

Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen

	Wohnungstyp	Patientenverhalten und Hilfeannahme	Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Wohnprognose
Suchtkrankheiten (F1) (Alkohol, Drogen)	Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege im gleichen Umfang vernachlässigt. Auch außerhalb der Wohnung vernachlässigtes Auftreten. 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 (Oft „schmutzige Leere“). Die Wohnung wird u. U. häufiger gewechselt. Oft abgebrochener Umzug mit nur teilausgepackten Kartons.	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.	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.	Gut, wenn abstinent. Bei sozialer Isolation und fortgeschrittener Suchterkrankung mit Folgeschäden Unterstützung durch gesetzliche Betreuung und ambulant BEWO.
Psychosen (F2)	Normalerweise imponiert nicht so sehr die Fülle von Dingen sondern die Desorganisation der Wohnung: Nicht Zusammengehöriges liegt beieinander, teilweise skurrile Anordnungen. Zeichen des Wahnerlebens (Rolladen und Vorhänge vorgezogen, Schutz vor Einblicknahme, verdunkelt, Klingel abgestellt, TV oder Spiegel zugehängt oder zerstört, Strahlenschutzfolien, Barrieren, Unverständliches: Steckdosen abgeklebt, Wasserlaufen lassen). Auch Zeichen der Antriebsstörung (Abfall, Zeitungen, Werbung nicht zur Tonne gebracht).	Der psychotische Patient ist zurückgezogen, ängstlich, angespannt und hält Interaktion nur begrenzte Zeit aus. Tütentest: Lässt das Mitnehmen von Abfall meist zu. Das Hilfeannahmeverhalten ist sehr unterschiedlich und hängt von Krankheitseinsicht sowie Ausmaß psychotischen Erlebens und sozialen Rückzuges ab.	Entscheidend ist die kontinuierliche und aufsuchende Unterstützung im Alltag: Haushaltshilfe und ambulant betreutes Wohnen. Willensbildung meist beeinträchtigt, daher oft Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich.	Dauerhafte und kontinuierliche aufsuchende Unterstützung ist erforderlich, sonst häufiger Wiederholungsvermüllungen.
Depressionen (F3)	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.	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.	Vermittlung in ambulante oder stationäre Depressionsbehandlung. Parallel dazu Entmüllung und Reinigung der Wohnung (Vermeiden, dass der anbehandelte und teilgebesserte Patient mit einer katastrophalen Wohnung allein gelassen und überfordert wird). Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld (Nachbarn, Vermieter).	Gut, wenn nicht depressiv. In gesunden Phasen oft keine weitere Unterstützung erforderlich.
Pathologisches Horten (F63.8) (Messie-Syndrom)	Patient verheimlicht Zustand der Wohnung: Große (eventuell unüberwindbare) Schwierigkeit, überhaupt hinein zu gelangen. Außerhalb der Wohnung ist der Patient meist unauffällig, Kleider- und Körperpflege normalerweise nicht beeinträchtigt In der Wohnung ein Zuviel von Dingen, je nach Ausmaß ist ursprüngliche Ordnung noch erkennbar (Oft „saubere Überfülle“). Durch gesammelte oder gekaufte (oft noch in Verpackung) 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. Starke innere Bindung an Wohnung und deren Inhalt - die Wohnung wird nie freiwillig gewechselt.	Tütentest: Löst große innere Not des Patienten aus, Widerstand bis zur tätlichen Gegenwehr. Hilfe wird abgelehnt und wenn unausweichlich, nur sehr widerstrebend zugelassen. Oft auffallend unpünktlich (zeitliche Desorganisation). <i>Erläuterung Tütentest(1):</i> Am Ende des Hausbesuches Angebot, eine Tüte Abfall (sei es vom Patienten bereits gepackter aber noch nicht weggebrachter Abfall, sei es ein vom Besucher mitgebrachter und dann gemeinsam zu füllender Müllsack) beim Hinausgehen mit zur Abfalltonne zu nehmen.	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 BEWO. 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.	Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: Auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist dauerhafte Unterstützung erforderlich. © Dr. Thomas Lenders 2014 (1) nach einer Idee von Dr. Lothar Lindstedt SpD Augsburg