

Familienorientierte Gesamtleistungen

Inhalt

Familienorientierte Gesamtleistungen	1
Familien stärken - mehr Prävention und eine bessere Versorgung für psychisch und suchtblastete Familien	1
Zugänge im Gesundheitswesen.....	3
Rund um Schwangerschaft und Geburt.....	3
Bei diagnostizierter psychischer Erkrankung der Eltern.....	6
Bei diagnostizierter psychischer Erkrankung eines Kindes	8
Zugänge in der Gemeindepsychiatrie.....	9
Zugänge in der Suchthilfe	10
Zugänge in der Kinder- und Jugendhilfe	12
Zugänge über die Eingliederungshilfe	15
Allgemeine Zugänge	16
Modelle für familienorientierte Gesamtleistungen	16

Familien stärken - mehr Prävention und eine bessere Versorgung für psychisch und suchtblastete Familien

Familien sind vielfältig. Wir begreifen sie als generationenübergreifende, auf Dauer angelegte Sorgegemeinschaften, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen. Familie besteht dabei nicht nur in Verwandtschaftsbeziehungen, sie entsteht im täglichen Tun und in der Beziehungsarbeit. Als von unserem Grundgesetz geschützter Ort hat jede Familie einen Anspruch auf Unterstützung entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und auf Förderung ihrer Ressourcen. Der Fokus muss dabei auf dem Wohl und dem Schutz von Kindern und Jugendlichen liegen, die gute Bedingungen für ihr Aufwachsen erhalten sollen. Unterstützung dafür sollte niedrigschwellig und möglichst wenig stigmatisierend angeboten werden.

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland (zeitweilig) mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil zusammenlebt¹. Diese Kinder erleben vielfache Belastungen in ihrem Aufwachsen und haben ein hohes Risiko, selbst zu erkranken. Die **elterliche Erkrankung betrifft das gesamte Familiensystem** mit gravierenden Folgen für die Kinder. Wenn die Familien keine Unterstützung bekommen, erkranken 40% bis 75% im Laufe ihres Lebens selbst.²

Konkrete Folgen zeigen sich in den Daten der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und bei den in Obhut genommenen Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe. In beiden Gruppen zeigen punktuelle Auswertungen, dass etwa 50% der Kinder aus entsprechend belasteten Familien kommen.³

Die transgenerationale Weitergabe von psychischen und Suchterkrankungen ist aber kein unabänderlicher Automatismus. Prävention rechnet sich, ist aber im Bereich psychische Erkrankungen noch sehr unterentwickelt.⁴ Nachfolgend beschreiben wir kurz und knapp aus Projekten und Erfahrungen in unseren Bündniszusammenhängen, wo familienorientiert angesetzt werden kann und wie sozialgesetzbuchübergreifende Hilfen eingeleitet und als **familienorientierte Gesamtleistung** organisiert werden können. Familienorientierung in allen Teilen des Sozialgesetzbuchs soll dazu beitragen, Kinder wahrzunehmen, im Blick zu behalten und bei der Behandlung und Unterstützung der Eltern mitzudenken.

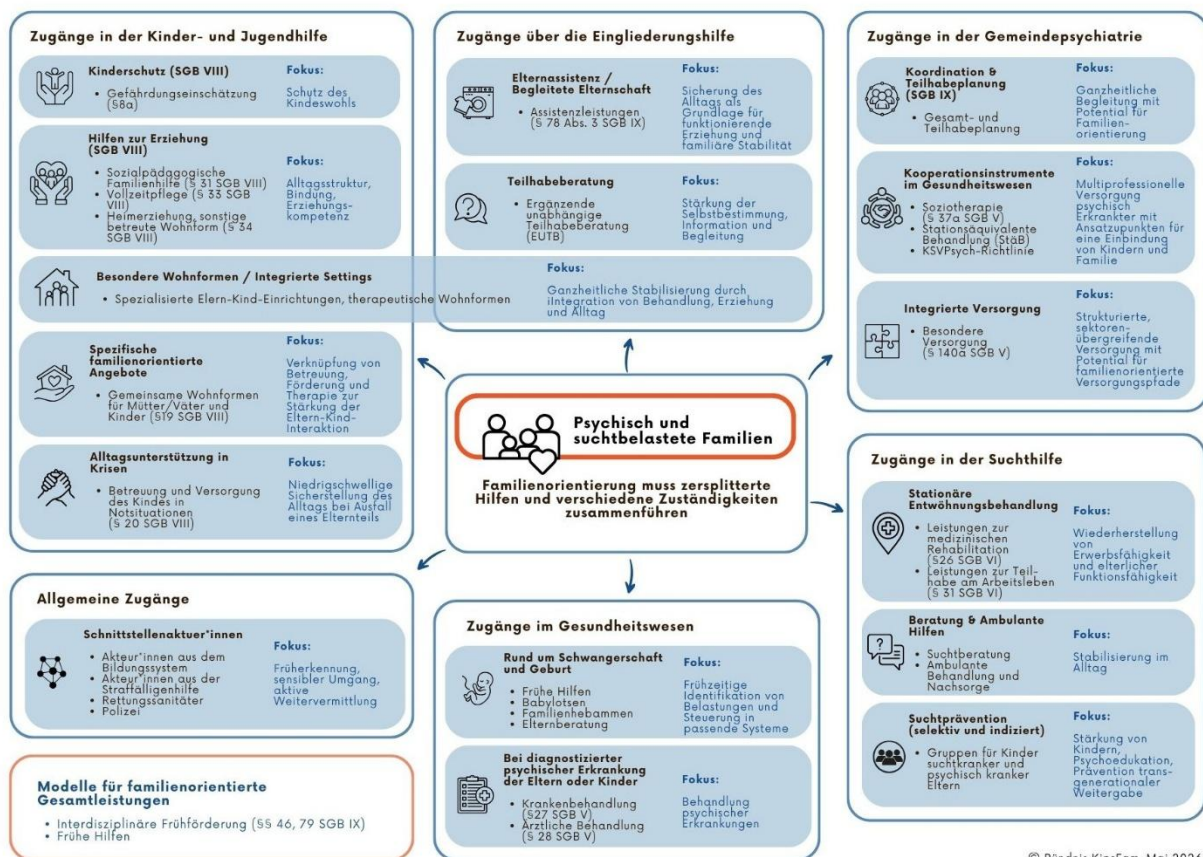


Abbildung 1 Zugänge zum Hilfesystem

Zugänge im Gesundheitswesen

Rund um Schwangerschaft und Geburt

Bereits in der **Schwangerschaft und in Geburtskliniken** kann und muss strukturiert hingesehen werden, ob die Mütter bzw. Familien belastet sind. Im Antrag zur in Erarbeitung begriffenen S3 Leitlinie zu peripartalen psychischen Erkrankungen PERIPSYCH werden die steigenden Prävalenzen aufgeführt: Depressionen: 15%, Angststörungen: 12%, Posttraumatische Belastungsstörungen: 4%, Persönlichkeitsstörungen: 1 bis 2%, postpartale Psychosen: 0,1 bis 0,2%, Substanzstörungen: bis zu 12%, Zwangsstörungen: 2-3%, bipolare Störungen: 1%, Essstörungen und ADHS: 3% (Dennis et al., 2017; Goodman et al., 2016; Jones et al., 2014) mit hoher Komorbidität (Kombination von zwei oder mehreren Diagnosen) und besonderen Risiken für den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie die Bindung und kindliche Entwicklung, die ein schnelles Handeln notwendig machen.

Diese Tendenzen werden auch durch das ZuFa-Monitoring Geburtsklinik 2024 des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) deutlich: In 76 % der befragten Kliniken hat aus Sicht der Mitarbeitenden der Anteil psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren zugenommen. Bei 11% der Familien nahm das Klinikpersonal Anzeichen für psychische Erkrankungen wahr. Bei 15% der Familien sahen die Befragten eine so hohe Gesamtbelastung in der Familie, dass das gesunde Aufwachsen des Kindes gefährdet sein könnte. Der Anteil dieser Familien hat sich gegenüber dem letzten ZuFa -Monitoring 2017 fast verdoppelt. ⁵

Zusammengefasst: Psychische Erkrankungen rund um die Geburt sind häufig. Allein an Depressionen erkranken 10-15 % der Schwangeren und Mütter im ersten Jahr postpartal und 5-10 % der Väter. Unbehandelt neigen die peripartalen (pp) Depressionen und Angststörungen zur Chronifizierung, Suizid ist eine der beiden häufigsten Todesarten im ersten Lebensjahr postpartal.

Zudem ist die Peripartalzeit eine Lebensphase voller Risiken und Chancen für die Familie und insbesondere die Kinder: Das Risiko ist so hoch wie in keiner anderen Lebensphase, psychische Erkrankungen und traumatische Erfahrungen der Eltern nachhaltig an die Kinder weiterzugeben. 1998 wurde im *American Journal of Preventive Medicine* die Adverse Childhood Experiences Study, die ACE-Studie publiziert⁶. Diese Langzeitstudie der US-Bundesbehörde *Centers for Disease Control and Prevention* mit mehr als 17.000 Teilnehmer*innen wies bereits vor fast 30 Jahren eindeutig den Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserfahrungen eines Menschen und den lebenslangen sowohl psychischen wie auch somatischen gesundheitlichen Folgen nach. Und auch die Ergebnisse der NAKO Gesundheitsstudie, der größten Bevölkerungsstudie Deutschlands mit über 156.000 Teilnehmer*innen, weisen eindeutig nach, dass Kindheitstraumata hochsignifikant mit psychischen und somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter assoziiert sind⁷. Und diese Zusammenhänge sind umso stärker, je

jünger die Teilnehmer*innen sind. Der volkswirtschaftliche Schaden ist enorm; die London School of Economics hat schon 2014 ausgerechnet, dass die Mangel- und Unterversorgung in Großbritannien jährliche Kosten von 6,6 Milliarden Pfund verursachen.⁸

Umgekehrt ist es eine Lebensphase voller Chancen: sie ist geprägt von Offenheit für Veränderung, früh erkannte Depressionen remittieren oft besonders schnell und in der Förderung der emotionalen Beziehung der Betroffenen zum Kind sowie der Mutter/Vater-Kind-Interaktion kann mit wenig Aufwand eine gesunde Entwicklung angestoßen werden.

Damit kommt der frühzeitigen Behandlung psychischer Erkrankungen in der Peripartalzeit eine Schlüsselstellung zu. Hier können enorme Folgekosten verhindert werden (Bauer et al. 2014). Allerdings werden gerade in dieser Lebensphase psychische Erkrankungen nur selten erkannt und noch seltener behandelt. Auch stehen kaum adäquate Therapieangebote für Mütter mit Säuglingen zur Verfügung.

Dabei muss dringend unterschieden werden, ob psycho-soziale Belastungen oder ob Erkrankungen vorliegen. Durch einfache Screening-Maßnahmen kann mit wenig Aufwand eine bedarfsgerechte Patientensteuerung erfolgen: bei Belastungen in die Jugendhilfe und bei Erkrankungen in das Gesundheitssystem (Hausärzt*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen).

Konkrete Maßnahmen / Unterstützungsangebote:

Schwangere und neue Mütter mit psychosozialen Belastungen benötigen unbedingt Unterstützung (Frühe Hilfen, Beratungsstellen), bei psychischen Erkrankungen unverzügliche Behandlung – auch um nachhaltigen Schaden von den Kindern abzuwenden. Es gibt erfolgreiche Modelle, die sehr systematisch, effizient und wirkungsorientiert arbeiten. Zwei werden hier als Beispiel genannt:

1. Im Innovationsfond-Projekt **UplusE** werden digital über die Praxis-Kommunikations-Apps (Meine GynPraxis, Meine Pädiatrische Praxis) Schwangere und Eltern in deutschlandweit über 800 Praxen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge und den Vorsorge-Untersuchungen beim Pädiater (U3-6) auf Depressionen und psycho-soziale Belastungen gescreent und bedarfsgerecht in die Gesundheitsversorgung oder Jugendhilfe weitergeleitet.⁹ Damit dient dieses Screening zugleich der digitalen Patientensteuerung und der Verknüpfung von Kindermedizin mit Erwachsenen-Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Vernetzung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe - ohne größeren Zeitaufwand. Begleitet wird das Projekt durch eine clusterrandomisierte kontrollierte (RCT) Studie. Erreicht werden konnten bisher 13.318 Eltern, davon 728 Väter. Erste Zwischenergebnisse weisen auf deutlich weniger Depressionen und „Schreikinder“ am Ende des ersten Lebensjahres in der Interventionsgruppe hin.

2. Im peripartalen Lotsendienst „**Babylotse**“ werden ebenfalls Schwangere und (werdende) Mütter / Eltern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bei Gynäkolog*innen und Pädiater*innen und in der Geburtsklinik (bei Anmeldung zur Geburt) auf psychosoziale Belastungen gescreent. Der Lotsendienst „Babylotse“ steht derzeit in 150 Gesundheitseinrichtungen ca. 20 % aller Geburten zur Verfügung (Im Jahr 2025 wurden 140.493 Familien erreicht, es erfolgten 103.508 Screenings). Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zu „Babylotse“ sowie Nachweise über die Wirkung des Lotsendienstes¹⁰. Beispielhaft werden hier die Zwischenergebnisse von UplusE mit Erkenntnissen aus Studien zu „Babylotse“ bestärkt: Mütter, die von Babylots*innen unterstützt wurden, leiden signifikant weniger an Depressionen, haben weniger Probleme in der Partnerschaft und weniger Stress im täglichen Umgang mit dem Baby.¹¹

Damit gerade die Familien, die Unterstützung am dringendsten benötigen, passgenaue Hilfen erhalten, braucht es solche **Lotsendienste**, die inzwischen in etwa zwei Drittel aller Geburtskliniken¹² und in vielen gynäkologischen und pädiatrischen Praxen etabliert sind¹³. Sie arbeiten daran, psychosoziale Unterstützungsbedarfe bei Schwangeren und jungen Familien frühzeitig, systematisch und verlässlich zu erkennen, erste Beratungen durchzuführen und bei Bedarf in weiterführende Hilfen zu vermitteln. Allerdings sind Lotsendienste, wie z. B. „Babylotse“, noch immer nicht flächendeckend gesetzlich verankert und sicher finanziert (trotz unterstützender Beschlüsse der JFMK und der GMK aus 2024). Aufbauend auf den Regelungsvorschlägen der Länder hat der Deutsche Caritasverband Anfang 2026 einen weiterentwickelten konkreten Gesetzentwurf vorgelegt, der einen Anspruch auf Refinanzierung von Lotsendiensten und eine geteilte Finanzierung der Jugendhilfe und der gesetzlichen Krankenversicherung (über das Krankenhausentgeltgesetz) vorschlägt.¹⁴ Lotsendienste können aber nur dann hilfreich sein, wenn es ausreichend Versorgungsstrukturen gibt, in die weitergeleitet werden kann. Hieran fehlt es noch viel zu häufig.

Daher sind mehr **Eltern-Kind-Behandlungsplätze** (vollstationär, tagesklinisch, aufsuchend) ein weiterer unumgänglicher Baustein: Es gibt bei weitem nicht genug bindungsorientiert ausgestattete Therapieplätze für Frauen und ihre Neugeborenen, die eine schwere postpartale Depression oder postpartale Psychose entwickeln. Der Bedarf ist nur zu 20% gedeckt.¹⁵ Die Marcé Gesellschaft fordert den Aufbau von flächendeckender Versorgung mit peripartal-psychiatrischen/ psychotherapeutischen/ psychosomatischen Spezialambulanzen und Praxen und mindestens 750 Mutter-Kind-Plätzen (tagesklinisch und vollstationär, aufsuchend) in Deutschland, um den Bedarf zu decken. Um die Versorgung auszubauen, braucht es eine auskömmliche Finanzierung, die auch Therapie mit Fokus auf Interaktion einschließt. Eine Finanzierung der begleitenden Babys als „Begleitkinder“ ist nicht ausreichend. Ausgebaut werden müssten weiterhin Angebote der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

StäB, die eine häusliche Behandlung ermöglicht und damit der besonderen Lebenssituation von Müttern mit Säuglingen gerecht wird.¹⁶

Empfehlung:

Die Zeit rund um die Geburt ist eine Phase, in der Eltern insbesondere im Gesundheitssystem niedrigschwellig angesprochen werden können und medizinische wie sozialpädagogische Angebote gerne annehmen. Zu späteren Zeitpunkten wird der Zugang immer schwieriger. Dort, wo er möglich ist, sollte er genutzt werden: **Mehr Familienorientierung** überall dort, wo **die Eltern Behandlung und Hilfen in Anspruch nehmen**, kann Prävention, Kinderschutz, Frühintervention und frühzeitige Förderung für die von der Krankheit der Eltern mitbetroffenen Kinder sicherstellen. Bislang geschieht das in Deutschland nur punktuell, z.B. in Modellprojekten oder über Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen, die dann nur deren Versicherten zugutekommen. UplusE und Babylotse haben gezeigt, wie Belastungen so früh wie möglich erkannt und Familien in passgenaue Unterstützungsangebote übergeleitet werden können. Diese Angebote sollten flächendeckend und regelfinanziert ausgebaut werden.

Bei diagnostizierter psychischer Erkrankung der Eltern

Selbst bei diagnostizierter psychischer Erkrankung der Eltern und einer Behandlung in der **stationären Erwachsenenpsychiatrie** wird noch nicht standardmäßig gefragt, ob die Patient*innen minderjährige Kinder haben, wie es ihnen geht und wie sie versorgt sind. Darum gibt es auch keine sicheren Zahlen, wie viele Patient*innen minderjährige Kinder haben und wie viele mit ihnen zusammenleben. Dabei bedeutet die Erhebung dieser Daten kaum Aufwand. Die systematische Frage nach minderjährigen Kindern kann außerdem einen entscheidenden Beitrag zur Behandlungsbereitschaft der Eltern leisten. Wird Eltern frühzeitig vermittelt, dass ihre Kinder während einer stationären Behandlung durch unterstützende Angebote verlässlich begleitet werden können, steigt die Bereitschaft, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Die Angst vor negativen Konsequenzen und Befürchtungen, das Sorgerecht zu verlieren, gehen zurück, wenn Eltern aktiv an der Lösungsfindung beteiligt werden und zum Beispiel Pflegefamilien, die das Kind vorübergehend betreuen sollen, vorher kennenlernen können.

Konkrete Maßnahmen/Unterstützungsangebote:

1. Die Baden-Württembergischen Kliniken, die sich in der **Initiative „Stark im Sturm“**¹⁷ zusammengeschlossen haben und die aus Mitteln der Dietmar Hopp Stiftung und vom Land Baden-Württemberg gefördert werden, befragen Patient*innen systematisch und haben einen Anteil von etwa 30 Prozent unter den Behandelten ausgemacht, die Kinder haben. Über verbindliche Anamnese-Fragen zu Kindern, deren Alter, Unterbringung und Wohlbefinden können Eltern in der Folge gezielt angesprochen werden. Pro Klinik gibt es **eine Familienbeauftragte**, die Mitarbeitende aus Pflege und sozialem Dienst zu

Kinderbeauftragten weiterbildet. Diese Kinderbeauftragten sprechen gezielt auf den Stationen die Eltern unter den Patient*innen an, erkundigen sich nach den Kindern und wirken darauf hin, Beratungsangebote aus der Kinder- und Jugendhilfe anzunehmen, die in Kooperation mit freien Trägern der Jugendhilfe in der Klinik zugehend angeboten werden können. Auch gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um bei Bedarf schnell Hilfe zu ermöglichen. Voraussetzung für die erfolgreiche Weitervermittlung und Zusammenarbeit ist allerdings, dass die Kinder- und Jugendhilfe in der Region genügend spezielle Angebote vorhält.

2. Noch weiter gehen die Kliniken im Projekt **CHIMPS-NET**: An 20 Standorte in allen Bundesländern fördern vor allem Universitätskliniken als Leuchttürme gezielt die Vernetzung zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Meist ist auch ein Partner aus der Jugendhilfe dabei. Finanziert wurde das Projekt im G-BA-Innovationsfonds mit rund 7 Mio. Euro. Während des Projekts wurden Selektivverträge mit zehn Krankenkassen verhandelt: Techniker, DAK, Barmer, IKK Südwest, IKK Classic, KKH und einige AOKen sind dabei. Im Vordergrund standen zunächst die Implementierung der Hilfen, z.B. die Bahnung der Zugangswege, Fortbildungen für die Kliniken zur Sensibilisierung und ein systematisches Screening nach Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie.

Mittels eines sehr einfachen, CBCL-basierten Elternfragebogens¹⁸, der über ein Ampelsystem ausgewertet wird, werden die Bedarfe von Kindern der behandelten Patient*innen erhoben. Je nach Befund (psychisches Befinden/Diagnosestatus der Kinder/Jugendlichen, Kindeswohlaspekte und Familienfunktionalität) stehen dann drei verschiedene Interventionen zur Verfügung (Stepped-Care-Modell):

- 3 Sitzungen Prävention (Soziale Arbeit), die in der biometrischen Evaluation signifikante Verbesserungen im psychischen Befinden zeigen
- 8 Sitzungen therapeutische Intervention, für die es eine gesundheitsökonomische Empfehlung auf Grundlage der Primärdaten gibt, denn sie bieten einen signifikanten Zugewinn an Lebensqualität bei signifikant niedrigeren Kosten im Vergleich zur Kontrollgruppe
- 8 Sitzungen Multi-Familientherapie

Das Projekt wurde in einem Forschungsvorhaben begleitet, Details finden sich im Studienprotokoll¹⁹. Das Konzept wird momentan vom G-BA für die Regelversorgung geprüft.²⁰ Bei entsprechenden Empfehlungen können die bereits ausgehandelten Selektivverträge mit den Kassen in die Regelversorgung überführt werden. Eine vorzeitige Pathologisierung der Kinder wird vermieden: Im ersten Quartal muss es für die Kinder keine Diagnose geben (Verdachtsdiagnose). Erst bei weiterem Behandlungsbedarf ab Monat 4 müsste eine Diagnose gestellt werden. Die Abrechnung läuft vorher über die Erwachsenen, die ja eine Diagnose haben. Die frühzeitige Einbeziehung der Kinder ohne unmittelbare Diagnosestellung, ist ein wichtiger Schritt, um Stigmatisierung

entgegenzuwirken und den Zugang zu unterstützenden Angeboten niedrigschwellig zu gestalten.

Empfehlung:

Die Beispiele zeigen: Das Gesundheitssystem bietet zahlreiche Möglichkeiten, über Lotsendienste, ärztliche Anamnese, Bedarfserhebung oder direkte Kurzinterventionen Kinder psychisch und suchtkranker Eltern in den Blick zu nehmen und ihnen Unterstützung zu organisieren. Damit diese Ansätze in die Fläche getragen werden können, sollten wir auf bundesgesetzlicher Ebene den engführenden Fokus auf die versicherte Person weiten und eine **Familienorientierung** ins SGB V aufnehmen.

Interdisziplinäre Kooperation muss nicht nur innerhalb des SGB V, sondern auch in der Zusammenarbeit über die Sozialgesetzbücher hinweg verankert werden. „Teams around the family“ aus Expert*innen wie Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe etc. sollten sich über die zu erbringende Unterstützung untereinander und mit der Familie austauschen und abstimmen.

Bei diagnostizierter psychischer Erkrankung eines Kindes

Wenn Kinder bereits selbst erkrankt sind und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie behandelt werden, bleibt der familienorientierte Blick wichtig. Viele psychisch erkrankte Kinder haben psychisch erkrankte Eltern. So haben etwa 50% der Eltern mit Kindern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst eine psychiatrische Diagnose. Ein erheblicher Anteil ist darüber hinaus ebenfalls erkrankt und hat (noch) keine Diagnose.

Zwischen Kind und Eltern(teil) entstehen dabei sehr oft dysfunktional entgleisende Interaktionen im Sinne von Teufelskreisen, über die die Symptomatik des Kindes mit aufrechterhalten oder verschlimmert werden kann und Traumata und psychische Störungen via „Infektionsweg Interaktion“ transgenerational weitergegeben werden. Zahlreiche Fallbeispiele belegen, dass ein elterliches Trauma erst über die Symptome des Kindes ans Licht kommt.

Empfehlung:

Parallel zum Vorgehen bei den Eltern gilt es, auch hier bedarfsgerecht Eltern-Kind-Therapieplätze ambulant, teil- und vollstationär sowie aufsuchend zu schaffen und die psychiatrische/kinderpsychiatrische Hilfe sowohl miteinander wie auch mit der Jugendhilfe zu vernetzen im Sinne von „Teams around the family“.



Zugänge in der Gemeindepsychiatrie

Aufgabe der Gemeindepsychiatrie/ Sozialpsychiatrie ist die ganzheitliche Begleitung von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in ihren Lebenswelten über die medizinisch- psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung hinaus. Sie arbeitet vielfach zugehend, darum sind die sozialen Beziehungen und die Elterneigenschaft der Klient*innen meist bekannt. Trotzdem stellt sich vielfach die Frage, wie Leistungen z.B. aus der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (SGB V), dem SGB IX (Eingliederungshilfe) und dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) zusammengebracht werden können.

Bestehende Unterstützungsmöglichkeiten:

1. Einzelne Komplexträger bieten Leistungen aus beiden Rechtskreisen an (Modell Kofinanzierung Eingliederungshilfe und Jugendhilfe im Ambulant Betreuten Wohnen, **trägerinterne Kooperation**), ansonsten gibt es Kooperationsprojekte von Eingliederungshilfe und Jugendhilfe, in denen Hilfen für die Eltern und Leistungen für die Kinder mit jeweiliger Finanzierung als Regelleistung erbracht werden (**Projektbezogene Finanzierung**).
2. Über die Gemeindepsychiatrischen Verbände und auch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände (BAG GPV) gibt es eine gewisse Routine in der Koordination von Hilfen. Der Fokus liegt dabei allerdings immer auf den Nutzenden mit komplexem Hilfebedarf, nicht auf ihren Familien (**fehlende Familienorientierung**). An- und Zugehörige sollen einbezogen werden, werden aber standardmäßig nicht explizit mit eigenen Angeboten adressiert. Es gibt aber keine Komplexleistungen und auch keine flächendeckenden, regelhaft angebotenen präventiven Hilfen und Unterstützungsangebote für die betroffenen Kinder.
3. In 80 Regionen in Deutschland existieren Verträge zur Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen nach § 140a SGB V. In diese Richtung geht auch ein Projekt des G-BA-Innovationsfonds „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ (GBV). Auch die GBV adressiert die Familienperspektive nur sehr am Rande, weist aber die positiven Effekte von multiprofessioneller fallbezogener Zusammenarbeit, von fallverantwortlicher Bezugsbetreuung bzw. Ankerpersonen und einem gemeinsamen Qualitätsmanagement auf die Lebensqualität der Klient*innen nach und trägt gleichzeitig zur Dämpfung der Gesundheitskosten bei. Im GBV-Projekt erwies es sich aber als schwierig, niedergelassene Ärzte mit an den Tisch zu bringen.

Empfehlung:

Ansätze zu verpflichtender Kooperation finden sich sowohl im SGB V – Bereich (Soziotherapie, StäB, KSVPsych-Richtlinie, Ermächtigungsregelung der Ärzte -ZV)²¹ als auch bei Gesamt- und Teilhabeplanung des SGB IX und bei Verfahrenslotsen und Kooperationsgebot im SGB VIII. Die Potenziale der Gemeindepsychiatrie für

familienorientierte Arbeit, die mit einem Fokus auf minderjährige Kinder agiert, sind noch lange nicht ausgeschöpft. Für mehr Verbindlichkeit sollte **eine Verpflichtung zu SGB-übergreifender Zusammenarbeit in allen betroffenen Sozialgesetzbüchern** implementiert werden, die sich gegeneinander öffnen und einen familienorientierten, systemischen Blick zulassen müssen. Eine Mischfinanzierung ist dafür nicht unbedingt nötig, würde aber die Finanzierung von fallbezogener intensiver Koordinierung und gemeinsamer Leistungsplanung unter Einschluss der hilfeschuchenden/ -inanspruchnehmenden Eltern und ihrer Familien sehr erleichtern. Ziel einer gemeinsamen, rechtskreisübergreifenden Hilfe- und Leistungsplanung muss dabei immer sein, die Hürden bei der Inanspruchnahme von Unterstützung zu senken.

Zugänge in der Suchthilfe

In der Suchthilfe (etwa 1.400 Beratungsstellen, Reha-Kliniken) wird einheitlich ein im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik konsentierter Kerndatensatz erhoben, bei dem auch zu Kindern und deren Situation gefragt wird. Die Datenlage zu Kindern der Suchtkranken, die im Hilfesystem angekommen sind, ist darum relativ gut. Es ist bekannt, ob die Klient*innen eigene minderjährige Kinder haben oder Kinder im Haushalt leben.

Es ist aber dennoch noch nicht weit verbreitet, Suchtkranke in ihrer Rolle als Eltern wahrzunehmen und die Bedarfe ihrer Kinder systematisch in den Blick zu nehmen. Das Forschungsprojekt „Papa auch! Vätersensible Suchtarbeit stärken und verankern“ der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen²² mit Förderung des BMG versucht, die Forschungslücke zu schließen und zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für Väter in der Suchthilfe zu verankern.

Konkrete Maßnahmen/Unterstützungsangebote:

1. In Reha-Einrichtungen gibt es zum Teil die Möglichkeit, **Kinder als „Begleitkinder“** mitzubringen. Nur wenige Einrichtungen machen aber für die Kinder auch ein qualifiziertes bedarfsorientiertes Angebot, welches über eine Betreuung hinaus auch psychoedukative Ansätze verfolgt. Selten wird auch im Rahmen der Reha gezielt alleine und in Eltern-Kind-Settings an den Erziehungskompetenzen der Rehabilitanden gearbeitet. Im Projekt KontextSucht der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, gefördert vom BMAS/ rehapro, wird dem Thema Familie und Kinder besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Programm bietet Eltern ohne Begleitkinder zwei Moduleinheiten pro Woche, um die Elternkompetenz, das Erziehungsverhalten und die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern. Rehabilitanden mit Begleitkindern erhalten sogar täglich eine Einheit (fünf pro Woche), darunter auch ein Gruppenangebot zur Freizeitgestaltung gemeinsam mit den Kindern.²³

2. Außerhalb des Projektkontextes gibt es auch einige wenige **Reha-Einrichtungen, die gleichzeitig Jugendhilfe-Träger** sind, und mit einer Kostenzusage des Jugendamts parallel zur Reha auch ein spezielles pädagogisches Angebot für die Begleitkinder und Aktivitäten mit Eltern und Kindern anbieten. Schon allein wegen der erforderlichen gleichzeitigen Kostenzusagen von Rentenversicherung und Jugendhilfe sind diese Angebote sehr hochschwellig.
3. Neben der medizinischen Rehabilitation sollte auch der qualifizierte Entzug als Zugangsweg berücksichtigt werden. Gerade in Akut- und Krisensituationen können suchtkranke Eltern erreicht und im Entlassmanagement gezielt an familienorientierte Suchthilfe, Jugendhilfe oder Frühe Hilfen angebunden werden.
4. Im ambulanten Bereich gibt es einige evaluierte Programme zur Suchtprävention für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, die an verschiedenen Standorten in Deutschland von Suchtberatungsstellen unterschiedlicher Träger angeboten werden. Dazu zählen zum Beispiel Trampolin²⁴ (für 8 bis 12jährige) und Fitkids²⁵. Es gibt dazu noch wenig Forschung. Die Evaluationsstudien des Instituts für Medizinsoziologie und Versorgungsforschung der Universität zu Köln Evafit I und Evafit II sind eine Ausnahme und belegen die Wirksamkeit eindrucksvoll. So zeigte sich etwa ein Jahr nach Einführung von FITKIDS, dass 40% der Fachkräfte bereits eine Verbesserung der Situation für die Kinder wahrnahmen. Die **Kinder-, Familien- und Netzwerkorientierung der Beratungsstellen** hat sich auf organisationaler Ebene deutlich erhöht, indem beispielsweise Standards und Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls etabliert, Angebote, Beratungsgespräche und die generelle Ausrichtung am Wohl der Kinder verstärkt sowie Kooperationen mit anderen Stellen ausgebaut wurden.²⁶ Es hängt aber vom Wohnort ab, ob Eltern und Kinder Zugang zu solchen familienorientierten Hilfen bekommen. Sie sind nicht flächendeckend verfügbar und nicht regelfinanziert.
5. Neben evaluierten Programmen zur Suchtprävention für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien sollten auch niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe – etwa Beratungsstellen, Streetwork und Drogenkonsumräume – als Zugangswege berücksichtigt werden. Sie erreichen zum Teil Eltern, die hochschwellige Beratungs-, Rehabilitations- oder Behandlungsangebote nicht verlässlich nutzen, und können eine wichtige Brückenfunktion in weiterführende Hilfen übernehmen.

Empfehlung:

In allen Angeboten, in denen Kinder mit aufgenommen werden, gibt es Hinweise, dass Reha erfolgreicher und nachhaltiger verläuft, wenn die Kinder einbezogen werden. Die Abbruchquote ist geringer, der Therapieerfolg nachhaltiger, wenn Kinder mitgebracht und an der Interaktion zwischen Eltern und Kindern gearbeitet werden kann. Das Wohl des Kindes hat bei der Ausgestaltung erste Priorität. Die vorhandenen Angebote sollten niedrigschwelliger gestaltet werden. Der Begleitkindersatz ist in diesem Bereich so anzusetzen, dass auch **mit Eltern und Kindern gemeinsam gearbeitet** werden kann.

Aber auch dort, wo Kinder nicht mit aufgenommen werden können, profitieren sie mittelbar, wenn an der **Erziehungskompetenz und der Reflektion der Elternrolle der Rehabilitanden** gearbeitet wird.

Die ambulanten Angebote sind weiterzuentwickeln, auszurollen und regelhaft zu finanzieren.²⁷

Zugänge in der Kinder- und Jugendhilfe

In der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe werden psychische Belastungen und Suchterkrankungen der Eltern nicht systematisch erfasst. Auswertungen einzelner Jugendämter geben aber Hinweise, dass Kinder in stationären Hilfen oder Pflegefamilien zu mehr als 50 Prozent einen entsprechenden familiären Hintergrund haben. Frühe präventive Maßnahmen tragen dazu bei, die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und die kindliche Entwicklung günstig zu beeinflussen. Damit sind sie auch ökonomisch sinnvoll und können einen großen Beitrag leisten, die hohen Kosten von Hilfen zur Erziehung nach §§ 33 und 34 SGB VIII zu senken.

Konkrete Maßnahmen/Unterstützungsangebote (stationär):

1. Integrierte familienorientierte Leistungen sind vor allem in **Eltern-Kind Einrichtungen** (nach § 19 SGB VIII) angezeigt. Das Klientel hat sich stark verändert. Früher lebten meist sehr junge Mütter in diesen Einrichtungen, die vor allem pädagogisch betreut eine größere Reife entwickeln sollten. Inzwischen leben in den Einrichtungen auch viele ältere Mütter und Väter, häufig mit Lernbeeinträchtigungen oder mit psychischen Problemen. Nach der internen Statistik (Evaluierung Mutter und Kind „emuk“ seit 2016) gibt es sehr viele Betreute mit psychischen Problemen (85%), auch psychiatrischen Diagnosen (ca. 50%), aber wenig Möglichkeiten, psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote einzubinden.²⁸

Empfehlungen:

Es ist mindestens eine **Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen**, besser eine Gesamtleistung, erforderlich, um zu einer guten Versorgung von psychisch erkrankten Eltern und Kindern in Eltern-Kind-Einrichtungen zu kommen und die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu bearbeiten. Die pädagogischen Mitarbeitenden sind überfordert mit den Problemen der psychisch erkrankten Eltern. Vereinzelt gibt es Kooperationen mit Tageskliniken (zum Beispiel SkF Nürnberg und „educare“ SRH Neckargemünd). Sind die Mütter untertags in der Tagesklinik, entsteht in der Einrichtung aber auch ein höherer Betreuungsbedarf für das Kind/ die Kinder, der nicht immer über Kita-Plätze im Umfeld der Einrichtung abgefangen werden kann – oder die Kinder könnten als Begleitkinder mit in die Tagesklinik gehen, besser noch in die Therapie der Eltern miteingebunden werden (Fokus auch auf Interaktion). Das müsste dann über entsprechende Kostensätze abgebildet werden. Erfolgreiche Maßnahmen der

Eltern-Kind-Einrichtungen dauern 12-18 Monate. Die Erziehungsfähigkeit kann wesentlich besser gestärkt werden, wenn die Maßnahmen planmäßig beendet werden.²⁹

Möglich wäre auch die Angliederung einer Mutter-Kind-Einrichtung an eine psychiatrische Klinik. Das Familientherapie-Zentrum Neckargemünd (FaTZ) hat zum Beispiel eine Kooperation mit einer § 19-Einrichtung. Sie versorgen Eltern-Kind-Paare tagesklinisch, die in der Einrichtung leben. An der Schnittstelle gibt es immer wieder strukturierten Austausch und Helferkonferenzen. Dies kann allerdings nur auskömmlich finanziert werden, wenn der Bedarf der Kinder in die Kostensätze einbezogen wird, ohne sie sofort mit einer eigenen Diagnose zu stigmatisieren.

In die eine wie die andere Richtung brauchen die Einrichtungen die (gesetzlich verankerte) Möglichkeit, bedarfsorientierte Pakete zu entwickeln und diese möglichst unbürokratisch abzurechnen, wenn sie im gleichen Kontext erbracht werden. Vorbild könnten Hilfen nach § 35a SGB VIII sein. Bei Hilfen zur Erziehung für seelisch behinderte junge Menschen können medizinisch-therapeutische und pädagogische Hilfen unter einem Dach gekoppelt erbracht werden. Dies sollte auch möglich sein, wenn die Eltern den therapeutischen Bedarf haben.

2. Mit der Reform des SGB VIII 2021 ist unter anderem der **§ 20 SGB VIII „Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen“** überarbeitet und besser an die Bedarfe von Eltern mit wechselnden Krankheitsphasen angepasst worden. Grundsätzlich haben Familien mit mindestens einem Kind unter 14 Jahren Anspruch auf Alltagsunterstützung, wenn ein Elternteil ausfällt und Partner oder Familienmitglieder nicht einspringen können. Diese Leistung kann ohne Antrag an das Jugendamt von Beratungsstellen vermittelt werden und ist somit ein wichtiger Baustein in einem Setting familienorientierter Gesamtleistungen.

Leider hat aber bislang nur etwa jedes 10. Jugendamt Vereinbarungen mit Beratungsstellen geschlossen, die diese Unterstützung vermitteln können. Wenn überhaupt, werden Vereinbarungen mit Erziehungsberatungsstellen geschlossen. Beratungsangebote, in denen psychisch oder suchtkranke Eltern eher bekannt sind (sozialpsychiatrische Beratung, Krisendienste oder Suchthilfe), kennen die Möglichkeiten des § 20 SGB VIII überhaupt nicht und haben auch keine Vereinbarungen mit dem Jugendamt. Aus der Unkenntnis resultiert eine geringe Nachfrage und damit auch ein geringes Angebot an diesen familienunterstützenden Alltagshilfen.

Alltagsunterstützung kann nach SGB XI (Pflegeversicherung, Entlastungsbetrag), SGB V (Krankenversicherung § 38, bis zu 26 Wochen), SGB VII (Unfallversicherung), SGB IX (Eingliederungshilfe, § 74 und § 78 - Assistenzleistungen), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB XII (Sozialhilfe) erbracht werden, immer mit unterschiedlichen Sätzen und Kostenträgern. Die wenigen Anbieter suchen sich hier gerne eine Spezialisierung und bieten keine Leistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe an. Die Hilfen könnten sehr dazu beitragen, Familien in ihrem Wohnumfeld zu stabilisieren.

Dazu müssten sie aber viel stärker bekannt gemacht und in verschiedene Settings eingebaut werden.

Empfehlung:

Die Jugendämter sollten die Umsetzung des § 20 SGB VIII priorisieren und vorantreiben. Vereinbarungen zur Leistungsvermittlung sollten dabei auch mit Diensten aus dem Gesundheitswesen, der Suchthilfe und der Eingliederungshilfe geschlossen werden (z.B. Psychiatrie, sozialpsychiatrische Beratung, Suchtberatung, EUTBs, etc.). Zudem sollten die **alltagsunterstützenden Dienste systemübergreifend als leistungserbringende Dienste zur Verfügung** stehen.

Konkrete Maßnahmen/Unterstützungsangebote (ambulant):

3. Eine **Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)** nach § 31 SGB VIII wird eingesetzt, wenn Eltern mit der Erziehung und Versorgung ihrer Kinder und der Bewältigung des Alltags (Haushaltsführung, Ämtergänge, Finanzen, Konfliktregulation) in einem Maße überfordert sind, dass es die Entwicklung der Kinder maßgeblich negativ beeinflusst. In vielen Fällen von diagnostizierter Kindeswohlgefährdung wird eine SPFH zur Stabilisierung der Familiensituation eingesetzt. Die Fachkräfte sind in der Regel Sozialarbeiter*innen und haben eine pädagogische und beraterische, aber keine psychotherapeutische oder psychiatrische Qualifikation. Sie arbeiten in vielen Fällen mit Eltern, die noch keine psychiatrische Diagnose haben und einen Arztbesuch aus verschiedenen Gründen (z.B. Angst) verweigern. Die elterliche Symptomatik verunsichert die Fachkräfte. Sie erleben, wie Kinder die Symptome ihrer Eltern mit eigenem Verhalten kompensieren und Teufelskreise entstehen, die sie als pädagogisch agierende Sozialarbeiter*innen alleine nicht lösen können.

Empfehlung:

Es braucht **verbindliche Netzwerkarbeit in der Kommune zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie** und die Möglichkeit der anonymen Fallberatung für Fachkräfte vor Ort. Bislang können sie die Medizinische Kinderschutzhotline nutzen, aber von dort können keine individuellen Hilfeangebote initiiert werden. Bei der Einschätzung der Situation und gemeinsamen Überlegungen, wie Eltern von einer Behandlung überzeugt werden können, könnte auch die Gemeindepsychiatrie eine wichtige Rolle spielen.

SPFH müssen entsprechend unterstützt und fortgebildet werden. Die Fachkraft, die mit der Familie arbeitet, kann zum Beispiel „transdisziplinär“ Impulse von Vertreter*innen anderer Disziplinen erhalten, wie sie mit speziellen herausfordernden Situationen in der Familie umgehen kann. Bei Eltern mit psychiatrischen Diagnosen sind regelmäßige Runde-Tisch-Gespräche mit Psychiatrie, SPFH, Jugendamt und Eltern (Table around the Family - TAF) hilfreich. Dafür müssen die Kooperationszeiten der Beteiligten finanziert werden.

Zugänge über die Eingliederungshilfe

Schließlich bietet auch die Eingliederungshilfe einen wichtigen Zugang zu einer Teilgruppe erkrankter Eltern. Die rechtlichen Grundlagen für Zuständigkeitsklärung und trägerübergreifende Zusammenarbeit sind bereits im Reha-Verfahrensrecht des SGB IX verankert, insbesondere in den §§ 14 und 15 (Zuständigkeitsklärung und trägerübergreifende Leistungserbringung) sowie im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren (§§ 19, 117 SGB IX). Insbesondere die Regelungen zur zeitnahen Zuständigkeitsklärung und zur abgestimmten Leistungserbringung bieten ein tragfähiges Fundament für familienorientierte Gesamtleistungen. Entscheidend ist dabei weniger die Einführung neuer Verfahren als vielmehr eine **konsequente, entbürokratisierte und praxisnahe Anwendung der bestehenden Instrumente**. Die Eingliederungshilfe kann hierbei eine strukturierende Rolle übernehmen, da sie langfristige Teilhabebedarfe von Eltern in ihren familiären Lebenskontexten adressiert. Beteiligung und Erfahrungsexpertise sind in der EGH gelebte Praxis: Eltern mit eigener Erfahrung bringen sich seit vielen Jahren aktiv und engagiert in die Weiterentwicklung von Leistungen und Angeboten ein. Diese Ressource muss bei der Ausgestaltung familienorientierter Gesamtleistungen ausdrücklich berücksichtigt werden.

Psychisch kranke oder suchtkranke Eltern, deren Erkrankung länger als sechs Monate besteht, haben Anspruch auf Elternassistenz nach § 78 Abs 3 SGB IX. Das gilt auch für Eltern, die keinen Schwerbehindertenausweis beantragen. Auch in der Eingliederungshilfe wird aber nur vereinzelt familienorientiert beraten. Der Anspruch ist vielfach nicht bekannt und wird darum nicht eingefordert.

Empfehlung:

Grundsätzlich muss eine **familienorientierte Grundhaltung in allen sozialen Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten und in der Ausbildung** von Gesundheitsberufen, Erziehungsberufen und Sozialer Arbeit verankert werden. Nur darüber ist es möglich, die betroffenen Kinder frühzeitig zu erkennen und sie in geeignete präventive Angebote weiter zu vermitteln.

Eltern, denen aufgrund einer chronischen Erkrankung Eingliederungshilfe oder andere Teilhabeleistungen zusteht, sollen zu einer kostenlosen ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung - EUTB in ihrer Wohnortnähe vermittelt werden. Dort werden sie zu allen Leistungen im Teilhabebereich beraten und werden bei der Beantragung und Bedarfsermittlung unterstützt.

Allgemeine Zugänge

Junge Erwachsene, die in psychisch- und suchtselasteten Familien aufgewachsen sind, erinnern oft, dass sie als Kinder auch in sehr verstörenden und belastenden Situationen nicht gesehen wurden, zum Beispiel bei Polizeieinsätzen oder Rettungsdiensteinsätzen in der elterlichen Wohnung. Es ist darum unbedingt erforderlich, Schnittstellenakteur*innen, wie aus dem Bildungssystem, der Straffälligenhilfe oder auch Rettungssanitäter*innen und Polizei immer wieder in Fragen des Kinderschutzes zu schulen und in die Netzwerkarbeit einzubeziehen.

Modelle für familienorientierte Gesamtleistungen

Die familienorientierten Gesamtleistungen für psychisch und suchtselastete Familien könnten sich an zwei recht erfolgreichen Modellen orientieren:

- Frühförderung
- Frühe Hilfen

Die Rechtsgrundlage für die **interdisziplinäre Frühförderung** findet sich im SGB IX (§§ 46, 79 SGB IX). Die [Frühförderverordnung](#) (FrühV) stellt klar, dass hier medizinische Reha und heilpädagogische Leistungen zusammen erbracht werden sollen. Auf Basis der FrühV können Landesrahmenvereinbarungen verhandelt werden.

Neben den Reha-Leistungen gehören zur Frühförderung die Beratung und Begleitung der Eltern sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität, insbesondere Fallkonferenzen, Dokumentation, Abstimmung und Austausch mit anderen Institutionen, Fortbildungen und Supervision. Die Reha-Träger Krankenkasse und Eingliederungshilfe schließen Vereinbarungen zur Kostenteilung. Steuermittel und Versicherungsmittel gehen dabei zusammen. Allerdings ist die Schnittstelle zum SGB VIII weder im Gesetz noch in der Frühförderverordnung thematisiert.

Die **Frühen Hilfen** bieten Familien ab der Schwangerschaft mit Kindern bis zum 3. Geburtstag Unterstützung, Beratung und Begleitung. Die Frühen Hilfen werden gemeinsam von der Bundesstiftung Frühe Hilfen, aus Landesmitteln und aus kommunalen Mitteln finanziert. Bundesweit setzten sich im Jahr 2022 die Etats für Frühe Hilfen im Durchschnitt zu 47,3 Prozent aus Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen zusammen. Kommunale Mittel machten 41,0 Prozent aus, Landesmittel 8,3 Prozent. Mittel aus anderen Quellen waren nur vereinzelt bei der Finanzierung enthalten.³⁰

Hilfen für psychisch und suchtselastete Familien kommen in den Frühen Hilfen immer mehr in den Fokus, weil die Zahl dieser Familien stark gestiegen ist. Im letzten Jahr hat das NZFH zum Beispiel einen Online-Kurs zur individuellen Weiterbildung für Fachkräfte mit diesem Fokus aufgelegt.

Die Frühen Hilfen haben sich sehr bewährt, so dass sie eine gute Grundlage für die systemverbindende Ausgestaltung kommunaler Hilfestrukturen über den 3. Geburtstag hinaus schaffen können. Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht ein Modellprojekt zur Ausweitung der Frühen Hilfen vor. Dies setzt jedoch eine Erhöhung des Fonds Frühe Hilfen zwingend voraus, um die bisherigen Erfolge zu sichern.

Einen Ansatz, sozialgesetzbuchübergreifend tätig zu werden, bieten auch die **Kommunalen Gesamtkonzepte**, die auf Empfehlung der AG KpkE in Rheinland-Pfalz und inzwischen auch in weiteren Bundesländern entwickelt werden.³¹ Sie folgen einem kontinuierlichen Planungsprozess, der auf einer Bestandsaufnahme beruht, Angebotslücken identifiziert und diese Lücken ausgerichtet am Bedarf zu schließen sucht. Sie zielen im Grunde auf die Qualifizierung und gezielte Ergänzung bzw. Erweiterung des bestehenden Unterstützungsangebotes vor Ort, damit die Kinder und ihre Familien bestmöglich im vertrauten Kontext, im Sozialraum und lebensweltnah Unterstützung erhalten. Damit ein solcher bedarfsbezogener und zielorientierter Planungsprozess gelingt, braucht es auf kommunaler Ebene ein Steuerungsgremium, Netzwerkstrukturen und Koordination.

Das Innovative liegt darin, dass entsprechend der Komplexität der Lebenslagen der Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern mehrere Rechtskreise zusammenwirken, insbesondere Kinder- und Jugendhilfe, ÖGD, Psychiatrie, Suchthilfe. Zudem wird das gesamte Spektrum von der Primärprävention bis zur Intervention in den Blick genommen. Um in der Komplexität die Übersichtlichkeit zu erhalten, werden gezielt die Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und deren spezifische Bedarfe in den Blick genommen. Dabei werden vorhandene primärpräventive Strukturen und Angebote einbezogen.

Dabei geht es nicht darum, etwas neu zu erfinden, sondern sorgsam zu schauen, wie das, was sowieso zu tun ist, gemeinsam und abgestimmt besser vorangebracht werden kann. So konnten finanziell überschaubare Maßnahmen umgesetzt werden, die von Kindern, Familien und auch Fachkräften als hilfreich erfahren werden. Damit wächst gleichzeitig die Motivation, in dieser Richtung weiterzumachen - nicht zuletzt auch mit der Hoffnung, über verbesserte sozialraumorientierte und lebensweltnah Unterstützungsstrukturen kostenintensivere, aber auch für die Kinder einschneidendere intervenierende Maßnahmen zu reduzieren. Angesichts der großen Zahl an Kindern, die in – nicht nur – psychisch belasteten Kontexten aufwachsen, ist das dringend erforderlich.

¹ Ca. **25% der Kinder und Jugendlichen** in Deutschland (das sind momentan ca. 14,3 Mio unter 18 Jährige, also wären 3,5 Mio betroffen) leben mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen: <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/compare-risikobewertung-bei-kindern-psychisch-kranker-eltern-7281.php>



Vier Millionen nennt auch Dr. Rieke Oelkers-Ax für die DGPPN:

<https://www.dgppn.de/presse/themenservice/science-bite-kinder-psychisch-kranker-eltern.html>

Auch die hessische Landesärztekammer geht von 3-4 Mio betroffener Kinder aus:

<https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2021/11-2021-november-2021/kinder-psychisch-kranker-eltern>

² Rieke Oelkers-Ax, DGPPN 2024: <https://www.dgppn.de/presse/themenservice/science-bite-kinder-psychisch-kranker-eltern.html>

³ Bei der Tagung „Kleine Heldinnen in Not 10“ am 6.11.2025 hat Laura Rockenfeller eine Auswertung des Jugendamts Neuwied vorgestellt; zu Zahlen familiär belasteter Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie s. [Mattejat/Remschmidt, Kinder psychisch kranker Eltern](#), Deutsches Ärzteblatt 2008

⁴ „Noch viel zu tun bei der Prävention psychischer Erkrankungen“, Deutsches Ärzteblatt, 20.09.2023: <https://www.aerzteblatt.de/news/noch-viel-zu-tun-bei-der-praevention-psychischer-erkrankungen-8d924175-733d-47d0-9d0f-cfaa19b040da>

⁵ <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/kooperations-und-schnittstellenforschung/zusammenfuer-familien-zufa-monitoring-gesundheit-und-fruehe-hilfen/zufa-geburts-und-kinderkliniken-2024/>

⁶ Felitti et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, 1998,

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>

⁷ <https://nako.de/pressemitteilungen/die-schatten-der-kindheit-wie-traumata-unsere-gesundheit-beeinflussen-koennen/>

⁸ Bauer et al., Lifetime costs of perinatal anxiety and depression, 2016, Kurzfassung:

<https://www.lse.ac.uk/lse-player/lifetime-costs-of-perinatal-depression>

⁹ <https://upluse.de/upluse-studie/>; <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/upluse.575>

¹⁰ Siehe auch Qualitätsrahmen Babylotse, Wirkung, ab Seite 7 <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/wp-content/uploads/2024/09/QV-EXT-Qualitaetsrahmen-Programm-Babylotse-2024-09-17-05-0-1.pdf>

¹¹ Klapp, Christine et al. (2019): How effective is the early support program Babylotse-Plus for psychosocially burdened mothers and their infants? A comparative intervention study. Maternal Health, Neonatology and Perinatology, 5, S.1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31463069>

¹² <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/kooperations-und-schnittstellenforschung/zusammenfuer-familien-zufa-monitoring-gesundheit-und-fruehe-hilfen/zufa-geburts-und-kinderkliniken-2024/>

¹³ <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/kennzahlen/>; https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Downloads/ISA_Expertise-Lotsendienste.pdf;

¹⁴ Unterlage zum Parl. Frühstück des DCV am 24.02.2026

¹⁵ Eine Übersicht über die vorhandenen Plätze und ihre Ausstattung gibt es bei unserem Bündnispartner Schatten & Licht: <https://www.schatten-und-licht.de/Hilfsangebote/mutterkindeinrichtungen.html>; die Global Alliance for Maternal Mental Health stellt fest, dass es in Deutschland im Gegensatz zu den meisten Nachbarländern noch keinen konsistenten Politikansatz zur Förderung der mentalen Gesundheit von (werdenden) Müttern gibt: <https://www.gammh.org/resources>

¹⁶ <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/psychiatrie-psychosomatik/stationsaequivalente-psychiatrische-behandlung/>

¹⁷ Projektwebseite: <https://starkimsturm.de/>; Literatur: C.Hofmann et al., Stark im Sturm – Ein Projekt für Kinder psychisch erkrankter und suchterkrankter Eltern, in: Psychiatrische Pflege Heute 31, 2025, S. 282-286

¹⁸ Die Child Behavior Checklist (CBCL) ist ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von emotionalen und Verhaltensproblemen von Kindern aus Elternsicht. Er ist in zwei Varianten für Kinder von 1 ½ bis 5 Jahren und für Kinder von 6 bis 18 Jahren verfügbar: [CBCL 1 ½-5](#) und [CBCL 6-18](#)

¹⁹ [Frontiers | Implementation and evaluation of family-based interventions within the Germany-wide Children of Mentally Ill Parents-network: study protocol for three prospective, rater-blinded, cluster-randomized controlled multicenter trials](#)

-
- ²⁰ Projektwebsite Chimps-Net: <https://www.chimpsnet.org/>; Bericht des G-BA demnächst hier: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/chimps-net.256>
- ²¹ Die KSVPsych-Richtlinie erwähnt Kinder kurz, die S 3 – Richtlinie der DGPPN zu Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2019) widmet Kindern ein kurzes Kapitel ganz am Ende und verweist auf Veröffentlichungen der BAG KipE und der AGJ.
- ²² <https://katho-nrw.de/forschung-und-transfer/forschungsprojekte/aktiv/papa-auch-vaetersensible-suchtarbeit>
- ²³ Das Studienprotokoll ist als OpenSource verfügbar: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/14/3/e078148.full.pdf>; ein erster Bericht findet sich in der SuchtAktuell: Stullich, A., Weiß, S., Mattukat, K. & Richter, M. (2025). Eine Intervention zur Stärkung der Elternschaft in der stationären Entwöhnungsbehandlung – Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Modellprojekt „KontextSucht“. *SuchtAktuell – Zeitschrift des Fachverbandes Sucht+ e.V.*, 2025(1), 5–10.
- ²⁴ <https://www.projekt-trampolin.de/>. Die Webseite nennt im März 2026 bundesweit 26 Standorte, an denen das Programm angeboten wird.
- ²⁵ <https://fitkids.de/>. Das Programm läuft an 81 Standorten in Westdeutschland, Schwerpunkt ist NRW.
- ²⁶ Factsheet zu [EVAFIT1](#) und [EVAFIT2](#)
- ²⁷ SwiM (Sicher wachsen in München) von Condrops in München ist ein Beispiel mit rechtskreisübergreifender Finanzierung; ein weiteres Beispiel in München ist extra e.V., Clearing und stationäres Wohnen
- ²⁸ Kurzbeschreibung und Link zu einem Fachartikel von Heide Mertens hier: <https://www.skf-zentrale.de/beitraege/emuk/2485983/>
- ²⁹ Der neugefasste § 19 SGB VIII wird zur Zeit evaluiert. Erste Ergebnisse finden sich bei Timo Herrmann/ Michael Macsenaere, Einflussfaktoren auf die pädagogische Arbeit bei Gemeinsamen Wohnformen für Mütter / Väter und Kinder: eine erste Annäherung mit den Befunden aus emuk, in Florian Hinken (Hrsg.) Handbuch Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen, Weinheim 2025
- ³⁰ Ausführlich zum Auftrag Jörg Backes/ Mechthild Paul, Frühe Hilfen, 2025: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/fruehe-hilfen/>
- ³¹ Ausführlich dazu Elisabeth Schmutz, Kommunale Gesamtkonzepte zur Verbesserung der Unterstützung von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern, in AFET, Dialog Erziehungshilfe 3/ 2025, S. 19-23