

Vorbemerkung:

Der AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Herr Prof. Dr. Albert Lenz, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie an der Katholischen Hochschulen Nordrhein – Westfalen und Frau Prof. Dr. Silke Wiegand – Grefe, Medical School Hamburg, sind im Februar 2015 gebeten worden für die Berichterstatterinnen und Berichterstatter des Familien- und des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu offenen Fragen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Familien mit psychisch erkrankten Eltern Stellung zu nehmen.

Stellungnahme:

„Offene Fragen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Familien mit psychisch erkrankten Eltern“

Die UnterzeichnerInnen begrüßen es, dass die Berichterstatterinnen und Berichterstatter des Familien- und des Gesundheitsausschusses sich mit dem komplexen Thema der Hilfen für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern intensiv beschäftigt haben. Sie kommen gerne der Bitte nach, zu den Fragen und Themenkomplexen in einem relativ eng gesteckten Zeitfenster fachlich Stellung zu beziehen.

Der umfangreiche Fragenkatalog, die thematische Komplexität und Vielfalt der gestellten Fragen bestätigen aus unserer Sicht deutlich die Notwendigkeit zur **Einrichtung einer Sachverständigenkommission**, wie sie, gemeinsam mit vielen weiteren Verbänden, schon mit Schreiben vom 16. Januar 2014 beschrieben und beantragt wurde. Die gerade zur Schnittstellenproblematik gestellten Fragen des heutigen Katalogs erfordern interdisziplinäre Verständigungs- und Abstimmungsprozesse, die nur durch ein multiprofessionell besetztes Expertengremium qualitativ, dialogisch und auf der Grundlage eines klaren Auftrags umgesetzt werden können.

Mit dieser erneut vorgetragenen Einschätzung zur Notwendigkeit eines Expertengremiums wir die Frage nach dem grundsätzlichen Erfordernis einer Expertenkommission vorab beantworten. Wir halten es weiterhin für dringend erforderlich, dass sich eine Expertenkommission der Fragekomplexe annimmt und anhand einer Expertise den bundesrechtlichen Handlungsbedarf, z.B. bei der Gestaltung und Verstetigung von kooperativen und multi-professionellen Hilfen, der Optimierung von Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern und der Finanzierung von Kooperations- und Netzwerkarbeit sowie Mischfinanzierungen konkretisiert.

Neben den Sachverständigen/ExpertInnen, die diejenigen Organisationen repräsentieren, die den Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission vom 16. Januar 2014 unterzeichnet haben (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Selbsthilfvereine, Erziehungshilfen, Frühe Hilfen etc.) sollten dem Gremium ebenfalls VertreterInnen der Kindertagesbetreuung, der öffentlichen Schulen, des Gesundheitssystems und der Krankenkassen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie juristische ExpertInnen angehören.

Die Dauer einer solchen Kommission sollte den Erfordernissen nach möglichst zeitnahen Regelungen Rechnung tragen und die organisatorische "Anbindung" sollte helfen ein interessendominiertes Vorgehen zu verhindern. Hierzu wären sicherlich auch eine Priorisierung der zu bearbeitenden Fragestellungen und eine Klarstellung des politischen Auftrags notwendig und hilfreich.

Der AFET nimmt in diesem Schreiben „nur“ die Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe ein. Die Einbeziehung und Abstimmung mit den UnterzeichnerInnen des Antrages vom 16. Januar 2014 ist leider wegen des vorgegebenen engen Zeitfensters von 6 Wochen nicht möglich gewesen. Gleichwohl haben wir die Fachgesellschaften der Gesundheitshilfe, die das Anliegen gemeinsam getragen und unterstützt haben, in die Information einbezogen.

Die Kinder- und Jugendhilfe, dies als Eingangsbemerkung noch einmal vorangestellt, ist in ihrem fachlich-rechtlichen Auftrag Kindern und Jugendlichen in Familien mit psychisch kranken Eltern verpflichtet. Bei der Beratung und Lösung der vorgetragenen Schnittstellenfragen darf sich der Blick, unabhängig von den erzielten Fortschritten, nicht auf die Frühen Hilfen, die Hilfen zur Erziehung und den Kinderschutz im Sinne des § 8a BKiSchG verengen. Eine psychische Erkrankung von Eltern kann eben auch im späteren Kindesalter entstehen oder manifest werden.

Der AFET hat die Themenkomplexe und Fragestellungen der Berichterstatterinnen und Berichterstatter zur leichteren Handhabung geclustert und zusammengefasst.

1. Komplexität des Unterstützungsbedarfs und bundesweites Rahmenkonzept

In Deutschland leben etwa 13 Millionen Kinder und Jugendliche. Nach Schätzungen, die aufgrund der epidemiologischen Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Erwachsenen vorgenommen wurden, erleben im Verlaufe eines Jahres etwa drei Millionen Kinder einen Elternteil mit einer psychischen Störung. Fast jedes vierte Kind hat also einen vorübergehenden, wiederholten oder dauerhaften psychisch erkrankten Elternteil (Lenz & Brockmann, 2013¹).

Die Kinder psychisch erkrankter Eltern sind nicht nur in ihrem Alltag in vielfältiger Weise von der elterlichen Erkrankung betroffen, sondern haben ein deutlich erhöhtes Risiko, selber zu erkranken. Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das Erkrankungsrisiko bei Kindern psychisch erkrankter Eltern im Vergleich zu Kindern mit psychisch gesunden Eltern um das Drei- bis Vierfache erhöht ist. Etwa ein Drittel der betroffenen Kinder entwickelt persistente psychische Störungen (Wiegand-Grefe et al., 2011²). Die psychische

¹ Lenz, A./Brockmann, E.: Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer, Hogrefe, 2013

² Wiegand-Grefe, S./Mattejat, F./Lenz, A. (Hrsg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung, Vandenhoeck & Ruprecht: 2011

Erkrankung eines Elternteils und die Krankheitsfolgen beeinflussen also das gesamte innerfamiliäre System.

Aktuell fehlen speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittene komplexe Hilfe-, Behandlungs- und Präventionsangebote. Nach Aussagen des 13. Kinder- und Jugendberichts mangelt es an regelhaft finanzierten und verfügbaren Angeboten für Kinder chronisch such- und psychisch kranker Eltern, die den komplexen Bedarfen der ganzen Familie - der Eltern und der Kinder - gerecht werden. Außerdem fehlt eine planvolle Abstimmung aller Leistungen und Hilfen der verschiedenen Gesetzbücher (siehe auch Punkt 3, 5 und 7).

Ein dringender Handlungsbedarf auf der Bundesebene besteht aktuell bei folgenden Themen:

- Rechtsanspruch des Kindes auf gesundheitliche und soziale Förderung
- Beachten der Wechselwirkungen familiärer Beziehungen und konsequentes Berücksichtigen des gesamten Familiensystems bei Erbringung von Hilfen - unabhängig davon, wer als erster aus der Familie nach Hilfe bzw. Unterstützung sucht
- Erweiterung des Begriffes von Prävention im SGB V - von dem aktuellen Ziel der Krankheitsverhütung zur salutogenetischen Perspektive
- Aufhebung der Altersbegrenzung (aktuell bis zum 12. Lebensjahr) beim Anspruch auf ergänzende Hilfen nach § 38 SGB V
- Verankerung verpflichtender Kooperationsarbeit und ihrer Finanzierung in den Sozialgesetzbüchern (analog des SGB VIII § 81)
- Erarbeitung einheitlicher Qualitätskriterien zum Aufbau von Kooperationen und Netzwerken
- Aufnahme in die Ausbildungscurricula der im BKiSchG benannten Akteure
- Finanzierung der Netzwerkarbeit
- Regelungen im SGB V bezüglich der Finanzierung von Kooperation der niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SoziotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen sowie der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege (nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab)
- fachliche Analyse von Finanzierungslücken z.B. bei Kooperations- und Netzwerkarbeit sowie präventiven kooperativen Angeboten
- Expertise zu möglichen Finanzierungsoptionen an den Schnittstellen der betroffenen SGBs
- Wirkungsforschung sowohl für die präventiven Hilfen als auch im Rahmen der Interventionsangebote

Nach einer interdisziplinären Verständigung über Ursachen und Unterstützungsbedarfe ist die Erstellung eines **bundesweiten Rahmenkonzeptes** notwendig, weil sich die aktuelle Hilfe- und Behandlungsangebote auf einzelne „Teile“ des Systems Familie konzentrieren. Die gewährleistete Unterstützung für Familien mit minderjährigen Kindern richtet sich häufig entweder an die Eltern z.B. im Bereich der Gesundheitsfürsorge oder an ihre Kinder im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe. Diese Aufteilung erfolgt nach den unterschiedlichen Vorgaben des jeweiligen Sozialgesetzbuches. In der Folge entstehen in der Praxis oftmals miteinander konkurrierende Anforderungen und Aufträge an die Familie.

Dringend notwendig sind rechtlich verbindliche Konkretisierungen expliziter Kooperationsangebote (insbesondere zwischen SGB V, VIII, IX, XII), die rechtliche Klarstellung der Vergütungen für die Netzwerkarbeit und bundesrechtliche Regelungen zur Mischfinanzierung von komplexen Hilfebedarfen in Familien mit psychisch kranken Eltern.

Ebenso wichtig ist eine rechtliche Regelung für die Finanzierung von niedrigschwelligen, nicht stigmatisierenden Hilfen für betroffene Familien mit psychisch erkrankten Eltern sowie die Möglichkeit von Förderung der organisierten Selbsthilfe der Familien.

2. Zugang zu Kindern und Jugendlichen und ihren Familien

Das Phänomen der Hilfen für Familien mit (mindestens) einem psychisch erkrankten Elternteil ist, dass die Hilfeadressaten sowohl die Kinder als auch die Eltern sind. An dieser Stelle bestehen also mehrere Zugangswege zu den betroffenen Familien.

Ausgehend von dem jeweiligen Familienmitglied - z.B. von der psychisch kranken Mutter, dem Hilfe suchenden Vater oder einem minderjährigen Kind - unterscheiden sich die Zugangsformen und der/die erste Ansprechpartner/in auf der Suche nach Unterstützung. Der/die erste Ansprechpartner/in entscheidet häufig über den Zugang zu weiteren Hilfen.

Ausgehend von der erkrankten Mutter kann der Zugang über den Hausarzt, Fachärzte (wie Gynäkologen, Psychiater), Familienhebamme, Soziotherapeuten (bei konkreter Indikation eines Facharztes), Psychotherapeuten, das Gesundheitsamt und seinen Sozialpsychiatrischen Dienst sowie weitere Akteure des Gesundheitswesens geschehen. Mit dem Blick auf das Kind kann der Zugang zu betroffenen Familien über Schule, Jugendamt, Kindertagesstätte, oder weitere Angebote nach SGB VIII erfolgen.

Aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe lassen sich beispielhaft folgende Formen von „Zugangswegen“ und den daraus folgenden Hilfen benennen:

1. bei Meldung nach § 8a SGB VIII
2. bei Feststellung des erzieherischen Bedarfs (durch den Rechtsanspruch der Eltern)
3. durch präventive, auch sozialräumliche, Angebote
4. durch Angebote der offenen Kinder- und Jugendarbeit
5. durch die Lebenswelt Kindertagesstätte und Schule

Bei den Kindern ist der Bedarf nach Unterstützung oft durch ihr unauffälliges Verhalten schwer feststellbar. Sie bemühen sich im Alltag so angepasst zu wirken, dass sie auf den ersten Blick keine Hilfe benötigen und somit von den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe schwer zu erreichen sind. Bei der Behandlung der psychisch Erkrankten in der Erwachsenenpsychiatrie werden häufig die erwachsenen Angehörigen (EhepartnerInnen) mit berücksichtigt - die Kinder als Teil des Familiensystems werden dabei ausgeblendet: „Oft ist den PsychiaterInnen nicht einmal bekannt, dass ihre PatientInnen Kinder haben“ (Schone/Wagenblass, 2006:9³). Die Kinder sind somit noch kein fester, integrierter Bestandteil in der psychiatrischen Behandlung der Erwachsenen.

Bezug nehmend auf die Inanspruchnahme der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe verhalten sich die betroffenen Eltern mit gewisser Zurückhaltung und Befürchtung, aufgrund der eigenen Krankheit von ihren Kindern getrennt zu werden. Die psychische Erkrankung eines der Elternteile wird häufig verheimlicht, sodass die Jugendhilfe erst dann in Anspruch genommen wird, nachdem die Kinder selbst auffällig geworden sind oder ihr Kindeswohl gefährdet ist.

³ Schone, R./Wagenblass, S. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Juventa Verlag, Weinheim: 2006

Das Thema des Umgangs mit psychischen Störungen und Erkrankungen als einem die gesamte Familie betreffenden Phänomen wurde z.B. im Bildungs- und Gesundheitswesen bis Mitte der 1990er Jahre unzureichend behandelt. Bezüglich der Entwicklungsrisiken der Kinder psychisch kranker Eltern „fühlten sich geraume Zeit weder Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie noch Suchthilfe als Leistungsanbieter für diese Gruppe besonders belasteter Heranwachsender zuständig.“ (13. Kinder- und Jugendbericht, 2009:235).

Somit stellen die Familien mit (mindestens) einem psychisch kranken Elternteil für viele Disziplinen eine relativ neue Zielgruppe dar. Kinder psychisch kranker Eltern sind häufig „unauffällige BesucherInnen“ der Betreuungs- und Bildungs- und Freizeiteinrichtungen. Aus diesem Grund ist die vermeintliche Unauffälligkeit der Betroffenen bereits bei der Planung der Angebote und Hilfen sowie bei dem Zugang zu berücksichtigen.

Außerhalb von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen (wie z.B. die Kindertagesstätten und Schulen) bedürfen die Kinder psychisch kranker Eltern einer aktiven Beteiligung an altersentsprechender Aufklärungsarbeit, die sich in Form von Gesprächen, (Rollen-)Spielen und weiteren Gruppenangeboten gestalten könnte. Die direkten und vertrauten AnsprechpartnerInnen (PädagogInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen oder KinderärztInnen) würden den Kindern dabei helfen, Fragen und Missverständnissen im Umgang mit ihren erkrankten Eltern und mit der daraus resultierenden Situation der gesamten Familien individuell nachzugehen. Die Kinder hätten dann die Möglichkeit, das Verhalten des erkrankten Elternteils direkt und zeitnah mit einer Fachkraft zu klären und sich auf den weiteren Krankheitsverlauf entsprechend einzustellen.

Nur durch Beteiligung der betroffenen Eltern und ihrer Familienangehörigen an Gesprächskreisen, Beratungen oder Angeboten der Erziehungshilfe z.B. nach § 28 SGB VIII können ihnen ihre Ängste vor den Fachdiensten der Kinder- und Jugendhilfe - in erster Linie vor dem Jugendamt - genommen werden. Dazu kommt, dass durch den professionell begleiteten Umgang mit psychischen Erkrankungen dieses Thema in und außerhalb der Familien weniger tabuisiert und sich der Zugang zu den Betroffenen leichter gestalten würde.

In einem solchen Prozess werden nicht ausschließlich die betroffenen Familien sensibilisiert – die Hilfeverantwortlichen bekommen ebenfalls einen differenzierteren Einblick in die Lebenslagen der einzelnen Familien.

Das Thema „Psychische Erkrankungen“ als gesamtgesellschaftliches Phänomen muss daher in der Öffentlichkeit „enttabuisiert“ werden. Dieser Prozess fängt bereits beim politischen Willen zur Anerkennung der Rechte der Kinder psychisch kranker Eltern auf Inanspruchnahme von Hilfen an und sollte von den zuständigen Akteuren fortgesetzt werden, indem entsprechende (Aufklärungs-)Hilfen für und über Kinder psychisch kranker Eltern flächendeckend installiert werden.

In diesem Zusammenhang ist eine konkretisierte und bedarfsgerecht eingesetzte Informationsarbeit erforderlich, die sich insbesondere in Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätten, Familienzentren, Schulen an alle richtet und in Form von interdisziplinären Teams kontinuierlich durchgeführt wird. Diese interdisziplinär besetzten Teams würden dann solche Fachbereiche wie Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Pädiatrie etc. vertreten.

Das setzt wiederum eine standardisierte Weiterqualifizierung aller Fachkräfte der Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitsförderung im Umgang mit Familien mit (mindestens)

einem psychisch erkrankten Elternteil voraus, da der Kenntnisstand über die Probleme, Krankheitsbilder und den Unterstützungsbedarf der Betroffenen zurzeit äußerst unterschiedlich ist.

3. Kooperative Hilfen und Ihre Qualität

Wesentliche Institutionen, die die Zugangswege zu den betroffenen Familien erleichtern, sind die Allgemeinen Sozialen Diensten, die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Erwachsenenpsychiatrie. Ihre Zusammenarbeit, die nur seitens der Jugendhilfe im § 81 SGB VIII verankert ist, bestimmt die Form und Qualität weiterer Vernetzung und bedarf gegenwärtig klarer Rahmenbedingungen und gemeinsamer Verantwortung, die in der Form von Kooperations- und Qualitätsvereinbarungen festgelegt werden sollte. Um das zu erreichen, ist eine rechtliche Verpflichtung zur Kooperation in den anderen SGBs notwendig. Zurzeit existiert nur eine Verpflichtung der Jugendhilfe zur Kooperation mit anderen Systemen. Die JFMK fordert bereits in ihrem Beschluss aus 2013 ein verbessertes Zusammenwirken von Leistungen nach dem SGB VIII mit Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern.

Kooperationsgebote, in den anderen SGBs ähnlich verankert wie im SGB VIII, würden gegenseitige Kenntnisse über die Angebotsausrichtung, Handlungsmöglichkeiten und -spielräume der beteiligten Einrichtungen und Systeme aber auch eine gemeinsame Entwicklung von zielgenauen (sozialraumorientierten) und alltagspraktischen Handlungsstrategien ermöglichen.

Psychische Erkrankung (mindestens) eines Elternteils wird häufig als Folge multipler sozialer Belastungen gesehen. Ihre Behandlung erfordert neben medizinisch-therapeutischen Maßnahmen des Gesundheitswesens zusätzliche psychosoziale Unterstützung und Versorgung im Alltag. Daher gehören zu den „vernetzten Angeboten“ neben den Fachdiensten der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens, die Eingliederungshilfen, Frühförderstellen, (Familien-)Beratungsstellen, Schulen, Kindertagesstätten, Familienbildungsstätten, Mehrgenerationenhäuser und flankierenden Institutionen (wie Frauenhäuser, Agentur für Arbeit, Krankenversicherung gen etc.).

Die Organisationsstruktur und -kultur hat einen starken Einfluss auf die Qualität der Kooperation und der Netzwerkarbeit. Die Fragen – wer kooperiert mit wem und wer kann weitere Brücken bauen – sind von wesentlicher Bedeutung für die Planung und Durchführung von multiprofessionellen Hilfen.

Für verbindliche, rechtlich normierte und abgesicherte Kooperationen der Systeme bedarf es Fachkräfte, die bereit und in der Lage sind, die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten. Das heißt auch, dass die Fachkräfte die Handlungslogik des anderen Systems zunächst verstehen müssen. Ob die Ausbildungsordnungen der Fachkräfte dies sichern, oder über Weiterbildung nachzuqualifizieren ist, bedarf der näheren Klärung.

Zum professionellen Handeln gehört ebenfalls die Unterscheidung zwischen kooperativ-präventiven Angeboten und Kooperationen in „Krisenfällen“ z.B. im Kinderschutz. Letzteres bedarf zusätzlicher Kenntnis über das Verfahren nach § 8a SGB VIII, die Feststellung von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung und die Möglichkeit einer anonymen Fallberatung nach § 4 KKG (mehr dazu unter Punkt 4).

Die Verantwortlichen für die Kooperation und Netzwerkarbeit nach § 3 KKG berichten, dass die Beteiligung der niedergelassenen PädiaterInnen, TherapeutInnen und PsychiaterInnen sowie FrauenärztInnen zu gering sei. Daher sollten die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen durch die örtlichen und ggf. die überörtlichen Behörden noch stärker konkretisiert und für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen abrechenbare „Netzwerkleistungen“ ermöglicht werden.

4. Informationsmöglichkeiten und -weitergabe

Wie bereits unter Punkt 2 und 3 thematisiert, besteht im Rahmen von multiprofessioneller Teamarbeit oder bei vernetzten Angeboten die Möglichkeit einer kollegialen (Fall-)Beratung.

Nahe liegt aber die Frage nach der Intensität und Häufigkeit der Inanspruchnahme einer solchen Beratung z.B. durch die niedergelassenen ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen. Anonymisierte Fallberatung im psychiatrischen Kontext, gemeinsame Hilfeforenzen oder interdisziplinäre Fallübergaben bedürfen einer rechtlichen Normierung und vor allem eines Finanzierungsrahmens.

Nach dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes haben die Berufsgeheimnisträger gem. § 4 Abs. 2 KKG den Anspruch auf die anonymisierte Beratung z.B. durch die insoweit erfahrene Fachkraft beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung. Um die Situation der Kinder und ihrer Familien besser einschätzen zu können und sie ggf. an entsprechende Beratungsstellen zu vermitteln, sollten vor allem die Akteure des Gesundheitswesens sowie die Schulen diesen Anspruch häufiger geltend machen.

Die Datenweitergabe erfolgt in der Regel mit dem Einverständnis der betroffenen Personen. In den Kinderschutzverfahren wird der Umgang mit Daten in Vereinbarungen nach § 8a Abs. 4 SGB VIII geregelt. Die Übermittlung von Informationen an das Jugendamt ist im § 4 KKG normiert. Allerdings sollte geprüft werden, wie weit diese Informationsübermittlung durch die BerufsgeheimnisträgerInnen bei Kindeswohlgefährdung verpflichtender und strukturierter gestaltet werden kann.

5. Gestaltung der Schnittstellen und ihre Finanzierung

Modellhaft durchgeführte regionale Projekte haben das Potential multiprofessioneller Arbeitsteams aufgezeigt, Hilfen, Behandlungs- und Therapieangebote für die gesamte Familie zielführend anzubieten. Dabei kommt der Schnittstellengestaltung zwischen SGB II, V, VIII, IX und XII eine besondere Bedeutung zu.

Diese Kooperationsprojekte sind in der Regel zeitlich, personell, finanziell und regional begrenzt. Ihre Überführung in die Regelfinanzierung erfolgt nur bedingt und meist (allein) mit kommunalen Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe. Aktuell sind an vielen Stellen in der Bundesrepublik bewährte Hilfen für betroffene Familien gefährdet, da es zurzeit nicht gelingt, innovative Projekte durch eine Finanzierung nachhaltig zu sichern. Es mangelt an vergütungsfähigen Angeboten für niedergelassene ÄrztInnen und weitere Berufsgruppen, die sich an der Beratung, Kooperation und der Netzwerkarbeit beteiligen.

Daher bedarf es einer bundesweiten Expertise zu möglichen Finanzierungsoptionen von Kooperationen, den Schnittstellen der betroffenen SGBs und vom Schnittstellenmanagement. Die Komplexität dieser Optionen übersteigt bei weitem die

Möglichkeiten einer schriftlichen Stellungnahme und ist nach dialogischen Prinzipien mit den beteiligten Fachdisziplinen zu erörtern.

Die JFMK hat mehrfach die Überwindung von Schnittstellenproblemen gefordert und die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode die aktive Gestaltung der Schnittstellenfragen ausdrücklich als Ziel benannt.

6. Erkenntnisse aus dem Bundeskinderschutzgesetz

Die Evaluation der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes wird gerade erstellt und erscheint voraussichtlich Anfang 2016. Daher können noch keine repräsentativen Aussagen getroffen werden, inwieweit die Erkenntnisse im Rahmen dieser Evaluation in weitere gesetzliche Regelungen und Normierungen mit einfließen könnten.

Die Vorgabe im § 3 KKG für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz und der Aufbau der flächendeckenden Strukturen der Zusammen- und Netzwerkarbeit gestaltet sich regional sehr unterschiedlich. Vor allem in ländlichen (strukturschwachen) Regionen mangelt es an Netzwerkstrukturen. Die Großstädte weisen andere Schwierigkeiten auf, die daraus resultieren, dass die vorhandenen Netzwerkstrukturen häufig nicht aufeinander abgestimmt werden (z.B. AG § 78, Jugendhilfe und Schule, Jugendhilfe und KiTa, Netzwerke im Sozialraum etc.) und die neuen Netzwerke wie z.B. Frühe Hilfe und Kinderschutz parallel zu den bestehenden aufgebaut werden. Hierzu wäre angebracht, die vorhandenen Synergieeffekte zu nutzen und die Netzwerkarbeit zu optimieren.

Der Schritt der Kooperationen mit PartnerInnen außerhalb der Jugendhilfe (gem. §§ 3 und 4 KKG) ist noch mit vielen Herausforderungen verbunden, denn es handelt sich dabei um eine einseitige Pflicht, die nur im gemeinsamen Handeln mit anderen Akteuren wirksam umgesetzt werden kann. Die postulierte Verantwortungsgemeinschaft funktioniert umso besser, je besser die Beteiligten auch außerhalb der 8a-Vereinbarungen zusammen arbeiten.

Sowohl in groß-/kleinstädtischen als auch ländlichen Strukturen ist die Zahl der Familienhebammen gegenüber dem realen Bedarf an Unterstützung zu niedrig. Einige Kommunen melden zurück, dass die Funktion der Familienhebammen seit dem Inkrafttreten des BKiSchG bezüglich ihres Einsatzes und ihrer Rolle z.B. in dem SGB VIII - Gefüge nicht klar genug sei. In der Praxis gibt es immer wieder Probleme hinsichtlich der Frage, ob Familienhebammen auch im Bereich Kinderschutz/HzE eingesetzt werden können. Für die Familienhebammen stellt sich die Frage, ob sie sich in erster Linie als Netzwerkkoordinatorinnen, als die ersten Ansprechpartnerinnen der frisch gewordenen Eltern, als Helfer der gesamten Familie oder aber als „Kontrollfunktion“ im Rahmen des wirksamen Kinderschutzes/Hilfen zur Erziehung zu verstehen haben. Die Rolle der Familienhebammen bedarf der weiteren Klärung und Ausgestaltung. Der Kinderschutz darf in seiner Blickrichtung nicht verengt werden auf das sehr junge Kindesalter und die Frühen Hilfen, die zu Recht durch das Bundeskinderschutzgesetz wirkungsvoll gestärkt wurden. Der Schutz von Schulkindern sowie Kindern und Jugendlichen in der Adoleszenz und die Schnittstellengestaltung der Jugendhilfe mit den Regelsystemen Kita, Schule und Gesundheitshilfe behalten ihre hier bereits mehrfach beschriebene Bedeutung.

7. Aufnahme der Belange von Kindern mit psychisch kranken Eltern in ein Präventionsgesetz

Um fundierte Aussagen über die Aufnahme der Belange von Kindern psychisch kranker Eltern in das geplante Präventionsgesetz zu treffen, bedarf es einer rechtlichen Expertise, die von Seiten des AFET durch diese Stellungnahme nicht erbracht werden kann.

Bei den betroffenen Familien handelt es sich um multiple Lebens- und Problemlagen, die aus gesundheitlichen, sozialen und Bildungsschwierigkeiten resultieren und deswegen multiprofessionelle Hilfen, Behandlung und Therapie bedürfen (siehe auch Punkt 1 und 2). An dieser Stelle ist zu hinterfragen, wie weit die Einführung des Präventionsgesetzes und der lebensraumorientierten Kann - Leistungen im § 20 SGB V dem Bedarf an multiprofessionellen, also SGB – übergreifenden Leistungen nachkommen kann.

Die im Gesetzesentwurf beschriebenen Leistungen sollen sich auf Lebensräume wie KiTa, Schule und Betriebe konzentrieren (§ 20a). Offen bleibt die Frage, inwieweit Familien als einer dieser Lebensräume berücksichtigt werden und sich die Hilfen mehr auf das Familiensystem und nicht auf das Individuum richten werden. Darin fehlen ebenfalls Angaben zur Gestaltung und Finanzierung der Kooperationen, Netzwerkarbeit und multiprofessionellen Leistungen, die sich sowohl an die Eltern als auch an die Kinder richten.

Die im Entwurf des Präventionsgesetzes beschriebene primäre Prävention - zurzeit als Kann-Bestimmung – betrifft aktuell nicht alle Systeme bzw. Lebensräume (siehe die Zugangswege unter Punkt 2).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schreibt dazu am 21.11.2014 in ihrer öffentlichen Stellungnahme⁴ „Prävention und Gesundheitsförderung dürfen, vor allem wenn sie Lebenswelten adressieren, keine Einzelmaßnahmen einzelner Sozialversicherungen bleiben, sondern sollten gemeinsame und koordinierte Maßnahmen aller Sozialversicherungen sowie von Bund, Ländern und Kommunen werden. (...) Konkret zeigt sich die Notwendigkeit einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung bei psychischen Erkrankungen als neuer Morbidität. (...) Ziel sollte aus Sicht der BPtK die Implementierung eines „Nationalen Aktionsprogrammes Psychische Gesundheit“ im Sinne von „Health in all Policies“ sein“.

Mit Blick auf die Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern ist es dringen geboten, die bezweckte primäre Prävention, die Angebote im Rahmen Früher Hilfen und die intervenierenden Hilfen aufeinander abzustimmen und die Schnittstellen optimaler zu gestalten.

Dafür ist eine Kompatibilitätsprüfung der Gesetze – u.a. des Bundeskinderschutzgesetzes, des SGB V, VIII, IX, XII und des geplanten Präventionsgesetzes und Teilhabegesetzes – notwendig.


Hannover, den 31. März 2015

⁴ Stellungnahme der Bundetherapeutenkammer vom 21.11.2014: „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“, Berlin 2014, Seite 3-4 (www.bptk.de)

Für den AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe



Jutta Decarli
(Geschäftsführerin)



Dr. Koralia Sekler
(Referentin)

Für das Institut für Gesundheitsforschung und soziale Psychiatrie der Katholischen Hochschule NRW



Prof. Dr. Albert Lenz

Für das MSH Medical School Hamburg. University of Applied Sciences and Medical University



Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe