

Hipp, Michael / Schatte, Dirk und Altrogge, Birgit

**Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt im Kreis Mettmann:  
Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 9, S. 716-730*

urn:nbn:de:bsz-psydok-50536

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt im Kreis Mettmann: Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Michael Hipp, Dirk Schatte und Birgit Altrogge

## Summary

*A Cooperative Project in the District of Mettmann: Preventive Assistance for Mentally Ill Parents and Their Children*

Mentally ill parents are impaired in their ability to care for their children. To support the affected families from the perspective of the parents and the children alike a close cooperation between the institutions of psychiatry and child-welfare is of utmost importance. In the district of Mettmann a cooperation agreement was concluded to realize a cross-system concept to care for the families with mentally ill parents. To prevent children from developing psychiatric disorders the taboo of the psychiatric diseases has to be overcome, an early diagnostic clarification to be reached, and multiinstitutional help to be implemented. In the article the experience in dealing with the affected families in a multidisciplinary context is described.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 716-730*

## Keywords

mentally ill parents – prevention of infantile developmental disorders – multiinstitutional cooperation

## Zusammenfassung

Psychisch kranke Eltern sind in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Da in der Regel auch das Erziehungsverhalten betroffen ist, sind ihre Kinder besonderen Belastungen und Gefährdungen ausgesetzt. Um die betroffenen Familien ganzheitlich, d. h. aus der Eltern- und aus der Kinderperspektive wahrnehmen und unterstützen zu können, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe unabdingbar. Die Kommunikation beider hoch spezialisierten Systeme wird jedoch durch Informationsdefizite, Abgrenzungsbedürfnisse, unterschiedliche Denk- und Handlungsmuster sowie unrealistische Erwartungshaltungen erschwert. Im südlichen Kreisgebiet Mettmann wird im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ein integratives systemübergreifendes Konzept zur Versorgung von Familien mit psychisch kranken Eltern umgesetzt. Zur Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen werden die frühe Enttabuisierung der psychischen Erkrankung mit entsprechender Diagnosestellung und die bedarfsgerechte multiinstitutionelle Hilfeerbringung nach dem Modulprinzip angestrebt. In diesem Artikel werden die Erfahrungen im Umgang mit den betroffenen Familien im multidisziplinären Kontext dargestellt.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 716 – 730 (2010), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

## Schlagwörter

psychisch kranke Eltern – Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen – multiinstitutionelle Kooperation

## 1 Hintergründe

Psychische Erkrankungen der Eltern haben tiefgreifende Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem (Lenz, 2005; Mattejat, 2002, 2008). Sie bewirken bei den betroffenen Eltern eine Vulnerabilität und Irritierbarkeit gegenüber psychosozialen Stressfaktoren. In Überforderungssituationen führen Angst und Schamgefühle zu einer Beeinträchtigung von Selbstkontrolle, Realitätsprüfung und Beziehungsgestaltung. Ihre Kinder wachsen in einer Atmosphäre der Instabilität, Unberechenbarkeit und Strukturschwäche auf. Sie erleben ihre Eltern in unterschiedlichen Identitäten mit unterschiedlichen Verhaltensdispositionen, so dass sie keine verlässliche kausale Korrelation zwischen ihren Handlungen und den darauf folgenden Reaktionen der Eltern erkennen können. Sie werden in ihren Bedürfnissen nicht ausreichend wahrgenommen und nur unzureichend versorgt und geschützt. Angst und Desorientierung führen zu einem emotionalen Rückzug und einer Hemmung des Explorationssystems, so dass Kompetenzerwerb und Autonomieentwicklung eingeschränkt werden (Deneke u. Lucas, 2008).

Um die betroffenen Familien ganzheitlich wahrnehmen und unterstützen zu können, müssen die Interessen und Bedürfnisse der Eltern und der Kinder gleichrangig berücksichtigt werden. Voraussetzung hierfür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe (Lenz, 2008, 2010). Die multiinstitutionelle Kommunikation wird durch die Tabuisierung psychischer Erkrankungen, die hohe Komplexität der anzutreffenden Problemkonstellationen und die große Differenzierung bzw. Spezialisierung der beteiligten Helfersysteme erschwert. Die unüberschaubare Zahl unterschiedlicher Kostenträger, Leistungserbringer und Professionen führt zu einem unübersichtlichen Perspektiven- und Verantwortungsppluralismus mit aufwändigen Abgrenzungserfordernissen. Die praktische Fallarbeit wird zusätzlich durch die doppelte Dialektik von Hilfe und Kontrolle sowie Elternrecht und Kindeswohl polarisiert. Die daraus entstehenden interinstitutionellen Konflikte und Abstimmungsprobleme drohen die innerfamiliären Desintegrationstendenzen abzubilden und zu verstärken.

## 2 Kooperationsvereinbarung

Seit Oktober 2006 wird im südlichen Kreisgebiet Mettmann im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ein integratives systemübergreifendes Konzept zur Versorgung von Familien mit psychisch kranken Eltern umgesetzt. Zentrale Anliegen sind

die Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen und ein wirkungsvoller Kinderschutz bei gleichzeitiger Berücksichtigung der elterlichen Interessen und Unterstützungsbedürfnisse.

Beteiligt sind alle Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Erwachsenenpsychiatrie, die in den Städten Hilden, Langenfeld und Monheim auf der ambulanten Ebene tätig sind wie z. B.

- Jugendämter
- Träger der sozialpädagogischen und flexiblen Familienhilfen
- Projekt Mo.Ki Monheim für Kinder
- Früherfassung des Kreises Mettmann
- Förderkreis KIPKEL e.V. Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern
- Sozialpsychiatrisches Zentrum (Verbund für psychosoziale Dienstleistungen) mit dem ambulanten Betreuten Wohnen und tagesstrukturierenden Angeboten für erwachsene psychisch kranke Menschen
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Mettmann

### 3 Belastungen der institutionsübergreifenden Kooperation

Um gefährdende Einflüsse auf die frühkindliche Entwicklung rechtzeitig erkennen und beheben zu können, ist eine möglichst frühzeitige Wahrnehmung der psychischen Auffälligkeiten der Eltern mit der entsprechenden Einschätzung der Auswirkung auf die Erziehungskompetenz von überragender Bedeutung. Eine sachbezogene und zeitgerechte Annäherung an diese Problematik wird jedoch von einer doppelten Tabuisierung und den dahinter verborgenen Vorurteilsstrukturen und Wissensdefiziten behindert. Die betroffenen Eltern fürchten, nach der Diagnose einer psychischen Krankheit stigmatisiert, ausgegrenzt und in ihrer Unabhängigkeit eingeschränkt zu werden. Die Mitarbeiter/innen der Kinder- und Jugendhilfe haben häufig unzureichende Kenntnisse über psychische Störungen. Sie wollen eine leichtfertige Stigmatisierung der von ihnen betreuten Eltern mit der damit einhergehenden Kränkung und Kontaktgefährdung vermeiden. Dadurch wird die Thematisierung und Diagnosesicherung der psychischen Erkrankungen erheblich verzögert. Die Therapeuten und professionellen Betreuer in der Erwachsenenpsychiatrie nehmen die von ihnen versorgten Patienten/innen in ihrer Elternrolle nur unzureichend wahr. Manchmal funktionalisieren sie die Kinder zur Sinnstiftung, Therapiemotivation oder praktischen Hilfe für die Eltern, ohne die Entwicklungsrisiken für die Kinder richtig abschätzen zu können (Schone u. Wagenblass, 2001). Wie auch die Eltern nehmen sie das Jugendamt ausschließlich in seiner Wächter- und nicht in seiner Dienstleistungsfunktion wahr, so dass sie ihre Patienten/innen in einer falsch verstandenen Parteilichkeit vor dem Jugendamt schützen zu müssen glauben. Durch die Tabuisierung der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkung auf die Erziehungskompetenz entstehen Verzögerungen bei der Diagnosestellung, der Er-

mittlung des gesamtfamiliären Unterstützungsbedarfs und der wirkungsvollen Hilfeerbringung. Mit der Fortdauer der Interaktionsstörung zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen steigt das Risiko der Entwicklung einer schweren Bindungsstörung, die später auch durch aufwendige Fördermaßnahmen nur noch unvollständig überwunden werden kann.

## 4 Konzeptionelle Grundlagen

Um die vorgeschriebenen Hindernisse im multiinstitutionellen Umgang mit den betroffenen Familien zu überwinden, werden die Zugangsvoraussetzungen zum Kooperationsprojekt niederschwellig gestaltet. Es wird ein Ausgleich zwischen strukturierender, allgemein verbindlicher Standardisierung und erforderlicher Individualisierung angestrebt. Besonders die bei psychisch kranken Menschen regelhaft anzutreffenden Rückzugs- und Vermeidungstendenzen erfordern eine aktiv aufsuchende, Sicherheit und Vertrauen vermittelnde Beziehungsgestaltung.

### 4.1 Diagnostik

Nach der Kontaktaufnahme mit den betroffenen Eltern liegt der Fokus auf einer frühen Diagnosestellung und der Analyse der psychosozialen Funktionsfähigkeit einschließlich der Auswirkung auf die Eltern-Kind-Interaktion. Dabei tritt die medizinische Diagnose in ihrer Bedeutung hinter dem Ausprägungsgrad der psychischen Störung, der Krankheitseinsicht und der Hilfeakzeptanz zurück. Ein in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammengestellter Kriterienkatalog ermöglicht als Checkliste die kurzfristige und umfassende Überprüfung der Psychopathologie der Eltern auf ihre Erziehungsrelevanz und die Einschätzung der damit verbundenen Kindeswohlgefährdung.

### 4.2 Multidimensionaler Hilfebedarf

Meist bestehen Multiproblemmkonstellationen. Die Familien werden belastet durch Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung, Kooperationsprobleme mit den Behörden, Konflikte mit dem sozialen Umfeld, Verwahrlosung oder Gefährdung der Wohnung, heftigen Trennungs- oder Scheidungsauseinandersetzungen und nicht zuletzt Erziehungsproblemen. Angesichts der multidimensionalen Überforderungen der Eltern müssen die Hilfen entsprechend multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein. Sie dürfen sich nicht nur an der Aktivierung bestehender Ressourcen orientieren, sondern sollen auch langfristig kompensierend d. h. Struktur und Schutz bietend gestaltet werden. Ein stabiler, verlässlicher Versorgungsrahmen reduziert die Gefühle von Angst und Hilflosigkeit und bildet daher die Voraussetzung dafür, dass die Eltern ihre Aufmerksamkeit dem Kind zuwenden und sich für pädagogische

Anregungen öffnen können. Die Anerkennung ihrer Versorgungsansprüche begünstigt das Infragestellen ihrer Opferrolle und verstärkt die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung.

#### 4.3 Flexible Anpassung der Hilfeleistungen

Die Veränderungsdynamik der psychischen Erkrankung mit teilweise schneller Abfolge von stabilen Phasen und akuten Krisen bedingt große Schwankungen im psychosozialen Funktionsniveau und damit auch in der Erziehungsfähigkeit der Eltern. Sozialpädagogische Fertigprodukte mit einem fixierten Hilfeangebot führen daher entweder zu einer Überversorgung im Sinne einer fürsorglichen Belagerung mit Stärkung der Abhängigkeitstendenzen oder zu einer Unterversorgung mit entsprechender Gefährdung des Kindes. Im Projekt werden daher flexible, am aktuellen Bedarf orientierte Hilfeangebote formuliert, was am ehesten durch die Zuordnung von variabel einsetzbaren Kontingenten an Fachleistungsstunden realisiert werden kann.

#### 4.4 Videogestützte Förderung der Mutter-Kind-Interaktion

Traumatisierungen führen bei den betroffenen Menschen zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung des Selbstbildes. So zeigen betroffene Mütter nach der Geburt ihres Kindes Einschränkungen in Feinfühligkeit und intuitivem Fürsorgeverhalten. Sie glauben, keine gute Mutter sein zu können, von ihrem Kind nicht geliebt zu werden, ihr Kind nicht verstehen zu können und ohnmächtig den Initiativen des Säuglings ausgeliefert zu sein. Sie können die Signale des Kindes nicht deuten oder nicht ausreichend von den eigenen Bedürfnissen abgrenzen. Auf das Bindungsverhalten des Kindes reagieren sie mit Angst, Gefühlen der Hilflosigkeit, Distanzierung oder aggressiver Abwehr. Sie können die Funktion der sicheren Basis nicht gewährleisten und somit das Kind nicht beruhigen oder extern regulieren. Sozialpädagogische Anregungen oder modellhafte Demonstrationen im Rahmen der konventionellen Familienhilfe werden von diesen Müttern aufgrund ihrer hohen Affektspannung und Irritierbarkeit nicht verstanden, nicht angenommen oder nicht umgesetzt. In diesen Fällen besteht im Projekt das Angebot, mit dem Marte Meo-Verfahren oder dem Video-Home-Training eine videogestützte Analyse der Mutter-Kind-Interaktion vorzunehmen (vgl. Aarts, 2008; Bündler u. Sirringhaus-Bündler, 2008).

#### 4.5 Langzeitperspektive der Hilfeerbringung

Bei psychisch kranken Menschen entstehen in der Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt häufig extreme Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Wut. Besonders traumatisierte Eltern werden immer wieder an schmerzhaft Ereignisse der Vergangenheit erinnert und geraten in Zustände, die von emotionalem Rückzug oder Verlust von Selbstkontrolle gekennzeichnet sind. Dadurch werden ihre Fähig-

keiten, die Umwelt in einer Erlebniskontinuität wahrzunehmen, neue Erfahrungen in einen Kontext einzuordnen und verlässlich bei Bedarf abzurufen, beeinträchtigt. Lernprozesse, die das Erziehungsverhalten betreffen, werden verlangsamt oder gar blockiert. Dies betrifft besonders die Anpassungsfähigkeit gegenüber dem schnellen Entwicklungstempo der Kinder im frühen Lebensalter. Dieser Erkenntnis wird im Projekt dadurch Rechnung getragen, dass im Sinne einer Langzeitperspektive von einer primär unbefristeten Hilfeerbringung ausgegangen wird.

Die Akzeptanz langfristiger Hilfen ist vom Erfolg der Beziehungsgestaltung mit dem psychisch kranken Elternteil abhängig. Diese wird belastet durch eine misstrauische Grundhaltung der betroffenen Eltern nach schmerzhaften Erfahrungen in der Vorgeschichte wie z. B. Beziehungsabbrüche, Bevormundung, Missbrauch und Gewalt. Nicht selten wird in dem Hilfeangebot gleichzeitig auch Kontrolle und bedrohliche Autonomieeinschränkung wahrgenommen. Die daraus abzuleitende Ambivalenz aktiviert Vermeidungs- und Rückzugsimpulse und kommt schließlich in einer stark beeinträchtigten Absprachefähigkeit zum Ausdruck, die zu einer grundsätzlichen Gefährdung des Arbeitsbündnisses führen kann. Personelle Kontinuität mit langfristigem Vertrauensaufbau ist daher die Basis der Kontaktgestaltung im Kooperationsprojekt (Schone u. Wagenblass, 2002). Ein transparentes Case Management soll die Vielzahl der Hilfen koordinieren und integrieren.

#### 4.6 Prävention durch Aufklärung und Partizipation

Das Tabu der psychischen Erkrankung betrifft auch die Kommunikation innerhalb der Familie. Jedes Sprechen über das „Familiengeheimnis“ bedeutet „Verrat“ am kranken Elternteil. Auch ältere Kinder erhalten daher keine Informationen über die psychische Störung ihrer Eltern. Sie werden mit elterlichem Verhalten konfrontiert, das sie weder verstehen noch emotional verarbeiten können. Sie reagieren mit Desorientierung und Angst. Da sich besonders Kleinkinder im Rahmen ihres magischen Weltverständnisses noch nicht getrennt von ihren Eltern wahrnehmen können, fühlen sie sich verantwortlich und entwickeln Schuldgefühle. Kinder in einem Alter von über fünf Jahren erhalten in enger Abstimmung mit den Eltern altersgerechte Informationen über das elterliche Krankheitsbild (Lenz, 2010). Im Rahmen eines spezifisch entwickelten Präventionsprogramms wird daneben auch die Selbstkenntnis des Kindes gestärkt, so dass es sich als eigenständig wahrnehmen, besser von den Problemen der Eltern abgrenzen und in einen eigenen sozialen Kontext begeben kann. Das Kind wird dann nachfolgend bewusst in den Behandlungs- und Hilfeprozess der Eltern einbezogen.

#### 4.7 Perspektivenpluralismus, Konfliktmanagement und Integration

Die unterschiedlichen Perspektiven der multiprofessionellen Helfersysteme können zu Spannungen an den institutionellen Schnittstellen führen. Das Prinzip der Leistungsergänzung droht dann durch Konkurrenzaspekte überlagert zu werden. Hinzu treten

spezifische Kontakteigentümlichkeiten von traumatisierten Eltern, die Spaltungsprozesse innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems begünstigen. Um diesen Desintegrationstendenzen entgegen zu wirken, ist eine klare Verantwortungs- und Rollenzuordnung notwendig. Regelmäßige Treffen der beteiligten Helfer und eine ergänzende Krisen- und Konfliktmoderation tragen zu einer gegenseitigen Verständigung bei. Institutionsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen vergrößern das Wissen über familiendynamische Zusammenhänge, ermöglichen Einblicke in die Arbeitswelt des Kooperationspartners und stärken die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel.

## 5 Zugangswege

Das Kooperationsprojekt versteht sich als Anlaufstelle für Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen, ihre Familienangehörigen und alle Einzelpersonen und Institutionen, die mit den betroffenen Familien in Kontakt treten und eine spezifische Beratung benötigen. Im Vordergrund stehen die Kliniken mit gynäkologischen, pädiatrischen oder psychiatrischen Abteilungen oder Fachambulanzen sowie niedergelassene Frauenärzte, Kinderärzte und Psychiater. Daneben bestehen Kontakte zu Ordnungs- und Sozialämtern, der Arbeitsgemeinschaft Mettmann-aktiv und der Polizei. Diese dezentrale Zugangsorganisation schafft eine Vielzahl unterschiedlicher, ortsnaher Hilfszugänge. Die zuerst kontaktierte Institution übernimmt zunächst die Federführung und leitet, soweit erforderlich, an andere Institutionen über. Zentrales Anliegen ist dabei, dass eine Hilfeplanung zusammen mit den Klienten und abgestimmt mit den sonst in dem Fall involvierten Helfern erfolgt. Um diese Handlungsketten abzusichern, wurden zwischen den Kooperationspartnern dezidierte Prozessstandards entwickelt, die im Rahmen einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung immer wieder überprüft und fortgeschrieben werden.

## 6 Handlungsleitlinien

Für die unterschiedlichen Prozessstadien wurden handlungsleitende Grundsätze formuliert und entsprechende Verantwortlichkeiten klar definiert. Im Kooperationsnetzwerk werden drei zentrale Prozessphasen unterschieden: „Kontaktaufnahme und Diagnostik“, „Hilfeplanung und Vernetzung“ und „Alarmsystem und Konfliktmanagement“.

### 6.1 Phase „Kontaktaufnahme und Diagnostik“

Vier Handlungsgrundsätze sind nach der Auswertung der Praxiserfahrungen zentral für den Einstieg in die Entwicklung einer gelingenden Hilfe im multiprofessionellen Setting:

- Klarheit über die eigene Rolle, die Ziele und die Handlungskonsequenzen
- Nutzung von Kontaktpersonen (Kindergarten, Schule etc.) zur Vermittlung von Hilfen
- Beharrlichkeit in den Gesprächs- und Hilfeangeboten
- Federführende Koordination des Kinderschutzes durch das Jugendamt

Nicht die Gleichsetzung der Institutionen, sondern die Nutzung der unterschiedlichen Zugänge und Kompetenzen bestimmt die Phase der Kontaktinitiierung. Daher ist eine klare Rollen- und Zieldefinition wie auch eine Aufgabenabgrenzung von essentieller Bedeutung. Es werden Tabuisierungstendenzen und Stigmatisierungsängste berücksichtigt. Die damit verbundene Vermeidungshaltung der betroffenen Eltern wird mit Beharrlichkeit und Klarheit der Gesprächsangebote beantwortet. Ergänzend ist eine Differenzierung des Prozessablaufs nach dem Maß der gegebenen oder zu entwickelnden Mitarbeitsbereitschaft der Eltern notwendig.

In den meisten Fällen gelingt es, mit den Eltern eine Basis für die gemeinsame Entwicklung einer Hilfeperspektive zu erarbeiten. In diesen Fällen ist es die Aufgabe der zuerst kontaktierten Institution, möglichst kurzfristig festzustellen, inwieweit weitere Helfersysteme involviert sind. Die Klärung dieser Frage hat sich als wesentlich für das Zustandekommen der Kooperation erwiesen, da in der Vergangenheit immer wieder Fälle auftraten, in denen parallele Hilfsstrukturen ohne gegenseitige Kenntnis auch über längere Zeit bestanden. Daher wird bereits im Erstgespräch als Teil der Routinebefragung die psychiatrische oder psychotherapeutische Vorgeschichte ermittelt. Die Thematisierung erfolgt standardisiert und personenunabhängig, enthält somit keine versteckte Beziehungsbotschaft. Eine Schweigepflichtentbindungserklärung ermöglicht die unmittelbare Kontaktaufnahme mit den in der Vergangenheit involvierten Therapeuten und Helfersystemen.

Können von den betroffenen Eltern keine richtungsweisenden Angaben gemacht werden und besteht weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung wird der Sozialpsychiatrische Dienst hinzugezogen. Die Eltern können den Kontext der Untersuchung in Bezug auf Ort und Begleitung bestimmen. Aus der diagnostischen Abklärung ergeben sich dann spezifische Empfehlungen zum Hilfe- oder Therapiebedarf. Im Rahmen eines multiinstitutionellen Fachgesprächs wird der Problemfokus definiert und dementsprechend die Hilfskoordination an die Erwachsenenpsychiatrie oder die Jugendhilfe delegiert. Grundsätzlich gilt, dass bei Kinderschutzfragen das Jugendamt fallführend tätig wird.

Besteht in einem Fall keine Mitarbeitsbereitschaft der Eltern und kann diese auch nicht entwickelt werden, muss eine Einschätzung der Gefährdung des kranken Elternteils und des Kindes erfolgen. Der Sozialpsychiatrische Dienst prüft die Notwendigkeit der Einleitung von Unterbringungsmaßnahmen nach dem PsychKG, das Jugendamt veranlasst entsprechende Schutzmaßnahmen für das Kindeswohl (z. B. gerichtliche Anhörung, gerichtlicher Eingriff in die elterliche Sorge oder Inobhutnahme).

## 6.2 Phase „Hilfeplanung, Vernetzung und Erbringung der Hilfen“

Zur ganzheitlichen Stabilisierung und Förderung des Familiensystems stehen nach dem Baukastenprinzip sich ergänzende Hilfemodule zur Verfügung, die bedarfsabhängig einzeln oder kombiniert implementiert werden. Aus dem multimodalen Ansatz ergibt sich eine Mischfinanzierung mit unterschiedlichen gesetzlichen und formalen Begründungsvoraussetzungen.

*Therapie.* In Abhängigkeit vom Krankheitsbild werden medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlungen empfohlen. Während die Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen meist problemlos gesichert werden kann, ergeben sich große Schwierigkeiten bei der Vermittlung eines passgenauen Psychotherapieplatzes. Das ambulante Angebot ist aufgrund der Spezialisierung undurchschaubar komplex und die Zugangsschwelle ist hoch. Lange Wartezeiten und hohe Motivationsanforderungen treffen auf eine unsichere Krankheitseinsicht und ausgeprägte Vermeidungstendenzen bei den betroffenen Eltern. Stationäre Behandlungen werden aufgrund der erforderlichen langen Trennung von den Kindern meist abgelehnt (Kölch u. Schmid, 2008). Die Aufnahme in spezifisch ausgerichteten Mutter-Kind-Therapieeinrichtungen wird durch komplizierte Finanzierungsvoraussetzung erschwert (Wortmann-Fleischer et al., 2006). Dennoch bildet die Psychotherapie eine wichtige Grundlage zur Reduktion der Psychopathologie und damit zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeit.

*Ambulant betreutes Wohnen.* Stehen die psychosozialen Defizite der Eltern bzw. eines kranken Elternteils im Vordergrund wird das ambulant betreute Wohnen des Verbundes für psychosoziale Dienstleistungen (VPD) als Träger des Sozialpsychiatrischen Zentrums eingesetzt. Ziele sind die Sicherstellung einer Tagesstruktur und eine Aktivierung der vorhandenen Ressourcen beim Umgang mit den Problemen in den Bereichen Haushaltsorganisation, Wohnungssicherung, Kommunikation mit den Behörden, Einteilung der Finanzmittel, Schuldenregulierung, medizinische Versorgung und soziale Konflikte. Im „Individuellen Hilfeplan“ werden diese Aufgabenbereiche ohne Bezug auf die Kinderversorgung ausgewiesen und liegen daher in der Kostenträgerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland, dem überörtlichen Sozialhilfeträger. Die Hilfen werden aufsuchend und passgenau im Sozialraum Familie erbracht und orientieren sich am jeweiligen Bedarf. Die Ordnung und Stabilisierung der sozialen Rahmenbedingungen, sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bilden die Voraussetzung für die psychische Stabilisierung der Eltern und der Fokussierung deren Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Kinder.

*Familienhilfe.* Fast immer ist auch die Interaktion zwischen den Eltern und ihren Kindern belastet. In vielen Fällen haben Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Kindergarten, in der Kindertagesstätte oder in der Schule auf den Interventionsbedarf aufmerksam gemacht. Manchmal erscheint die Bindungsentwicklung der Kinder aber

auch auffällig unauffällig, haben sie im Rahmen einer Parentifizierung Verantwortung für die Versorgung ihrer Eltern und ihrer Geschwister übernommen. Sie dürfen nicht mehr Kind sein und es besteht ein erhöhtes Risiko, dass sie aufgrund der chronischen Überlastung im späteren Lebenslauf internalisierte Störungen entwickeln (Pretis u. Dimova, 2004). Im Rahmen der sozialpädagogischen oder flexiblen Familienhilfe erfolgt die Beratung der Eltern im Sinne eines konsistenten Erziehungsverhaltens mit Berücksichtigung der kindlichen Entwicklungsbedürfnisse. Die Hilfestellung kann flexibel den Erfordernissen des Einzelfalls angepasst werden. Sie unterstützt die Familie im Rahmen aufsuchender Arbeit in ihrem sozialen Umfeld und umfasst erzieherische und lebenspraktische Hilfestellung. Die Hilfe ist darauf ausgerichtet, perspektivisch ein eigenständiges Leben zu ermöglichen und sucht hierzu gemeinsam mit den Familien nach unterstützenden Ressourcen im sozialen Umfeld. Einzelfallorientierte Arbeitsansätze werden durch eine enge Vernetzung mit der sozialen Infrastruktur der jeweiligen Kommune und einzelfallübergreifenden Angeboten wie Elterntrainingskurse, Familienfrühstück und Familienfreizeiten ergänzt.

*Videogestützte Entwicklungsförderung.* Bei Säuglingen und Kleinkindern wird die Feinabstimmung zwischen der primären Bindungsperson und dem Kind durch videogestützte Interventionen verbessert. Das Projekt „Mo.Ki, Monheim für Kinder“ stellt hierfür im Marte-Meo-Verfahren geschulte Mitarbeiter/innen zur Verfügung.

*Präventionsprojekt.* Kinder, die älter sind als fünf Jahre, werden in Begleitung ihrer Eltern an die Praxis des Förderkreises KIPKEL e.V., Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern in Haan weitergeleitet. Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erfolgen eine altersgerechte Informationsvermittlung zum Krankheitsbild der Eltern, die Förderung von Selbstkenntnis und Autonomieentwicklung der Kinder.

*Koordination der Hilfen.* Sind mehrere professionelle Helfer beteiligt, werden regelmäßige Treffen vereinbart, um Aufgaben und Verantwortlichkeiten abzustimmen und eine verlaufsorientierte Anpassung gemeinsamer Ziele unter Berücksichtigung auch der notwendigen Kontrollen zu gewährleisten. Dabei wird auf die Transparenz der Hilfestrategien und die begleitende Partizipation der betroffenen Familien geachtet.

### 6.3 Phase „Alarmsystem, Gefährdungseinschätzung, Konfliktmanagement“

Zentrales Anliegen des Projektes ist die Implementierung adäquater Regelungsmechanismen im multiprofessionellen Kontext bei akuten Krisen in den Familien und die Sicherstellung eines stabilen, systematischen Ablaufs bei der Prüfung von Kindeswohlgefährdungshinweisen.

*Alarmsystem.* Die Einschätzung von möglichen Kindeswohlgefährdungen setzt sowohl Kenntnisse über die Voraussetzungen für die gesunde kindliche Entwicklung

und Warnsignale bei Fehlentwicklungen als auch über die Symptome und Auswirkungen der psychischen Erkrankungen voraus (Kindler, 2009). Im Rahmen regelmäßiger trägerübergreifender Fortbildungen im Kooperationsprojekt werden Helfer entsprechend geschult. Zur systematischeren Analyse der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern wurden ein Kriterienkatalog und ein Beobachtungsbogen entwickelt, die sich zurzeit in der Erprobungsphase befinden.

Zur Bewertung von Hinweisen auf mögliche Kindeswohlgefährdungen gilt grundsätzlich, dass diese im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgen muss. Bei der Beurteilung der Relevanz der Informationen sollten immer auch die jeweiligen Leitungskräfte eingebunden werden. Für die Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung wurde ein Stufensystem vereinbart:

1. Bewertung der Beobachtungen im „inneren Team“ des jeweiligen Helfersystems (ambulantes betreutes Wohnen, Sozialpädagogische Familienhilfe, Flexible Familienhilfe)
2. Einbeziehung des Allgemeinen Sozialen Dienstes
3. Einbeziehung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
4. Gegebenenfalls Einbeziehung des Amtsgerichtes in Hinblick auf Kinderschutzmaßnahmen oder Zwangsmaßnahmen nach PsychKG

*Gefährdungseinschätzung.* Die im Kooperationsprojekt generierten Erkenntnisse im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung werden im Jugendamt durch persönliche Gespräche mit den Eltern und den betroffenen Kindern, Hausbesuche und durch Nachfragen bei anderen Institutionen (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Offener Ganztags- oder Kinderärzten) ergänzt. Die Überprüfung einer Kindeswohlgefährdung vollzieht sich hierbei immer im Rahmen eines Vier-Augen- und Zwei-Ebenen-Prinzips. Grundlegende Gespräche und Hausbesuche werden durch zwei Fachkräfte durchgeführt. Die Entwicklung und Fortschreibung eines Schutz- und Hilfkonzeppts vollzieht sich in kontinuierlicher Rücksprache und Abstimmung mit der nächsten Leitungsebene.

*Konfliktmanagement.* Insbesondere bei der Beurteilung einer potenziellen Kindeswohlgefährdung kann es zu einer Polarisierung zwischen den multiprofessionellen Helfersystemen kommen. Im Falle einer zugespitzten Konfliktlage erfolgt ein Fachgespräch aller beteiligten Helfer unter der Moderation des Sozialpsychiatrischen Dienstes, in dem Informationsdefizite ausgeglichen, Verständigungsschwierigkeiten überwunden und ein Konsens bei der Beurteilung der aktuellen Gefährdungslage angestrebt werden können. Die Letztverantwortung für die Sicherung des Kindeswohls verbleibt beim Jugendamt.

## 7 Perspektivische Weiterentwicklung

Zweimal jährlich treffen sich Vertreter aller Kooperationspartner im Rahmen einer Steuerungsgruppe. Konzeptionelle oder fachliche Fragstellungen werden an Arbeits-

gruppen delegiert. Institutionsübergreifende Fachtagungen im Zweijahresrhythmus zielen auf eine multidisziplinäre Qualifizierung und ermöglichen die breite Beratung der inhaltlichen Empfehlungen der Arbeitsgruppen. Zukünftig soll die Einbeziehung der Hebammen als vertraute Bezugspersonen die Kontaktaufnahme zu den Müttern in Schwangerschaft und Wochenbett erleichtern, so dass Gefährdungen der Kinder im Sinne eines Frühwarnsystems rechtzeitig erkannt werden können.

## 8 Diskussion

In der vierjährigen Laufzeit des Kooperationsprojektes bestätigten sich die vorbeschriebenen Hindernisse auf dem Weg zu einer multiinstitutionell vernetzten und nachhaltig wirksamen Hilfeerbringung. Als besondere Herausforderung erwies sich dabei die Darstellung eines überzeugenden und stabilen Beziehungsangebotes gegenüber bindungsraumatisierten Eltern, die häufig in Krisensituationen mit den psychosozialen Hilfesystemen in Kontakt kommen. Sie formulieren hohe Erwartungen in Bezug auf Verständnis, Schutz und Versorgung. Gleichzeitig empfinden sie die Annahme des Hilfsangebotes aber auch als Ausdruck des Scheiterns in ihrem Versuch, selbst einmal eine bessere Familie gründen zu können als die, in der sie groß geworden sind. Die Bedürfnisse nach Autonomie und Normalität werden frustriert. Die misstrauische Grundhaltung traumatisierter Eltern begünstigt die Tendenz zur Entwertung der Helfer oder die Entstehung von Ängsten vor Kontrolle und dem Entzug der elterlichen Sorge. Angesichts der großen Veränderungsdynamik in der psychosozialen Funktionsfähigkeit im Langzeitverlauf ist es für ein multidisziplinäres Helfersystem sehr schwierig, den Anschluss an die Vorstellungs- und Bedürfniswelt der betroffenen Eltern zu halten und nicht über von außen kaum erkennbare Enttäuschungen die Reinszenierung der Täter-Opfer-Erfahrungen mit nachfolgendem Kontaktabbruch zu induzieren. Nur durch eine umfassende Partizipation der Eltern können ihre Selbstwirksamkeitserwartungen gestärkt, ihre Autonomiebedürfnisse befriedigt und eine belastungsfähige Vertrauensbasis für das Kooperationsbündnis geschaffen werden. Eine gleichberechtigte Einbeziehung der Eltern in die Hilfeplanung setzt die situationsbezogene Einordnung ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten mit entsprechender aktiver Verbalisierung durch die Bezugspersonen voraus. Multidisziplinäre Entscheidungsprozesse mit nicht unmittelbar verständlich kommunizierten Veränderungen in der Hilfestrategie erscheinen nicht selten intransparent und können bei den Eltern Erinnerungen an die traumatischen Vorerfahrungen reaktivieren, Kontrollverlustängste auslösen und zu einem Rückzugsverhalten führen.

Gerade im Krisenfall mit widersprüchlichen Situationsbeschreibungen und ständig wechselnden Entscheidungs- und Handlungsnotwendigkeiten kommt es im Helferfeld häufig zu einer Polarisierung der Lösungsansätze und zu einer Überforderung der Kommunikationsstrukturen. Deeskalationsstrategien, die eine weitgehende Tolerierung von Verhaltensauffälligkeit auf der Interaktionsebene zwischen dem Elternteil und dem Kind sowie die eher unkritische Akzeptanz eines umfassenden Versorgungs-

auftrages durch die Eltern beinhalten, treffen auf Überzeugungen, den Schutzauftrag gegenüber dem Kind nur über einen eventuell familiengerichtlich abgesicherten Kontrollauftrag erfüllen zu können. Der fachliche fallbezogene Meinungs austausch in einem hochkomplexen Umfeld wird durch unterschiedliche Qualifikationen und Prioritätensetzungen sowie verdeckte Motive (z. B. Finanzierung) der professionellen Helfer belastet. Mit der Zahl der beteiligten Hierarchieebenen steigt der Abstimmungsaufwand. Fallsupervisionen werden, wenn sie überhaupt zur Verfügung stehen, institutionsbezogen durchgeführt, so dass Teile des Helfersystems nicht beteiligt und bestenfalls nachträglich über die Ergebnisse informiert werden. Es fehlt an methodischem Handwerkszeug zur Strukturierung und Förderung der Kooperationsbeziehungen. Doch nur durch die Weiterentwicklung eines integrierenden Vernetzungsmanagements kann ein multiprofessionell abgestimmtes Frühwarnsystem entstehen, das die rechtzeitige Wahrnehmung von Entfremdungserscheinungen bei den Eltern ermöglicht und den Spaltungstendenzen im Helfersystem vorbeugt.

Um den komplexen Anforderungen des multidisziplinären Umgangs mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern gerecht werden zu können, ist die langfristige Organisation und Synchronisation von institutionsübergreifenden Lernerfahrungen notwendig. Dazu müssen die Erkenntnisprozesse bei der Begleitung der Einzelfälle in einer zugleich standardisierten wie auch individualisierten Dokumentation erfasst und im multiinstitutionellen Kontext fortlaufend kommuniziert werden. Erst dann können sie auf der Metaebene reflektiert und konzeptualisiert werden, um schließlich Routineabläufe nachhaltig zu beeinflussen. Bisher sind entsprechende Rückkopplungsprozesse aber nur intrainstitutionell organisiert. Häufig werden daher die Ergebnisse der Hilfebegleitung entweder gar nicht oder nur im Sinne einer Gelungen-Misslungen-Dichotomie systemübergreifend kommuniziert. Um verbindliche Kriterien für die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Fördermaßnahmen festlegen und die weiten subjektiven Ermessensspielräume einengen zu können, ist zudem eine wissenschaftliche Evaluation erforderlich.

## 9 Resümee

Das ambulante multiinstitutionelle Kooperationsmodell im Kreis Mettmann realisiert einen ganzheitlichen, integrativen Ansatz, der sich sowohl auf den Umgang mit den Familien mit psychisch kranken Eltern als auch auf die spezifische Ausrichtung der psychosozialen Versorgungslandschaft bezieht. Durch die klare Definition gemeinsamer Aufgabenstellungen und Zielsetzungen gelang es, die Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe auf ein einheitliches, konzeptionell fundiertes Vorgehen im Umgang mit den betroffenen Familien zu verpflichten. Die frühe Enttabuisierung der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkung auf die Erziehungskompetenz der Eltern ermöglicht eine sachgerechte Analyse und Bewertung von Hilfebedarf und Kindeswohlgefährdung. Aus beiden Versorgungssystemen stehen spezifische Therapie- oder Unter-

stützungsangebote zur Verfügung, die nach einem Modulkonzept bedarfsabhängig und passgenau implementiert werden. Dadurch wird für die Familien ein stabilisierender Rahmen konstruiert, in dem Strukturdefizite kompensiert, Versorgungsbedürfnisse befriedigt sowie Vertrauen und Schutz in persönlichen Beziehungen ermöglicht werden. Das Helfersystem wird für den kranken Elternteil somit zu einer sicheren Basis, auf der er seine Affekte besser regulieren, seine Kompetenzen verlässlicher abrufen und die Realität sicherer überprüfen kann, so dass er seine Aufmerksamkeit seinem Kind und dessen physischen und psychischen Bedürfnissen zuwenden kann. Das Einfühlungsvermögen der primären Bindungspersonen und die Feinabstimmung auf der Interaktionsebene mit dem Kind werden durch sozialpädagogische Beratung und videobasierte Verfahren unterstützt. Die Dauer der Hilfeerbringung bemisst sich nach der aktuellen Erziehungsfähigkeit der Eltern und der Entwicklung der Kinder, ist also nicht von standardisierten Befristungen abhängig.

Die in der multiinstitutionellen Kooperation auftretenden Perspektivdifferenzen, Spaltungstendenzen und Konkurrenzaspekte werden durch verbindliche Kommunikationsstrukturen und Konfliktmanagementstrategien integriert und für eine komplexe Wahrnehmung der Problemkonstellationen nutzbar gemacht. Die in vielen Fällen eingesetzte Parallelstruktur zwischen ambulant betreutem Wohnen und Familienhilfe ermöglicht nicht nur eine klarere Abgrenzung zwischen kindbezogenen und elternbezogenen Bedürfnissen und Lösungsinitiativen sondern erleichtert auch die in vereinnahmenden Familiensystemen nur schwer zu reflektierende Nähe-Distanz-Regulation zwischen dem/r Helfer/in und dem psychisch kranken Elternteil. Durch den im Rahmen des Projekts erarbeiteten Kriterienkatalog ist die fachliche und terminologische Grundlage geschaffen worden, um die Wirksamkeit von Jugendhilfemaßnahmen im Langzeitverlauf zu überprüfen, sich über die Erziehungsfähigkeit bei psychisch beeinträchtigten Eltern und eine eventuelle Kindeswohlgefährdung multidisziplinär zu verständigen und dies bei Bedarf vor dem Familiengericht zu vertreten. Die Kooperationsvereinbarung begünstigt positive, die Institutionsgrenzen überschreitende Kooperationserfahrungen in der praktischen Arbeit, fördert über kommunikative Feedback-Schleifen nachhaltige Lernprozesse und trägt durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zur multiprofessionellen Qualifizierung bei. Durch die damit erzielbaren Synergieeffekte werden Ressourcenreserven erschlossen, so dass zusätzliche Finanzierungsbedarfe zur Versorgung der Familien mit psychisch kranken Eltern nicht hervortreten. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung eines systemübergreifenden Brückenkonzeptes, mit dem die Wende von einem reaktiven zu einem präventiven psychosozialen Versorgungssystem beschleunigt werden kann.

## Literatur

- Aarts, M. (2008). *Marte Meo – Ein Handbuch*. Eindhoven: Aarts Productions.
- Bünder, P., Siringhaus-Bünder, A. (2008). Die Arbeitsweise der Marte Meo-Methode. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, 330-345.

- Deneke, C., Lucas, T. (2008). Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In A. Lenz, J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 39-62). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kindler, H. (2009). Kindeswohlgefährdung: Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 764-785.
- Kölch, M., Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 10, 774-788.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2008). Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. (2002). Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hrsg.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 231-245). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mattejat, F. (2008). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wissen wir und was ist zu tun? In F. Mattejat, B. Lisofsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker* (S. 68-95). Bonn: Balance buch + medien Verlag.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. München: Reinhardt.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum.
- Schone, R., Wagenblass, S. (2001). Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 581-589
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., Hornstein, C. (2006). Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.

#### **Korrespondenzanschriften:**

Dr. Michael Hipp, Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden, Kirchhofstraße 33-35, 40721 Hilden; E-Mail: michael.hipp@kreis-mettmann.de  
Dirk Schatte, Stadt Hilden, Soziale Dienste, Am Rathaus 1, 40721 Hilden;  
E-Mail: dirk.schatte@hilden.de  
Birgit Altrogge, Verbund für psychosoziale Dienstleistungen, Heinrichstraße 5, 40764 Langenfeld; E-Mail: birgit.altrogge@vdp-mettmann.de

*Michael Hipp*, Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden, Gesundheitsamt Kreis Mettmann; *Dirk Schatte*, Soziale Dienste der Stadt Hilden; *Birgit Altrogge*, Verbund für psychosoziale Dienstleistungen (VPD), Mettmann.