

Sozialpsychiatrischer Dienst

Wenn Wohnungen unbewohnbar werden

Vermüllung

Wohnungsverwahrlosung

und pathologisches Horten

2014

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



Impressum

Herausgeber: Stadt Dortmund, Gesundheitsamt

V.i.S.d.P.: Dr. Annette Düsterhaus

Redaktion: Dr. Thomas Lenders, Johanna Kuster, Ralf Bispinck, Dr. Ulrike Ullrich

Gestaltung, Satz und Produktion: Dortmund-Agentur 05/2014

Inhalt

I. Einleitung	
II. Untersuchung von 186 Fällen des Sozialpsychiatrischen Dienstes Dortmund 2008 bis 2012	4
1. Diagnosen	5
2. Zugang/Meldung	6
3. Geschlecht	7
4. Alter	8
5. Lebenssituation	8
6. Bildung, Beruf, Einkommen	9
7. Durchgeführte Interventionen	11
8. Vorherige Einbindung in das Hilfesystem	13
9. Vorbekannt im SpD	13
10. Häufigkeit von Wiederholungsvermüllungen	14
11. Hilfeannahmeverhalten	15
12. Outcome	16
III. Auswertung	18
1. Suchtkrankheiten	18
2. Psychosen	18
3. Depressionen	19
4. Pathologisches Horten/Messie-Syndrom	19
IV. Zusammenfassung	21
Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen	22
V. Anhang – Alle erhobenen Daten	24

I. Einleitung

Mitarbeiter von Sozial- und Gesundheitsämtern stoßen in ihrer Arbeit immer wieder auf desolate Wohnverhältnisse, die durch Verwahrlosung, Vermüllung oder hortendes Verhalten entstanden sind. Die subjektiv empfundene Zunahme dieser Fälle steht in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte:

1. Zunahme der Ein-Personen-Haushalte (Ein-Personen-haushalte in der Stadt Dortmund 1968: 68.501; 1987: 105.962; 2011: 139.647) und Zunahme der Wohnfläche pro Person (1987: 33,88 qm; 2011: 40,55 qm).
2. Juristische und ökonomische Möglichkeit der Trennung von Ehen und Familien mit daraus resultierenden kleineren Haushalten.
3. Zunahme individueller Freiheit und Abnahme sozialer Kontrolle. Die Unverletzlichkeit der Wohnung hat in der BRD Verfassungsrang.
4. Materielle Überflutung durch Druckerzeugnisse, kostenlose Mitnahmeangebote, Postwurfsendungen und Sonderangebote.
5. Nach Auflösung der Großkrankenhäuser und Enthospitalisierung wohnen auch chronisch psychisch Kranke in der Gemeinde und dort wie die Gesamtwohnbevölkerung oft in Ein-Personen-Haushalten.

Auch das Auftreten neuer psychischer Störungsbilder spielt eine Rolle. Das 1966 erstmals beschriebene und 1975 so benannte **Diogenes-Syndrom** beschreibt vorwiegend ältere Patienten mit ausgeprägter Selbstvernachlässigung, häuslicher Vermüllung, sozialem Rückzug und vehementer Ablehnung aller Hilfen. Die Erfahrungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten Hamburgs und Berlins in den 70'er Jahren veranlassten den deutschen Sozialpsychiater Peter Dettmering zur Beschreibung eines bisher unbekanntes Krankheitsbildes, das er **Vermüllungs-syndrom** nannte. Er beschrieb Menschen aller Altersgruppen, die sozial isoliert in Wohnungen lebten, die durch gehortete Gegenstände und/oder nicht entsorgten Müll übervoll und dadurch nicht mehr funktionsfähig waren. Charakteristischerweise diene das Horten als Entlastung von seelischen Problemen und bei Verlust der Sammelgegenstände komme es häufig zu Panikreaktionen. Die Selbsthilfebewegung der Betroffenen bezeichnet sich selbst als Messies (vom englischen Wort Mess = Unordnung). Der erste, weltweites Aufsehen erregende Fall waren die Brüder Homer und Langley Collyer, die 1947 von der Polizei in ihrem New Yorker Haus tot aufgefunden wurden, umgeben von 180 Tonnen gesammelter Dinge. Schätzungen der Selbsthilfe gehen von 300.000 Betroffenen in der BRD aus, für Dortmund wären das ca. **2.200 Betroffene**.

2013 fand dieses neue, erst seit einigen Jahrzehnten existierende Krankheitsbild Eingang in das offizielle

psychiatrische Klassifikationssystem (DSM 5) der American Psychiatric Association: Hoarding Disorder, zu Deutsch **pathologisches Horten**.

Parallel zu der immer stärker geschützten Privatheit des Wohnens ist ein zunehmendes Interesse von Medien und Öffentlichkeit zu verzeichnen. Dies reicht von voyeuristischen, effektheischerischen Darstellungen in Dokusoaps über eine wachsende Selbsthilfeliteratur bis hin zu einer tiefgehenden belletristischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Ursachen. Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse einer rückblickenden 5-Jahres-Untersuchung im Sozialpsychiatrischen Dienst Dortmund (SpD) vor und entwickeln einen alltagstauglichen Vorschlag zum pragmatischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen.

II. Untersuchung von 186 Fällen des Sozialpsychiatrischen Dienstes Dortmund 2008 bis 2012

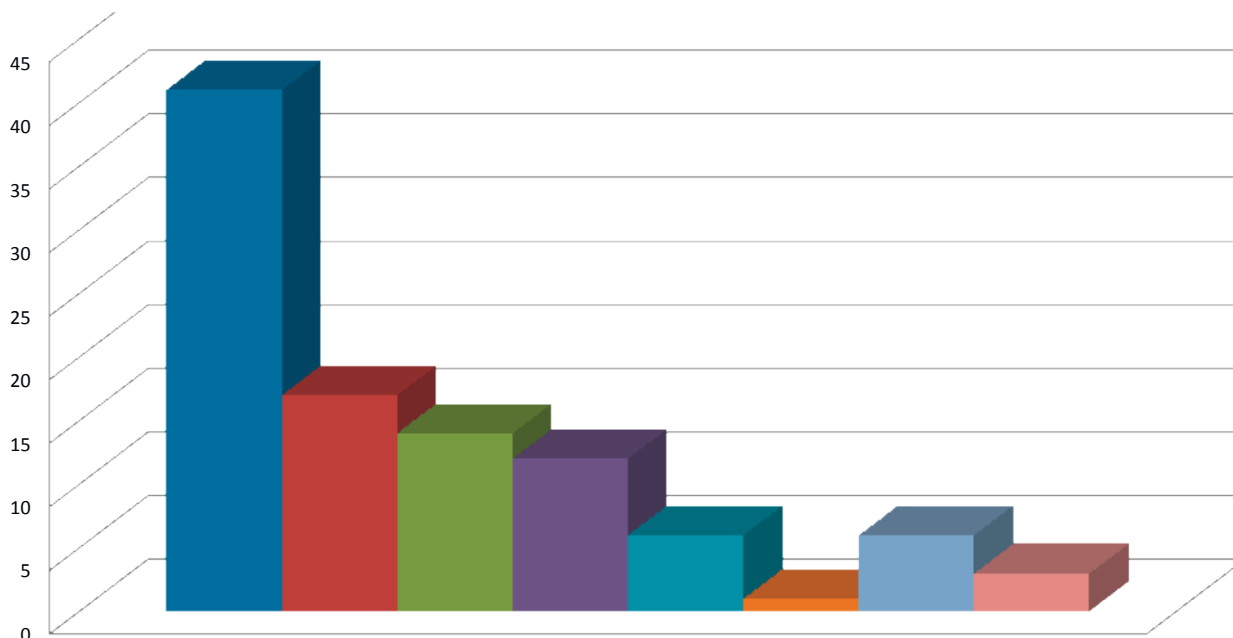
Der Sozialpsychiatrische Dienst Dortmund arbeitet in drei Fachabteilungen: für psychisch Kranke, für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen sowie für Drogenkranke. Die Sozialarbeiter aller drei Fachbereiche sahen die Akten der letzten fünf Jahre durch und identifizierten 186 Fälle mit katastrophalen Wohnsituationen. Darunter wurde verstanden, dass entweder die Wohnung durch die Menge nicht entsorgter Abfälle oder gesammelter Gegenstände nicht mehr in vollem Umfang nutzbar war, die Wohnung gar nicht mehr betreten werden konnte, die Wohnung eine Gefahr für die Bewohner oder Dritte darstellte (statische Überlastung, Brandgefahr, etc.) oder die Wohnung eine erhebliche Beeinträchtigung für die Umgebung verursachte (Schädlingsbefall, Geruchsbelästigung, etc). Es erfolgte eine retrospektive Aktenanalyse und Datenerhebung: Erfasst wurden soziodemographische Daten, Zugangsweg zum Sozialpsychiatrischen Dienst, vorherige Einbindung ins psychosoziale Hilfesystem, psychiatrische Diagnose, durchgeführte Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Arbeit, Hilfeannahmeverhalten und Outcome. Die Ergebnisse werden nach den vier häufigsten Diagnosen differenziert dargestellt.

Im Folgenden stellen wir die wichtigsten Ergebnisse visualisiert vor und kommentieren sie kurz. Wenn sich in den vier Hauptdiagnosen (Suchtkrankheiten, Psychosen, Depressionen, pathologisches Horten/Messie-Syndrom) aufschlussreiche Unterschiede zeigten, werden diese ebenfalls dargestellt.

Im Anhang sind die gesamten Ergebnisse unserer Erhebung tabellarisch dokumentiert.

1. Diagnosen

Diagnostische Zuordnung (186 Klienten)



Erläuterung: Die F-Nummern sind die Diagnosegruppen der International Classification of Diseases (ICD) – der Krankheitsklassifikation der Weltgesundheitsorganisation.

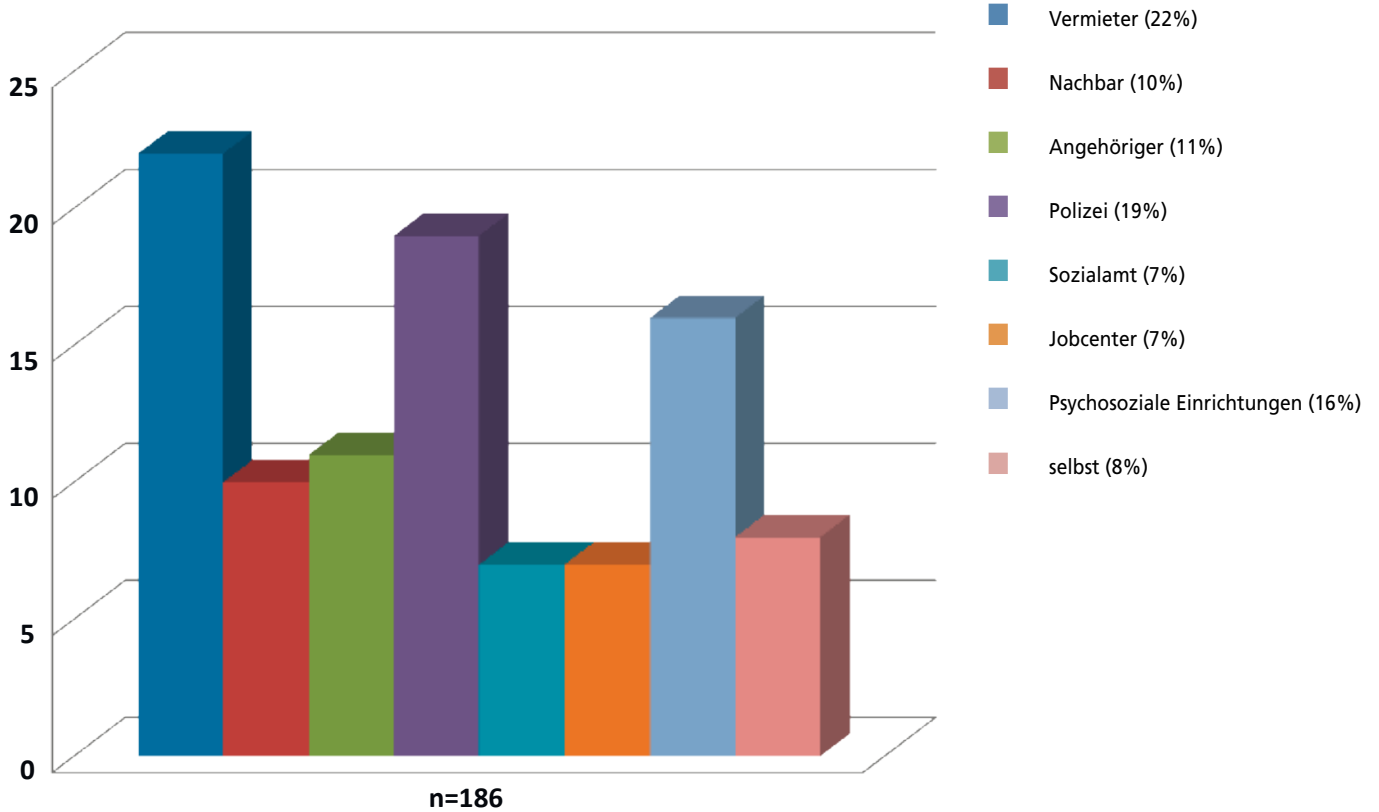
F1 steht für die Suchtkrankheiten (Alkohol oder Drogen), F2 für die Psychosen, F3 für affektive Erkrankungen (hier Depressionen), F63.8 für das pathologische Horten (oft Messie-Syndrom genannt). F0 umfasst organische Störungen wie Schlaganfall oder Demenz, F60.5 ist die zwanghafte Persönlichkeitsstörung während die Kategorie F60 andere alle übrigen Persönlichkeitsstörungen meint. F7 entspricht den geistigen Behinderungen.

- F1 (41%) Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen)
- F2 (17%) Psychosen
- F3 (14%) Depressionen
- F63,8 (12%) path. Horten/Messie-Syndrom
- F0 (6%) Hirnorganische Störungen
- F60,5 (1%) Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- F60 andere (6%) andere Persönlichkeitsstörungen
- F7 (3%) Intelligenzminderung

Es zeigt sich, dass katastrophale Wohnsituationen im Verlauf aller großen psychiatrischen Erkrankungsgruppen vorkommen. Das Fehlen der Diagnosegruppen F4 (neurotische Störungen) und F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren) dürfte auf Selektionseffekte zurückzuführen sein: Menschen mit diesen Störungen finden sich selten im Klientel sozialpsychiatrischer Dienste. 85% der Fälle entfallen auf vier Diagnosegruppen: **Suchtkrankheiten, Psychosen, Depressionen und pathologisches Horten**. Alle folgenden Ergebnisse werden deshalb auf Unterschiede zwischen diesen vier Hauptdiagnosegruppen hin untersucht und ggfs. diagnosedifferenziert dargestellt.

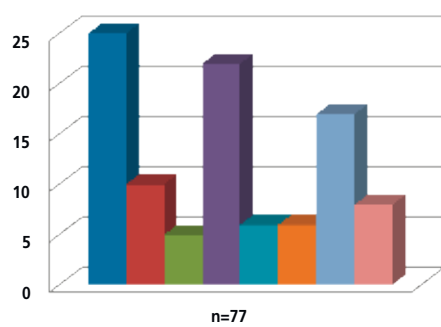
2. Zugang/Meldung

Zugangswege zum SpD – Gesamtgruppe

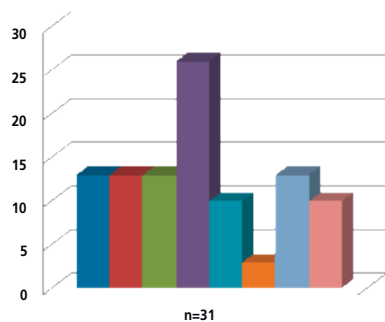
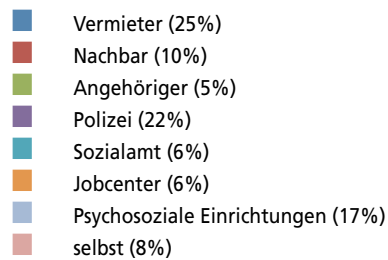


Weniger als 10% der Patienten wenden sich mit einem Hilfeersuchen selbst an den SpD, bei der großen Mehrheit werden Auffälligkeiten durch Dritte (Vermieter, Polizei,

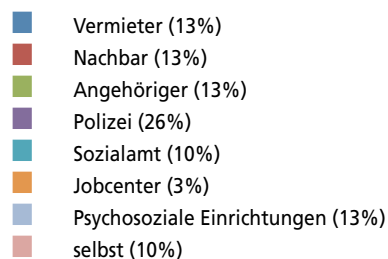
Angehörige, Nachbarn, andere psychosoziale Institutionen) gemeldet.

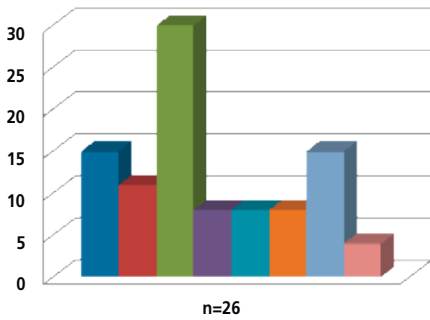


Zugangswege zum SpD – Suchtkrankheiten



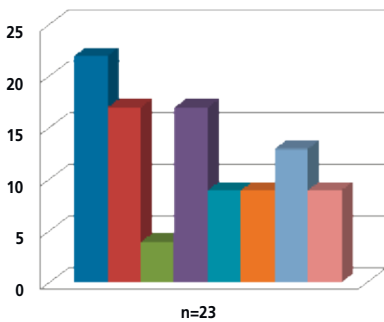
Zugangswege zum SpD – Psychosen





Zugangswege zum SpD – Depressionen

- Vermieter (15%)
- Nachbar (11%)
- Angehöriger (30%)
- Polizei (8%)
- Sozialamt (8%)
- Jobcenter (8%)
- Psychosoziale Einrichtungen (15%)
- selbst (4%)



Zugangswege zum SpD – Messiegruppe

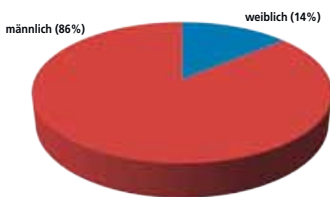
- Vermieter (22%)
- Nachbar (17%)
- Angehöriger (4%)
- Polizei (17%)
- Sozialamt (9%)
- Jobcenter (9%)
- Psychosoziale Einrichtungen (13%)
- selbst (9%)

Auffälligster Unterschied ist der höhere Anteil von Angehörigen depressiver Patienten, die sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Wir interpretieren diesen Befund dahingehend, dass Menschen mit Depressionen noch über mehr familiäre Kontakte verfügen als die

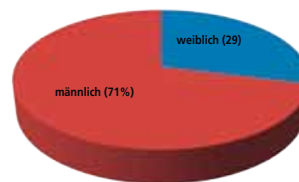
Betroffenen der anderen drei Diagnosegruppen. Die häufigere Meldung durch Angehörige spiegelt hier also eine geringer ausgeprägte familiäre Desintegration depressiver Patienten wieder.

3. Geschlecht

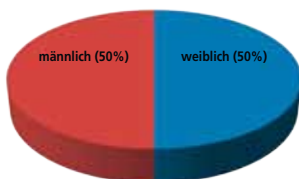
Geschlecht – Suchtkrankheiten n=77



Geschlecht – Psychosen n=31



Geschlecht – Depressionen n=26

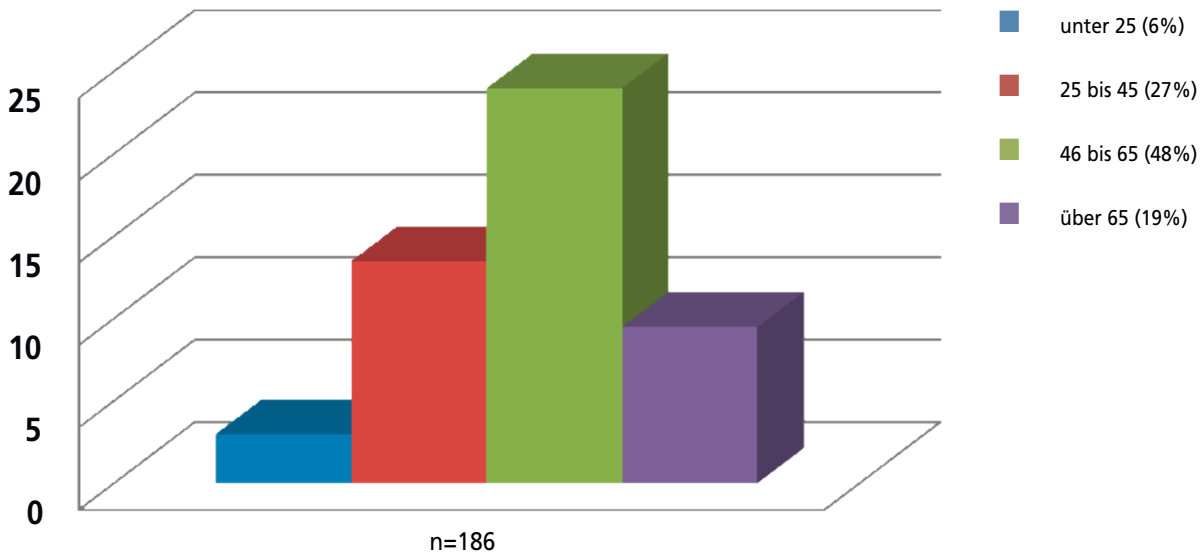


Geschlecht – Messiegruppe n=23



Deutliches Überwiegen männlicher Betroffener bei Suchtkrankheiten und Psychosen.

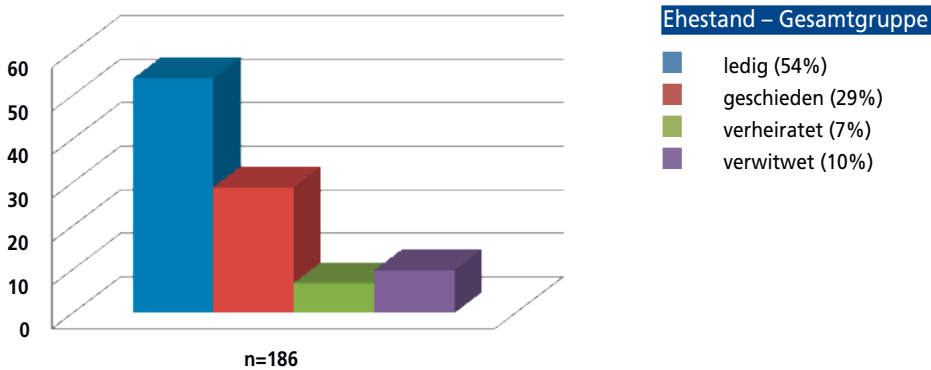
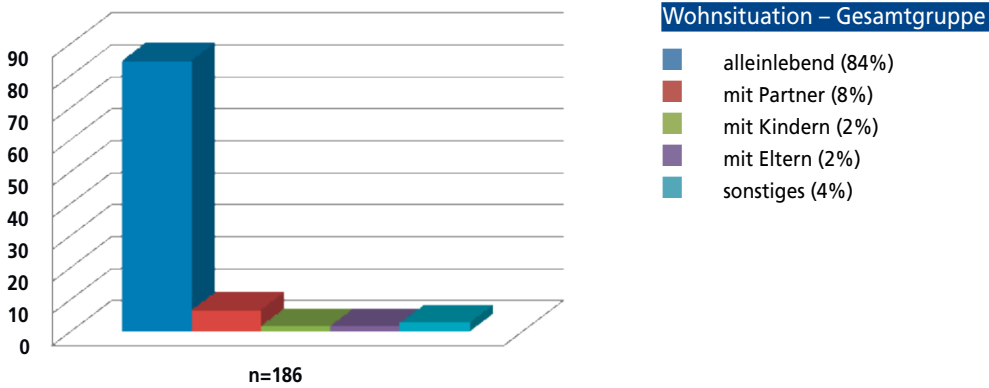
4. Alter



Der Altersgipfel zwischen 45 und 65 Jahren reflektiert, dass es zu katastrophalen Wohnsituationen meist erst

nach jahre- bis jahrzehntelangem Verlauf seelischer Erkrankungen kommt.

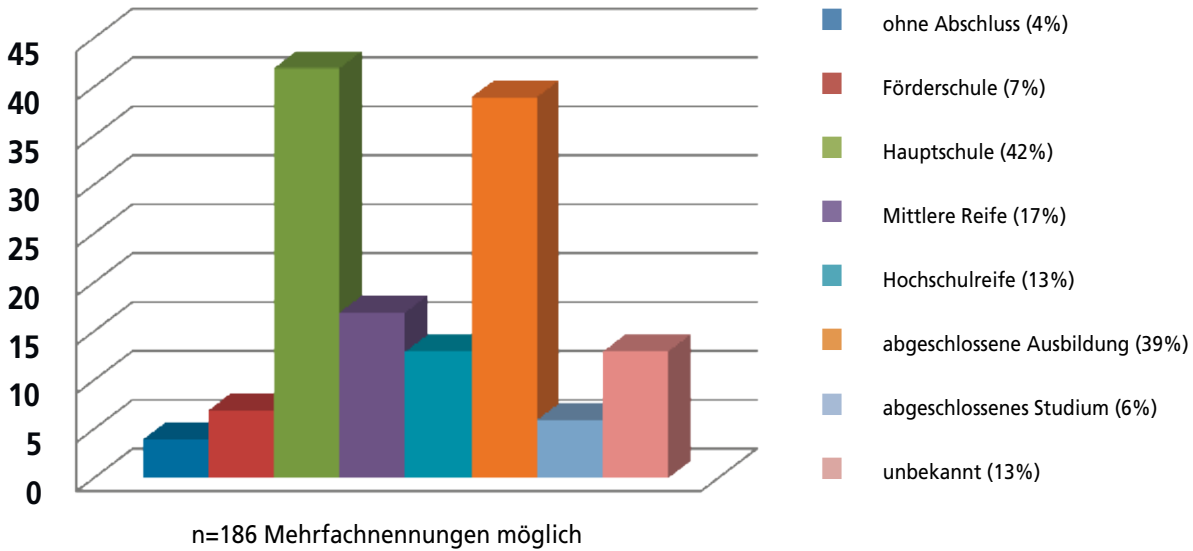
5. Lebenssituation



Die beiden Diagramme zeigen deutlich **die isolierten Wohn- und Lebensverhältnisse**: Fast alle Betroffenen leben allein und sind nicht (mehr) verheiratet.

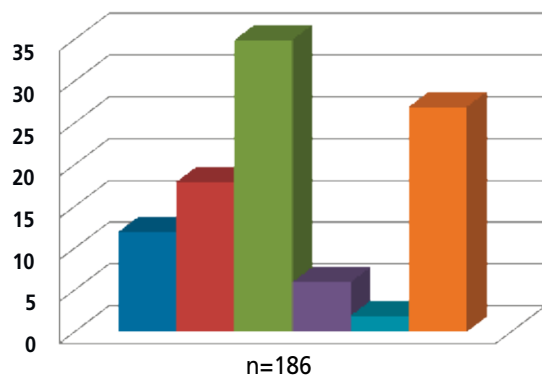
6. Bildung, Beruf, Einkommen

Bildungsstand



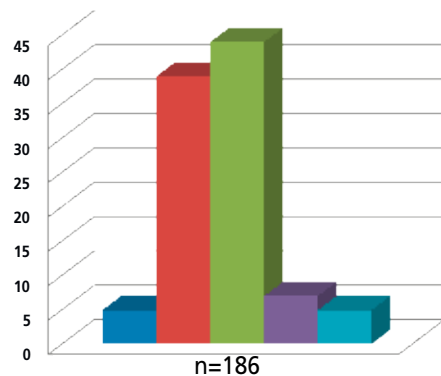
Die häufig kolportierten Vorurteile von schulischer Erfolglosigkeit der Betroffenen können wir nicht bestätigen: In unserer Untersuchung zeigt sich, dass die Menschen, die

später von einer katastrophalen Wohnsituation betroffen sind, zunächst reguläre Bildungsabschlüsse erwerben.



Berufsstand – Gesamtgruppe

- angelernte Tätigkeit (12%)
- Arbeiter/-in (18%)
- Ausbildungsberuf (35%)
- Akademischer Beruf (6%)
- unbekannt (2%)
- nie berufstätig (27%)

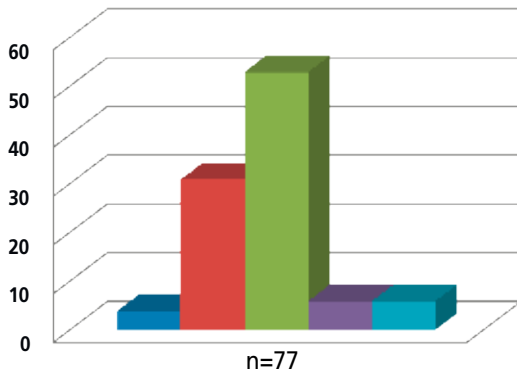


Einkommern – Gesamtgruppe

- Arbeitseinkommen (5%)
- Rente (39%)
- Arbeitslosengeld (44%)
- Grundsicherung (7%)
- kein geregeltes Einkommen (5%)

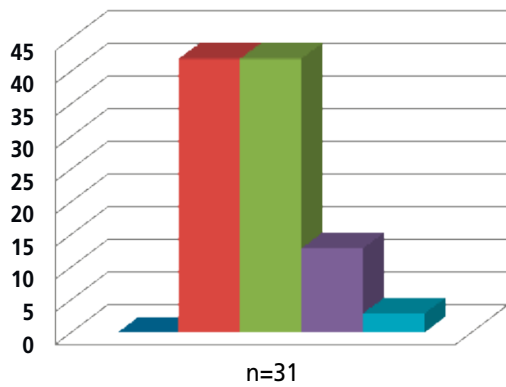
70% der Betroffenen fassen zunächst beruflich ganz normal Fuß. Zum Zeitpunkt des Auftretens der katastrophalen Wohnsituation leben aber nur noch 5% der Betroffenen von Arbeitseinkommen. Unsere

Patienten sind also zusätzlich zur Zuspitzung der Lage in der Wohnung von **parallelen Prozessen der sozialen und beruflichen Desintegration** betroffen.



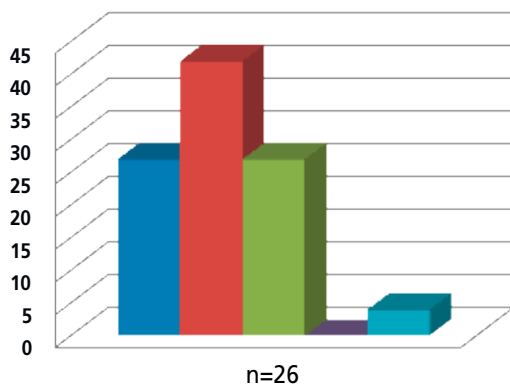
Einkommen – Suchtkrankheiten

- Arbeitseinkommen (4%)
- Rente (31%)
- Arbeitslosengeld (53%)
- Grundsicherung (6%)
- kein geregelttes Einkommen (6%)



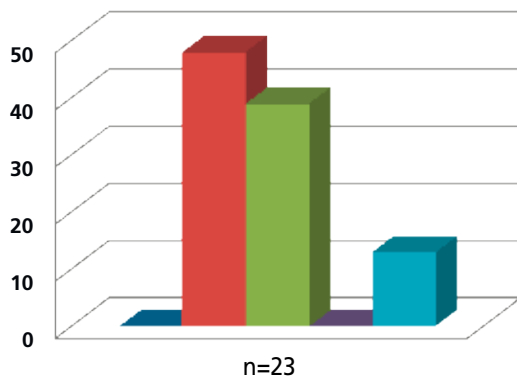
Einkommen – Psychosen

- Arbeitseinkommen (0%)
- Rente (42%)
- Arbeitslosengeld (42%)
- Grundsicherung (13%)
- kein geregelttes Einkommen (3%)



Einkommen – Depressionen

- Arbeitseinkommen (27%)
- Rente (42%)
- Arbeitslosengeld (27%)
- Grundsicherung (0%)
- kein geregelttes Einkommen (4%)



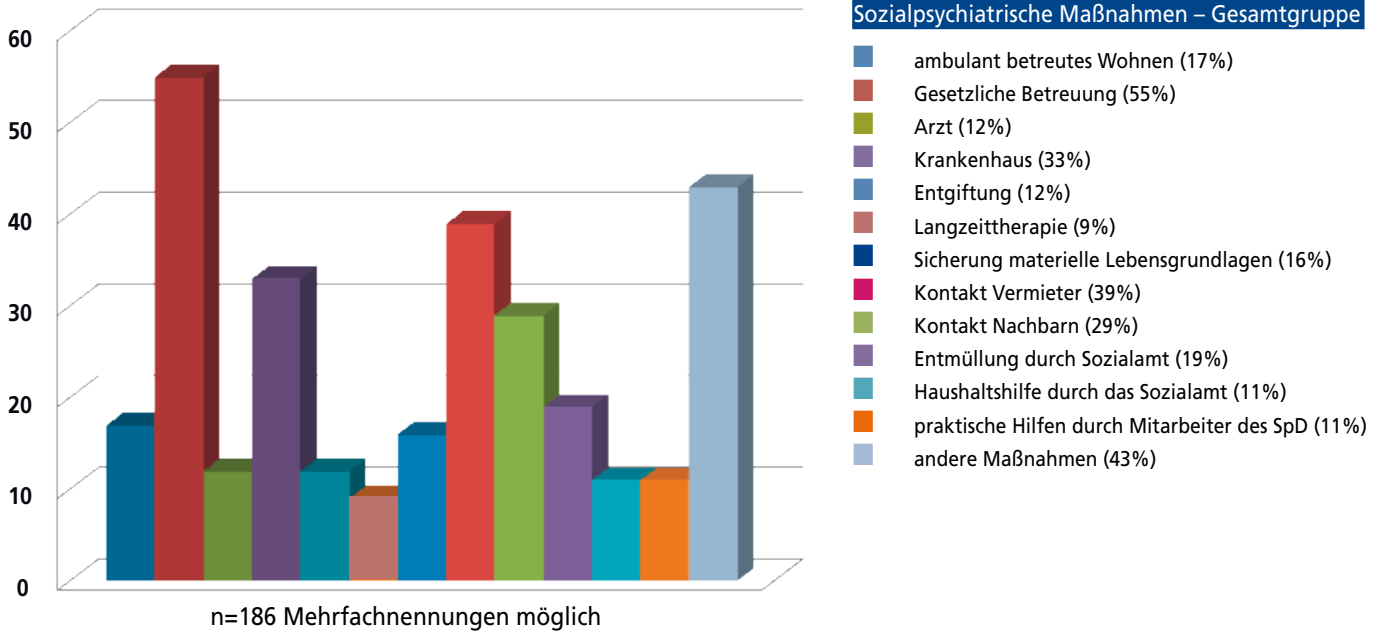
Einkommen – Messiegruppe

- Arbeitseinkommen (0%)
- Rente (48%)
- Arbeitslosengeld (39%)
- Grundsicherung (0%)
- kein geregelttes Einkommen (13%)

Diese Entwicklung ist bei der Untergruppe der depressiven Menschen weniger ausgeprägt – hier ist

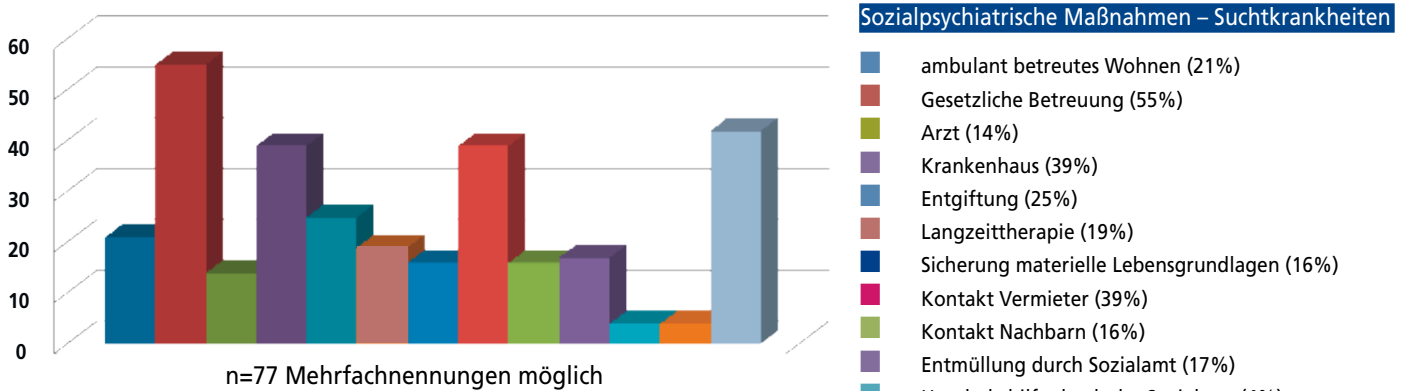
zum Zeitpunkt der Erhebung noch ein Viertel der Betroffenen erwerbstätig

7. Durchgeführte Interventionen

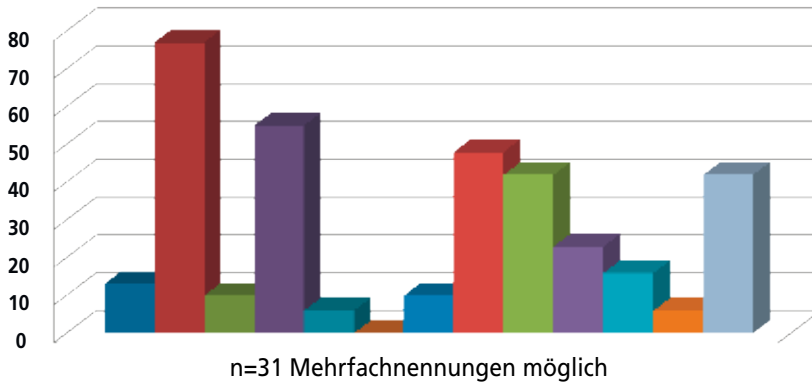


Die Übersicht der Gesamtgruppe zeigt die Vielfalt der zum Einsatz kommenden Interventionen der Sozial-

psychiatrie. Zwischen den Diagnosegruppen gibt es aber große Unterschiede.



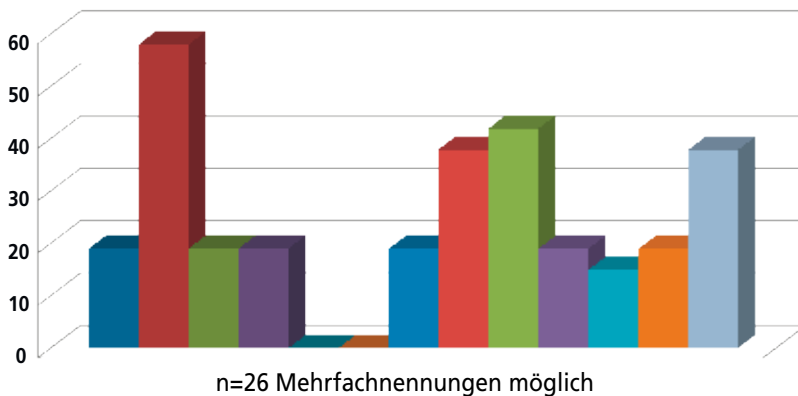
Die Behandlung körperlicher Krankheiten (Arzt, Krankenhaus) und vor allen Dingen der Sucht (Entgiftung, Entwöhnung) stehen im Vordergrund.



Sozialpsychiatrische Maßnahmen – Psychosen

- ambulant betreutes Wohnen (13%)
- Gesetzliche Betreuung (77%)
- Arzt (10%)
- Krankenhaus (55%)
- Entgiftung (6%)
- Langzeittherapie (0%)
- Sicherung materielle Lebensgrundlagen (10%)
- Kontakt Vermieter (48%)
- Kontakt Nachbarn (42%)
- Entmüllung durch Sozialamt (23%)
- Haushaltshilfe durch das Sozialamt (16%)
- praktische Hilfen durch Mitarbeiter des SpD (6%)
- andere Maßnahmen (42%)

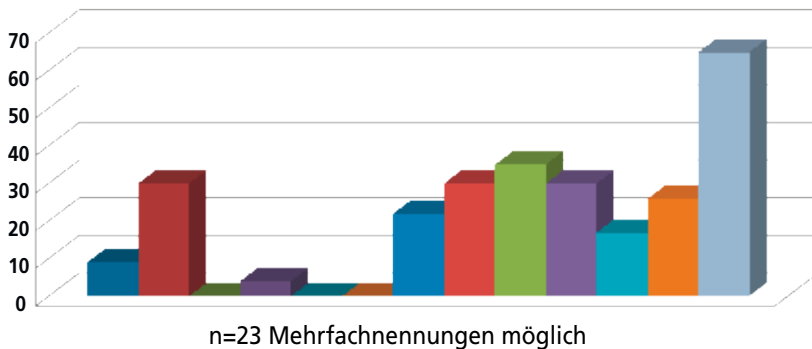
Da die Entwicklung einer katastrophalen Wohnsituation meist Ausdruck einer Verschlechterung der (u. U. unbehandelten) Psychose ist und daraus häufig eine Beeinträchtigung alltäglicher Kompetenzen resultiert, sind Behandlung im (psychiatrischen) Krankenhaus und die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung die häufigsten sozialpsychiatrischen Maßnahmen.



Sozialpsychiatrische Maßnahmen – Depressionen

- ambulant betreutes Wohnen (19%)
- Gesetzliche Betreuung (58%)
- Arzt (19%)
- Krankenhaus (19%)
- Entgiftung (0%)
- Langzeittherapie (0%)
- Sicherung materielle Lebensgrundlagen (19%)
- Kontakt Vermieter (38%)
- Kontakt Nachbarn (42%)
- Entmüllung durch Sozialamt (19%)
- Haushaltshilfe durch das Sozialamt (15%)
- praktische Hilfen durch Mitarbeiter des SpD (19%)
- andere Maßnahmen (38%)

(Vorübergehende) gesetzliche Betreuung und Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld sind die wichtigsten Hilfen für depressive Patienten.

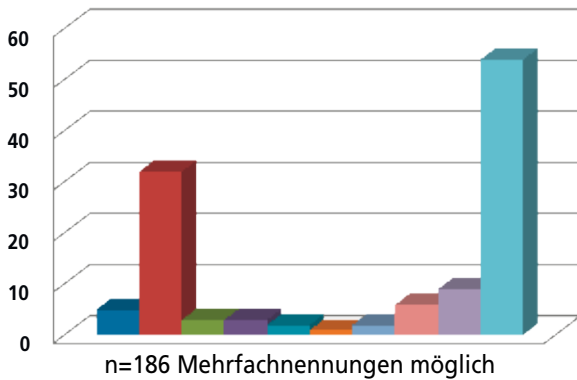


Sozialpsychiatrische Maßnahmen – Messiegruppe

- ambulant betreutes Wohnen (9%)
- Gesetzliche Betreuung (30%)
- Arzt (0%)
- Krankenhaus (4%)
- Entgiftung (0%)
- Langzeittherapie (0%)
- Sicherung materielle Lebensgrundlagen (22%)
- Kontakt Vermieter (30%)
- Kontakt Nachbarn (35%)
- Entmüllung durch Sozialamt (30%)
- Haushaltshilfe durch das Sozialamt (17%)
- praktische Hilfen durch Mitarbeiter des SpD (26%)
- andere Maßnahmen (65%)

Pathologische Horter akzeptieren seltener eine gesetzliche Betreuung und eine Behandlung fast nie. Hier kommen häufiger als bei den anderen Gruppen praktische Hilfen durch die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie Haushaltshilfe und Entmüllung zum Einsatz.

8. Vorherige Einbindung in das Hilfesystem



Vorherige Einbindung in das Hilfesystem – Gesamtgruppe

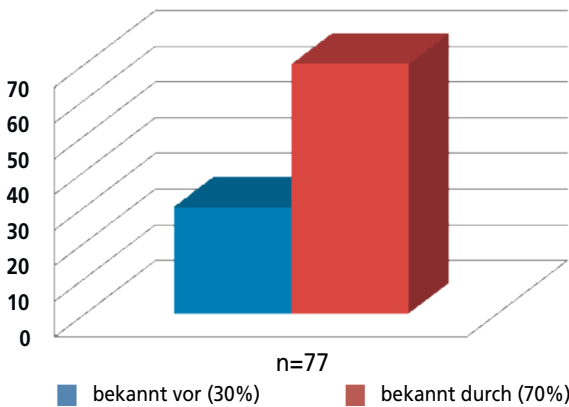
- Gesetzliche Betreuung (5%)
- Arzt/Krankenhaus/Pflegedienst (32%)
- Ambulant betreutes Wohnen (3%)
- Sozialamt 50/2 (3%)
- Sozialamt 50/4 (2%)
- Sozialamt 50/5 (1%)
- Sozialamt 50/6 (2%)
- Jobcenter (6%)
- Sonstiges (9%)
- Nein (54%)

Die Betroffenen sind nicht nur familiär und sozial isoliert sowie beruflich desintegriert, sie nehmen auch kaum psychosoziale Hilfen in Anspruch und sind daher zum Zeitpunkt der Meldung **im Hilfesystem meist unbekannt**.

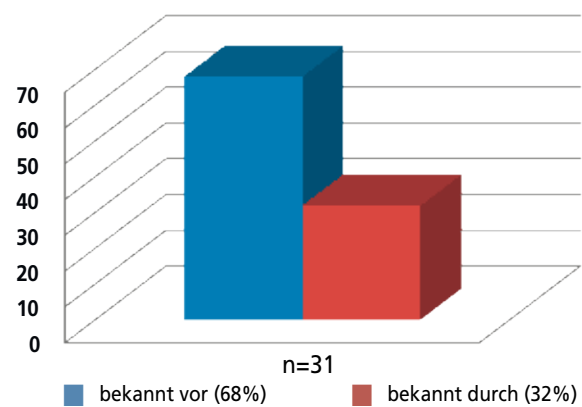
Allenfalls medizinische Leistungen werden von ca. einem Drittel nachgesucht. Dies unterstreicht nachdrücklich die Bedeutung der Hausärzte für diese isolierte Bevölkerungsgruppe.

9. Vorbekannt im SpD

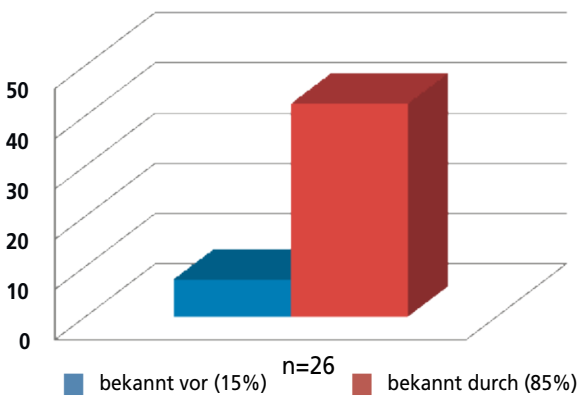
Bekannt vor oder bekannt durch das Wohnungsproblem – Suchtkrankheiten



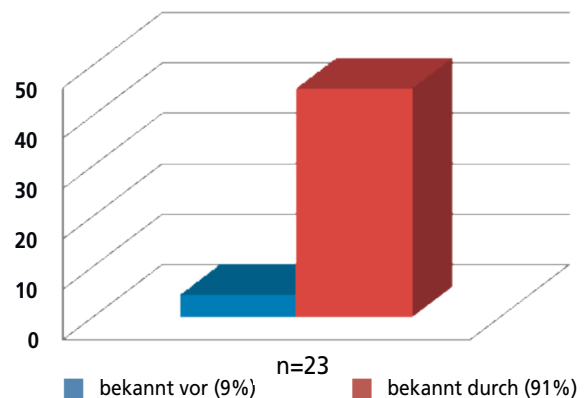
Bekannt vor oder bekannt durch das Wohnungsproblem – Psychosen



Bekannt vor oder bekannt durch das Wohnungsproblem – Depressionen



Bekannt vor oder bekannt durch das Wohnungsproblem – Messiegruppe

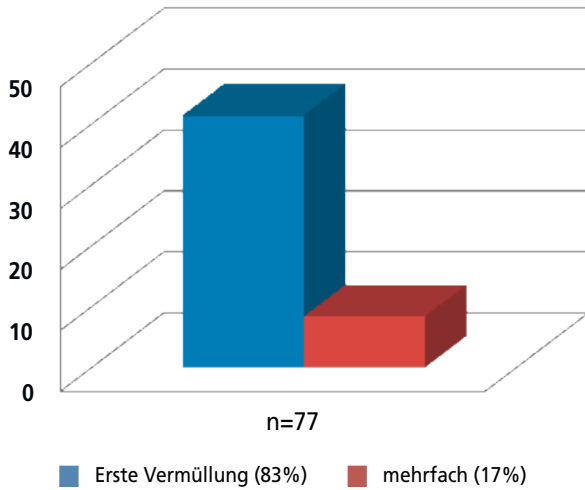


Auch dem SpD sind die meisten Betroffenen nicht vorbe-kannt. Erst durch das Auftreten der auffälligen Wohnsituation und deren Meldung durch Dritte werden sie dem Dienst bekannt. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Betroffenen mit Psychosen: Aufgrund des meist langen und

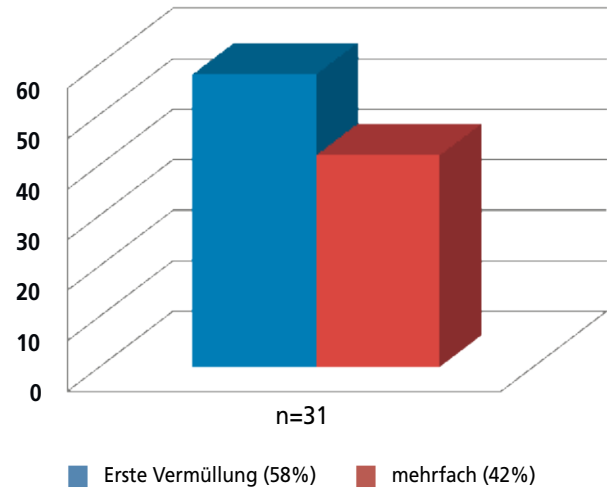
schweren Krankheitsverlaufes gab es häufiger auch schon vorher krisenhafte Zuspitzungen, durch die die Patienten dem SpD bekannt wurden, bevor es zur Unbewohnbarkeit der Wohnung kam.

10. Häufigkeit von Wiederholungsvermüllungen

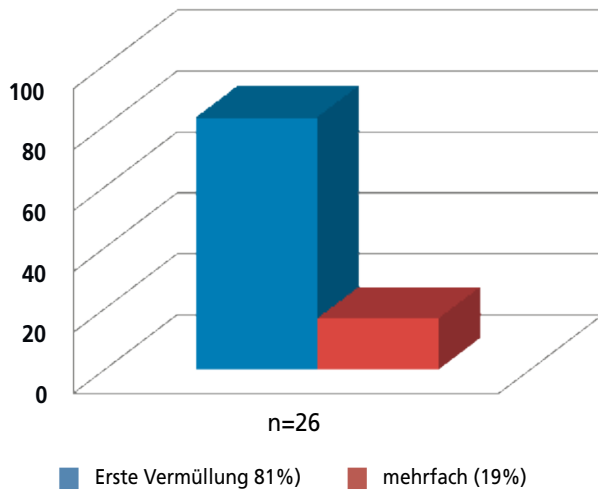
Häufigkeit der Vermüllung – Suchtkrankheiten



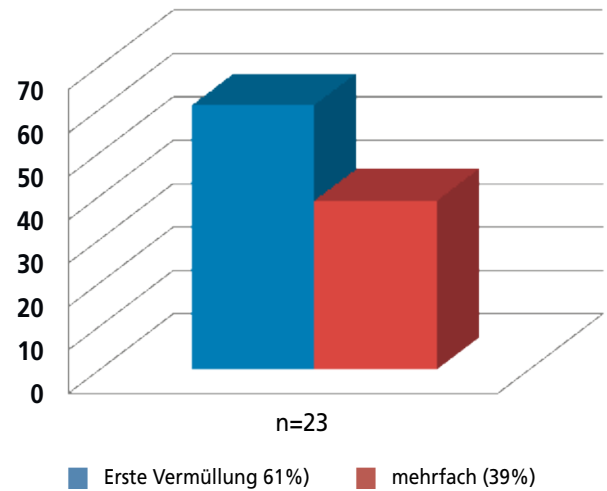
Häufigkeit der Vermüllung – Psychosen



Häufigkeit der Vermüllung – Depressionen

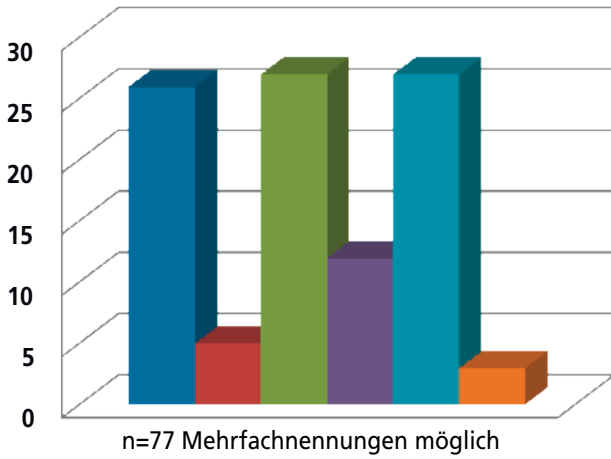


Häufigkeit der Vermüllung – Messiegruppe



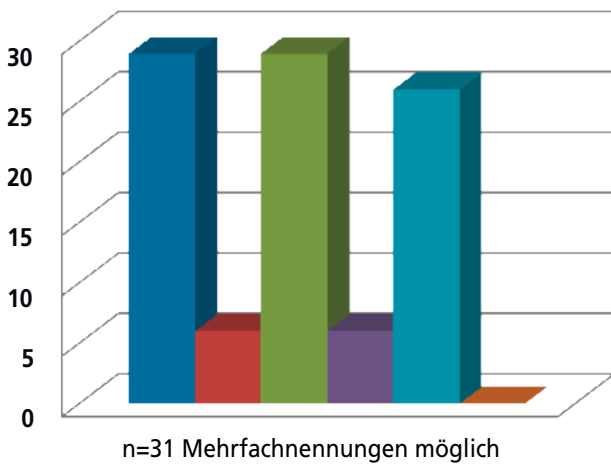
Bei den Betroffenen mit Psychosen und pathologischem Horten sind Wiederholungsvermüllungen deutlich häufiger. In diesen Fällen ist eine intensivere und länger dauernde Unterstützung erforderlich.

11. Hilfeannahmeverhalten



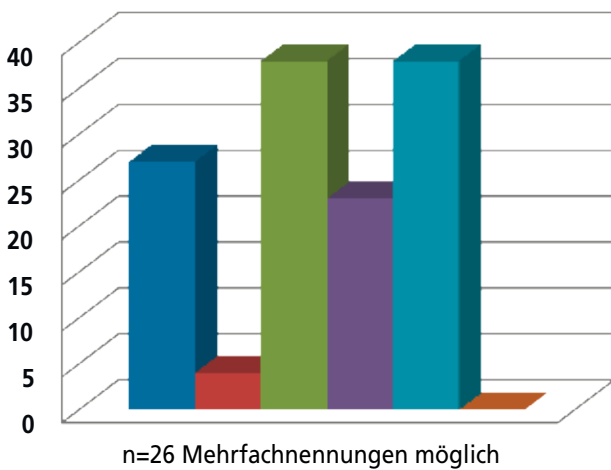
Hilfeannahmeverhalten – Suchtkrankheiten

- Lehnt alles ab (26%)
- Lehnt Behandlung ab (5%)
- Widerstrebend (27%)
- Lehnt Entmüllung ab (12%)
- Nimmt an (27%)
- Unbekannt (3%)



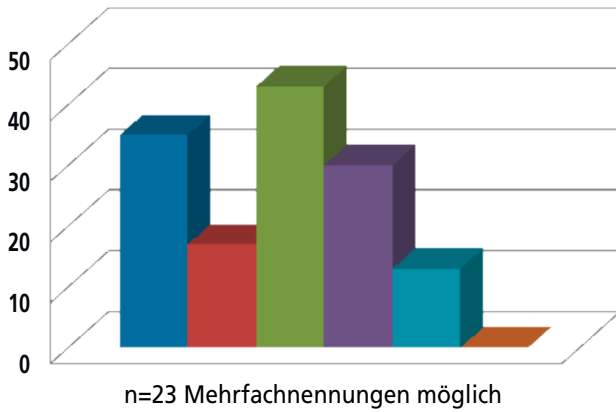
Hilfeannahmeverhalten – Psychosen

- Lehnt alles ab (29%)
- Lehnt Behandlung ab (6%)
- Widerstrebend (29%)
- Lehnt Entmüllung ab (6%)
- Nimmt an (26%)
- Unbekannt (0%)



Hilfeannahmeverhalten – Depressionen

- Lehnt alles ab (27%)
- Lehnt Behandlung ab (4%)
- Widerstrebend (38%)
- Lehnt Entmüllung ab (23%)
- Nimmt an (38%)
- Unbekannt (0%)



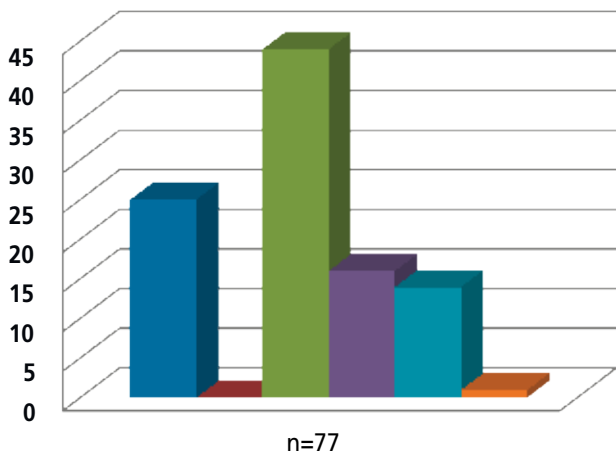
Hilfeannahmeverhalten – Messiegruppe

- Lehnt alles ab (35%)
- Lehnt Behandlung ab (17%)
- Widerstrebend (43%)
- Lehnt Entmüllung ab (30%)
- Nimmt an (13%)
- Unbekannt (0%)

Das Hilfeannahmeverhalten ist in allen vier Diagnosegruppen durch Rückzug, Krankheitssymptomatik und Widerstände beeinträchtigt. Am ausgeprägtesten ist dies bei der Gruppe der pathologischen Horter festzustellen:

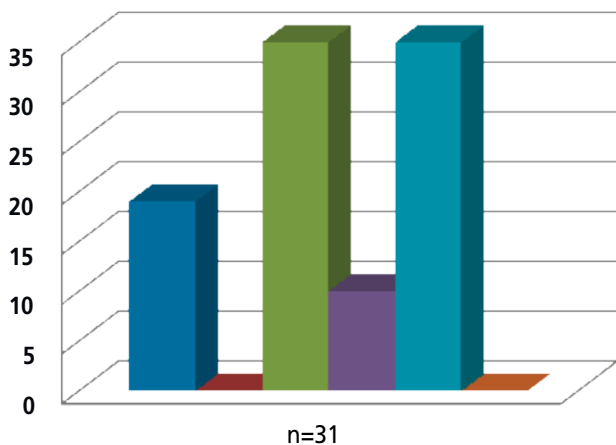
Hier nehmen nur 13% der Betroffenen die angebotenen Hilfen bereitwillig an (Suchtkrankheiten: 27%, Psychosen: 26%, Depressionen: 38%).

12. Outcome



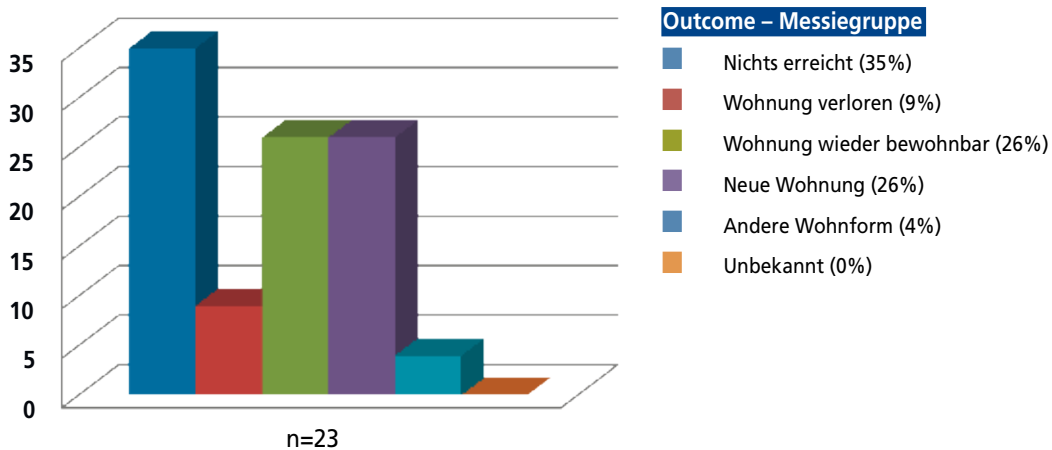
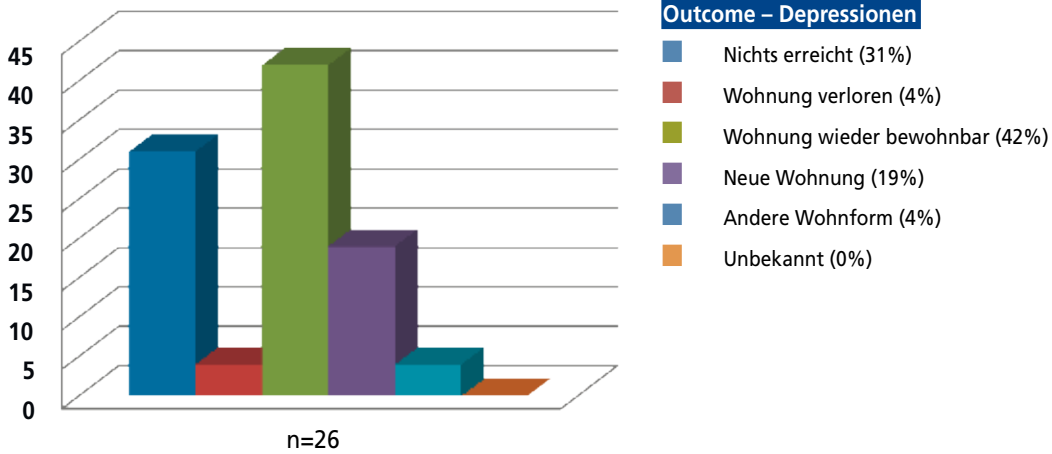
Outcome – Suchtkrankheiten

- Nichts erreicht (25%)
- Wohnung verloren (0%)
- Wohnung wieder bewohnbar (44%)
- Neue Wohnung (16%)
- Andere Wohnform (14%)
- Unbekannt (1%)



Outcome – Psychosen

- Nichts erreicht (19%)
- Wohnung verloren (0%)
- Wohnung wieder bewohnbar (35%)
- Neue Wohnung (10%)
- Andere Wohnform (35%)
- Unbekannt (0%)



Entsprechend dem am meisten beeinträchtigten Hilfeannahmeverhalten (siehe Punkt 11) waren in der Gruppe der pathologischen Horder die ungünstigen Outcome-Kategorien „nichts erreicht“ und „Wohnung verloren“ mit fast der Hälfte der Gruppe (44%) am häufigsten. In der Gruppe der Betroffenen mit Psychosen fällt auf,

dass das Auftreten der schwierigen Wohnsituation offenbar häufig Ausdruck einer Verschlechterung der Gesamtkrankheitssituation ist und deshalb zu einer Intensivierung der Unterstützung durch Umzug in eine andere Wohnform (Heim, Wohngemeinschaft 35%) führt.

III. Auswertung

Die Untersuchungsergebnisse, wie sie im vorherigen Kapitel dargestellt wurden, zeigen, dass **die Art der zugrunde liegenden Erkrankung Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Prognose und die Auswahl der geeigneten sozialpsychiatrischen Maßnahmen hat**. Deshalb nehmen wir die folgende Auswertung diagnosedifferenziert vor. Es wird jeweils ein Bogen von der Diagnose über das typische Bild der unbewohnbar gewordenen Wohnung und das Hilfeannahmeverhalten des Betroffenen geschlagen hin zu den geeigneten sozialpsychiatrischen Maßnahmen und der Prognose.

Neben unserer oben dargestellten Untersuchung fließen die Erkenntnisse der Fachliteratur sowie die fachlichen Erfahrungen anderer Sozialpsychiatrischer Dienste und der entsprechenden Fachabteilung des Sozialamtes in die Darstellung ein.

Um einen möglichst breiten und pragmatischen Nutzen zu erzielen, erfolgt die **Darstellung in typisierender Form**: Das heißt Charakteristika werden prägnant und gut wieder erkennbar dargestellt, Ausnahmen und Befunde mit geringerer Häufigkeit bleiben der klareren Darstellung wegen unerwähnt. Typisierende Darstellungen erheben deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit und komplette Abbildung der Wirklichkeit, sondern wollen vor allem von praktischem Nutzen in der Anwendbarkeit sein.

1. Suchtkrankheiten

/// Wohnungstyp

Konzentration auf Konsum: Leben auf dem Sofa vor dem TV. Dieses ist oft umgeben von einer Fülle von Gegenständen, häufig dazu im Kontrast: unbenutzte oder leere andere Räume („dreckige Leere“). Zeichen des Konsums (Flaschen), Zeichen von Intoxikationszuständen (Inkontinenz, Erbrochenes, Sturzzeichen). Aschenbecher, Brandflecken. Leere Flaschen und Abfall werden nicht zur Tonne gebracht, Geschirr nicht abgespült. Funktionsräume Bad und Küche oft stark verschmutzt. Schlafzimmer oft unbenutzt und leer. Wohnung wird oft gewechselt, teilweise noch unausgepackte Umzugskartons vom letzten Wohnungswechsel („der abgebrochene Umzug“). Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege in gleichem Umfang vernachlässigt. Auch außerhalb der Wohnung häufig vernachlässigtes Auftreten.

/// Hilfeannahmeverhalten

Der Betroffene verhält sich häufig passiv und vermeidend. Lässt Hilfeleistungen (Haushaltshilfe) oder Umzug passiv geschehen. Geringe innere Bindung an die Wohnung. Tütentest (zur Erklärung: Der Hausbesucher bietet an, eine mitgebrachte Mülltüte mit Abfall zu füllen und zur Müll-

tonne zu bringen): Betroffene lassen den Hausbesucher meist Abfall wegbringen. Viele Betroffene lassen Vermittlung in Behandlung und Begleitung ins Krankenhaus zu.

/// Sozialpsychiatrische Maßnahmen

Wenn irgend möglich, Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie. Parallel muss Entmüllung und Grundreinigung der Wohnung erfolgen, da sonst bei Rückkehr in katastrophale Wohnverhältnisse hohe Gefahr des Suchtrückfalles besteht.

/// Wohnprognose

Wenn der Patient nach suffizienter Behandlung der Suchtkrankheit abstinent lebt, ist die Wohnprognose günstig. Bei sozialer Isolation und fortgeschrittener Suchterkrankung mit bereits eingetretenen Folgeschäden ist häufig eine Unterstützung durch gesetzliche Betreuung und ambulant betreutes Wohnen erforderlich.

2. Psychosen

/// Wohnungstyp

Häufig imponiert nicht so sehr die Fülle von Dingen, sondern die Desorganisation der Wohnung: Nicht Zusammengehöriges liegt beieinander, teilweise skurrile Anordnungen. Schutz vor der Außenwelt: Rolläden und Vorhänge vorgezogen, Schutz vor Einblicknahme, Klingel abgestellt, Verdunkelung.

Zeichen von Wahnerleben: „Strahlenschutzfolien“, Fernseher oder Spiegel zugehängt oder zerstört, Barrieren, zugelebte Steckdosen, Dusche oder Wasserhähne laufen ununterbrochen.

Häufig Zeichen des Antriebsmangels: Abfall, Zeitung und Werbung nicht entsorgt, vernachlässigte Wohnungspflege.

/// Hilfeannahmeverhalten

Betroffene mit Psychosen leben meist sehr zurückgezogen und isoliert. Im Kontakt sind sie häufig ängstlich und angespannt, Interaktionssituationen können nur zeitlich begrenzt ertragen werden. Im Tütentest wird das Herunterbringen von Abfall meist zugelassen. Das Hilfeannahmeverhalten ist sehr unterschiedlich und hängt von Krankheitseinsicht, Ausmaß psychotischen Erlebens und sozialem Rückzug ab. Krankheitsbedingtes Misstrauen und Verfolgungserleben erschweren die Annahme professioneller Unterstützungsleistungen.

/// Sozialpsychiatrische Maßnahmen

Entscheidend ist die kontinuierliche und aufsuchende Unterstützung im Alltag durch Haushaltshilfe und ambulant betreutes Wohnen. Der Krankheitsprozess beeinträchtigt meist die freie Willensbildung und Alltagskompetenzen, so dass häufig die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich ist. Fachpsychiatrische Behandlung

reduziert subjektives Leid und psychotisches Erleben und ermöglicht so die Annahme von Hilfen.

/// Wohnprognose

Aufgrund der Schwere des Krankheitsverlaufes kommt es häufiger zu Wiederholungsvermüllungen. Dauerhafte und kontinuierliche aufsuchende Unterstützung (Haus-haltshilfen, ambulant betreutes Wohnen, gesetzliche Betreuung) verbessert die Wohnprognose ebenso wie eine suffiziente Behandlung.

3. Depressionen

/// Wohnungstyp

Außer in Extremfällen ist eine normale Ordnung von Möbeln und Dingen erkennbar. Keine gesammelten Gegenstände, keine Überfülle. Am auffälligsten sind die Folgen des Antriebsverlustes: Das Geschirr ist nicht abgespült, Zeitungen und Werbesendungen stapeln sich, der Abfall wird nicht herunter gebracht. Der Betroffene wird unter Umständen tagsüber im Bett angetroffen, in schweren Fällen neben der Vernachlässigung der Wohnungspflege auch Beeinträchtigung von Körper- und Kleidungspflege.

/// Hilfeannahmeverhalten

Auf den Tütentest reagieren von Depressionen Betroffene häufig mit Scham und Selbstvorwürfen, es ist ihnen unangenehm, dass der Hausbesucher anbietet, den Müll herunter zu bringen. Die Betroffenen geben sich die Schuld, dass sie ihre Pflichten vernachlässigt haben. Krankheitseinsicht ist oft vorhanden, die Betroffenen erleben sich als krank, beeinträchtigt oder verändert. Sie widersetzen sich Hilfe und Behandlung meist nicht, allerdings teilen sie nicht die Hoffnung der Helfer auf Besserung.

/// Sozialpsychiatrische Maßnahmen

Entscheidend ist die Vermittlung in ambulante oder stationäre antidepressive Behandlung. Parallel dazu muss die Entmüllung und Reinigung der Wohnung erfolgen um zu vermeiden, dass der anbehandelte und teilgebesserte Patient mit einer katastrophalen Wohnung allein gelassen und überfordert wird. Wichtig für die krankheitsbedingt häufig unter Selbstvorwürfen und Beschämung leidenden Betroffenen ist die Befriedung von Konflikten mit Nachbarschaft und Vermieter. Eine schwere depressive Symptomatik führt häufig zu einer Beeinträchtigung von Alltagskompetenz und Selbstsorge, dann ist meist die (vorübergehende) Unterstützung durch eine gesetzliche Betreuung erforderlich.

/// Wohnprognose

Nach suffizienter Behandlung der Depression und nach Beseitigung der Wohnproblematik ist die Prognose gut.

Häufig sind keine über die akute Krankheitsphase hinausgehenden, dauerhaften Unterstützungsmaßnahmen erforderlich.

4. Pathologisches Horten/Messie-Syndrom

/// Wohnungstyp

Auffälligstes Zeichen ist ein Zuviel von Dingen (je nach dem was gesammelt oder gekauft wird), je nach Ausmaß ist unter Umständen eine ursprüngliche Ordnung noch erkennbar. Durch gesammelte oder gekaufte Dinge, die bis zur Decke gestapelt werden, ist die Funktionsfähigkeit der Wohnung eingeschränkt: Räume können nicht mehr erreicht werden, die Funktionsräume Küche und Bad nicht mehr (vollständig) benutzt werden. Pflegedefizite sind ein sekundäres Phänomen, wenn z. B. das Bad nicht mehr betreten werden kann, ansonsten sind Körper- und Kleidungspflege unauffällig. Charakteristisch ist die Diskrepanz zwischen der in ihrer Funktionalität beeinträchtigten Wohnung und dem unauffälligen Verhalten Betroffener außerhalb der Wohnung. Keine Umzüge, die Wohnung wird nicht freiwillig gewechselt, starke innere Bindung an die Wohnung und die Gegenstände darin. Betroffene versuchen den Zustand der Wohnung zu verheimlichen und keinen Zutritt zu gewähren mit den daraus resultierenden Problemen (Vermieter, Handwerker, Schornsteinfeger).

/// Hilfeannahmeverhalten

Betroffene sind ob des Zustandes ihrer Wohnung beschämt und versuchen, ein Betreten der Wohnung durch Dritte zu vermeiden, hinauszuschieben oder ganz zu verhindern. Große (eventuell unüberwindbare) Schwierigkeiten für die Hausbesucher, in die Wohnung hinein zu gelangen. Das bagatellisierende, vermeidende oder leugnende Verhalten der Betroffenen steht in eklatantem Widerspruch zu der den Hausbesuch veranlassenden Schilderung Dritter über katastrophale Wohnverhältnisse. Der Tütentest löst große innere Not der Betroffenen aus. Dem Herausbringen von Dingen aus der Wohnung wird Widerstand bis zur tätlichen Gegenwehr entgegen gesetzt. Hilfen werden abgelehnt oder werden – wenn unausweichlich – nur sehr widerstrebend zugelassen.

/// Sozialpsychiatrische Maßnahmen

Alles entscheidend ist, ob es gelingt, eine möglichst tragfähige Beziehung aufzubauen, um überhaupt in die Wohnung hinein zu gelangen und ggfs. Hilfen installieren zu können. Förderlich für den Aufbau einer solchen Beziehung ist es, wenn schon von den allerersten Kontakten an für den Patienten erfahrbar etwas für ihn getan werden kann: Dies kann Unterstützung beim Schriftwechsel sein, Hilfen bei dem Stellen von Anträgen, Vermittlung in Konflikten mit Nachbarn oder Vermietern, o. ä.

Wichtig ist, dass die Helfer als Teil der Lösung der Probleme und nicht als ein weiteres Problem für die Betroffenen erlebt werden können.

Die Betroffenen stehen jeder Einflussnahme von außen meist ablehnend gegenüber: Eine Vermittlung in eine messiespezifische Behandlung oder in die Selbsthilfe gelingt selten. Auch wird meist eine gesetzliche Betreuung oder das ambulant betreute Wohnen abgelehnt. Da die Willensbildung nicht beeinträchtigt ist, kann eine gesetzliche Betreuung nur eingerichtet werden, wenn der Patient einverstanden ist, was selten der Fall ist.

Wenn der Wohnungszustand wegen resultierender Gefahren (Statik, Brand) oder dem Verlust der Menschenwürde des Wohnungsinhabers nicht tolerierbar ist, muss u. U. auch Druck von außen (Vermieter, Bauaufsicht, Schornsteinfeger) genutzt werden.

Falls der Beziehungsaufbau erfolgreich war, werden öfters direkte Hilfen durch den Hausbesucher akzeptiert. Falls möglich Verlagerung des hortenden Verhaltens auf kleinere, nicht verderbliche, besser lagerbare Gegenstände. Außenlagerstellen (angemietete Garage) reduzieren den Lagerdruck innerhalb der Wohnung, ermöglichen u. U. die Wiedernutzbarmachung der Funktionsräume (Bad, Küche) und erhöhen die Wohnungsqualität.

/// Wohnprognose

Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist eine dauerhafte und aufsuchende Unterstützung unabdingbar. Arbeit, Beschäftigung und tagesstrukturierende Maßnahmen reduzieren die Zeit, die für das hortende Verhalten zur Verfügung steht, und verbessern so die Wohnprognose.

IV. Zusammenfassung

1. Unbewohnbar gewordene Wohnungen sind **kein einheitliches Phänomen**. Die Wohnungen sehen unterschiedlich aus und sind auf unterschiedlichen Wegen zustande gekommen. Die Anfangsstadien lassen sich gut unterscheiden, am Ende einer langen Entwicklung können sich die Bilder ähneln.
2. Die unbewohnbar gewordene Wohnung ist immer **Zeichen einer seelischen Störung**. Wir haben keinen seelisch Gesunden in einer unbewohnbar gewordenen Wohnung kennen gelernt – es sei denn als abhängiger Angehöriger.
3. Wenn eine Wohnung unbewohnbar geworden ist, ist dies kein Zeichen einer bestimmten seelischen Störung – das Problem **kann im Verlauf fast aller schweren psychiatrischen Erkrankungen** auftreten (hirnorganische Störungen, Suchtkrankheiten, Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, pathologisches Horten/Messie-Syndrom, geistige Behinderungen).
4. Messies (pathologische Horter) sind zwar Objekt großen medialen Interesses, diese Gruppe macht jedoch nur einen kleinen Teil (12%) unserer Fälle unbewohnbar gewordener Wohnungen aus. In den meisten Fällen ist die **Wohnungsverwahrlosung Teil einer umfassenden Selbstvernachlässigung** im Rahmen einer schweren, lang dauernden psychiatrischen Krankheit (Sucht, Psychose, Depression). Als Selbstvernachlässigung bezeichnet man die Unfähigkeit, sich um seine Gesundheit, Hygiene, Pflege, Ernährung und sozialen Bedürfnisse zu kümmern, d. h. diese grundlegenden Bedürfnisse wahrzunehmen und sie angemessen zu befriedigen. Hieraus resultiert in den meisten Fällen **ein vielschichtiger, komplexer Hilfebedarf, der sich nicht nur auf die Wohnsituation bezieht**.
5. Das Problem ist nicht unbedeutend: Allein im Sozialpsychiatrischen Dienst wurden in den vergangenen Jahren ca. 40 Fälle pro Jahr bearbeitet. Hinzu kommen die Fälle, die durch andere städtische Ämter (vor allem das Sozialamt) und ohne behördliche Hilfen betreut werden. Für das gesamte Dortmunder Stadtgebiet ist deshalb sicherlich von einer niedrig dreistelligen Fallzahl auszugehen. Für die fachgerechte Unterstützung werden angesichts der meist schweren Krankheitsverläufe und komplexen Problemlagen nicht unbedeutende wirtschaftliche und vor allem personelle Ressourcen eingesetzt. Auch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine **hohe Dunkelziffer** zu vermuten ist: Die Betroffenen

melden sich selten selbst, sie leben isoliert, lehnen Hilfen und Kontakt ab und fallen lange auch dem Umfeld nicht auf.

6. Angesichts der ungebrochenen Wohntrends (Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, Zunahme der Wohnfläche pro Kopf der Bevölkerung) muss von einer weiteren **Zunahme dieser Problematik** ausgegangen werden.
7. Die Betroffenen suchen nur selten selbst Hilfe, meist werden sie von Vermietern, der Polizei, Angehörigen oder Nachbarn den städtischen Behörden wegen aufgetretener Auffälligkeiten gemeldet. Es handelt sich überwiegend um Menschen mittleren Lebensalters, die – sozial und familiär isoliert – allein leben. Nach regulärer Schulbildung fasst die Mehrzahl der Betroffenen zunächst beruflich normal Fuß. Im jahrelangen Verlauf einer schweren seelischen Erkrankung kommt es zu **parallelen Prozessen von sozialer und beruflicher Desintegration**. Zum Zeitpunkt des Auftretens der auffälligen Wohnsituation leben nur noch 5% der Betroffenen von Arbeitseinkommen.
8. Obwohl alle schweren psychiatrischen Erkrankungen im Verlauf zu unbewohnbar werdenden Wohnungen führen können, handelt es sich bei der großen Mehrzahl (85%) unserer Fälle um vier zugrunde liegende Diagnosen: **Suchterkrankungen** (Alkohol oder Drogen), **Psychosen**, **Depressionen** und **pathologisches Horten** (Messie-Syndrom). Die Betroffenen sind dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem gesamten medizinischen und psychosozialen Hilfesystem zuvor meist unbekannt, am häufigsten haben sie noch zu Hausärzten Kontakt.
9. **Beschämung, soziale Isolation und das Krankheitserleben beeinträchtigen das Hilfeannahmeverhalten und den Outcome**. Unklar bleibt der weitere Verlauf bei der Gruppe derjenigen, die durch keine sozialpsychiatrischen Interventionen erreichbar waren und Unterstützung und teilweise sogar jeden Kontakt ablehnten. In der Literatur wird die Vermutung geäußert, dass diese Gruppe zumindest teilweise die Wohnung verliert und dauerhaft wohnungslos wird (Diogenes aux via).
10. Die Art der zugrunde liegenden Erkrankung hat Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Auswahl geeigneter sozialpsychiatrischer Maßnahmen, den Outcome und die Prognose. Die **Kenntnis der ursächlichen Diagnose** erleichtert es psychosozialen Professionellen eine der Störung angemessene Haltung einzunehmen und vergrößert so die Chance, tragfähige Unterstützungsbeziehungen aufzubauen. Sie ermöglicht zudem die Auswahl der Erkrankung entsprechender sozialpsychiatrischer Maßnahmen und **verbessert so Outcome und Prognose**.
11. Besonders schwierig mit sozialpsychiatrischen Interventionen erreichbar ist die Gruppe der pathologischen Horter (sogenannte Messies). **Insbesondere die Betroffenen mit Psychose und pathologischem Horten benötigen die Installation langfristiger, aufsuchender Unterstützung**.
12. Ein diagnosedifferenziertes Vorgehen ist deshalb Grundlage des **Dortmunder Vorschlages zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen**.

Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen

Suchtkrankheiten (F1) (Alkohol, Drogen)

Wohnungstyp	Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege im gleichen Umfang vernachlässigt. Auch außerhalb der Wohnung vernachlässigtes Auftreten. Oft „dreckige Leere“. Zeichen des Konsums (Flaschen). Zeichen von Intoxikationszuständen (Inkontinenz, Erbrochenes, Sturzzeichen). Leben auf dem Sofa vor dem TV. Unbenutzte oder leere Räume in Kontrast zu oft stark verschmutzter Küche und Bad. Die Wohnung wird u. U. häufiger gewechselt. „Der abgebrochene Umzug“.
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest: Lässt Hausbesucher Abfall zur Mülltonne bringen. Verhält sich passiv und vermeidend. Keine innere Bindung an die Wohnung: Lässt Haushaltshilfe oder Umzug zu. Viele Patienten lassen auch Behandlung und Vermittlung ins Krankenhaus zu.
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Wenn irgend möglich: Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie. Parallel muss Entmüllung und Grundreinigung der Wohnung erfolgen, da sonst bei Rückkehr in katastrophale Wohnung hohe Gefahr des Suchtrückfalles. Passivität und Vermeidung nutzen.
Wohnprognose	Gut, wenn abstinent. Bei sozialer Isolation und fortgeschrittener Suchterkrankung mit Folgeschäden Unterstützung durch gesetzliche Betreuung und ambulant betreutes Wohnen.

Psychosen (F2)

Wohnungstyp	Normalerweise imponiert nicht so sehr die Fülle von Dingen sondern die Desorganisation der Wohnung: Nicht Zusammengehöriges liegt beieinander, teilweise skurrile Anordnungen. Zeichen des Wahnerlebens (Rolläden und Vorhänge vorgezogen, Schutz vor Einblicknahme, Verdunkelt, Klingel abgestellt, TV oder Spiegel aufgehängt oder zerstört, Strahlenschutzfolien, Barrieren, Unverständliches: Steckdosen abgeklebt, Wasserlaufen lassen). Auch Zeichen der Antriebsstörung (Abfall, Zeitungen, Werbung nicht zur Tonne gebracht).
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Der psychotische Patient ist zurückgezogen, ängstlich, angespannt und hält Interaktionen nur begrenzte Zeit aus. Tütentest: Lässt das Runterbringen von Abfall meist zu. Das Hilfeannahmeverhalten ist sehr unterschiedlich und hängt von Krankheitseinsicht, Ausmaß psychotischen Erlebens und sozialen Rückzuges ab.
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Entscheidend ist die kontinuierliche und aufsuchende Unterstützung im Alltag: Haushaltshilfe und ambulant betreutes Wohnen. Willensbildung meist beeinträchtigt, daher oft Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich.
Wohnprognose	Dauerhafte und kontinuierliche aufsuchende Unterstützung ist erforderlich, sonst häufiger Wiederholungsvermüllungen.

Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen

Depressionen (F3)

Wohnungstyp	Außer in Extremfällen ist eine normale Ordnung von Möbeln und Dingen erkennbar. Keine gesammelten Gegenstände, keine Überfülle. Am auffälligsten sind die Folgen des Antriebsverlustes: Geschirr nicht gespült, Zeitungen und Werbesendungen stapeln sich, Abfall nicht herunter gebracht. Patient wird u. U. tagsüber im Bett angetroffen. Vernachlässigung von Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege.
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest: Hausbesucher darf Müll herunterbringen, aber Patient u. U. beschämt. Meist Krankheitseinsicht kein Problem, keine Gegenwehr gegen Hilfe oder Behandlung, Patient lässt Unterstützung zu – teilt aber nicht die Hoffnung der Helfer auf Besserung.
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Entscheidend ist die Vermittlung in ambulante oder stationäre antidepressive Behandlung. Parallel dazu Entmüllung und Reinigung der Wohnung (Vermeiden, dass der anbehandelte und teilgebesserte Patient mit einer katastrophalen Wohnung allein gelassen und überfordert wird). U. U. sind keine dauerhaften Maßnahmen erforderlich.
Wohnprognose	Gut, wenn nicht depressiv. In gesunden Phasen oft keine weitere Unterstützung erforderlich.

Pathologisches Horten (F63.8) (Messie-Syndrom)

Wohnungstyp	Patient verheimlicht Zustand der Wohnung: Große (eventuell unüberwindbare) Schwierigkeit, überhaupt hinein zu gelangen. Außerhalb der Wohnung ist der Patient oft unauffällig, Kleider- und Körperpflege oft nicht vernachlässigt. In der Wohnung ein Zuviel von Dingen, je nach Ausmaß ursprüngliche Ordnung noch erkennbar. Durch gesammelte oder gekaufte Dinge, die bis zur Decke gestapelt werden, eingeschränkte Funktion der Wohnung: Räume können nicht mehr erreicht werden, Funktionsräume Küche und Bad nicht mehr benutzt werden. Die Wohnung wird nie freiwillig gewechselt.
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest: Löst große innere Not des Patienten aus, Widerstand bis zur tätlichen Gegenwehr. Hilfe wird abgelehnt und wenn unausweichlich, nur sehr widerstrebend zugelassen.
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Entscheidend ist der Aufbau einer möglichst tragfähigen Beziehung. Wenn Wohnungszustand wegen resultierender Gefahren oder Verlust der Menschenwürde nicht tolerierbar: Zwang. Ansonsten: Vermittlung in Selbsthilfe und Behandlung. Installation kontinuierlicher aufsuchender Hilfe: Ambulant betreutes Wohnen. Willensbildung normalerweise nicht beeinträchtigt, gesetzliche Betreuung daher nur, wenn Patient einverstanden. Falls möglich Verlagerung des hortenden Verhaltens auf kleinere, nicht verderbliche, besser lagerbare Gegenstände. Außenlagerstellen (angemietete Garage) reduzieren Druck und erhöhen Wohnqualität.
Wohnprognose	Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: Auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist dauerhafte Unterstützung erforderlich.

V. Anhang – Alle erhobenen Daten

	Gesamtgruppe (n= 186)	Suchtkrankheiten (F1) (n=77)	Psychosen (F2) (n= 31)	Depressionen (F3) (n=26)	Path. Horten/ Messie-Syndrom (F63,8) (n= 23)
Zugangswege zum SpD					
Vermieter	42 (22%)	19 (25%)	4 (13%)	4 (15%)	5 (22%)
Nachbarn	19 (10%)	8 (10%)	4 (13%)	3 (11%)	4 (17%)
Angehörige	22 (11%)	4 (5%)	4 (13%)	8 (30%)	1 (4%)
Polizei	35 (19%)	17 (22%)	8 (26%)	2 (8%)	4 (17%)
Sozialamt	14 (7%)	5 (6%)	3 (10%)	2 (8%)	2 (9%)
Jobcenter	14 (7%)	5 (6%)	1 (3%)	2 (8%)	2 (9%)
weitere psychosoziale Institutionen	31 (16%)	13 (17%)	4 (13%)	4 (15%)	3 (13%)
Betroffener selbst	16 (8%)	6 (8%)	3 (10%)	1 (4%)	2 (9%)

Geschlecht					
weiblich	51 (27%)	11 (14%)	9 (29%)	13 (50%)	12 (52%)
männlich	135 (73%)	66 (86%)	22 (71%)	13 (50%)	11 (48%)

Alter					
unter 25	12 (6%)	6 (8%)	4 (13%)	2 (8%)	0
25–45	50 (27%)	26 (34%)	6 (19%)	4 (15%)	5 (22%)
45–65	89 (48%)	37 (48%)	8 (26%)	15 (58%)	12 (52%)
über 65	35 (19%)	8 (10%)	13 (42%)	5 (19%)	6 (26%)

Wohnsituation					
Alleinlebend	157 (84%)	70 (91%)	21 (68%)	23 (88%)	14 (61%)
Mit Partner	15 (8%)	5 (6%)	5 (16%)	2 (8%)	3 (13%)
Mit Kindern	4 (2%)	0	0	0	3 (13%)
Mit Eltern	3 (2%)	0	2 (6%)	1 (4%)	1 (4%)
Sonstiges	7 (4%)	2 (3%)	3 (9%)	0	2 (8%)

Ehestand					
Ledig	101 (54%)	44 (57%)	25 (81%)	10 (38%)	11 (48%)
Geschieden	55 (29%)	26 (34%)	4 (13%)	8 (31%)	5 (22%)
Verheiratet	12 (7%)	3 (4%)	1 (3%)	3 (12%)	3 (13%)
Verwitwet	18 (10%)	4 (5%)	1 (3%)	5 (19%)	4 (17%)

Bildungsstand					
Ohne Abschluss	8 (4%)	6 (8%)	2 (6%)	0	0
Förderschule	14 (7%)	10 (13%)	1 (3%)	0	0
Hauptschule	79 (42%)	35 (45%)	12 (39%)	11 (42%)	12 (52%)
Mittlere Reife	31 (17%)	6 (8%)	6 (19%)	10 (38%)	2 (9%)
Hochschulreife	25 (13%)	4 (5%)	11 (35%)	5 (19%)	2 (9%)

	Gesamtgruppe (n= 186)	Suchtkrankheiten (F1) (n=77)	Psychosen (F2) (n= 31)	Depressionen (F3) (n=26)	Path. Horten/ Messie-Syndrom (F63,8) (n= 23)
Abgeschlossene Ausbildung	73 (39%)	28 (36%)	11 (35%)	18 (69%)	9 (39%)
Abgeschlossenes Studium	12 (6%)	5 (6%)	3 (10%)	2 (8%)	1 (4%)
Unbekannt	26 (13%)	13(17%)	2 (6%)	0	5 (22%)

Berufsstand					
Angelernte Tätigkeit	22 (12%)	10 (13%)	3 (9%)	3 (11%)	2 (9%)
Arbeiter	33 (18%)	14 (18%)	4 (13%)	2 (8%)	7 (30%)
Ausbildungsberuf	66 (35%)	27 (35%)	11 (36%)	13 (50%)	8 (35%)
Akademischer Beruf	12 (6%)	3 (4%)	1 (3%)	3 (12%)	1 (4%)
Unbekannt	3 (2%)	1 (1%)	1 (3%)	1 (4%)	0
Nie berufstätig	50 (27%)	22 (29%)	11 (36%)	4 (15%)	5 (22%)

Einkommen					
Arbeitseinkommen	10 (5%)	3 (4%)	0	7 (27%)	0
Rente	72 (39%)	24 (31%)	13 (42%)	11 (42%)	11 (48%)
Arbeitslosengeld	82 (44%)	41 (53%)	13 (42%)	7 (27%)	9 (39%)
Grundsicherung	12 (7%)	5 (6%)	4 (13%)	0	0
Kein geregeltes Einkommen	10 (5%)	4 (6%)	1 (3%)	1 (4%)	3 (13%)

Sozialpsychiatrische Maßnahmen					
Ambulant Betreutes Wohnen	32 (17%)	16 (21%)	4 (13%)	5 (19%)	2 (9%)
Gesetzliche Betreuung	103(55%)	42 (55%)	24 (77%)	15 (58%)	7 (30%)
Arzt	23 (12%)	11 (14%)	3 (10%)	5 (19%)	0
Krankenhaus	61 (33%)	30 (39%)	17 (55%)	5 (19%)	1 (4%)
Entgiftung	23 (12%)	19 (25%)	2 (6%)	0	0
Langzeittherapie	17 (9%)	15 (19%)	0	0	0
Sicherung materieller Lebensgrundlagen	31 (16%)	12 (16%)	3 (10%)	5 (19%)	5 (22%)
Kontakt Vermieter	72 (39%)	30 (39%)	15 (48%)	10 (38%)	7 (30%)
Kontakt Nachbarn	55 (29%)	12 (16%)	13 (42%)	11 (42%)	8 (35%)
Entmüllung durch das Sozialamt	35 (19%)	13 (17%)	7 (23%)	5 (19%)	7 (30%)
Haushaltshilfe durch das Sozialamt	21 (11%)	3 (4%)	5 (16%)	4 (15%)	4 (17%)
Praktische Hilfen durch Mitarbeiter des SpD	20 (11%)	3 (4%)	2 (6%)	5 (19%)	6 (26%)
Andere Maßnahmen	80 (43%)	32 (42%)	13 (42%)	10 (38%)	15 (65%)

	Gesamtgruppe (n= 186)	Suchtkrankheiten (F1) (n=77)	Psychosen (F2) (n= 31)	Depressionen (F3) (n=26)	Path. Horten/ Messie-Syndrom (F63,8) (n= 23)
Vorherige Einbindung in das Hilfesystem					
Gesetzliche Betreuung	10 (5%)	5 (6%)	4 (13%)	0	0
Arzt/Krankenhaus/ Pflegedienst	59 (32%)	25 (32%)	13 (42%)	6 (23%)	7 (30%)
Ambulant betreutes Wohnen	5 (3%)	2 (3%)	2 (6%)	0	1 (4%)
Sozialamt 50/2	5 (3%)	1 (1%)	0	1 (4%)	2 (9%)
Sozialamt 50/4	3 (2%)	2 (3%)	1 (3%)	0	0
Sozialamt 50/5	2 (1%)	0	0	1 (4%)	0
Sozialamt 50/6	4 (2%)	2 (3%)	1 (3%)	0	0
Jobcenter	12 (6%)	3 (4%)	1 (3%)	4 (15%)	1 (4%)
Sonstiges	17 (9%)	7 (9%)	3 (10%)	2 (8%)	3 (13%)
Keine	102 (54%)	43 (56%)	15 (48%)	14 (54%)	12 (52%)

Bekannt vor dem oder bekannt durch das Wohnungsproblem					
Bekannt vor	50 (27%)	23 (30%)	21 (68%)	4 (15%)	2 (9%)
Bekannt durch	136 (73%)	54 (70%)	10 (32%)	22 (85%)	21 (91%)

Betroffener ist Mieter/ Eigentümer					
Mieter	161 (86%)				
Eigentümer	25 (14%)				

Problemstand					
Beschwerden über Betroffene	87 (47%)				
Kündigung der Wohnung	32 (17%)				
Räumungsurteil	14 (7%)				
Unbekannt	53 (29%)				

	Gesamtgruppe (n= 186)	Suchtkrankheiten (F1) (n=77)	Psychosen (F2) (n= 31)	Depressionen (F3) (n=26)	Path. Horten/ Messie-Syndrom (F63,8) (n= 23)
Häufigkeit der Vermüllung					
Erste Vermüllung	143 (77%)	64 (83%)	18 (58%)	21 (81%)	14 (61%)
Wiederholte Vermüllung	43 (23%)	13 (17%)	13 (42%)	5 (19%)	9 (39%)
Hilfeannahmeverhalten					
Lehnt alles ab	50 (27%)	20 (26%)	9 (29%)	7 (27%)	8 (35%)
Lehnt Behandlung ab	14 (7%)	4 (5%)	2 (6%)	1 (4 %)	4 (17%)
Widerstrebend	62 (33%)	21 (27%)	9 (29%)	10 (38%)	10 (43%)
Lehnt Entmüllung ab	21 (11%)	9 (12%)	2 (6%)	6 (23%)	7 (30%)
Nimmt an	71 (38%)	21 (27%)	8 (26%)	10 (38%)	3 (13%)
Unbekannt	3 (2%)	2 (3%)	0	0	0
Outcome					
Nichts erreicht	48 (26%)	19 (25%)	6 (19%)	8 (31%)	8 (35%)
Wohnungsverlust	3 (2%)	0	0	1 (4%)	2 (9%)
Wohnung wieder bewohnbar	81 (44%)	34 (44%)	11 (35%)	11 (42%)	6 (26%)
Neue Wohnung	27 (14%)	12 (16%)	3 (10%)	5 (19%)	6 (26%)
Andere Wohnform (Heim, WG)	25 (13%)	11 (14%)	11 (35%)	1 (4%)	1 (4%)
Unbekannt	2 (1%)	1 (1%)	0	0	0

