstützung in Not-Situationen zu gewährleisten auf der anderen Seite, sind in der Praxis schwer umsetzbar.

Veränderungsbedarfe sehen wir auch im Hinblick darauf, dass die Hilfe in Notsituationen nur bis zum 14. Lebensjahr greift und nicht ausdrücklich die Unterstützung der Haushaltsführung mit benennt. Familiäre Notsituationen sind insbesondere für ältere Kinder und Jugendliche oft stark belastend, mit Scham besetzt und führen häufig zu Parentifizierungen, wenn Jugendliche für die Versorgung der jüngeren Geschwister und im Alltag ausfallender Elternteile sorgen müssen. Der Hilfeanspruch sollte auch auf Familien mit Jugendlichen bis zur Volljährigkeit ausgeweitet und die Haushaltsführung mit in den Leistungskatalog aufgenommen werde.

3.4. Wie blicken Sie auf den aktuellen G-BA-Prozess zur Entwicklung von Komplexeleistungen für schwer kranke Kinder und Jugendliche? Inwiefern kann sich diese Richtlinie positiv auf die Versorgungssituation von Kindern psychisch- und suchtkranker Eltern auswirken und wo dürfte es weiterhin Leerstellen geben?

Der GB-A-Prozess müsste berücksichtigen, dass eine "Komplexe Leistung" in unserem Sinne nicht innerhalb einer SGB-Säule, sondern SGB-Säulenübergreifend stattfindet. Es geht beispielsweise nicht nur darum verschiedene Berufsgruppen zusammen zu setzen die alle innerhalb einer gleichen Praxis arbeiten, sondern um verschiedene berufsgruppen die die Aspekte aller betroffenen SGB-Säulen vertreten und zusammenbringen. Dann erfolgt der Prozess so, wie Kinder, Jugendliche und ihre Eltern ihn brauchen, ohne z.B. Energien zu verschwenden mit der Suche nach dem richtigen Ansprechpartner. Bei den betroffenen Familien ist oft über viele Jahre eine integrierte Hilfe in Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Therapie/Medizin sowie ggf. Weiteren Hilfen erforderlich. Diese sollten "wie aus einer Hand" erfolgen, auch wenn verschiedene Helfer:innen und Sozialsysteme beteiligt sind.

3.5. Wie schätzen Sie das Angebot von Hilfen für Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern über das Präventionsgesetz ein? In welcher Weise müsste das Präventionsgesetz weiterentwickelt werden, um das Angebot hier zu erweitern?

Die Leistungen der Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes umfassen Leistungen der Gesundheitsförderung und primäre Prävention in den Lebenswelten. Diese Leistungen in Form von zeitlich befristeten Kursen und Maßnahmen richten sich jedoch an alle Familien, unabhängig davon, ob ein psychisches Problem vorliegt. Die am stärksten betroffenen Familien finden erfahrungsgemäß kaum in solche Maßnahmen. Aus Sicht der Freien Wohlfahrt wäre es nachhaltiger und effektiver, Präventionsfachkräfte in den Lebenswelten Kita, Schule und in den Kommunen usw. als Personalressource vorzusehen und zu finanzieren, statt ausschließlich zeitlich begrenzte Gesundheitsförderungskurse und Präventionsangebote zu setzen ("Kofferprävention").

3.6. Sie fordern einen Monitoring- und Evaluationsprozess zur Umsetzung der Empfehlungen. Können Sie uns skizzieren, was Sie sich hierunter vorstellen und inwieweit dieser auch die Gesundheitsberichterstattung sinnvoll ergänzen kann?

Ein qualitativer Monitoringprozess ist system- und rechtskreisübergreifend sowie unter Berücksichtigung der Länder- und kommunalen Ebene und unter Beteiligung der Fachverbände zu planen und umzusetzen. Das Monitoring soll bestehende und neue Prozesse auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene zur Implementierung der Beschlüsse der AG KpKE begleiten und einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation und -landschaft bieten.

Konkret müsste das Monitoring sowohl Ergebnisse zum Sachstand der Umsetzung der Empfehlungen als auch die Auswertung bestehender Berichterstattungen aus dem Gesundheitswesen (z.B. Präventionsbericht der GKV) und der Kinder- und Jugendhilfe beinhalten. Es ist denkbar zwischen den Ergebnissen des Monitorings KPKE und weiteren,

relevanten, bundesstatistischen Instrumenten wie z.B. der HzE-Monitor eine Verknüpfung herzustellen.

3.7. Welcher rechtlichen Regelungen/ Rahmenbedingungen bedarf es, um einen unmittelbaren, niedrighschwelligigen und flexiblen Zugang zu Angeboten und bedarfsgerechten Hilfen für betroffene Familien zu ermöglichen?

Um einen unmittelbaren, niedrighschwelligigen und flexiblen Zugang zu Angeboten und bedarfsgerechten Hilfen für betroffene Familien zu ermöglichen, bedarf es im Hinblick auf das SGB VIII zunächst eines klaren Auftrags zur Evaluation der Umsetzung des KJSG (insbesondere §§ 8, 20 und 80 SGB VIII). Auf Basis der Evaluationserkenntnisse lassen sich Tendenzen zur Weiterentwicklung des SGB VIII ableiten.

Die empfohlenen mischfinanzierten, SGB-Übergreifenden, komplexen Leistungen bedürfen allerdings einer rechtlichen Verankerung in allen relevanten SGBs! Deutschlandweit sollten multidisziplinäre und SGB-übergreifende Helfer:innennetze, die fallbezogen und fallunabhängig agieren entstehen mit einer Indizierung der vorhandenen Angebote (ähnlich der regionalen Strukturen der "Frühen Hilfen").

3.8. Wie kann konkret die Ausgestaltung der empfohlenen, SGB-übergreifenden familienorientierten komplexen Leistungen im SGB V, SGB VIII und SGB IX aussehen?

Ein Weg könnte sein, das Setting der "Komplexe Leistung" zur Bedingung zu machen, um komplex arbeiten und abrechnen zu können. Eine komplexe Leistung findet dann statt, wenn Vertreter aus den unterschiedlichen Leistungs-(SGB-)bereichen an einem gemeinsamen Prozess –in gemeinsamen Sitzungen- mit den betroffenen Familien zum Erreichen dieser Ziele beitragen. Diese stoßen wiederum gemeinsame Reflexionsprozesse an, die lösungsorientiert stattfinden. Eine Voraussetzung dazu ist, dass alle Beteiligten sich auf ein gemeinsames Anliegen geeinigt haben, das es zu verfolgen gilt.

3.9. Welche Lösungsstrategien schlagen Sie zur Behebung der Unterversorgung mit Mutter-Vater-Kind-Einheiten (Mehrpersonensettings) vor?

Im Bereich der Peripartalpsychiatrie ist die chronische Unterversorgung (siehe oben) der fehlenden Finanzierung geschuldet. Im ambulanten Setting gilt es Einfluss zu nehmen, dass die Möglichkeiten des § 73c (SGB V) umgesetzt werden; bzgl. der Finanzierung der (teil)stationären MKE's gilt es die Möglichkeiten der Reform des Präventionsgesetzes zu nutzen (siehe oben).

Das trifft auf die älteren Altersgruppen auch zu, wenn man es aus Sicht der "Familie" betrachtet. Sowohl Möglichkeiten zur integrierten Eltern-Kind-Behandlung ambulant und (teil-)stationär als auch Möglichkeiten, säulenübergreifend mit der gesamten Familie zu arbeiten, sind vom Säuglings- bis ins Jugendalter nicht ausreichend vorhanden. Neben der Geburt eines Kindes gibt es viele Entwicklungsmeilensteine, aber auch akute Ereignisse, die gesunde Familien gut meistern, die aber für sucht- und psychisch kranke Eltern eine oft unüberwindbare Hürde darstellen. Für Familien, die in eine massive Krise rutschen, müsste es mehr teil- und vollstationäre Behandlungsmöglichkeiten geben, die von vornherein die Jugendhilfe/Eingliederungshilfe mit einbeziehen und keine Bedrohung für den Träger der Maßnahme darstellen, weil sie z.B. nur die Therapie der Kinder, aber nicht die Begleitung der Eltern finanziert bekommen. Die Komplexität ergibt sich daraus, dass nicht nur eine SGB-übergreifende, sondern auch eine facharztübergreifende Fachkompetenz gefragt ist - in diesem Fall Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Potentiell müsste diese teil- oder vollstationäre Maßnahme in jedem SGB-Bereich sowie SGB-übergreifend stattfinden können. Jedes dieser Angebote sollte vom Anfang an von allen betroffenen SGB-Säulen versorgt werden können.

Logischerweise müsste gleichzeitig auch der ambulante Bereich bzgl. Mehrpersonensettings weiter ausgebaut werden (z.B. Eltern-Kind-Ambulanzen).

3.10. Wie sollte eine Forschungsförderlinie aussehen, die Familien mit psychisch oder suchtkranken Eltern zum Inhalt hat und durch wen könnte/ sollte eine solche Förderlinie ausgeschrieben werden?

Eine solche Förderlinie sollte a) die Nutzung, Akzeptanz und Wirkung von insbesondere komplexen Versorgungsangeboten unter Einsatz breit gefächelter Forschungsmethodologie (Panel-Datensätze, qualitative und quantitative Studien) auf Familienebene untersuchen, b) mehrjährig angelegt sein, um die Kindesentwicklung über mehrere Entwicklungsphasen hin abbilden zu können und c) SGB-übergreifend formuliert sein.

Sie könnte idealerweise vom BMBF formuliert sein und eine Kooperation von je mindestens zwei Disziplinen sozial-, bildungs-, verhaltens- und gesundheits- und wirtschaftswissenschaftlicher Seite verlangen.

4. Fragen zur Zielgruppe in der besonderen Zeit rund um die Geburt:

Die Inzidenz postpartaler psychischer Störungen ist hoch: 15% der Wöchnerinnen erkranken an einer postpartalen Depression (PPD), ca 5% der Väter erkranken an einer PPD. 0,1 – 0,2% entwickeln eine postpartale Psychose.

Nur ca. 20-40 von 100 depressiv erkrankten Frauen suchen Hilfe auf; die erheblichen negativen Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung auf den Fötus wie auf den Säugling sind bekannt.

4.1. Gibt es in Deutschland ausreichende Mutter-Vater-Kind-Einheiten (Mother-Baby-Units)?

Nein, der Bedarf ist nur zu ca. 20% gedeckt, da keine ausreichende Finanzierung vorliegt.

4.2. Zu welchem % entwickeln nachgeburtlich psychisch erkrankte Mütter Bindungsstörungen zu ihrem Baby?

In einer Normalpopulation (Reck, 2007): 7,1%; bei dem schwer erkrankten Klientel einer stationären MKE ca. 60%.

4.3. Welche (langfristigen) Auswirkungen hat die mütterliche psychische Erkrankung auf den Säugling?

Die aus der mütterlichen psychischen Erkrankung resultierenden Beziehungs-/Bindungsstörung zum Säugling führt dazu, dass das kindliche Störungsrisiko um den Faktor zwei bis drei gegenüber einer Vergleichsgruppe erhöht ist und ca 45% der Kinder und Jugendlichen in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung einen psychisch kranken Elternteil haben (Remschmidt, 1994).

4.4. Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie bei den Frühen Hilfen?

Der Umsetzungsgrad der durch die Bundesstiftung *Frühe Hilfen* zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln obliegt den einzelnen Kommunen und hängt u.a. von der finanziellen Lage der einzelnen Kommunen ab. Eine Vernetzung und Kooperationspflicht der *Frühen Hilfen* mit den (ambulanten, teil- und vollstationären) Player des SGB V wird wesentlich zu einer frühzeitigen Diagnosestellung der elterlichen psychischen Erkrankung führen.

Verantwortlich für die Beantwortung der Fragen:

AFET, Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.

Dr. Koralia Sekler, Dr. Benjamin Strahl

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), *Fachreferat für Frauen- und Männergesundheit und Familienpsychiatrie/-psychotherapie*

PD Dr. Rieke Oelkers-Ax, Dr. Luc Turmes

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs), *Interessengruppe Familienpsychologie*

Prof. Dr. Beate Ditzen, Prof. Dr. Sabine Walper

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Gabriele Sauermann (Paritätischer Gesamtverband)

Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF)

Birgit Averbeck, Dr. Filip Caby

Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.

Dr. Luc Turmes

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.

Frauke Gebhardt

Schatten & Licht e.V., Selbsthilfeorganisation zu peripartalen psychischen Erkrankungen

Sabine Surholt