

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/11848 –**

Mögliche Probleme bei der Versorgung von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern

Vorbemerkung der Fragesteller

Etwa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche sind nach Angaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen (www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Eckpunktepapier_Kinder_psychisch_kranker_Eltern.pdf, im Folgenden: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA – 2016).

Zu den Auswirkungen schreibt die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe ([www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2010/Kinder_psychisch_kranker_Eltern_Prozent20\(2\).pdf](http://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2010/Kinder_psychisch_kranker_Eltern_Prozent20(2).pdf)): „Kinder und Jugendliche, die in Familien mit psychisch erkrankten oder suchtkranken Eltern aufwachsen, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen [...] Dies macht sie zu einer Gruppe, die in besonderem Maße gefährdet ist, eine eigene Suchterkrankung oder psychische Erkrankung und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln.“

Besonders Kinder unter drei Jahren sind in ihrer Entwicklung bedroht, weil in „dieser Zeit die wichtigsten Fundamente für die soziale und emotionale Entwicklung des Menschen gelegt“ wird (Prof. Dr. Ute Thyen, Statement/Papier auf dem Parlamentarischen Abend des NZFH am 26. Januar 2017, Berlin, S. 1).

Im September 2007 hatte die Bundesregierung eine Sachverständigenkommission um „Vorschläge für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe“ gebeten (Bundestagsdrucksache 16/12860, S. 29). Die Sachverständigenkommission stellte 2009 fest: „Für alle Altersgruppen gilt: Besonders an kontinuierlichen Angeboten für Kinder chronisch such- und psychisch kranker Eltern ist der Mangel groß [...] Es besteht ein ausgewiesener Mangel an Evaluation der Wirksamkeit der in der Praxis realisierten Angebote (ebd., S. 39, 41).

Im Jahr 2013 hatte die Kinderkommission des Deutschen Bundestages (KiKo) auf die vielfältigen Überforderungen für die betroffenen Kinder hingewiesen, „weshalb sie in besonderem Maße [...] Unterstützung benötigen“ (Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder – Kinderkommission –, Stellung-

nahme zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ vom 4. Juni 2013, Kommissionsdrucksache 17/26, S. 1). Jedoch werde „die Versorgungssituation [...] dem Bedarf bei weitem nicht gerecht“ (ebd., S. 2).

Am 16. Januar 2014 hat der AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. gegenüber dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages angeregt, eine interdisziplinäre Sachverständigenkommission einzusetzen, um die „Unterstützungsbedarfe der Kinder von psychisch kranken Eltern zu untersuchen und die sich daraus ergebenden bundesrechtlichen Handlungsbedarfe aufzugreifen und umzusetzen“ (http://afet-ev.de/aktuell/AFET_intern/PDF-intern/2016/2016-12-Verbesserung-der-Situation-von-Kindern-psychisch-kranker-Eltern.pdf?m=1483611459; im Folgenden: Sekler/Decarli 2016).

2016 stellte die BZgA fest: „Die Frage nach einer adäquaten Versorgung und Unterstützung von Kindern mit Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, ist derzeit für alle Altersgruppen brisant“ (BZgA 2016, S. 3), erneut wurde „eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik“ gefordert, wozu auch die Einrichtung einer Sachverständigenkommission gehört (ebd.).

Laut NACOA – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V. Deutschland (National Association for Children of Alcoholics, folgend: NACOA) – leben von den ca. 3,8 Millionen Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern ca. 2,65 Millionen mit alkoholkranken Eltern zusammen. Weitere ca. 40 000 bis 60 000 Kinder haben drogenabhängige Eltern, womit jedes sechste Kind (17,6 Prozent) von Suchtkrankheit in der Familie betroffen ist (vgl. www.nacoa.de/index.php/fakten/zahlen). Jedoch gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nur wenige Hilfsangebote – sowohl für Kinder aus Familien mit Eltern mit Suchterkrankungen (vgl. www.nacoa.de/index.php/fakten/problembewusstsein) als auch für Kinder mit psychisch kranken Eltern.

Die Untersuchung „Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland“ von Wolfgang Jordan et al. (Psychiatrische Praxis, Bd. 39, S. 205 bis 210) stellte 2012 „eine gravierende Unterversorgung um den Faktor 10 für psychisch schwerkranke bzw. schwerstkranke Mütter [fest], die einer vollstationären Behandlung mit spezifischer Fachkompetenz bedürfen“ (ebd.). Hintergrund sei u. a., dass die „aus der Mutter-Kind-Behandlung entstehenden Mehrkosten [...] nahezu vollständig von den Kliniken selbst getragen werden [mussten], meist über eine Umverteilung der therapeutischen Ressourcen einer Klinik zulasten anderer Behandlungsangebote und Patienten“. Es handele sich aus „betriebswirtschaftlicher Sicht [...] um ein Verlustgeschäft, welches bei der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitsmarktes eine besondere Belastung darstellt“ (ebd.). Zudem habe im Vergleich zu 2005 die Unterversorgung weiter zugenommen (vgl. ebd.).

Status, Zahlen, weitere Informationen

1. Welche aktuellen Zahlen und Erkenntnisse sind der Bundesregierung aus welchen Quellen bekannt zu
 - a) der Anzahl und dem Anteil von Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren mit psychisch erkrankten Eltern in der Bundesrepublik Deutschland (bitte aufschlüsseln: vorübergehend, wiederholt, dauerhaft),

Bevölkerungsrepräsentative Zahlen zur absoluten und relativen Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit Eltern, bei denen jemals, akut oder wiederholt eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert wurden, liegen aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts nicht vor. In der Studie „KiGGS Welle 1“, die von 2009 bis 2012 durchgeführt wurde, wurde danach

gefragt, ob bei den teilnehmenden Eltern jemals eine psychische Erkrankung festgestellt wurde. Die Angabe wurde jedoch ausschließlich als Risikoindikator erhoben und eignet sich aus methodischen Gründen nicht für Prävalenzaussagen, da nicht spezifisch nach einer Diagnose eines Arztes oder eines Psychologen gefragt wurde. Derzeit wird die Plausibilität und Validität dieser Daten geprüft.

- b) der Anzahl und dem Anteil von Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren mit psychisch erkrankten alleinerziehenden Eltern in der Bundesrepublik Deutschland,

Aus der Antwort zu Frage 1a ergibt sich, dass aus der Studie „KiGGS Welle 1“ auch keine Aussagen zu Anzahl und Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkranktem alleinerziehenden Elternteil getroffen werden können. Das Modul „Mental Health“ zur ersten Welle der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1-MH) erlaubt jedoch eine grobe Abschätzung der Prävalenz von psychischen Störungen bei Frauen in Deutschland mit im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen Kindern.

Als alleinerziehend werden im Weiteren diejenigen Mütter (im Sinne der o. a. Definition) bezeichnet, die sich laut Eigenangabe nicht in einer festen Partnerschaft oder Ehe befanden sowie Mütter, die angaben, verheiratet zu sein, aber nicht mit dem Ehepartner zusammen zu leben und zusätzlich angegeben hatten, keinen festen Partner zu haben. Das Modul DEGS1-MH diene dem Zweck, die psychische Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung zu untersuchen. Das Design gewährleistet keine Repräsentativität im Hinblick auf familiäre Strukturen (z. B. im Vergleich mit dem Mikrozensus). Abweichungen der Stichprobe zur Bevölkerungsstruktur in Bezug auf die Lebensform oder Anzahl der Kinder können somit nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Darüber hinaus sind die im Folgenden berichteten Häufigkeitsangaben aufgrund kleiner Fallzahlen mit einer relativ großen statistischen Unschärfe behaftet. Es werden daher neben den Häufigkeiten auch die Vertrauensbereiche (95 Prozent Konfidenzintervalle) zu den berichteten Häufigkeiten angegeben, die den wahren Anteil an Müttern mit psychischen Störungen in Deutschland mit hoher Wahrscheinlichkeit einschließt.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass sich die Angaben auf mindestens eine von insgesamt 25 12-Monats-Diagnosen psychischer Störungen gemäß dem Klassifikationssystem für psychische Störungen DSM-IV-TR beziehen, die mit einem standardisierten, strukturierten klinischen Interview (CIDI) erhoben wurden. Inbegriffen sind dabei auch Störungsbilder leichten Schweregrades, wie z. B. spezifische Phobien oder leichte depressive Episoden, die oftmals keinen Behandlungsbedarf aufweisen und zu einem Teil auch ohne Intervention remittieren. Demzufolge kann aus dem Vorliegen einer 12-Monats-Diagnose nicht auf eine eingeschränkte Kompetenz zur Versorgung und Erziehung von Kindern geschlossen werden.

Von den Müttern, die zu dem Zeitpunkt der Befragung mit minderjährigen Kindern im Haushalt lebten, erfüllten entsprechend den oben gemachten Ausführungen insgesamt 36,7 Prozent die Kriterien mindestens einer psychischen Störung innerhalb von 12 Monaten (mit einem Vertrauensbereich von 31,3 Prozent – 42,6 Prozent). Dies sind nur geringfügig erhöhte Prävalenzen im Vergleich zur weiblichen erwachsenen Gesamtpopulation, für die eine Häufigkeit von 33,5 Prozent (Vertrauensbereich: 31,4 bis 35,7) ermittelt wurde (vgl. Jacobi et al., 2016)¹.

¹ Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 87:88-90

Von allen weiblichen Teilnehmenden waren nach der o. a. Definition 8,7 Prozent alleinerziehend. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller weiblichen Teilnehmenden waren 4,9 Prozent (Vertrauensbereich: 2,7 Prozent bis 8,8 Prozent) alleinerziehend und wiesen eine psychische Störung in den letzten 12 Monaten auf im Vergleich zu 3,8 Prozent (Vertrauensbereich: 2,4 Prozent bis 6,2 Prozent), die alleinerziehend waren und keine psychische Störung in den letzten 12 Monaten aufwiesen. Der Anteil alleinerziehender Mütter mit psychischen Störungen in den letzten 12 Monaten erscheint daher tendenziell etwas erhöht (um 1,1 Prozent). Aufgrund der überlappenden Vertrauensbereiche können die Unterschiede jedoch nicht als statistisch signifikant bezeichnet werden.

c) der Veränderung der Zahlen in den Fragen 1a und 1b in den vergangenen 20 Jahren?

Wie schätzt die Bundesregierung die Informationslage und die verfügbaren Zahlen ein?

Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor, in welchem Ausmaß aus Veränderungen der erfragten Zahlen auf einen veränderten Versorgungsbedarf geschlossen werden kann?

Verlässliche bevölkerungsrepräsentative Zahlen zur Prävalenz von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit psychisch kranken Eltern liegen nach Kenntnis der Bundesregierung nicht vor, auch nicht zu Veränderungen. Quantitative Aussagen zu einem veränderten Versorgungsbedarf auf Bevölkerungsebene können daher nicht getroffen werden.

2. Wie viele der Kinder/Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern sind nach Kenntnis der Bundesregierung unter drei Jahren alt?

Welche spezifischen Probleme mit Blick auf mögliche Hilfen von außen bestehen bei dieser Altersgruppe?

Aus den Daten des Gesundheitsmonitorings lassen sich die gewünschten Angaben nicht errechnen. Verschiedene Autoren haben versucht, entsprechende Fallzahlen durch Hochrechnungen auf der Grundlage demographischer Daten und der Jahresprävalenzen psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung zu schätzen, und gehen darauf basierend von ca. 3,8 Millionen Kindern aus, die im Verlaufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung erleben (Christiansen, Anding & Donath, 2014; Röhrle & Christiansen, 2009; Mattejat, 2014). Dazu zählen auch Kinder von Eltern mit einer Suchterkrankung. Wenn man von der Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung ausgeht, sind ca. 15 Prozent der betroffenen Kinder unter drei Jahre alt. Für die Zielgruppe der Frühen Hilfen bedeutet dies, dass etwa 500 000 bis 600 000 Kinder unter drei Jahren von psychischen Erkrankungen der Eltern betroffen sein könnten.

An wirksame Präventionsprogramme für Kinder unter drei Jahren sind aufgrund der vielfältigen Risikokonstellationen und der komplexen Unterstützungsleistungen besondere Anforderungen gestellt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

3. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zwölfmonatsprävalenz bei Frauen im reproduktiven Lebensabschnitt bei

Zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung liegen Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI vor. Auswertungen zu 12-Monats-Prävalenzen

einzelner Störungen, die zugleich nach Geschlecht und Alter differenzieren, wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt nur für Depressionen durchgeführt. Aus diesem Grund kann zum Betreuungs- oder Behandlungsbedarf von Frauen mit Kindern auf Grundlage der Daten keine Aussage getroffen werden. Grundsätzlich ist bei der Frage nach dem Behandlungsbedarf zu berücksichtigen, dass das Vorliegen einer psychischen Störung eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung zur Definition von Behandlungsbedarf ist.

a) Angststörungen,

Spezifische Phobien sind als einzelne Störungen selten behandlungsbedürftig, können allerdings komorbid zu anderen psychischen und darunter auch anderen Angststörungen auftreten. Dies bezieht sich auf die verhältnismäßig große Gruppe der spezifischen Phobien mit einer 12-Monats-Prävalenz bei 15,47 Prozent der Frauen. Insgesamt, die eben genannte Gruppe eingeschlossen, erfüllen 21,4 Prozent aller Frauen die Kriterien für eine Angststörung in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von Angststörungen in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 18,1 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 16,2 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

Auch hier ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass das Vorliegen einer Störung nicht zwingend einen Behandlungsbedarf auslöst oder zu einer eingeschränkten Kompetenz in der für eine gesunde Entwicklung eines Kindes erforderlichen Betreuungs- und Erziehungskompetenz führt.

b) Depressionen,

Auswertungen zur Epidemiologie von Depressionen liegen in differenzierter Form vor. Als Indikatoren von Depressionen werden im Rahmen des Gesundheitsmonitorings drei verschiedene Maße erhoben (Maske et al., 2016)².

1. Aktuelle depressive Symptomatik: Eine aktuelle depressive Symptomatik, gemessen anhand der Selbstantaben der Befragten zum Vorliegen depressiver Symptome in den letzten zwei Wochen, liegt bei 10,2 Prozent der Frauen vor. In der Altersgruppe der 18- bis 34-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen 12,0 Prozent, in der Gruppe der 35- bis 44-jährigen Frauen 9,5 Prozent.
2. Diagnose einer majoren Depression (depressive Episode) gemäß klinischem Interview: Wird das Vorliegen einer majoren Depression im Rahmen eines standardisierten, strukturierten klinischen Interviews untersucht, erfüllten 9,9 Prozent der Frauen deren Kriterien in den letzten 12 Monaten. In der Altersgruppe der 18- bis 34-jährigen Frauen beträgt die 12-Monats-Prävalenz der majoren Depression 15,7 Prozent, in der Gruppe der 35- bis 44-jährigen Frauen 11,8 Prozent.
3. Selbstberichtete ärztliche oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depression: Wird dagegen gefragt, ob in den letzten 12 Monaten ein Arzt oder Psychotherapeut die Diagnose einer Depression gestellt hat, berichten dies

² Maske UE, Büttery AK, Beesdo-Baum K, Riedel-Heller S, Hapke U, Busch MA (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord* 190:167-177

8,1 Prozent der Frauen. In der Altersgruppe der 18- bis 34-jährigen Frauen beträgt die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depression 6,5 Prozent, in der Gruppe der 35- bis 44-jährigen Frauen 5,2 Prozent.

Spezifische Auswertungen zur Häufigkeit von Depressionen bei alleinerziehenden Frauen liegen aus Daten der „Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2009 und 2010 vor (Mütters et al., 2013)³. Während 14,7 Prozent der alleinerziehenden Frauen von einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Depressionsdiagnose berichten, sind es bei den Müttern, die in einer Partnerschaft leben, nur 5,9 Prozent. Dieser Unterschied nimmt mit steigendem Alter zu.

Die Interpretation der mit diesem Depressionsmaß erhobenen Daten ist jedoch limitiert: Die Ergebnisse beruhen auf Selbstangaben der Studienteilnehmenden und können u. a. durch mangelnde Erinnerung oder Unkenntnis bzw. Fehlinterpretation der ärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnose verzerrt sein. Darüber hinaus wird zudem die Validität der ärztlichen Diagnostik im Versorgungssystem kontrovers diskutiert.

c) Alkoholabhängigkeit,

Nach den Daten des Gesundheitsmonitorings erfüllen 1,6 Prozent aller Frauen die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 4,8 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 2,6 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

Weitere Angaben zur 12-Monatsprävalenz von Alkoholabhängigkeit von Frauen im reproduktiven Lebensabschnitt (18 bis 49 Jahre) liegen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey von 2012 vor. Alkoholabhängigkeit wurde dabei gemäß den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association gemessen. Die folgende Tabelle gibt die entsprechende Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei Frauen im gebärfähigen Alter (18 bis 49 Jahre) im Jahr 2012 gesamt und in verschiedenen Altersgruppen wieder.

	Gesamt Altersgruppen					
	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	
Alkoholabhängigkeit	2,4	2,4	4,6	2,0	2,5	1,8

in Prozent
Alkoholabhängigkeit nach Diagnostischem und Statistischem Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)

d) psychosomatischen Störungen,

Der Begriff der „psychosomatischen Störungen“ beschreibt keine definitorisch abgegrenzte diagnostische Einheit im internationalen diagnostischen Klassifikationssystem, sondern betont ein besonderes Zusammenwirken psychischer und somatischer Prozesse bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung. Dementsprechend werden mit dem Attribut „psychosomatisch“ eine Vielzahl von

³ Mütters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Männern und Frauen. In: Institute RK (Hrsg) GBE Kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin

Krankheitsbildern wie beispielsweise Asthma, Diabetes, Reizdarmsyndrom, Hypertonus, somatoforme Störungen, Essstörungen sowie Depressionen und Angststörungen beschrieben.

Aus den genannten Analysen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen können Angaben zu 12-Monats-Prävalenzen von somatoformen Störungen und Essstörungen als häufig „psychosomatisch“ bezeichnete Störungsbilder referiert werden:

g.1) Somatoforme Störungen

5,3 Prozent aller Frauen erfüllen die Kriterien einer somatoformen Störung in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von somatoformen Störungen in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 4,2 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 3,8 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

g.2) Essstörungen

1,4 Prozent aller Frauen erfüllen die Kriterien einer Essstörung in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von Essstörungen in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 2,3 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 0,5 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

e) Zwangsstörungen,

3,99 Prozent aller Frauen erfüllen die Kriterien einer Zwangsstörung in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von Zwangsstörung in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 7,2 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 3,6 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

f) posttraumatischen Belastungsstörungen

(bitte jeweils auch die absoluten Zahlen der betroffenen Frauen sowie die Anzahl der Frauen mit Kindern angeben) ?

Wie viele dieser Frauen mit Kindern benötigen eine Betreuung oder Behandlung?

Was ist aus Sicht der Bundesregierung essentiell für die effektive Betreuung oder Behandlung dieser Frauen und derer Kinder (bitte auch speziell auf Kinder unter sechs Jahren sowie die verschiedenen Leistungsangebote eingehen)?

3,6 Prozent aller Frauen erfüllen die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung in den letzten 12 Monaten.

In den Altersgruppen, die als reproduktiver Lebensabschnitt angesehen werden können, zeigen sich folgende 12-Monats-Prävalenzen von Posttraumatischen Be-

lastungsstörungen in der Bevölkerung (d. h. bei Frauen und Männern gemeinsam): 3,7 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 34 Lebensjahre und 2,5 Prozent in der Altersgruppe 35 bis 49 Lebensjahre.

4. In wie vielen Familien mit Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung als Folge einer Suchterkrankung oder einer psychischen Erkrankung zu physischer Gewalt und Vernachlässigung (wenn möglich aufschlüsseln: Gewalt zwischen den Elternteilen, körperliche und seelische Gewalt und Vernachlässigung gegen Kinder/Jugendliche sowie Gewalt bei Eltern mit psychischen Erkrankungen sowie bei drogen- bzw. suchtkranken Eltern)?

Auch wenn es verschiedenen Studien zufolge in Familien mit suchtkranken oder psychisch kranken Eltern bzw. mit suchtkranken oder psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu physischer Gewalt und Vernachlässigung kommen kann: Valide Zahlen zu einem kausalen Zusammenhang von Suchterkrankung oder psychischer Erkrankung in der Familie mit physischer Gewalt oder Vernachlässigung in diesen Familien liegen der Bundesregierung nicht vor.

Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung stehen oft in Verbindung mit psychischer Misshandlung, umgekehrt müssen psychische Vernachlässigung oder Misshandlung nicht auch körperliche Vernachlässigung oder Misshandlung nach sich ziehen. Über die Ausübung psychischer Misshandlung bei Eltern mit psychischen Erkrankungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit keine empirischen Daten vorhanden.

Physische oder psychische Gewalt gegen und Vernachlässigung von Kindern in der Familie geben unabhängig von den konkreten Ursachen immer Anlass, die bestehenden Hilfen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Familien einzuschalten.

5. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich der Risiken für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren mit psychisch erkrankten Eltern, später, auch im Erwachsenenalter, selbst zu erkranken (bitte aufschlüsseln: Anteil der Menschen, die nicht erkranken; Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen; Anteil der Menschen mit Sucht-, Alkohol- und Drogenerkrankungen; ggf. weitere potenzielle Erkrankungsprofile)?

Zu 5.1 Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Studien zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes statistisches Risiko aufweisen, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Jääskeläinen et al.⁴, 2016; Mattejat & Remschmidt, 2008⁵; McLaughlin et al., 2012⁶; Plass et al., 2016⁷; Ravens-Sieberer et al., 2007⁸; Schlack et al.,

⁴ Jääskeläinen, M., Holmila, M., Notkola, I.-L., & Raitasalo, K. (2016). Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: A longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991. *Drug and Alcohol Review*, 35, 728-740. doi:10.1111/dar.12417

⁵ Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), 413–422.

⁶ McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., . . . Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299. doi:10.1192/bjp.bp.111.101253

⁷ Plass, A., Haller, A.-C., Habermann, K., Barkmann, C., Petermann, F., Schipper, M., . . . Klasen, F. (2016). Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 41-49. doi:10.1026/0942-5403/a000187

⁸ Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5), 871-878. doi:10.1007/s00103-007-0250-6

2010⁹; Wille, Bettge, Ravens-Sieberer, et al., 2008¹⁰). Welche psychische Störung betroffene Kinder entwickeln, lässt sich hingegen nicht eindeutig aus der elterlichen psychischen Störung ableiten (Mattejat & Remschmidt, 2008; McLaughlin et al., 2012).

Studien zum Zusammenhang von elterlicher Psychopathologie und kindlicher Entwicklung liegen vorwiegend für schizophrene und affektive Störungen (v. a. Depressionen) vor (Kindler, 2006¹¹; Mattejat & Remschmidt, 2008), aber auch für andere Störungen gibt es vereinzelte Befunde.

Die Angaben zum Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern, im Kindes-, Jugend- oder jungen Erwachsenenalter selbst eine psychische Störung zu entwickeln, unterscheiden sich von Studie zu Studie deutlich. Das liegt unter anderem an sehr geringen und nicht repräsentative Stichproben, Unterschieden in der psychosozialen Belastung durch die psychische Störung der Eltern hinsichtlich der Schwere und Dauer der Symptomatik, möglichen komorbiden Symptomen sowie durch Unterschiede in Unterstützungsstrukturen, des sozioökonomischen Status und vielen weiteren Faktoren, die die Auswirkungen elterlicher Psychopathologie auf die kindliche Entwicklung beeinflussen können. Genaue Risikoangaben sind anhand dieser Studien daher nicht ableitbar und reichen (je nach Studie und Studienpopulation) von einem doppelt so hohen Risiko bis hin zu einem zehnfach erhöhten Risiko, dass Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Eltern selbst psychisch auffällig werden (Angelini et al., 2016¹²; Kindler, 2006; Mattejat & Remschmidt, 2008; Vostanis et al., 2006¹³).

Dabei spielen sowohl genetische als auch psychosoziale Faktoren (wie beispielsweise geringere elterliche Fürsorge und Erziehungsfähigkeit, ökonomische Belastungen, Belastungen durch erhöhte Gewalt und Trennungsrisiko) eine entscheidende Rolle (Kölch & Schmid, 2008¹⁴; Lenz & Kuhn, 2011¹⁵; Mattejat & Remschmidt, 2008).

Zu 5.2 Anteil der Menschen, die nicht erkranken

Wie bereits ausgeführt, entwickeln nicht alle Kinder und Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil im Erwachsenenalter trotz erhöhtem Risiko eine psychische Erkrankung. Als protektive Faktoren haben sich neben personalen Faktoren insbesondere außerfamiliäre Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, Hilfesysteme) gezeigt (Plass et al., 2016). Psychisch kranke Eltern haben jedoch häufig Angst vor Verlust des Sorgerechtes. Das verhindert in vielen Fällen, dass Eltern psychotherapeutische oder familiäre Hilfen suchen bzw. in Anspruch neh-

⁹ Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4), 228-238. doi:10.1026/0942-5403/a000030

¹⁰ Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & group, B. s. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1, 133-147. doi:10.1007/s00787-008-1015-y

¹¹ Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., & Werner, A. (2006). Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut, München.

¹² Angelini, V., Klijs, B., Smidt, N., & Mierau, J. O. (2016). Associations between childhood parental mental health difficulties and depressive symptoms in late adulthood: the influence of life-course socioeconomic, health and lifestyle factors. *PLoS ONE*, 11(12), e0167703. doi:10.1371/journal.pone.0167703

¹³ Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health – Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 509-514.

¹⁴ Kölch, M., & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(10), 774-788.

¹⁵ Lenz, A., & Kuhn, J. (2011). Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat, & A. Lenz (Eds.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung* (pp. 269-298). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

men (Kölch & Schmidt, 2008) und verhindert, dass Hilfesysteme die erhöhte Belastungssituation für die Kinder von psychisch erkrankten Eltern auffangen können.

Zu 5.3 Anteil der Menschen mit Sucht-, Alkohol- und Drogenerkrankungen

Suchterkrankungen treten selten isoliert auf, so dass ein Großteil der suchterkrankten Eltern zusätzlich von psychischen Störungen betroffen ist. Systematische Längsschnittstudien, die psychische Beeinträchtigungen von Kindern aus Familien mit elterlichen Suchterkrankungen und ohne komorbide psychische Störung mit psychischen Beeinträchtigungen von Kindern aus Familien mit elterlicher Suchterkrankung mit komorbider psychischer Störung systematisch vergleichen, sind der Bundesregierung nicht bekannt. Ergebnisse zu den Beeinträchtigungen der Kinder suchtkranker Eltern lassen sich so nicht allein auf die elterliche Suchterkrankung zurückführen (Kindler, 2006)¹⁶.

In internationalen wissenschaftlichen Studien zeigt sich, dass Kinder von suchterkrankten Eltern im Durchschnitt ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko aufweisen, im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter selbst eine psychische Störung zu entwickeln (Kindler, 2006).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Auswirkungen elterlicher Opiatabhängigkeit im Durchschnitt mit stärkeren Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung einhergehen, als die Auswirkungen elterlicher Alkoholabhängigkeit (Kindler, 2006).

6. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl und der Anteil der Familien mit Eltern, die pathologisch süchtig nach berauschend bzw. psychoaktiv wirkenden Substanzen sind und Kinder unter 18 Jahren haben, bei denen die Eltern eine suchttherapeutische Maßnahme beginnen?

Wie hoch sind die Anzahl und der Anteil der Eltern, die die suchttherapeutische Maßnahme vorzeitig abbrechen?

Wie hoch ist der Anteil derer, bei denen die suchttherapeutische Maßnahme zum Erfolg führt?

Daten zur Anzahl und zum Anteil der Familien mit suchtbelasteten Eltern, die eine suchttherapeutische Maßnahme beginnen, liegen der Bundesregierung in dieser Verknüpfungstiefe nicht vor. Aus der vom BMG geförderten Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) lassen sich lediglich die Anzahl der Frauen und Männer mit Kindern unter 18 Jahren recherchieren, die sich in Einrichtungen des ambulanten und stationären Suchthilfesystems (mit Ausnahme von psychiatrischen Einrichtungen und Krankenhäusern) haben beraten oder behandeln lassen.

7. Welche gesellschaftlichen Folgekosten entstehen nach Kenntnis der Bundesregierung durch Traumatisierungen im Kindes- und/oder Jugendalter pro Jahr?

Welche Untersuchungen sind der Bundesregierung dazu bekannt?

Wie ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Studien- und Datenlage dazu in Deutschland?

Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

¹⁶ Kindler, H. (2006). Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und der Entwicklung von Kindern? In H. Kindler, S. Lilig, H. Blüml, T. Meysen, & A. Werner (Eds.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (pp. 31/31-31/35). München: Deutsches Jugendinstitut e. V.

8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Wirksamkeit präventiver Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern, insbesondere im Bereich der jungen Kinder unter drei Jahren?

Seit 2010 besteht die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Kinder psychisch erkrankter Eltern“. Die BAG setzt sich im Besonderen für die Belange und Unterstützung betroffener Kinder und ihrer Eltern ein. Eine Übersicht der kooperierenden Einrichtungen und Projekte ist auf der Homepage der BAG (www.bag-kipe.de) zu finden. Als wirkungsvolle frühe bindungsbasierte Interventionen wurden in Deutschland beispielsweise STEEP (Suess, Bohlen, Mali & Maier, 2010) und die Entwicklungspsychologische Beratung (EPB; Pillhofer, Spangler, Bovenschen, Künstler, Gabler, Fallon, et al., 2015; Ziegenhain, 2007) evaluiert. Solche spezifischen Präventionsangebote können jedoch nur Bestandteil eines insgesamt komplexen Hilfenetzes sein, das ggf. auch die Übergänge in hochschwellige Hilfen regelt.

9. Welche gesellschaftlichen Folgekosten generell und welche finanziellen Kosten entstehen nach Kenntnis der Bundesregierung durch Traumatisierungen infolge psychischer Erkrankungen im Kindes- und/oder Jugendalter pro Jahr infolge psychischer Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen der Eltern?

Welche Untersuchungen sind der Bundesregierung dazu bekannt?

Wie ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Studien- und Datenlage dazu in Deutschland?

Welche Rückschlüsse hat die Bundesregierung aus der Deutschen Traumafolgekostenstudie von 2012 gezogen?

Wegen des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 7 und 9 zusammen beantwortet.

Traumatisierungen in der frühen Kindheit, aber auch kritische Lebensereignisse und fehlende soziale Unterstützung können die Vulnerabilität für die Entstehung von depressiven Erkrankungen im Lebensverlauf erhöhen¹⁷. Ebenso konnte eine Übersichtsstudie zeigen, dass es gesicherte Zusammenhänge zwischen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter und psychischen sowie körperlichen Erkrankungen im Erwachsenenalter gibt¹⁸.

Hinsichtlich der erfragten Folgekosten von Traumatisierung im Kindes und/oder Jugendalter ist die Deutsche Traumafolgekostenstudie¹⁹ die einzige der Bundesregierung bekannte Quelle. In dieser Studie wurde der Versuch einer Abschätzung der volkswirtschaftlichen Traumafolgekosten in Deutschland unternommen. Die Autoren selbst konstatieren das Fehlen genauer Daten für eine exakte Berechnung der Kosten sowie eine fehlende einheitliche Methodik zur Berechnung derartiger Folgekosten. Daher sind die Ergebnisse der Traumafolgekostenstudie mit großen Unsicherheiten behaftet und schränken die Aussagekraft der genannten Kosten maßgeblich ein. Zusätzlich sind die Kosten nicht nach spezifischen Traumatisierungsformen aufgeschlüsselt und berücksichtigen Kinder oder Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern nicht.

¹⁷ Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). Themenheft 51" Depressive Erkrankungen".

¹⁸ Plener, P., Ignatius, A., Huber-Lang, M., & Fegert, J. (2017). Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*, 36(3), 161-167.

¹⁹ Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 35. doi:10.1186/1753-2000-6-35

Weitere Erkenntnisse hinsichtlich der Folgekosten von Traumatisierungen im Kindes- und/oder Jugendalter (Frage 7) und durch Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern (Frage 9) können weder mittels der Traumafolgekostenstudie noch mittels der Surveydaten des RKI beantwortet werden. Eine Abschätzung der gesellschaftlichen Folgekosten ist aufgrund der Datenlage ebenfalls nicht möglich.

Die Bundesregierung hat die Ergebnisse der Traumafolgekostenstudie des Universitätsklinikum Ulm aus dem Jahre 2011 bei ihrem Engagement zum Schutz von Kindern und Jugendliche gegen sexualisierte Gewalt und Ausbeutung berücksichtigt.

Versorgungsangebote zur und Situation in der Versorgung

10. Welche bundesrechtlich geregelten und mit Rechtsanspruch abgesicherten Leistungssysteme und -angebote (bitte jeweils die sozialrechtliche Grundlage angeben) stehen zur Verfügung für
- a) therapeutische Maßnahmen für psychisch erkrankte Eltern mit Kindern unter drei Jahren einschließlich Suchterkrankungen,
 - b) therapeutische Maßnahmen für psychisch erkrankte Eltern mit Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren einschließlich Suchterkrankungen?

Welche der in den Fragen 10a und 10b genannten Angebote sind als begleitende, (auch) auf die Kinder/Jugendlichen gerichtete Maßnahme möglich?

Für welche besteht ein eigener Rechtsanspruch, um einer möglichen psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer reaktiven Bindungsstörung, einer Anpassungsstörung, einer Verhaltensstörung, Entwicklungsverzögerung des Kindes oder im späteren Leben einer eigenen Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung zuvorzukommen (bitte jeweils sozialrechtliche Grundlage angeben)?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben gemäß § 27 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Anspruch auf Krankenbehandlung, soweit diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, ob versicherte Eltern oder Elternteile Kinder haben bzw. wie alt deren Kinder sind. Der Anspruch umfasst u. a. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Wenn medizinisch notwendig, ist auch eine stationäre Behandlung möglich, bei der neben der psychisch kranken Mutter auch deren Säugling oder Kleinkind (zumeist auf einer so genannten „Mutter-Kind-Station“) aufgenommen wird, um neben der Behandlung der mütterlichen psychischen Erkrankung auch die Entwicklung einer stabilen Bindung zum Kind zu fördern.

Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie kann es gemäß § 9 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig werden, für die Behandlung der Störung relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.

Zur Unterstützung von psychisch erkrankten Eltern und ihren Familien kommt grundsätzlich ein vielfältiges Leistungsangebot der Kinder- und Jugendhilfe in Betracht. Welche Leistung im Einzelfall die Richtige ist, hängt vom individuellen Bedarf der jeweiligen Familie ab und wird von der Fachkraft im Jugendamt unter aktiver Beteiligung der Eltern und ihrer Kinder festgestellt. Dies können z. B. Hilfen zur Erziehung in ambulanter Form sein, wie die Erziehungsberatung oder sozialpädagogische Familienhilfe, oder auch teilstationäre oder vollstationäre Leistungen. Auf Hilfe zur Erziehung haben die Personensorgeberechtigten nach § 27 Absatz 1 SGB VIII einen Rechtsanspruch. In Betracht kommen aber – je nach spezifischer Bedarfslage im Einzelfall – auch andere Unterstützungsangebote, wie die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen nach § 20 SGB VIII.

Die Träger der DRV erbringen für Kinder von Versicherten und Rentenbeziehern und für Waisenrentenbezieher bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen eine Kinderrehabilitation, wenn die Erkrankung des Kindes Einfluss auf dessen spätere Erwerbsfähigkeit hat und wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Der prozentuale Anteil dieser Leistungen an den medizinischen Reha-Leistungen der Rentenversicherung liegt seit 2010 konstant bei 3 Prozent.

Um sicherzustellen, dass im Rahmen der Leistungsgesetze der Renten- und Krankenversicherung schwerst chronisch kranke Kinder und ihre Familien eine Rehabilitationsleistung mit familienorientierter Zielsetzung erhalten können, haben die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der GKV-Spitzenverband im Oktober 2009 eine Verfahrensabsprache zu Anträgen auf Familienorientierte Rehabilitation (FOR) getroffen. Mit dieser Verfahrensabsprache wurde das Verfahren zur Durchführung einer „FOR“ für Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen leiden, insbesondere an Krebserkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder Organtransplantationen geregelt. Unter „FOR“ ist dabei eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu verstehen, bei der das schwerst chronisch kranke Kind von seinen Eltern und/ oder Geschwistern begleitet wird, weil die Erkrankung des Kindes auch gesundheitliche Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat, so dass deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist.

Durch das am 14. Dezember 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Rentengesetz) ist die Möglichkeit dieser familienorientierten Rehabilitation in den § 15a Absatz 2 SGB VI aufgenommen worden. Damit haben die Kinder von Versicherten ab sofort einen gesetzlichen Anspruch gegen den zuständigen Träger der DRV auf diese umfassende Leistung der Kinderrehabilitation. Der Rahmen für die „FOR“ ist weiter gefasst. Die Familienangehörigen des erkrankten Kindes – in der Regel Eltern und Geschwister – können häufiger in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Voraussetzung dafür ist nur, dass die Mitaufnahme und Einbeziehung der Familienangehörigen für den Rehabilitationserfolg des erkrankten Kindes notwendig ist. Dabei ist die Mitaufnahme nicht von einem eigenständigen Rehabilitationsbedarf der Familienangehörigen abhängig.

Darüber hinaus stärken weitere Änderungen im Rahmen des Flexi-Rentengesetzes die gesetzlichen Teilhabeansprüche der Kinder von Versicherten der Renten-

versicherung. Damit soll sich ändern, dass bisher nur ein kleiner Teil der zunehmend mehr chronisch und psychosomatisch kranken Kinder und Jugendlichen eine notwendige Reha in Anspruch nimmt.

11. Welche Finanzierungsmöglichkeiten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) zur finanziellen Absicherung für die Koordination und Netzwerkarbeit bis hin zu Fallkonferenzen zwecks Verknüpfung der Angebote der Frühen Hilfen mit den Systemen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Sozialpsychiatrie sowie der Einbeziehung der hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zum Schutz und zur Entwicklungsförderung von jungen Kindern bis zu sechs Jahren?

Wegen des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 11 und 17 zusammen beantwortet.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestehen insbesondere aufgrund bundesmantelvertraglicher Regelungen vielfältige Finanzierungsmöglichkeiten für die Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern und den Frühen Hilfen.

Die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen ist gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 des SGB V obligater Teil der hausärztlichen Versorgung. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM) berücksichtigt insoweit die damit zusammenhängenden Aufgaben und Koordinations- und Beratungsleistungen bei verschiedenen Gebührenpositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin. Darüber hinaus beinhaltet der EBM im Bereich Kinder- und Jugendmedizin unter anderem besondere Leistungen der funktionellen Entwicklungstherapie, die Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus sowie Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung. Inhalte der sozialpädiatrischen Versorgung sind auch die Berücksichtigung teilhabebezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren, die Prüfung der Anwendung ganzheitlicher Förderverfahren, die Anleitung von Bezugspersonen, die Koordination störungsspezifischer Maßnahmen, der persönliche Kontakt des Arztes zu einer Bezugsperson, das Monitoring von übergreifenden Einschränkungen oder Auffälligkeiten, die Beratung zu weiterführenden Maßnahmen und die Erstellung eines interdisziplinären Therapieplanes.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V wurde der EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2017 an die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neugefasste Kinder-Richtlinie angepasst. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte achten danach noch intensiver auf psychische und soziale Auffälligkeiten, um Verhaltensauffälligkeiten und Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen oder psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und den Eltern entsprechende Hilfen anzubieten. Vor diesem Hintergrund hat die gemeinsame Selbstverwaltung die Vergütung der U2 bis U9 deutlich angehoben.

Der EBM sieht auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gesonderte Gebührenpositionen für das Gespräch, die Abklärung oder die Behandlung bei Berücksichtigung entwicklungsphysiologischer, -psychologischer und –soziologischer sowie familiendynamischer Faktoren vor. Abrechnungsfähig sind darüber hinaus die eingehende situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) eines Kleinkindes oder Kindes, die ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung sowie die kontinuierliche Mitbetreuung

eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen oder familiären Umgebung bzw. in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen. Ferner sind die psychotherapeutischen koordinativen Betreuungs- und Beratungsleistungen auch zu familiären Auswirkungen abgebildet.

Über den EBM hinaus dient die Anlage 11 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, unter anderem durch eine Kooperation der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes mit komplementären Berufen wie Heilpädagogen und Sozialarbeitern. Hierzu gehören auch regelmäßige interdisziplinäre patientenorientierte Fallbesprechungen.

Niedergelassene Hebammen sind laut einer Kommunalbefragung des NZFH zu 72,5 Prozent Teil des kommunalen Netzwerks Frühe Hilfen. Es handelt sich dabei um eine Tätigkeit, die nicht durch das SGB V vergütet wird, da sie nicht zu ihren Aufgaben als Leistungserbringer des SGB V gehört (vgl. Antwort zu Frage 17). Für Einzelfälle, in denen sie eine Mitteilung an behandelnde Ärztinnen oder Ärzte oder an das Netzwerk Frühe Hilfen für notwendig halten und veranlassen, sieht der Vertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden nach § 134a SGB V keine gesonderte Vergütung vor. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Zusammenarbeit mit den Ärzten und Meldungen an Dritte von den im Vergütungsverzeichnis aufgeführten Gebührenpositionen umfasst sind.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen erstatten im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen grundsätzlich die Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, für Leistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung und für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Krankheiten (§ 192 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes). In diesem Zusammenhang können unter bestimmten Voraussetzungen auch verschiedene ärztliche (und psychotherapeutische) Leistungen abgerechnet und von den privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet werden, die der Koordination bzw. Netzwerkarbeit dienen können, wie beispielsweise die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen in Zusammenhang mit einer kontinuierlichen ambulanten Behandlung eines chronisch Kranken, konsiliarische Beratungen, Beratungsgespräche in Gruppen im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten, Besprechungen mit nichtärztlichen Psychotherapeuten. Zudem werden bei der Vergütung psychiatrischer Untersuchungen und Behandlungen von Kindern und Jugendlichen auch die Einschaltung von Bezugs- und Kontaktpersonen sowie die Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge vergütet. Die Versicherungsunternehmen haben darüber hinaus die Möglichkeit, mit den Versicherten eine Kostenerstattung für weitere Leistungen und damit auch für zusätzliche Koordinierungsleistungen zu vereinbaren.

12. Welche Möglichkeiten bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zum Übergang von den Frühen Hilfen oder vom Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu einer (präventiven) Mutter-Kind-Psychotherapie, bzw. welche Möglichkeiten zur Finanzierung existieren im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine (präventive) Mutter-Kind-Psychotherapie bei Regulationsstörungen des Säuglings oder des Kleinkindes (Schlaf- und Fütterstörungen, Schreien), bevor dieses manifest erkrankt und es eine bleibende psychische Störung davontragen könnte?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben unter den Voraussetzungen der §§ 24 bzw. 41 SGB V Anspruch auf Mutter-Vater-Kind-Leistungen als Vorsorgeleistung bzw. als Rehabilitationsleistung in dafür geeigneten Einrichtungen. Zum Bereich der ambulanten Psychotherapie wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Bei Regulationsstörungen des Säuglings oder Kleinkindes (Schlaf- und Fütterstörungen, Schreien) besteht die Möglichkeit der Behandlung in speziellen Ambulanzen, die neben Diagnostik und Entwicklungsberatung auch Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie anbieten.

13. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele ambulante oder tagesklinische Behandlungsplätze für Mutter-Kind-Psychotherapie bei Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind in Deutschland angeboten werden?

Die Bundesregierung verfügt nicht über statistische Daten, wie viele ambulante oder tagesklinische Behandlungsplätze für Mutter-Kind-Psychotherapie bei Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind in Deutschland angeboten werden.

14. Wenn es im Falle einer gravierenden Regulationsstörung des Säuglings oder Kleinkindes zu einer Einweisung in eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin kommt und im Zuge dessen auch eine psychische Belastung/Erkrankung der Mutter erkannt und daher abgeklärt und ggf. behandelt werden muss, welche Angaben kann die Bundesregierung dazu machen,
- welche Modalitäten sie kennt, damit bei stationärem Behandlungsbedarf beide – Elternteil und Kind – zu abrechnungsfähigen Behandlungsfällen werden können;
 - wie viele stationäre Behandlungsplätze für Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Paare für eine psychotherapeutische Behandlung es bundesweit in psychosomatischen Abteilungen von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkliniken für sozialpädiatrische Komplexbehandlung und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt;
 - wie hoch die Vergütung für den begleitenden Elternteil ist und welche Leistungen davon erbracht werden sollen;
 - wie die zusätzliche Bezahlung der Leistungen für die Mutter erfolgen kann;
 - woraus die konsiliarische Leistung bezüglich der Mutter gedeckt wird (bitte Höhe angeben und für wie auskömmlich die Bundesregierung diese Finanzierung hält);
 - wie sich unter den genannten Voraussetzungen die Verfügbarkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Mutter-Kind-Behandlung darstellt;

- g) welche Möglichkeiten der Vergütung es für die erforderlichen Leistungen für die Mutter gibt, oder ob auch in diesem Fall die Finanzierung aus dem Behandlungsfall des Kindes erfolgen muss (bitte mit Angaben zu den Finanzierungshöhen und zur Auskömmlichkeit);
- h) wie hoch die bundesweite Anzahl von Tageskliniken ist (einschließlich der jeweiligen Standorte sowie der verfügbaren Plätze), in denen unter den genannten Voraussetzungen eine Diagnose und damit eine Finanzierung sowohl für die Mutter als auch für das Kind möglich sind?

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Antworten zu den Fragen 14a, 14c, 14d, 14e und 14g im Folgenden zusammengefasst:

Die Vergütung von stationären und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erfolgt über tagesbezogene Entgelte. Die Entgelthöhe ist für die einzelnen Krankenhäuser unterschiedlich und wird maßgeblich von der Budgethöhe des einzelnen Krankenhauses beeinflusst. Der Vereinbarung des Krankenhausbudgets sind die Kosten für die medizinisch notwendigen Leistungen zu Grunde zu legen. Dies umfasst auch die Kosten der medizinisch notwendigen Mitaufnahme eines begleitenden Elternteils. Über die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme entscheidet im Einzelfall die behandelnde Krankenhausärztin oder der behandelnde Krankenhausarzt.

Soweit einerseits die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind Bestandteil der Behandlung ist bzw. andererseits die Eltern-Kind-Dynamik ein wesentlicher Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt, enthält der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) einschlägige Prozedurenkodes (9-643: Mutter/Vater-Kind-Setting; 9-68: Eltern-Kind-Setting). In dem derzeit auf freiwilliger Grundlage angewendeten neuen leistungsorientierten Psych-Entgeltsystem wirken sich diese Codes auf die tagesbezogene krankenhausesindividuelle Vergütungshöhe aus. Im bisherigen Entgeltsystem geht der damit verbundene Aufwand im Wege der Mischkalkulation in die tagesgleichen Pflegesätze ein.

Liegt sowohl eine Behandlungsbedürftigkeit der Mutter/des Vaters als auch eine des Kindes vor, sind Entgelte für zwei Patientinnen oder Patienten abzurechnen.

Zu der Anzahl stationärer Behandlungsplätze (Frage 14b) und der Anzahl der Tageskliniken, in denen unter den genannten Voraussetzungen eine Diagnose und damit eine Finanzierung sowohl für die Mutter als auch für das Kind möglich ist (Frage 14h) liegen der Bundesregierung keine statistischen Daten vor.

Daten darüber, wie sich unter den in der Frage genannten Voraussetzungen die Verfügbarkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Mutter-Kind-Behandlung darstellt (Frage 14f), liegen der Bundesregierung nicht vor. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ist.

15. Wie viele professionelle, regional bzw. lokal begrenzte Hilfeangebote und -projekte stehen nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung
- für therapeutische Maßnahmen für psychisch erkrankte Eltern einschließlich Suchterkrankungen mit Kindern unter drei Jahren wie psychotherapeutische Behandlung im Eltern-Kind-Setting oder eigenständige Kinderpsychotherapie etc.,
 - entsprechend wie in Frage 15a für Eltern mit Kindern/Jugendlichen zwischen drei Jahren und 18 Jahren,
 - präventive Angebote für psychisch erkrankte Eltern mit Kindern/Jugendlichen unter drei Jahren,
 - entsprechend wie in Frage 15c für Eltern mit Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren

(bitte für die Fragen 15a bis 15d einzeln auflisten und gliedern nach Bundesland, bitte jeweils mit Anzahl der Plätze, projektfinanziert/temporär oder dauerhaft bzw. unbefristet, Trägerschaft privat, frei gemeinnützig oder öffentlich bzw. kommunal angeben)?

Welche der in den Fragen 15a bis 15d genannten Angebote sind auch als begleitende, (auch) auf die Kinder gerichtete Maßnahme möglich?

Welche der Angebote werden aus Bundesmitteln finanziert, bzw. auf welche besteht ein bundesrechtlicher Anspruch?

Welche Schlüsse hat die Bundesregierung aus der Evaluation dieser Projekte gezogen?

Eine aktuelle Evaluation der in der Frage aufgelisteten verschiedenen Angebote und Projekte ist der Bundesregierung nicht bekannt. Insofern liegen ihr weder bundesweite noch nach Ländern gegliederte Informationen zur Anzahl oder zur Finanzierung dementsprechender Angebote vor.

16. Wie gestalten sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Möglichkeiten, Kinder unter drei Jahren und psychisch erkrankte Eltern im Rahmen der Frühen Hilfen zu versorgen und bei der Förderung der Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen, wenn das betreffende Kind die Altersgrenze von drei Jahren überschreitet, die psychische Erkrankung der Eltern/eines Elternteils aber nicht geheilt ist bzw. erneut ausbricht oder auch chronisch verläuft und weitere Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion erforderlich ist?

Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung in dieser Hinsicht?

Die Fragen 16 und 25 werden zusammen beantwortet.

Obwohl der Auf- und Ausbau der Strukturen in den Frühen Hilfen derzeit (noch) heterogen ist, lässt sich doch zunehmend eine flächendeckende und nachhaltige Etablierung von systematischen und interdisziplinären Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem, beobachten. Allerdings fehlt diese systematische flächendeckende Vernetzungsstruktur über die Frühen Hilfen hinaus. Aufgrund der häufig chronischen und persistierenden psychischen Erkrankungen entwachsen die Familien dem System der Frühen Hilfen. Es besteht daher die Notwendigkeit, Übergänge in andere Hilfesysteme auch in einer längerfristigen Perspektive zu gestalten. Die Frühen Hilfen können hier als Modell für die (Weiter-)Entwicklung von Vernetzungsstrukturen und des Angebotsrepertoires auch für ältere Kinder mit Eltern, die eine psychische Erkrankung haben, dienen.

17. Wie gestalten sich nach Kenntnis der Bundesregierung die finanziellen Möglichkeiten für Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten, Vertragsärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinderärztinnen/-ärzte sowie Gynäkologinnen/Gynäkologen und Geburtshelfer/Hebammen, sich in die notwendigen fallbezogenen und auch fallübergreifenden Vernetzungsstrukturen vor Ort einzubringen, um ein koordiniertes und passgenaues Angebot für betroffene Familien zu sichern?

Auf die Antwort zu Frage 11 wird verwiesen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nach dem EBM psychotherapeutische koordinative Betreuungs- und Beratungsleistungen auch zu familiären Auswirkungen sowie Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien abgerechnet werden können.

Gynäkologische Leistungen nach dem EBM umfassen unter anderem die Prävention, die Mutterschaftsvorsorge sowie die arztgruppenspezifisch-frauenärztlichen Leistungen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen können Gynäkologen auch Leistungen der Psychotherapie abrechnen. Im Rahmen von fallbezogenen Vernetzungsstrukturen kann im Einzelfall gegebenenfalls auch das Verweilen außerhalb der Praxis abgerechnet werden.

18. Wie viele stationäre/teilstationäre Eltern-Kind-Behandlungsplätze mit einem spezifischen Therapieangebot stehen in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung, und wie hoch wäre nach Ansicht der Bundesregierung der Bedarf an diesen Therapieplätzen (bitte, wenn möglich, nach Bundesländern gliedern)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine statistischen Daten vor.

19. Welche Möglichkeiten stehen nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung für die Finanzierung einer stationären und welche für die Finanzierung einer teilstationären Therapie eines peripartal (während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Wochenbett) psychisch erkrankten Elternteils und seines Säuglings/Kleinkindes, wobei das Kind ausdrücklich nicht als Begleitperson, sondern als Teil des Behandlungsauftrages anzusehen ist?

Welche Tagessätze sind über diese Finanzierungsmöglichkeiten maximal zu erzielen, und welche Leistungen müssen daraus gedeckt werden (bitte jeweils gesondert für Kinder unter drei Jahren und über drei Jahren ausweisen)?

Soweit einerseits die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind Bestandteil der Behandlung ist bzw. andererseits die Eltern-Kind-Dynamik ein wesentlicher Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt, enthält der OPS einschlägige Prozedurenkodes (9- 643: Mutter/Vater-Kind-Setting; 9-68: Eltern-Kind-Setting). In dem derzeit auf freiwilliger Grundlage angewendeten neuen leistungsorientierten Psych-Entgeltsystem wirken sich diese Codes auf die tagesbezogene krankenhausesindividuelle Vergütungshöhe aus. Im bisherigen Entgeltsystem geht der damit verbundene Aufwand im Wege der Mischkalkulation in die tagesgleichen Pflegesätze ein. Angesichts der hausindividuell zu vereinbarenden Höhe der Entgelte können keine generellen Aussagen zur maximalen Höhe der (leistungsorientierten) Tagessätze getroffen werden.

20. Welche Möglichkeiten stehen nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung, um auch den Aufenthalt des Kindes oder der Kinder im Krankenhaus zu finanzieren, wenn ein alleinerziehender Elternteil aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär behandelt wird?

Welche Finanzierung steht zur Verfügung, wenn aufgrund der psychischen Erkrankung eines das Kind versorgenden Elternteils ein Kleinkind in die Behandlung einbezogen werden muss, um bereits bestehende frühe Interaktionsstörungen im Sinne der Primärprävention zu behandeln?

Welche Tagessätze sind über diese Finanzierungsmöglichkeiten maximal zu erzielen, und welche Leistungen müssen daraus gedeckt werden (bitte jeweils gesondert für Kinder unter drei Jahren und über drei Jahren ausweisen)?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 14 und 19 verwiesen.

21. Welche Möglichkeiten stehen bei einem stationären Aufenthalt einer Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung, um auch den Aufenthalt des Kindes oder der Kinder zu finanzieren?

Welche Tagessätze sind über diese Finanzierungsmöglichkeiten maximal zu erzielen, und welche Leistungen müssen daraus gedeckt werden (bitte jeweils gesondert für den Bereich Kinder unter drei Jahren und über drei Jahren ausweisen)?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 14 und 19 verwiesen.

22. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Kinder/Jugendlichen unter 18 Jahren (gemessen an allen Kindern/Jugendlichen) mit suchtkranken Eltern, für die präventive Maßnahmen von der Krankenkasse oder dem Jugendamt finanziert werden?

Welche regelfinanzierten Leistungen mit Rechtsanspruch bestehen für diese Zielgruppe (NACOA-Maßnahme 1, www.nacoa.de/images/stories/pdfs/empfehlungen_Prozent20zur_Prozent20untersttzung_Prozent20von_Prozent20kindern_Prozent20aus_Prozent20suchtfamilien.pdf, S. 3)?

Für die präventiven Maßnahmen von Krankenkassen liegen der Bundesregierung keine aufgeschlüsselten Zahlen vor. Die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen stehen allen gesetzlich Krankenversicherten, die der Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich allen Eltern und deren Kindern mit entsprechendem Hilfebedarf zur Verfügung.

Auf der Grundlage der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik können zu der genannten Frage Angaben zu den von den Jugendämtern finanzierten Leistungen der Hilfen zur Erziehung gemacht werden. Über die Erhebung zu den Hilfen zur Erziehung im Rahmen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik wird auch nach den Gründen für die Hilfestellung pro begonnener Hilfe des jeweiligen Erhebungsjahres gefragt. Hierbei werden neun Gründe – sowie die Übernahme von einem anderen Jugendamt wegen eines Zuständigkeitswechsels unterschieden. Es können jeweils pro Fall bis zu drei Gründe angegeben werden. Dabei können Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern als ein Grund für eine Hilfe zur Erziehung angegeben werden. Hierunter versteht die amtliche Statistik psychische Erkrankungen der Eltern, Suchtverhalten oder auch eine geistige bzw. seelische Behinderung der Eltern.

Im Jahre 2015 sind 418 660 Hilfen zur Erziehung für Minderjährige sowie Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung gewährt worden. Hinzu kommen 57 648 neu gewährte familienorientierte Hilfen (insbesondere SPFH), die insbesondere auch Kinder und Jugendliche in den Familien erreichen. Bei diesen zusammengenommen 476 308 begonnenen Hilfen zur Erziehung wurde 2015 in 19,4 Prozent der Fälle der Grund „Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern“ angegeben. Das entspricht 90 844 Fällen. Bezogen auf die zum 31. Dezember 2015 in Deutschland erfassten 13,3 Millionen Minderjährigen entspricht das einem Anteil von 0,7 Prozent.

Im Hinblick auf Teil 2 der Frage wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

Handlungsbedarfe

23. Welche Probleme sowie Schnittstellenprobleme und welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung hinsichtlich der in Frage 10 genannten Leistungssysteme und -angebote, und welche Maßnahmen zur Lösung der Probleme hat sie hierzu ergriffen bzw. plant sie zu ergreifen?

Gemäß § 81 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII – Strukturelle Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen – haben die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zusammenzuarbeiten. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens sowie den Suchtberatungsstellen.

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für flächendeckende Strukturen und Netzwerke zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz, insbesondere in den Frühen Hilfen geschaffen. Die jeweiligen professionellen Perspektiven der unterschiedlichen Berufskulturen machen die Zusammenarbeit sinnvoll und können zu wichtigen Synergieeffekten führen. Der im Rahmen der Evaluation und Dokumentation der Bundesinitiative Frühe Hilfen erstellte Zwischenbericht des NZFH liefert Daten über die bisher erfolgte Vernetzung: 92,5 Prozent der befragten Kommunen mit einem Jugendamtsbezirk gaben an, dass Netzwerke im Kinderschutz und/oder in den Frühen Hilfen etabliert sind.

Der am 12. April 2017 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit den Jugendämtern schließen sollen, um die medizinische Versorgung bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung zu verbessern.

Um die Schnittstelle zwischen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und weitergehenden Hilfsangeboten für die betroffenen Kinder und ihre Familien andererseits zu verbessern, wurde mit dem Präventionsgesetz (PrävG) eine Regelung in § 26 SGB V eingeführt, wonach die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte im Bedarfsfall Informationen über regionale Unterstützungsangebote z. B. der Frühen Hilfen oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an die Familien geben. Auch wurden die Untersuchungen so weiterentwickelt, dass sie auch die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung umfassen. Wenn medizinisch notwendig, gehört dazu auch die Abgabe einer Präventionsempfehlung zur verhaltensbezogenen Prävention nach

§ 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.

Die Umsetzung der zu Frage 10 dargestellten Erweiterung des Anspruchs auf familienorientierte Rehabilitation muss abgewartet werden.

24. Welche Studien sind der Bundesregierung bekannt, die die in Frage 10a und 10b genannten Angebote und Projekte auf ihre Wirksamkeit und Übertragbarkeit auf andere Regionen bzw. Bundesländer hin überprüfen?

Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung in dieser Hinsicht?

Der Antwortbeitrag der Bundesregierung zu den Fragen 10a und 10b bezieht sich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die in allen Bundesländern regelfinanziert sind und deren Wirksamkeit Voraussetzung für die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV ist. Insofern ist für dieses Leistungssystem die Frage der Prüfung der Wirksamkeit und Übertragbarkeit auf andere Regionen bzw. Bundesländer nicht relevant und dementsprechende Studien liegen nicht vor.

Der Bundesregierung sind für den Bereich der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung keine Studien bekannt.

Die Umsetzung der zu Frage 10 dargestellten Erweiterung des Anspruchs auf familienorientierte Rehabilitation muss abgewartet werden.

25. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern unter drei Jahren und psychisch erkrankten Eltern im Rahmen der Frühen Hilfen, wenn das betreffende Kind die Altersgrenze von drei Jahren überschreitet, die psychische Erkrankung der Eltern/eines Elternteils aber nicht geheilt ist bzw. erneut ausbricht (s. Frage 16)?

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht der Leistungsanspruch für die versicherten Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern sowohl unterhalb als auch oberhalb der kindlichen Altersgrenze von drei Jahren. Die konkrete Ausgestaltung des Leistungsanspruchs obliegt der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Der am 12. April 2017 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) unterstreicht explizit, dass dabei kinder- und jugendspezifische Belange in besonderer Weise zu berücksichtigen sind.

Daneben wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

26. Welche Rückschlüsse und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des von ihr 2007 in Auftrag gegebenen „Bericht[s] über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht“ und die darin seit 2009 vorliegenden Hinweise auf den großen Mangel an Angeboten für Kinder chronisch such- und psychisch kranker Eltern sowie an entsprechenden kooperativen Angeboten?

Welche praktischen Maßnahmen hat sie seitdem ergriffen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/12860, insb. S. 39 bis 41)?

27. Welche Rückschlüsse zieht und welche praktischen Schritte ergreift die Bundesregierung als Reaktion auf die „Stellungnahme zum Thema ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘“ der KiKo des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 2013?

28. Hat die Bundesregierung Kenntnis vom „Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission ‚Hilfen für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern‘“ vom 16. Januar 2014?

Welche Rückschlüsse zieht sie aus dem dort detailliert dargelegten und „dringenden Handlungsbedarf auf der Bundesebene“ (Jutta Decarli et al.: Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission „Hilfen für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern“, Hannover, 16. Januar 2014, S. 3, www.afet-ev.de/aktuell/AFET_intern/PDF-intern/2014/01a.AntragFamilienausschuss.pdf)?

29. Hat die Bundesregierung Kenntnis von der „auf Wunsch der BerichterstatteInnen des Familien- und des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages“ eingeholten weiteren schriftlichen Stellungnahme, die AFET in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Albert Lenz, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, und Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Medical School Hamburg, verfasst hat und die im März 2015 die Bundesausschüsse erreicht hat (vgl. Sekler/Decarli 2016, S. 2)?

Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus der dort geforderten „notwendigen Verbesserung der Situation von Kindern und Familien mit psychisch erkrankten oder/und suchtkranken Eltern“?

30. Welche Rückschlüsse zieht und welche praktischen Schritte ergreift die Bundesregierung aus den von der BZgA im Jahr 2016 detailliert dargelegten Handlungsempfehlungen (s. BZgA 2016, S. 17 bis 22)?

Wegen des inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 26 bis 30 zusammen beantwortet.

Die Handlungsempfehlungen bieten eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote für die betroffenen Familien. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von kleinen Kindern steht diese Lebensphase dabei im Fokus.

Eine bessere Vernetzung handelnder Akteure ist ein erster Schritt, um die vorhandenen Hilfen der jeweiligen Systeme besser aufeinander abzustimmen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund notwendig, da die Unterstützungsbedarfe psychisch kranker Eltern nicht linear verlaufen, sondern Schwankungen ausgesetzt sind. Hilfsangebote müssen besser auf diese unterschiedlichen Bedarfe reagieren können. Hier ist eine bessere Durchlässigkeit zwischen den ambulanten, niederschwelligen bis hin zu stationären, hochschwelligen Angeboten zu erreichen.

Aus Sicht der Frühen Hilfen muss die Kooperation zwischen den Netzwerken Frühe Hilfen und den psychiatrischen Angeboten weiter ausgebaut werden. Insbesondere die Vernetzung mit den Berufsgruppen, die die Versorgung der psychisch kranken Eltern gewährleisten, ist nach Erkenntnissen aus der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen ausbaufähig. Sowohl die ambulanten als auch die stationären Versorgungseinrichtungen sind nicht ausreichend in die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden. Ein erster Schritt, die Akteure aus den Netzwerken Frühe Hilfen und die Akteure aus den psychiatrischen Versorgungssystemen ins Gespräch zu bringen, war die Fachtagung des NZFH Anfang des Jahres 2017.

Darüber hinaus braucht es aber auch systematische Ansätze, um die Vernetzung auf struktureller Ebene zu sichern. Hier sind die Interprofessionellen Qualitätszirkel ein gelungenes Modell, das innerhalb der Bundesinitiative Frühe Hilfen erprobt wurde. Die Qualitätszirkel vernetzen die niedergelassene Ärzteschaft mit den Akteuren der Frühen Hilfen. Sie ermöglichen einen qualifizierten Austausch

anhand anonymisierter Fallbesprechungen, die der Entwicklung von gemeinsamen Handlungslogiken für die Begleitung von Familien in Belastungslagen im Einzelfall dienen. Diese Systematik kann auch ein Modell für die Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Bereich sein.

Im Rahmen seiner Zuständigkeit und Möglichkeiten trägt der Bundesgesetzgeber dazu bei, die Zusammenarbeit der Hilfesysteme weiter zu verbessern. Mit dem Präventionsgesetz wurde insbesondere die Gesundheitsförderung in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen gestärkt. Die Träger der mit dem Präventionsgesetz geschaffenen Nationalen Präventionskonferenz haben sich in den ersten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen am 19. Februar 2016 auf das gemeinsam zu verfolgende Ziel „Gesund aufwachsen“ verständigt. Die Krankenkassen haben in der Lebenswelt Kommune die Zielgruppe der werdenden, jungen Familien und der Alleinerziehenden als eine Zielgruppe definiert, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben können, unter anderem, weil diese höheren Belastungen ausgesetzt sein können.

Mit dem Präventionsgesetz wurde auch der Rahmen dafür geschaffen, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen sowohl der Kinder als auch der Erwachsenen verstärkt individuelle Risiken und Belastungen, z. B. auch psychosoziale Belastungen der Familien in den Blick nehmen und bei erkennbarem Unterstützungsbedarf die Familien auf regionale Hilfsangebote hinweisen oder auch eine „Präventionsempfehlung“ abgeben (vgl. Antwort zu Frage 10).

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ wurde die neue Versorgungsform der stationsäquivalenten Behandlung eingeführt. Damit können akut stationär behandlungsbedürftige Eltern zukünftig im häuslichen Umfeld versorgt werden. Ein bislang bei stationärer Behandlung drohender Bruch in der Eltern-Kind-Beziehung kann so vermieden und die familiären psychosozialen Aspekte können besser in die Behandlung des erkrankten Elternteils integriert werden.

Der am 12. April 2017 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG) sieht zudem vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit den Jugendämtern schließen sollen, um die medizinische Versorgung bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung zu verbessern.

Im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes „Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“, das von der Aktion psychisch Kranker (APK) durchgeführt wird, werden auch die Schnittstellen des Gesundheitswesens zu den Bereichen Erziehung, Schule und Jugendhilfe in den Blick genommen.

Das BMG wird die Wirkungen dieser Initiativen und Maßnahmen beobachten und bewerten.

Zur Überprüfung des Status Quo und aus der Erkenntnis, dass eine weitere Verbesserung der Situation insbesondere von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern nur durch eine gemeinsame Anstrengung einer Vielzahl von Akteuren möglich ist, hat die Drogenbeauftragte das Thema „Kinder aus suchtblasteten Familien“ 2017 zu ihrem Jahresschwerpunkt gemacht.

Seit dem 13. Kinder- und Jugendbericht wurden seitens der Bundesregierung zudem u. a. folgende Vorhaben und Projekte im Bereich Kinder aus suchtbelasteten Familien gefördert:

- Die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen herausgegebenen Materialien „Mia, Mats und Moritz“ für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren sowie für Multiplikatoren.
- Das Projekt „Kidkit Network bundesweit“ basiert auf den Erfahrungen eines Datenbank-Projekts in Nordrhein-Westfalen, das Angebote für Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern sowie aus Familien mit häuslicher Gewalt gesammelt hat. Die Drogenhilfe Köln wird gemeinsam mit der Katho Köln (Evaluation) für die bundesweite Datenbank zu Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien entsprechende Leistungen und Hilfen sammeln und online zur Verfügung stellen. Das Ziel ist, aus jedem Stadt- und Landkreis mindestens eine geeignete Anlaufstelle benennen zu können. Das Projekt wird im Juli 2018 abgeschlossen sein.
- Das Präventionsprogramm „Trampolin“ – ein Gruppenprogramm für Kinder aus suchtbelasteten Familien – wurde von 2008 bis Ende 2012 gefördert. Seit Mai 2013 ist das im Rahmen des Modellprojekts entwickelte und wissenschaftlich evaluierte Manual zum Präventionsprogramm „Trampolin“ erhältlich. Damit liegt ein standardisiertes, qualitativ hochwertiges und evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor, das eine hohe Akzeptanz genießt, eine positive Wirkung auf teilnehmende Kinder hat und aufgrund seiner modularen Struktur vielfältig einsetzbar ist. Die gesetzlichen Krankenkassen haben „Trampolin“ als Präventionsangebot zertifiziert; eine Teilnahme an einem Trampolinkurs wird aus Präventionsmitteln gefördert. Weitere Informationen siehe: www.projekt-trampolin.de.
- Mit dem Projekt „Trampolin II“ wird eine Nachbefragung der ehemaligen Teilnehmenden an den Kursen im Rahmen des Modellprojekts gefördert, um Informationen über die Langzeiteffekte des Programms zu erhalten. Erste Ergebnisse von „Trampolin II“ sollen auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten im Juni 2017 vorgestellt werden.
- Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte das Robert Koch-Institut eine Analyse vorhandener bevölkerungsbezogener Datenquellen für Aussagen zur Zahl von 0- bis 17-jährigen Kindern aus alkoholbelasteten Familien in Deutschland (November 2015 bis März 2016).
- Um mehr über die Situation von drogenkonsumierenden Vätern zu erfahren, wurde das Projekt „Problematischer Substanzkonsum und Vaterschaft“ gefördert. Die Ergebnisse des gemeinsam von Belladonna Essen und dem ZIS Hamburg durchgeführten Projekts zeigen, dass Väter mit problematischem Drogenkonsum in ihrer Vaterrolle bisher unzureichend erreicht und angesprochen werden; eine Unterstützung aber sowohl im Hinblick auf eine Abstinenz oder Reduzierung des Drogenkonsums als auch der Ausübung der Vaterrolle möglich ist und positive Effekte hat. Mit einer adäquaten Unterstützung könnten auch mögliche schädliche Entwicklungen der Kinder minimiert werden. Der Abschlussbericht wird in Kürze vorliegen.
- Mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung eines internetbasierten Schulungsmodul für Fachkräfte, die mit gesundheitlich belasteten Eltern arbeiten: Beispiel Suchthilfe“, das von der Universität Ulm bis Ende 2017 durchgeführt

wird, soll die Kompetenz von Fachkräften v. a. im Suchthilfesystem (Einschätzung der Bedarfe der Kinder, Stärkung der Elternkompetenzen) gefördert werden.

- Ende 2014 startete ein Projekt der katholischen Hochschule Köln zur Dokumentation und Diagnostik von Crystal konsumierenden Eltern und ihren Kindern in Schwerpunktberatungsstellen in Sachsen. Außerdem wurde die Arbeit der Projekte mit Kindern qualitativ evaluiert. Ziel ist es, Konsequenzen für Jugendhilfemaßnahmen, kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen sowie suchtherapeutische Maßnahmen abzuleiten.
- Bis Ende 2018 fördert das BMG darauf aufbauend die Entwicklung eines Gruppenprogramms für methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren in stationären Entzugseinrichtungen durch die KatHO Köln.

31. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, und welche weiteren sind derzeit in Planung, um die zehn „Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien“ umzusetzen bzw. zu unterstützen (beschlossen auf der zweitägigen Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“, 4. bis 5. Dezember 2003 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin)?

Welche der bereits vollzogenen und welche der geplanten Maßnahmen sind bzw. werden evaluiert, und welche Ergebnisse liegen dazu bereits vor (bitte hierbei besonders eingehen auf das dabei beschlossene dritte „Ziel [...], betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten“)?

In der Dokumentation der Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und Kinder leiden“ weist die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung darauf hin, dass Politik die Rahmenbedingungen beeinflussen kann, um Suchtentwicklungen möglichst zu vermeiden. Explizit wird auf den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ verwiesen, der inzwischen von der 2012 verabschiedeten Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik abgelöst wurde. Detaillierte Darstellungen der Maßnahmen zur Umsetzung der in den beiden Dokumenten genannten Ziele sind den Drogen- und Suchtberichten seit 2003 zu entnehmen.

Darüber hinaus wird auf die Antwort zu Frage 26 verwiesen.

32. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, bzw. welche sind derzeit in Planung, um das am 19. Mai 2015 vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de beschlossene Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ zu erreichen?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung insbesondere ergriffen, bzw. welche sind derzeit in Planung, um das aus dem übergeordneten Ziel „Alkoholkonsum reduzieren“ abgeleitete Ziel Nr. 13 „Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“ umzusetzen?

Das Ziel Nr. 13 wendet sich an eine Vielzahl von Akteuren im Bereich des Gesundheitssystems auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Bereits in der Einleitung dieses Gesundheitsziels wird darauf hingewiesen, dass die „Schaffung eines hohen Problembewusstseins für die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in allen gesellschaftlichen

Gruppen in Deutschland die entscheidende Voraussetzung dafür (ist), das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ nachhaltig wirksam umzusetzen. Alkoholprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und der Selbstverwaltung, weiterer gesellschaftlicher Interessengruppen wie zum Beispiel Arbeitgebern, Gewerkschaften, Verbänden und Einrichtungen der Suchtprävention und -behandlung. Zur Erreichung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ ist die Bereitschaft dieser Akteure zur Zusammenarbeit notwendige Voraussetzung. Auch ist es notwendig, ein Problembewusstsein für die Risiken von Alkoholkonsum in der Bevölkerung insgesamt zu schaffen und einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern. Insbesondere müssen Personen, die im sozialen Nahraum (Erziehungs-)Verantwortung tragen, wie bspw. die Eltern, Großeltern, Freunde der Familie und weitere Kontaktpersonen ihrer besonderen Aufgabe bewusst sein und dieser gerecht werden. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Alkoholprävention zu einer in diesem Sinne gut „informierten Gesellschaft“ ist die aufmerksamkeitsstarke, umfassende und kontinuierliche Information der Bevölkerung über einen risikoarmen Konsum von Alkohol. Eine so gestaltete Informationsvermittlung ist auch mit dem Ziel verbunden, das Thema „Alkoholprävention“ auf der politischen Agenda zu halten und zum Gegenstand politischen Handelns zu machen.

Hierzu hat die Bundesregierung eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen, Studien und Modellprojekten (s. dazu auch die Antwort zu Frage 26) sowie Präventionskampagnen wie „Alkohol? Kenn dein Limit!“ auf den Weg gebracht bzw. unterstützt.

33. In welcher Weise hat die Bundesregierung darauf hingewirkt, „dass alle deutschen Bundesländer die Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien zum Gesundheitsziel erklären, so wie dies z. B. bereits jetzt im Freistaat Thüringen der Fall ist“ (NACOA, Maßnahme 7, www.nacoa.de/images/stories/pdfs/empfehlungen_Prozent20zur_Prozent20unterstuetzung_Prozent20von_Prozent20kindern_Prozent20aus_Prozent20suchtfamilien.pdf, S. 7)?

Welche Bundesländer haben nach Kenntnis der Bundesregierung das Ziel „Kinder aus suchtkranken Familien werden besonders gefördert“ zu einem ihrer besonderen Gesundheitsziele erklärt?

Welche von ihnen haben bereits praktische Maßnahmen ergriffen, um dieses Ziel zu erreichen?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 26 ausgeführt, wurde in den ersten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen das gemeinsam zu verfolgende Ziel „Gesund aufwachsen“ vereinbart. Inwieweit die jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen zu den Gesundheitszielen diese Vereinbarung aufgreifen und im Sinne der Fragestellung konkretisieren, liegt in der Verantwortung und eigenen Zuständigkeit der Beteiligten in den Bundesländern. Soweit der Bundesregierung bekannt, hat bislang lediglich Thüringen in den Landesrahmenvereinbarungen zu den Gesundheitszielen die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien explizit aufgegriffen.

34. Ist der Bundesregierung bekannt, warum die Partner der Selbstverwaltung seit 2013 die Freigabe der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Kinderschutz blockieren, obwohl das zusätzliche unbewertete Zusatzentgelt dringend erforderlich ist, um Verdachtsfälle auf Misshandlung oder Vernachlässigung medizinisch und sozial abzuklären und somit zum Schutz und zum gesunden Aufwachsen von Kindern beizutragen?

Der OPS wird jährlich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegeben und vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Seit dem Jahr 2013 enthält der OPS-Katalog den Code „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ (1-945), der differenziert für die Diagnostik ohne weitere Maßnahmen bzw. die Diagnostik mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz zu kodieren ist. Ob und inwieweit Codes des OPS-Katalogs für leistungsorientierte Entgelte genutzt werden können, ist als Bestandteil der Weiterentwicklung des Entgeltsystems von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) zu vereinbaren. Nach Auskunft der Vertragsparteien auf Bundesebene haben die bisherigen Analysen im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems eine uneinheitliche Kodierungs- und Kostensituation gezeigt. Im Ergebnis sei die Kalkulation eines Zusatzentgelts aufgrund der unzureichenden Fallzahlen und Kostendaten bisher nicht möglich gewesen.

35. Welche Schritte plant die Bundesregierung zur Umsetzung der im Drogenbericht der Bundesregierung 2016 festgestellten Notwendigkeit einer Regelfinanzierung flächendeckender Hilfen für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren aus suchtbelasteten Familien?

Die Aussage „Zudem ist eine flächendeckende Hilfe im Rahmen einer Regelfinanzierung notwendig, sodass nicht nur einzelne Projekte finanziell unterstützt werden“ (DSB 2016, S. 118), zielt auf eine verstärkte Nutzung bestehender sozialrechtlicher Leistungsnormen, die sowohl auf dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (z. B. Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff.) als auch auf dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung) basieren können. Auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 19. Juni 2017 werden diese und weitere Möglichkeiten einer flächendeckenden Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien vorgestellt und diskutiert werden.

36. Was konkret plant die Drogenbeauftragte der Bundesregierung innerhalb des von ihr ausgerufenen Jahresschwerpunktes „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ zu tun für die Verbesserung der Versorgung und die finanzielle Absicherung von präventiven Hilfeprojekten wie z. B. langfristig angelegten Spiel- und Gesprächsgruppen?

Ziel der Drogenbeauftragten ist es, Politik, Fachwelt und Öffentlichkeit mit der Auswahl ihres Jahresschwerpunktes auf die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien hinzuweisen und für die besonderen, damit verbundenen Herausforderungen zu sensibilisieren. In diesem Zusammenhang soll es gelingen, mit verschiedenen Instrumenten den Zugang zur Hilfe zu senken, die Kooperation zwischen den erforderlichen Akteuren vor Ort zu stärken und die Finanzierungssituation der Präventions- und Unterstützungsangebote durch die jeweiligen Kostenträger zu verbessern. Diese Themen werden auch im Zentrum der Jahrestagung am 19. Juni 2017 stehen, auf der eine Vielzahl von Akteuren auf Einladung der

Drogenbeauftragten ihre Beiträge zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien vorstellen werden.

37. Wie steht die Bundesregierung zur jüngst von der britischen Gesundheitsministerin bekundeten Notwendigkeit zur Erarbeitung einer nationalen Strategie für Kinder aus alkoholkranken Familien?

Wie beurteilt sie die in diesem Zusammenhang von einer überparteilichen Arbeitsgruppe von Abgeordneten aus Alkoholikerfamilien vorgelegten Eckpunkte („A Manifesto for Change“, <http://liambyrne.co.uk/wp-content/uploads/2017/02/Children-of-Alcoholics-A-Manifesto-for-Change-pages.pdf>) in Bezug auf die Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien in Deutschland?

Das Manifest ist der Bundesregierung bekannt und wird u. a. auch im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Vorschläge vor dem Hintergrund der bestehenden Unterschiede zwischen den Leistungssystemen geprüft werden.

Die Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien in Deutschland und Großbritannien ist – insbesondere aufgrund der Unterschiede in den Hilfesystemen – nicht ohne weiteres vergleichbar. Dennoch teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die Lage dieser Kinder, ihrer Eltern und Angehörigen mehr Aufmerksamkeit in der Gesellschaft benötigt, um entscheidende Verbesserungen erreichen zu können. Genau hierauf zielt der diesjährige Jahresschwerpunkt der Drogenbeauftragten.

