



Symposium-Band Verwahrlosung



Inhalt

- 1 Vom Loslassen und nicht ausgrenzen
Thomas Steffen
- 2 Der Dortmunder Vorschlag zum praktischen
Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen
Wohnungen
Thomas Lenders
- 15 Empirische Untersuchungen zum Messie-Syndrom
Dieter Ebert
- 22 Therapeutischer Beratungsansatz
für das Messie Klientel
Veronika Schröter
- 24 Messies verwahrlost?
Rainer Rehberger
- 30 Auftrag der Medizinischen Dienste bei
Defizitären Wohnverhältnissen
Ursula Lafos
- 33 ADA – Ambulanter Dienst Alterspsychiatrie
Tabea Bodmer / Thomas Leyhe
- 35 Auftrag und Tätigkeitsbereich des Sozialdienstes
der Kantonspolizei Basel-Stadt
Annina Fleig
- 38 Wie arbeitet die Erwachsenenschutzbehörde (ESB)
Basel-Stadt
Patrick Fassbind
- 45 Kontaktadressen im Kanton Basel-Stadt

Herausgeber: Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt
Gerbergasse 13, 4001 Basel

Ansprechpartner: Sozialmedizin/
Wohnungswesen
ursula.lafos@bs.ch

Druck: Druckerei Dietrich AG, Basel
Papier: Offsetpapier hochweiss, matt, FSC
Auflage: 300 Expl., Basel, 2019

www.bs.ch
www.gesundheit.bs.ch

ISBN 978-3-906683-93-5

Dank

Ein besonderer Dank gilt allen Autorinnen und Autoren für die Bereitstellung ihrer Fachartikel und beim Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt für die finanzielle Unterstützung des Symposiums.

Vom Loslassen und nicht ausgrenzen

Um erlöst zu werden, müssen wir uns von Vielem lösen. (Walter Ludin)



Thomas Steffen

Messi-Syndrom, Vermüllung, Diogenes-Syndrom oder Verwahrlosung sind Begriffe, die längst ihren Eingang in den Alltag gefunden haben. Häufig werden sie mit Bildern von einsamen Menschen, umgeben von Müll, in Verbindung gebracht. Wobei sich ein Messi-Syndrom bekanntermaßen auch ganz anders äussern kann. Diese Situationen lösen im näheren und weiteren Umfeld viele Reaktionen aus: Nachdenklichkeit, Neugier, Wut sind nur einige der möglichen Reaktionstypen. So erstaunt es dann auch nicht, dass das Thema «Messi» heute regelmässig in Reality-Shows vorkommt.

Das breite Thematisieren der Verwahrlosung ist aber kein zwingendes Zeichen dafür, dass Menschen in solchen Lebensverhältnissen heute nicht mehr ausgegrenzt werden. Viel mehr kann eine voyeuristische Thematisierung dieses Phänomens – wie sie heute teilweise in den Medien stattfindet – die Ausgrenzung dieser Menschen fördern und damit ihre Lebenslage weiter verschlimmern.

Vor diesem Kontext wollte die Basler Tagung zum Thema Verwahrlosung Ende August 2017 einen Beitrag zur Versachlichung der Fragen rund um die Betreuung und Behandlung von Menschen mit Messi- oder ähnlichem Verhalten leisten. Der vorliegende Sammelband zur Tagung zeigt, dass dies dank allen Beteiligten gut gelungen ist. Damit konnte auch gezielt der Austausch zwischen Fachleuten zu den besten Massnahmen zur Linderung der Probleme und des Leids der Betroffenen gefördert werden.

Sehr spürbar war sowohl an der Tagung, wie auch in den nun vorliegenden Texten der tiefe Respekt vor dem Lebensweg jedes und jeder einzelnen Betroffenen. Erst dadurch wird Hilfe zu echter Unterstützung und gerät nicht in Gefahr ein Teil der Ausgrenzung zu werden.

In diesem Sinne wünsche ich allen Lesenden eine anregende Lektüre des vorliegenden Symposium-Bands «Verwahrlosung» der Medizinischen Dienste des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt.

Thomas Steffen
Leiter Medizinische Dienste Basel-Stadt
Kantonsarzt

Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen

Untersuchung von 186 Fällen von Vermüllung, Wohnungsverwahrlosung und pathologischem Horten (Messie-Syndrom)

Thomas Lenders, Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt der Stadt Dortmund

Zusammenfassung

Ziel

Erarbeitung eines praxisnahen und einfach umzusetzenden Konzeptes für die sozialpsychiatrische Arbeit in Fällen unbewohnbar gewordener Wohnungen.

Methode

Retrospektive Analyse von 186 Fällen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpD) Dortmund der Jahre 2008–2012, bei denen eine desolate Wohnungssituation im Vordergrund der Fallproblematik stand.

Ergebnisse

Die Betroffenen litten an Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum psychiatrischer Krankheitsgruppen, 4 Diagnosegruppen machten mit zusammen 85% den Hauptanteil aus: Sucht (F1)=41%, Psychosen (F2)=17%, Depression (F3)=(14%) und pathologisches Horten (F63,8 «Messie-Syndrom»)=12%.

Der Altersgipfel lag zwischen 45 und 65 Jahren. Sehr häufig war eine isolierte Lebenssituation festzustellen (84% alleinlebend, über 90% ledig, geschieden oder verwitwet). Häufig kolportierte Vorurteile geringen Bildungsstandes konnten nicht bestätigt werden: nur 4% ohne Abschluss, 7% mit Förderschulabschluss, ansonsten regelrechte Bildungsabschlüsse. Ähnlich gilt bei der beruflichen Anamnese: über 70% der Betroffenen fassten zunächst beruflich Fuß. Bei der Erhebung der aktuellen Einkommenssituation zeigte sich jedoch, dass zum Zeitpunkt des Auftretens der katastrophalen Wohnungssituation nur noch 5% von Arbeitseinkommen lebten, 39% bezogen Rente, 44% Arbeitslosengeld (ALG) II.

Bei der Erfassung der durchgeführten sozialarbeiterischen Maßnahmen fanden sich große Unterschiede zwischen den 4 verschiedenen Haupterkrankungsgruppen: F1: Behandlung der körperlichen Begleiterkrankungen und der Sucht; F2: Psychiatrische Krankenhausbehandlung und Einrichtung einer

gesetzlichen Betreuung; F3: Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld und Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung; F63,8: Praktische direkte Hilfe der Mitarbeiter des SpD sowie Organisation von Haushaltshilfe und Entmüllung.

Die Mehrzahl der Betroffenen war zum Zeitpunkt des Auftretens der katastrophalen Wohnungssituation nicht in psychosoziale oder medizinische Hilfesysteme eingebunden, sie hatten allenfalls Kontakt zu einem Hausarzt (32%).

Das Hilfeannahmeverhalten war in allen Diagnosegruppen durch Rückzug, Krankheitssymptomatik und Widerstände erschwert. Am ausgeprägtesten war dies in der Gruppe der pathologischen Horter: Hier nahmen nur 13% der Betroffenen die angebotenen Hilfen bereitwillig an (F1: 27%, F2: 26%, F3: 38%). Dementsprechend waren in dieser Gruppe (F 63.8) die ungünstigen Outcomekategorien «nichts erreicht» und «Wohnung verloren» mit fast der Hälfte der Gruppe (44%) am häufigsten.

Der Anteil von Wiederholungsvermüllungen lag bei den Betroffenen mit F2 und F63,8 mit 40% doppelt so hoch wie bei den anderen beiden Diagnosegruppen.

Schlussfolgerung

Die Betroffenen zeigen eine zur Wohnungsproblematik parallele berufliche Desintegration und eine weitgehende soziale und familiäre Isolation mit resultierenden komplexen Hilfebedarfen. Die desolate Wohnsituation tritt nach oft langjährigem Verlauf einer chronischen seelischen Erkrankung auf. Sie ist weder ein eigenes Syndrom, noch Zeichen einer bestimmten psychischen Krankheit – unbewohnbar gewordene Wohnungen kommen bei schweren und langen Verläufen aller psychiatrischen Diagnosegruppen vor. Die Art der zugrundeliegenden Erkrankung hat Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Prognose und die Auswahl der geeigneten sozialpsychiatrischen Maßnahmen. Deshalb präsentieren

wir einen Vorschlag zum diagnosespezifischen Vorgehen ([Tab.1]). Besonders schwierig mit sozialpsychiatrischen Interventionen erreichbar ist die Gruppe der pathologischen Horter (sog. Messies). Insbesondere Betroffene mit Psychose und pathologischem Horten benötigen die Installation langfristiger, aufsuchender Hilfen.

Abstract

Objective

To develop an intervention concept for the management of uninhabitable homes.

Methods

Retrospective analysis of 186 cases of the community mental health service in Dortmund (Germany) presenting with a destitute situation of the domestic environment as core problem.

Results

All patients suffered from psychiatric illnesses, mainly from addiction (F1: 41%), psychosis (F2: 17%), depression (F3: 17%), and hoarding disorder (F63.8: 12%). Main socio-demographic characteristics of our sample are: middle age (45–65 years, 48%), male gender (73%), isolated situation (only 7% married, 84% living alone), normal schooling (only 4% without completion of schooling, 7% attended a school for special needs), after initial integration into employment nearly all patients suffered vocational disintegration (5% employed, 44% unemployment benefit, 7% welfare, 39% pension or invalidity benefit).

Psychosocial interventions differed between the 4 main diagnostic groups: F1: treatment of dependence (rehab) and treatment of concomitant somatic diseases; F2: admission to a psychiatric hospital and implementation of guardianship; F3: mediation of conflicts with neighbours/landlords and implementation of guardianship; F63.8: direct practical help by

members of the community mental health team and organisation of home help/waste disposal. In all diagnostic groups, acceptance of help was impaired due to social withdrawal, resistance and psychiatric symptoms. At 13%, compliance with help and interventions was lowest in the hoarder group (F1: 27%, F2: 26%, F3: 38%). Consequently, in this group the poor outcome categories »nothing accomplished» and »lost flat/eviction» were more frequent (44%, F1: 27%, F2: 26%, F3: 38%).

Conclusions

Concurrent to the deterioration of the domestic situation, patients suffer vocational disintegration as well as family and social isolation. Uninhabitable homes occur in the course of various severe and chronic psychiatric diseases. They don't constitute a syndrome and they are not characteristic for one specific diagnosis. It is important to recognise the underlying psychiatric disease as diagnosis influences acceptance of help, choice of appropriate interventions, outcome and prognosis. [Tab. 1] shows our suggestion for a diagnosis differentiated approach, relating appearance of the home and behaviour of the patient to diagnosis, appropriate interventions and prognosis. Hard to reach is the group of hoarders. Patients with a psychotic illness and with hoarding disorder require implementation of long-term outreach help in their homes.

Schlüsselwörter

sozialpsychiatrischer Dienst – Vermüllungssyndrom – Diogenes-Syndrom – Messie-Syndrom – pathologisches Horten

Key words

domestic squalor – hoarding disorder – compulsive hoarding – Diogenes-syndrome – Messie-syndrome – community mental health services

Einleitung

Unbewohnbar gewordene Wohnungen und andere krisenhafte Zuspitzungen von Wohnungssituationen wurden üblicherweise vornehmlich von den entsprechenden Fachabteilungen des Sozialamtes zur Wohnraumsicherung bearbeitet. Die zunehmende Wahrnehmung psychiatrischer Erkrankungen als Ursache solcher Wohnungssituationen führt immer öfter auch zur Einschaltung sozialpsychiatrischer Dienste (SpD) als entsprechende Fachabteilung der Gesundheitsämter.

In den letzten Jahren interessieren sich Öffentlichkeit und Medien immer nachdrücklicher für solche Wohnverhältnisse. Parallel dazu organisieren sich zunehmend Betroffene in verschiedenen Selbsthilfebewegungen (femmessies, clutterer anonymous, usw.). Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei der sich selbst als Messies bezeichnenden Gruppe der pathologischen Horter zu. 2013 wurde im DSM 5 erstmals dieses neue Störungsbild psychiatrisch klassifiziert (hoarding disorder).

Die Zunahme der Fälle sowie das große öffentliche und mediale Interesse waren der Anlass, uns dieser Problematik durch eine Analyse der eigenen Fälle zu nähern. Dabei wollten wir folgende Fragen beantworten:

- Wie lassen sich die Betroffenen soziodemografisch näher beschreiben?
- Lassen sich sinnvolle Typisierungen finden für die Bilder der Wohnung und das (Hilfeannahme-) Verhalten der Patienten?
Welche sozialpsychiatrischen Interventionen kommen zum Einsatz?
Hat die zugrunde liegende seelische Erkrankung einen Einfluss auf das Hilfeannahmeverhalten und den Outcome?

Ziel war die Erarbeitung eines möglichst praxisnahen, einfach umzusetzenden Konzeptes für die sozialpsychiatrische Arbeit. Dieses sollte insbesondere den nicht-ärztlichen Berufsgruppen ermöglichen, aus dem Bild der Wohnung und dem (Hilfeannahme-) Verhalten des Patienten eine diagnosespezifische Auswahl der am besten geeigneten sozialpsychiatrischen Interventionen zu treffen und so Outcome und Prognose zu verbessern.

Methode

Der SpD Dortmund arbeitet in 3 Fachbereichen (für psychisch Kranke, Alkohol- und Drogenkranke). Die 15 Sozialarbeiter aller Fachbereiche sahen die Fälle der Jahre 2008–2012 durch und identifizierten 186 Vorgänge, bei denen eine krisenhafte Zuspitzung der Wohnungssituation ganz im Vordergrund der Fallproblematik stand. Darunter wurde verstanden, dass

die Wohnung gar nicht mehr betretbar war, die Wohnung in ihrer Nutzbarkeit stark eingeschränkt war (Zimmer nicht mehr erreichbar, Funktionsräume Bad/Küche nicht mehr nutzbar), eine Gefährdung der Bewohner oder Dritter vorlag (z.B. Brandgefahr, statische Überlastung, usw.), oder es zu einer erheblichen Beeinträchtigung für die Umgebung (Schädlinge, Geruch) gekommen war.

Diese 186 Fälle unterzogen wir einer retrospektiven Analyse. Erhoben wurden:

Zugangsweg zum SpD
Soziodemografische Daten
Psychiatrische Diagnose
Durchgeführte sozialpsychiatrische Interventionen
Einbindung in das psychosoziale Hilfesystem
Hilfeannahmeverhalten
Outcome

Ergebnisse

Im Folgenden werden die eindrucklichsten Ergebnisse dargestellt, alle Daten finden sich in [Tab. 2].

Psychiatrische Diagnose

Die Betroffenen litten an Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie, 4 Diagnosegruppen machten mit zusammen 85% den Hauptanteil aus: Sucht (F1): 41%, Psychose (F2): 17%, Depression (F3): 14% und pathologisches Horten (sogenanntes Messie-Syndrom F63.8): 12%. Die Daten dieser Hauptdiagnosen werden im Folgenden separat ausgewiesen, wenn sich auffällige Unterschiede zwischen den Gruppen fanden. Andere Diagnosegruppen spielten nur eine untergeordnete Rolle: Hirnorganische Störungen (F0): 6%, zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5): 1%, alle anderen Persönlichkeitsstörungen (F60): 6% und Intelligenzminderung (F7): 3%.

Soziodemografische Daten

F3 und F63.8 wiesen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis auf, bei Sucht und Psychose deutliches Überwiegen der Männer (über 70%). Der Altersgipfel lag zwischen 45 und 65 Jahren (48%). Es wurde eine isolierte Lebenssituation (84% alleinlebend, über 90% ledig, geschieden oder verwitwet) ermittelt. Häufige Vorurteile geringen Bildungsstandes konnten nicht bestätigt werden (nur 4% ohne Abschluss, 7% Förderschule, ansonsten regelrechte Schullaufbahnen). Ähnliches gibt bei der beruflichen Anamnese: Lediglich 27% waren nie berufstätig, über 70% der Betroffenen fassten zunächst beruflich Fuß. Aktuell zum Zeitpunkt der Wohnungskrise lebten aber nur noch 5% von Arbeitseinkommen, 39% bezogen Rente, 44% Arbeitslosengeld (ALG) II. In der Untergruppe F3 geringere berufliche Desintegration: hier war noch ein Viertel beschäftigt.

86% der Betroffenen lebten zur Miete, 14% in Wohneigentum. Gegen 7% lag bereits ein Räumungsurteil vor, 17% war das Mietverhältnis gekündigt.

Sozialarbeiterische Maßnahmen

Die Betroffenen suchten nur selten selbst Hilfe (8%), meist wurden sie von Vermietern (22%), Polizei (19%), Angehörigen (11%) oder Nachbarn (10%) den städtischen Behörden wegen aufgetretener Auffälligkeiten gemeldet. Sie verfügten nur selten über eine Einbindung in psychosoziale oder medizinische Hilfesysteme, allenfalls bestand Kontakt zu einem Hausarzt (32%). Auch dem SpD wurden die Betroffenen erst durch das Wohnungsproblem bekannt (F1: 70%, F3: 85%, F63.8: 90%), nur in der Untergruppe F2 waren zwei Drittel bereits vorher bekannt.

Es bestanden große Unterschiede der durchgeführten sozialpsychiatrischen Interventionen zwischen den 4 Diagnosegruppen: Bei F1 stand die Behandlung körperlicher Krankheiten (53%) und der Sucht (Entgiftung: 25% und Langzeittherapie: 19%) ganz im Vordergrund. Bei F2 waren psychiatrische Krankenhausbehandlung (55%) und Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung (77%) die am häufigsten ergriffenen Maßnahmen. Bei F3 war die Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld durch Kontakte mit Nachbarn und Vermietern (80%) sowie die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung (58%) besonders wichtig. Alle vorgenannten Maßnahmen waren bei F63.8 von deutlich geringerer Bedeutung, hier wurden meist Haushaltshilfen und/oder eine Entmüllung (47%) vermittelt oder praktische direkte Hilfen von den Mitarbeitern des SpD (26%) geleistet.

Hilfeannahme, Outcome und Prognose

Das Hilfeannahmeverhalten war in allen Diagnosegruppen durch Rückzug, Widerstände und die Krankheitssymptomatik beeinträchtigt. Am ausgeprägtesten zeigte sich dies in der Gruppe der pathologischen Horter: hier nahmen nur 13% der Betroffene

nen die angebotenen Hilfen bereitwillig an (F1: 27%, F2: 26%, F3: 38%). Dementsprechend sind in dieser Gruppe (F63.8) die ungünstigen Outcomekategorien «nichts erreicht» und «Wohnung verloren» mit fast der Hälfte der Gruppe (44%) am häufigsten (F1: 25%, F2: 19%, F3: 35%). Bei F1 und F3 war es meist die erste Vermüllung im Krankheitsverlauf, häufiger traten wiederholte Vermüllungen bei F2 und F63.8 (40%) auf.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Art der zugrunde liegenden Erkrankung Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Auswahl geeigneter sozialpsychiatrischer Maßnahmen, den Outcome und die Prognose hat. Ein diagnosedifferenziertes Vorgehen ist deshalb Grundlage des «Dortmunder Vorschlages zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen» ([Tab. 1]).

Diskussion

Die ersten Veröffentlichungen über schwere Wohnungsverwahrlosung [1] [2] in den 1960er und 1970er Jahren berichteten über Ergebnisse, die in geriatrischen Populationen oder bei Krankenhauspatienten gewonnen wurden – dementsprechend fanden sich häufig hirnorganische Störungen und ein Auftreten jenseits des 65. Lebensjahres. So erklärt sich auch die damals gewählte Benennung als «Diogenes Syndrom» [2] [3]. In unserer ambulanten Untersuchungsgruppe fanden wir hingegen lediglich 6% primär hirnorganische Störungen (F0) und einen Altersgipfel im mittleren Lebensalter, nur 19% der Betroffenen war über 65.

Dettmering [4], der 1984 den Begriff «Vermüllungssyndrom» prägte, beschrieb Erfahrungen, die er im SpD Berlin und Hamburg machte. Auch in seinem ambulanten Klientel fanden sich weniger hirnorganische Verursachungen und Betroffene im jüngeren oder mittleren Lebensalter. Während er allerdings ein eigenes Syndrom annahm, fanden sich bei unseren

Patienten, wie auch in den 3 unten beschriebenen vergleichbaren deutschen Untersuchungen [5] [6] [7] immer zugrundeliegende schwere psychiatrische Erkrankungen oder das Vorliegen eines pathologischen Hortens, welches von den Betroffenen selbst als Messie-Syndrom benannt wird. Letzteres war 1984 noch nicht als Krankheitseinheit beschrieben – deshalb sind große Überschneidungen mit den von Dettmering als Vermüllungssyndrom bezeichneten Bildern wahrscheinlich [8] – und wurde erst 2013 durch die amerikanische psychiatrische Vereinigung als «hoarding disorder» psychiatrisch klassifiziert. Eine entsprechende Aufnahme in die ICD der Weltgesundheitsorganisation steht noch aus, wir ordneten sie deshalb als sonstige Impulskontrollstörung (F63.8) ein.

In den letzten Jahren wurden 3 Untersuchungen extremer Wohnungsverwahrlosung in Deutschland publiziert: Pastenaci [5] beschrieb 2000 insgesamt 30 Patienten in Berlin, die sie teils über den SpD, teils über Kliniken rekrutierte. Weber und Thielke [6] referierten 2002 im kommunalen Verwahrlosungsreport 40 Fälle, die dem Gesundheitsamt des Landkreises Holzminden in erster Linie unter hygienischen Gesichtspunkten gemeldet wurden. Wustmann und Brieger [7] publizierten 2005 in dieser Zeitschrift eine Untersuchung von 35 Patienten in Halle, die überwiegend dem SpD gemeldet worden waren. Beim Vergleich der Daten unserer und dieser 3 Untersuchungen ergeben sich weitgehende Übereinstimmungen: Überwiegen der Männer (nur in der Berliner Gruppe 60% weiblich), Altersgipfel im mittleren Lebensalter, berufliche Desintegration mit nur 5% noch berufstätigen Betroffenen. Die Patienten der anderen 3 Studien zeigten allerdings eine etwas weniger isolierte Wohnsituation: in Berlin und Holzminden lebten 50%, in Halle 66% und in Dortmund 84% allein. Der Familienstand wurde nur in 2 Untersuchungen berichtet und war in Halle mit 22% Verheirateten etwas günstiger als in Dortmund (7%). Die Bildungs-

abschlüsse wurden nur von Pastenaci [5] erhoben und zeigten wie in unserer Gruppe ganz überwiegend regelhafte Schullaufbahnen. Im Holzmindener Bericht wurden ebenfalls die Zugangswege zu Gesundheitsamt bzw. SpD beschrieben: wie in Dortmund wurde die Mehrzahl von Vermietern, Nachbarn, Polizei und Angehörigen der Behörde gemeldet, von den Betroffenen selbst wurde nur selten (Dortmund 8%) oder gar nicht (Holzmindener) Hilfe vom Amt nachgefragt. Weber und Thielke [6] verweisen auf den hohen resultierenden Aufwand für die Gesundheitsverwaltung – sie zählten im Schnitt 10 Aktionen pro Fall. Die Fallhäufigkeit wird von Wustmann und Brieger [7] mit 35 Fällen für 2 Jahre bei 250000 Einwohnern für Halle angegeben, sehr ähnlich unseren 40 Fällen pro Jahr bei 585000 Einwohnern. Auch sie vermuten eine hohe Dunkelziffer. Hinzu kommen die Vorgänge, die in der Sozialverwaltung bearbeitet werden (in Dortmund ca. 80/Jahr).

Angesichts ungebrochener Wohntrends (Zunahme der Einpersonenhaushalte, Zunahme der Wohnfläche pro Kopf, größere Privatheit des Wohnens und geringere soziale Kontrolle) und der Fortführung der Ambulantisierung psychiatrischer Versorgung ist mit einem häufigeren Auftreten dieser Problematik zu rechnen.

Unklar bleibt der weitere Verlauf bei der Gruppe derjenigen, die durch keine sozialpsychiatrischen Interventionen erreichbar waren und Unterstützung sowie teilweise sogar jeden Kontakt ablehnten (ca. 25%!). In der Fachöffentlichkeit wird vermutet, dass diese Gruppe zumindest teilweise die Wohnung verliert und dauerhaft wohnungslos wird (*Diogenes aux via*).

Retrospektive Aktenanalysen unterliegen methodischen Begrenzungen – so auch unsere hier vorgestellte Untersuchung. Es konnte weder eine standardisierte Erfassung des Wohnungszustandes, wie durch Wustmann und Brieger [7], noch der Psychopathologie erfolgen. Die Beschränkung auf Patienten des SpD bewirkt Selektionseffekte, da sich diese

Dienste vorwiegend um schwer chronisch psychisch Kranke, v. a. aus F1 und F2, kümmern; so fanden sich in unserer Untersuchung keine Betroffenen mit neurotischen Störungen (F4), während psychoanalytisch arbeitende Autoren gerade über diese Gruppe berichten [9].

Vorteile der hier vorgelegten Untersuchung sind in der großen Fallzahl sowie in der nach Diagnosegruppen differenzierten Erfassung der durchgeführten Maßnahmen, des Verhaltens (Hilfeannahme), des Fallverlaufes (outcome) und der Prognose zu sehen. Dadurch entsteht ein gutes Bild dieser Problematik: unbewohnbar gewordene Wohnungen betreffen überwiegend sehr isoliert lebende Menschen, die im langjährigen Verlauf einer schweren Sucht, Psychose oder Depression parallelen Prozessen beruflicher und sozialer Desintegration ausgesetzt sind. Die Wohnung ist die sicht- und rufbare «Spitze des Eisberges» eines komplexen und vielschichtigen Hilfebedarfes, der sich mitnichten nur auf die Wohnung bezieht. Besonders schwierig mit sozialpsychiatrischen Interventionen erreichbar ist die Gruppe der pathologischen Horter (sogenannte Messies). Insbesondere diese und die Betroffenen mit Psychose benötigen die Installation langfristiger, aufsuchender Unterstützung.

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.

Deshalb fassten wir die Ergebnisse in einem tabellarischen «Vorschlag zum pragmatischen Umgang mit unbewohnbar gewordenen Wohnungen» ([Tab.1]) zusammen. Dabei 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. 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.

Fazit

Unbewohnbar gewordene Wohnungen sind kein einheitliches Phänomen: sie sehen unterschiedlich aus und sind auf unterschiedlichen Wegen zustande gekommen.

Sie sind immer Zeichen einer seelischen Störung, aber keine Krankheit in sich; deshalb benutzen wir auch nicht mehr die Bezeichnung «Vermüllungssyndrom».

Meist ist die Wohnungsverwahrlosung Teil einer umfassenden Selbstvernachlässigung im langjährigen Verlauf einer schweren psychiatrischen Krankheit (v. a. Sucht, Psychose, Depression) mit parallelen Prozessen von sozialer und beruflicher Desintegration. Es resultiert ein vielschichtiger, komplexer Hilfebedarf, der sich nicht nur auf die Wohnsituation bezieht. Messies sind zwar Objekt großen medialen Interesses, sie machen jedoch nur 12% unserer Fälle aus.

Das Problem ist nicht unbedeutend: in Sozial- und Gesundheitsverwaltung werden in Dortmund ca. 120 Fälle/Jahr bearbeitet. Eine hohe Dunkelziffer ist anzunehmen, ebenso eine weitere Zunahme der Fallzahlen.

Die Art der zugrundeliegenden Erkrankung hat Auswirkungen auf die Hilfeannahme, die Prognose und die Auswahl der geeigneten sozialpsychiatrischen Maßnahmen. ■

Literatur

- 1 Macmillan D, Shaw P. *Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness*. Br Med J 1966; 29: 1032–1037
- 2 Clark AN, Manikar GD, Gray I. *Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age*. Lancet 1975; 1: 366–368
- 3 Klosterkötter J, Peters UH. *Das Diogenes-Syndrom*. Fortschr Neurol Psychiatr 1985; 53: 427–434
- 4 Dettmering P. *Das «Vermüllungssyndrom» – ein bisher unbekanntes Krankheitsbild*. Öff Gesundheitswesen 1985; 47: 17–19
- 5 Dettmering P, Pastenaci R. *Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis*. 3. Aufl. Eschborn: Klotz; 2002
- 6 Weber K, Thielke T. *Kommunaler «Verwahrlosungs»-Report*. Landkreis Holzminden 2003;
- 7 Wustmann T, Brieger P. *Eine Studie über Personen mit Verwahrlosung, Vermüllung oder Horten*. Gesundheitswesen 2005; 67: 361–368
- 8 Mueller A, de Zwaan M. *Zwanghaftes Horten – Eine Literaturübersicht*. Psychiat Prax 2010; 37: 167–174
- 9 Rehberger R. *Messies – Sucht und Zwang. Psychodynamik und Behandlung bei Messie-Syndrom und Zwangsstörung*. Leben Lernen 206. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2009

Der Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen – Untersuchung von 186 Fällen von Vermüllung, Wohnungsverwahrlosung und pathologischem Horten (Messie-Syndrom)*

Management of Uninhabitable Homes – Investigation of 186 Cases of Hoarding, Domestic Neglect and Squalor in Dortmund (Germany)

T. Lenders, J. Kuster, R. Bispinck

Korrespondenzadresse
Dr. Thomas Lenders
Sozialpsychiatrischer Dienst
Gesundheitsamt der Stadt Dortmund
44122 Dortmund
eMail: dlenders@stadtdo.de

Publikationsdatum: 29. Dezember 2015 (online)

*Erstveröffentlichung in:
Das Gesundheitswesen 7/2015.

Tab.1 Dortmund 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. Zeichen des Konsums (Flaschen). Zeichen von Intoxikationszuständen (Inkontinenz, Erbrochenes, Sturzzeichen). Leben auf dem Sofa vor dem TV. Unbenutzte oder leere Räume im 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.
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest (nach einer Idee von Dr. Lothar Lindstedt, SpD Augsburg): 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 BEWO.
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 zugehängt 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 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.
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.

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	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). Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld (Vermieter, Nachbarn).
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 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.
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. Oft auffallend unpünktlich (zeitliche Desorganisation). Erläuterung Tütentest: 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.
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 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.
Wohnprognose	Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: Auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist dauerhafte Unterstützung erforderlich.

Tab. 2 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					
					160
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 (0%)
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%)

Tab. 2 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)
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%)
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%)

Tab. 2 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)
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%)
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%)

Tab. 2 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)
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%)				
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

Empirische Untersuchungen zum Messie-Syndrom

Was lässt sich aus empirischen Studien als Fakten ableiten?

Prof. Dr. med. Dieter Ebert

Empirisch-wissenschaftliche Studien zum Messie-Syndrom sind dadurch erschwert, dass das Messie-Syndrom bis jetzt keine anerkannte Krankheitsentität in gängigen Klassifikationssystemen ist. Daran ändert auch nichts die Aufnahme des Hoarding-Syndroms im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-5.

In einem solchen Stadium einer Konzeptualisierung einer Krankheit müssen empirische Studien vor allem die Frage beantworten, ob es sich bei dem Messie-Syndrom um eine Krankheitsentität handelt, oder ob es sich um ein Symptom oder Syndrom handelt als Symptom einer zugrundeliegenden Erkrankung.

Medizinisch ist eine Krankheit bzw. Krankheitsentität dadurch charakterisiert, dass eine definierte Symptomatik als wesentliches Merkmal festgestellt werden kann. Diese Symptomatik darf nicht nur Folge einer anderen bekannten Erkrankung sein, die immer gemeinsam mit der untersuchten Symptomatik auftritt. Die Krankheit soll einen typischen Verlauf haben. Gesichert wäre die Krankheitsentität, wenn eine Ursache oder zumindest eine typische Pathophysiologie festzustellen ist und sich eventuell daraus sogar eine Therapie ableiten lässt.

In mehreren empirischen Studien wurde in den letzten Jahren versucht, sich der Frage der Krankheitsentität zu nähern (Remmer, S.: Das Messie-Syndrom: Erstellung eines Fragebogens zur strukturierten Patientenbefragung bei Organisationsproblemen mit Raum und Zeit, unv. Diss., Universität Freiburg 2009. Ray, R.: Das Messie-Syndrom: Eine explorative Studie zur Erforschung der Rolle psychiatrischer Komorbiditäten, unv. Diss., Universität Freiburg 2010. Robinson, E.: Das Messie-Syndrom: Eine explorative Studie zur Erforschung der Symptomatik und Charakterisierung von Subtypen, unv. Diss., Universität Freiburg 2011). In den genannten empirischen Studien wurden jeweils 51 Personen mit einem «Messie-Syndrom» untersucht und mit nicht-symptomatischen Kontrollen verglichen. Das «Messie-Syndrom» wurde durch

Selbstzuschreibung und den Nachweis von funktionell relevanten typischen Verhaltensauffälligkeiten definiert.

Zur Erfassung eines Kernsyndroms entwickelten die Autoren einen Fragebogen mit 87 Items, der die wichtigsten und am häufigsten in der Literatur erwähnten Symptome und Phänomene enthielt. Hieraus wurde eine neue Version mit 37 Items entwickelt, mit der auch eine strukturierte Basis für die Befragung entstanden ist, die für die Erfassung von Ausprägung und Art der Symptomatik sowie wiederholte Anwendungen im Therapieverlauf und für Erfolgsprüfungen einer Therapie anwendbar wäre. Die Erfassung der Symptomatik mit diesen Fragebögen und die Auswertung der verschiedenen Item-Sätze mit Korrelationsanalyse ergab dann tatsächlich ein Kernsyndrom, das als empirisch gesicherte Kernsymptomatik eines Messie-Syndroms gelten kann. Es besteht aus den Symptomenkomplexen Prokrastination und Vermeidungsverhalten, Kategorisierungs- und Ordnungsschwierigkeiten, Wertbeimessungsstörungen.

Die Autoren fanden zwar Hinweise auf Subtypen, die sich in ihrer Kernsymptomatik oder Zusatzsymptomatik möglicherweise unterscheiden könnten, der empirische Nachweis dieser Subtypen mit wissenschaftlichen Mitteln gelang allerdings nicht. Am stabilsten über alle Subtypisierungen hinweg und auch am ausgeprägtesten präsent in der Kernsymptomatik waren die Kategorisierungs- und Ordnungsschwierigkeit sowie die Wertbeimessungsstörung.

Für die oben genannten Autoren schloss sich an die Feststellung einer einheitlichen Psychopathologie die Frage an, ob ein so charakterisiertes Messie-Syndrom als eigenständige und von anderen Störungen unabhängige Symptomatik auftritt, dies als Hinweis auf eine Krankheitsentität, oder ob die Symptomatik nur im Rahmen einer anderen psychischen Störung auftritt, was ein Hinweis auf eine Symptomatik wäre, die keine eigene Krankheitsentität abbildet. Dazu

wurden alle Teilnehmer in einem strukturierten Interview (CIDI) befragt, mit der das Auftreten einer psychischen Störung, die in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO ICD-10 genannt ist, erfasst werden. 24 % der Patienten hatten keine psychiatrische Diagnose nach dieser Methode. Dies heißt nicht, dass bei 24 % der Patienten tatsächlich keine psychische Störung vorlag. Diese könnte nämlich auch unter der diagnostischen Schwelle geblieben sein, sie könnte nicht mehr nachweisbar sein, sie könnte vergessen worden sein. Dies heißt auch nicht, dass bei 76 % der Patienten mit einem Messie-Phänomen eine andere psychische Störung Ursache des Messie-Phänomens war. Auch hier könnten z. B. umgekehrt andere psychische Störungen Folge eines primären Messie-Phänomens sein oder es handelt sich einfach um Komorbiditäten. Es lässt sich wissenschaftlich nur feststellen, dass das Messie-Syndrom nicht immer auf andere Erkrankungen zurückzuführen ist, und dass es damit auch eine Krankheitsentität sein kann und weiter untersucht werden muss.

Der Stand der empirischen Forschung legt damit Folgendes nahe: es gibt ein Messie-Syndrom, das durch eine charakteristische Psychopathologie und Symptomatik charakterisiert ist. Die Symptome können mit strukturierten Interviews und Fragebögen objektiv erfasst und klassifiziert werden. Messie-Phänomene oder ein Messie-Syndrom sind gehäuft mit anderen psychischen Störungen verknüpft. Es gibt wahrscheinlich ein Messie-Syndrom als Erkrankung, bei dem nicht andere psychische Störungen der Symptomatik als Ursache nachgewiesen werden können.

Eine Folgestudie (unveröffentlichte Daten) fand bei Patienten mit Messie-Syndrom gehäuft autistische Züge und/oder ein Aspergersyndrom. Die eingeschränkte zentrale Kohärenz mit fehlender Fähigkeit zur Hierarchisierung, Systematisierung und Präferenzbildung beim Aspergersyndrom ähnelte der

in den Vorstudien gefundenen Wertbeimessungsstörung beim Messie-Syndrom. Zukünftige empirische Forschung muss diesen Zusammenhang überprüfen und den Zusammenhang zwischen Aspergersyndrom und Messie-Syndrom weiter evaluieren.

Neben Fakten lassen sich auch einige Vermutungen aus den empirischen Studien ableiten

Wissenschaftliche Studien werfen oft mehr neue Fragen auf, als sie gestellte Fragen beantworten können. So ist es auch bei den bisherigen empirischen Untersuchungen zum Messie-Syndrom. Es lassen sich neben den o. b. «harten» Fakten und Studienergebnissen viele Hinweise auf die Psychopathologie eines Messie-Syndroms ableiten, auf die Verbindung zu anderen Erkrankungen, die Einordnung in eine mögliche psychiatrische Systematik. Dabei handelt es sich dann nicht mehr um Ergebnisse im eigentlichen Sinn, es sind Interpretationen, Vermutungen, die ihren Grund in Untersuchungen haben, die aber nicht bewiesen werden können. Die Studien dienen sozusagen der Hypothesengenerierung.

Worin kann der psychopathologische Kern einer Krankheitsentität «Messie-Syndrom» bestehen

Definiert und charakterisiert ist das Messie-Syndrom ja zuerst durch Auffälligkeiten des Verhaltens. Es wird sozusagen die Endstrecke einer psychischen Störung als Charakteristikum herangezogen, die Ergebnisse einer Psychopathologie, also Unorganisiertheit oder Unordnung, sind die sichtbaren Folgen einer postulierten Störung. Wesentlich für die Definition und auch für das Verständnis einer Erkrankung sind aber nicht die letztendlich resultierenden Verhaltens-

störungen, es ist die Psychopathologie. Hierunter werden dann die intrapsychischen Vorgänge verstanden, die intrapsychischen Phänomene, die auch durchaus Einstellungen, Verhaltensdispositionen umfassen, vor allem aber die Gesamtheit von Denken, Fühlen und Wollen.

Das Kernsyndrom bzw. Messie-Kern-Syndrom aus Prokrastination und Vermeidungsverhalten, Kategorisierungs- und Ordnungsschwierigkeiten und Wertbeimessungsstörung muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass es eben nicht einfach nur um Sammeln, Horten, Nicht-wegwerfen oder Unordnungenzeugen auf der Verhaltensebene geht

In den Fragebögen der empirischen Studien bildet sich das Konstrukt Prokrastination und Vermeidungsverhalten auf der Verhaltensebene ab durch:

- «Es fällt mir schwer, mir eine Aufgabe vorzunehmen und dann auszuführen.»
- «Ich möchte zwar meine Wohnung aufräumen, lasse mich aber durch andere Tätigkeiten ablenken.»
- «Ich unternehme viel und beschäftige mich, um der Organisation meiner Wohnung aus dem Wege zu gehen.»
- «Besonders das Beginnen von Aufgaben (z.B. Spülen, Aufräumen) kostet mich große Überwindung.»
- «Ich weiß nicht, wo ich anfangen soll, Ordnung in meine Wohnung zu bringen.»
- «Rechnungen bleiben oft so lange liegen, dass ich Mahnungen bekomme.»

Auf Verhaltensebene bleiben also bei der Prokrastination Aufgaben liegen, Tätigkeiten werden nicht begonnen mit den abzusehenden Folgen. Was steckt aber vermutlich intrapsychisch hinter diesem Verhalten?

Am ehesten lässt sich auf der intrapsychischen Ebene dieses Konstrukt als Initiierungsschwäche analysieren. Das Subjekt verspürt einen Widerstand, eine Handlung zu beginnen, und dieser Widerstand richtet sich gegen alles, was mit einem solchen Handlungsbeginn zu tun hat, also auch bereits gegen die Planung einer Handlung. Die Interpretation legt dabei auch nahe, dass es nicht einfach nur an der Schwierigkeit einer Aufgabe liegt, dass es sich nicht einfach um die Aufgabe selbst handelt, die negativ besetzt ist. Es lohnt sich also nicht, nach bestimmten Handlungen zu suchen, bestimmten Aufgaben und deren Qualitäten, um dem Phänomen näher zu kommen, es liegt vielmehr im Handlungsbeginn selbst, in der Handlungsinitiierung verborgen, wenn der Betroffene eine Handlung nicht durchführen kann oder will.

Die Schwierigkeiten bei der Handlungsinitiierung können ein psychopathologisches Kernsymptom sein, sind aber unspezifisch

Das Konstrukt Prokrastination und Vermeidungsverhalten mit der fehlenden Handlungsinitiierung korreliert in den empirischen Studien sehr hoch mit der Definition eines Messie-Syndroms auf Verhaltensebene im Sinne einer räumlich-zeitlichen Desorganisation. Es reicht aber nicht aus, um ein Messie-Syndrom zu charakterisieren als eigenständiges Syndrom. Es gibt zumindest zwei bekannte psychische Störungen, bei denen diese mangelhafte Fähigkeit, Handlungen zu beginnen, genauso vorkommt.

Eine dieser Erkrankungen ist die depressive Episode. Die depressive Episode, sie wird hier so verstanden wie die endogene Depression in traditioneller Terminologie, hat als Kernsymptom die psychomotorische Hemmung oder Antriebshemmung. Hierunter verstanden wird das intrapsychische Phänomen, dass Handlungen ein Widerstand entgegengesetzt wird,

dass Handlungen als verlangsamt ablaufend empfunden werden. Von diesem Widerstand gegen Handlungen betroffen sein kann vor allem auch der Handlungsbeginn, also die Handlungsinitiierung. Auch bei der depressiven Episode gibt es also diese Schwierigkeit, Handlungen zu initiieren. Entsprechend kann sich auf der Verhaltensebene auch ein identisches Bild zeigen mit dem Ergebnis der Desorganisiertheit bei Prokrastination und Vermeidungsverhalten.

Es gibt eine zweite Störung, die dazu führt, dass Handlungen nicht initiiert werden, mit dem Ergebnis der Unordnung und der Desorganisiertheit: die Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Bei der ADHS liegt die Ursache dafür nicht in der Antriebshemmung. Die Willensanstrengung bzw. Willensanspannung ist prinzipiell möglich, begonnene Tätigkeiten können ohne Hemmung, d.h. ohne Verlangsamung und ohne Widerstand, durchgeführt werden. Entsprechend geben Patienten mit einer ADHS an, dass einmal begonnene Tätigkeiten dann auch gut von der Hand gehen, dies im Gegensatz zu Patienten mit depressiven Episoden, die auch bei begonnenen Tätigkeiten einen Widerstand spüren. Bei der ADHS werden also die Handlungen nicht aufgrund eines Unvermögens nicht begonnen, sie werden eher aufgrund einer Unlust nicht begonnen. Tätigkeiten, die Anstrengung erfordern, die Energie erfordern, werden nämlich deswegen nicht begonnen, weil sie mit Dysphorie und vorschnellem Versiegen von Energiereserven verbunden sind. Dies zeigt sich typischerweise in Konzentrationsstörungen und Abbruch von Tätigkeiten. Meist unbewusst, nicht immer zu explorieren für den Untersucher, beginnen von ADHS Betroffene dann gar nicht solche Handlungen, die mit Unlust oder Dysphorie verbunden sind. Auch hier bleiben also wie bei der depressiven Episode die Dinge liegen, wenn auch aus einem ganz anderen Grund, durchaus aber mit den gleichen Konsequenzen.

Wenn Prokrastination und Vermeidungsverhalten mit der Unfähigkeit, Handlungen zu initiieren auch bei depressiven Episoden und der ADHS typisch sind, gehören weitere psychopathologische Kernsyndrome zu einem eigenständigen Messie-Syndrom

Eine Charakterisierung durch psychopathologische Merkmale gelingt also beim Messie-Syndrom nicht vollständig mit nur einem Konstrukt, es braucht weitere psychopathologische Merkmale.

Das Sammeln oder der Zwang, zu sammeln, können zum psychopathologischen Kernsyndrom gehören, erklären das Messie-Syndrom aber auch nicht ausreichend

Sammeln wird in den Studien mit Fragebogen über folgende Fragen zum Verhalten erfasst:

- Schwierigkeiten, sich von Erinnerungsstücken zu trennen
- Zeitungsartikel nicht wegwerfen können, falls Wichtiges übersehen wurde
- Aufbewahren von Zeitschriften, um Artikel auszuschneiden
- Sammeln von Gegenständen, die als wertlos gelten
- Wohnbereiche, die aufgrund von Sammlungen unzugänglich sind

Viele werden dieses Sammeln oder Horten von Gegenständen als im Mittelpunkt der Problematik stehend sehen. Entsprechend ist auch das «Hoarding-Syndrom» in der amerikanischen Klassifikation psychischer Störungen eingeführt. So hat es in den empirischen Studien zwar eine hohe, nicht aber eine sehr hohe Korrelation mit der Gesamtstichprobe, es ist also bei vielen Betroffenen anzutreffen, nicht aber bei allen und nicht so häufig wie manche Konstrukte.

Dies dürfte daran liegen, dass hinter dem einfach festzustellenden Sammeln bei diesem Konstrukt intrapsychisch nicht die Kernsymptomatik des Messie-Syndroms steht, sondern nur ein Begleitphänomen. Das Sammeln ist nämlich als Konstrukt von dem intrapsychischen Wunsch gekennzeichnet, Gegenstände zu horten, zu besitzen, einfacher ausgedrückt von einem «Sammeltrieb». Hierin liegt etwas Zwanghaftes, wodurch die Zwangsstörung als weitere Differenzialdiagnose des Messie-Syndroms in den Blick rückt. Hier wird gesammelt aus einer inneren Anspannung heraus, nicht das «Nicht-wegwerfen-können» ist das Problem, der Wunsch oder auch der als unsinnig empfundene Zwang, Dinge zu sammeln im Sinne eines aktiven Prozesses steht am Anfang der Verhaltenskaskade. Es fehlen also noch weitere Mosaiksteine, um die Kernsymptomatik des Messie-Syndroms vollständig und in Abgrenzung zu anderen Störungen zu charakterisieren.

Kategorisierungs- und Ordnungsschwierigkeiten und die Wertbeimessungsstörung geben dem Messie-Syndrom erst seine eigenständige psychopathologische Prägung

Die Kategorisierungs- und Ordnungsschwierigkeiten werden als Konstrukt in den empirischen Untersuchungen durch folgende Aspekte erfasst:

- Schwierigkeiten bei der Entscheidung zwischen wichtig und unwichtig
- Überforderung, Dinge an den vorgesehenen Platz zu räumen
- Vermischung wichtiger Dokumente mit Haushaltsgegenständen in der Wohnung
- Lagerung vieler Dinge innerhalb der Wohnung abweichend vom vorgesehenen Ort

Die Wertbeimessungsstörung ist ebenfalls mit einem hohen Korrelationswert mit dem Messie-Syndrom in

empirischen Untersuchungen versehen, wird erfasst im empirischen Fragebogenkonstrukt durch folgende Aspekte:

- Bindungsgefühl zu angesammelten Besitztümern
- Wertbeimessung zu Gesammeltem
- Besitzschützendes Verhalten gegenüber anderem
- Hoffnung auf zukünftigen Nutzen des Gesammelten
- Nichtnutzung der für zukünftige Nutzungen gesammelten Dinge

Mit diesen beiden Problembereichen rundet sich das psychopathologische Bild des Messie-Syndroms ab, damit unterscheidet es sich von einfacher Sammel Leidenschaft oder Antriebsstörungen und Vermeidungsverhalten. Intrapsychisch sind damit nämlich erstmals kognitive Vorgänge erfasst, eine postulierte Störung erreicht eine neue Dimension, die über Antriebsstörungen, Leidenschaften oder Affekte hinausgeht. Es handelt sich um eine andere Art zu denken, zu kategorisieren und zu bewerten, also einen an sich kognitiven Prozess.

Das Konstrukt bedarf der Erläuterung. Normalerweise ist es erforderlich, bei der Entscheidung, auch bei einfachen Entscheidungen, eine Handlung zu beginnen, zu initiieren, eine Hierarchisierung vorzunehmen, dies durchaus im Millisekundenbereich und unbewusst. Der Handelnde entscheidet sich für eine Hierarchie, was ihm am wichtigsten ist, was unwichtig ist, er gibt also jeder Option einen «Wert». Es ist genau diese Hierarchisierung, diese Reihenfolge, die dann in einem intrapsychischen Prozess beim Messie-Syndrom beeinträchtigt wäre. Alles hat gleichen Wert, es gibt keine Hierarchie. Nichts wird in eine Reihenfolge gestellt. Dies kann nur Teilaspekte erfassen, z. B. kann das Öffnen der Post oder einer bestimmten Post keinen Rangwert erreichen mit dem Ergebnis, dass gar keine Post geöffnet werden kann.

In einer tieferen Theorieebene wären diese Konstrukte, Interpretation und auch Spekulation zugäng-

lich, ähnelt diese Konzeptualisierung doch der fehlenden zentralen Kohärenz bzw. den Defiziten der zentralen Kohärenz beim Asperger-Syndrom. Auch hier werden Systeme nicht wahrgenommen, nur Einzelheiten gesehen und nicht zusammengefasst zu einem System. Dabei entspricht das Sehen von Einzelheiten, die übermäßige Beeinflussbarkeit durch Einzelheiten dem, was sich in der Störung der Kategorisierung und Wertbeimessung verbirgt. Auch hier sind alle Einzelheiten gleich wirksam, gleichbedeutend, auch hier entsteht keine Reihenfolge, kein System mit dem Ergebnis, dass nichts getan wird. Unordnung, Sammeln in einem oberflächlichen Sinn, ist dann kein aktiver Prozess, es ist eine Unfähigkeit, Handlungen zu beginnen, etwas zu tun, weil es nicht möglich ist, einen Handlungsbeginn festzulegen. Genau hierin begegnet dem Untersucher dann das Unverständnis, das er einem Patienten mit einem Messie-Syndrom entgegenbringt, wenn dieser selbst einfache Dinge nicht mehr erledigt oder einfachste Dinge einfach nicht ausführt oder argumentiert, dass etwas anderes auch gemacht werden müsste.

Im Gesagten wurde deutlich, dass auch in diesem Konstrukt der Wertbeimessungsstörung eine Erkrankung versteckt ist, die bekannt ist, die eine ähnliche Form der Wertbeimessungsstörung und Kategorisierungsstörung aufweist. Gemeint ist das Asperger-Syndrom, die Autistische Störung. Auch hier findet der Kliniker genau diese Auffälligkeiten. Entsprechend fanden sich auch gehäuft Patienten mit Asperger-Syndrom beim Messie-Syndrom. Auch bei diesem letzten psychopathologischen Konstrukt gibt es also Parallelen zu bekannten Störungen. Depressive Episoden, ADHS, Zwangsstörungen und autistische Störungen sind also nach bisherigen empirischen Daten verwoben mit dem Messie-Syndrom, keine beinhaltet aber alle der genannten zentralen psychopathologischen Konstrukte.

Die Kernsymptome des Messie-Syndroms kommen bei verschiedenen Erkrankungen vor, wenn auch nicht in der gleichen Zusammensetzung

Bereits aus der Betrachtung der jetzt vollständigen intrapsychischen Kernsymptomatik ergaben sich jetzt die wesentlichen Differenzialdiagnosen: Es handelt sich um die depressive Episode, vor allem in der Form der traditionell als endogene Depression bezeichneten Form, um die Zwangsstörung, um die ADHS und um die autistischen Störungen. Es sind natürlich noch die Erkrankungen zu nennen, die ebenfalls zu einer räumlich-zeitlichen Desorganisation führen können, allerdings ohne dass hierfür spezielle intrapsychische Vorgänge notwendig sind. Gemeint sind Erkrankungen, bei denen ein Unvermögen zur Organisation besteht. Dies kann aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten sein, z. B. bei allen organischen Störungen, auch bei der Demenz. Es kann aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen oder hirnrorganischen Beeinträchtigungen bei Suchterkrankungen vorkommen. Es kann schließlich auch aufgrund von psychotischem Erleben mit fehlendem Realitätsbezug vorkommen, wenn die Umwelt nur noch eine untergeordnete Rolle für die Betroffenen spielt. Hier ist als Erkrankung die Schizophrenie zu nennen.

Es ergibt sich dann folgendes Bild der Erkrankungen mit der dazugehörenden Ursache für die Desorganisiertheit als Differenzialdiagnose des Messie-Syndroms:

- Depressive Episode: Antriebshemmung
- ADHS: fehlende Aufmerksamkeit und Konzentrationsausdauer
- Zwang: Angst und Anspannung
- Demenz: kognitives Unvermögen
- Sucht: kognitives Unvermögen
- Schizophrenie: psychotisches Unvermögen
- Asperger: Rigidität und fehlende zentrale Kohärenz

Bei der Differenzialdiagnose muss immer das Gesamtbild betrachtet werden

Wenn Symptome oder Phänomene eines Messie-Syndroms bei verschiedenen Erkrankungen vorkommen können, dann sind die sonstigen Symptome entscheidend für eine Diagnose und Differenzialdiagnose. Sind also noch andere Symptome der o.g. psychischen Störungen vorhanden, dann muss eine weitere oder nur eine andere psychische Störung der o.g. Art diagnostiziert werden. Es stellt sich so die Frage, ob die empirischen Studien noch etwas mehr zur Differenzialdiagnose und dem Zusammenhang zwischen Messie-Syndrom und anderen psychischen Störungen beitragen können.

Die Ausprägung der Messie-spezifischen Gesamtsymptomatik korreliert mit der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung, aber auch mit der Anzahl der psychiatrischen Diagnosen pro Individuum

Vorsichtig formuliert lässt sich aus den Zahlen von Studien ableiten, dass eine Messie-Symptomatik umso stärker sein wird, je mehr andere psychische Störungen vorliegen und umgekehrt auch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine andere psychische Störung zu finden, wenn die Messie-Symptomatik ausgeprägt ist. Dies könnte jetzt ein Indiz dafür sein, dass eine Messie-Symptomatik vor allem ein Ausdruck besonders schwerer psychischer Störungen ist. Dann wäre das Messie-Syndrom ein unspezifischer Ausdruck einer schweren psychischen Störung. Diese Vermutung lässt sich aber nicht beweisen, vor allem lässt sie sich nicht beweisen für die psychopathologische Kernsymptomatik. Aus wissenschaftlicher Sicht bleiben deswegen weiterhin folgende Konstellationen übrig:

- eine psychiatrische Grunderkrankung als Risikofaktor für das Messie-Syndrom
- eine psychiatrische Erkrankung als Folge des Messie-Syndroms
- das parallele Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung und des Messie-Syndroms bei gegenseitiger Beeinflussung
- Vorliegen der Messie-Symptomatik ohne psychiatrische Begleiterkrankung

Da etwa 20% aller Patienten mit einem Messie-Syndrom in den Studien keine weitere psychiatrische Diagnose hatten, die die Symptomatik erklären kann, ergeben sich für die Praxis als Ergebnis folgende Grundsätze:

- Ein Messie-Syndrom muss auf ein psychopathologisches Kernsyndrom untersucht werden.
- Wenn ein psychopathologisches Kernsyndrom nachgewiesen ist, dann muss das Messie-Syndrom auch spezifisch behandelt werden, egal ob eine zusätzliche psychische Störung vorliegt.
- In pragmatischer Sicht, nicht in wissenschaftlicher Sicht, ist es unerheblich, welche Kausalzusammenhänge bestehen. Behandelt werden muss die spezifische Psychopathologie eines Messie-Syndroms und behandelt werden muss eine zusätzlich vorhandene psychische Störung.
- Theoretisch müsste die Prognose des Messie-Syndroms auch abhängig sein von der begleitenden psychischen Störung. ■

Therapeutischer Beratungsansatz für das Messie Klientel

Veronika Schröter, Gründerin und Leiterin des Messie-Kompetenzzentrum, Stuttgart

Das Messie-Syndrom bezeichnet eine Wohnsituation, in der ein Mensch in seiner räumlichen Umgebung dauerhaft im Chaos lebt. Es weist über die räumliche Desorganisation hin auf «das Innere» des Menschen und geht einher mit einer Vielzahl psycho-emotionaler Befindlichkeitsstörungen der Betroffenen. Bei einer wissenschaftlichen Untersuchung der Albert-Ludwig-Universität Freiburg im Breisgau konnte folgendes festgestellt werden: Das Messie-Syndrom zeigt sich in verschiedenen Ausprägungen. → **Abbildung 1**

Wertbeimessungsstörung

Der betroffene Mensch ist nicht in der Lage zwischen schön und nicht schön, nützlich und nicht nützlich, wichtig und nicht wichtig entscheiden zu können, wodurch es zum Sammeln und Horten kommt.

Vermüllungssyndrom

Das Vermüllungssyndrom ist symptomatisch gekennzeichnet durch Anhäufungen von Hausmüll. Wegen verdorbener Esswaren und der unsachgemässen Lagerung von Lebensmitteln entsteht feuchter Müll, der für die Entstehung von Geruchsemissionen, Schimmelbildung als auch für die Entstehung und Ansiedlung von Hygieneschädlingen verantwortlich sein kann. Eine Vermüllung erzeugt ausgeprägte Geruchsemissionen die zur Umgebungsbelastung führt.

Verwahrlosungssyndrom

Bei der Verwahrlosung ist die betroffene Person weder in der Lage sich in ihrem Wohnraum zu organisieren, noch einer ausreichenden Selbstpflege Sorge zu tragen. Die finanziellen Verpflichtungen werden gänzlich vernachlässigt. Die Symptome begünstigen soziale Isolation. Dem Verwahrlosungssyndrom liegt eine mangelnde Selbststeuerungsfähigkeit zugrunde, die zur Selbstaufgabe und diversen Abhängigkeiten führt.

Ursachen

Bei der Ursachenforschung ist es wichtig zwischen den Ausprägungen von Betroffenen mit einer Wertbeimessungsstörung oder denen eines Vermüllungs- und Verwahrlosungssyndroms zu unterscheiden. Bei Betroffenen mit einer Wertbeimessungsstörung sind die Ursachen meist in frühkindlichen Bindungserfahrungen und deren Prägungen zu finden. Aspekte wie der «der ganz früh gezwungen gewordene Mensch», der «überbehütet gewordene Mensch» und der «emotional im Stich gelassen gewordene Mensch» können sich im therapeutischen Prozess zeigen. Bei Betroffenen mit einem Vermüllungs- und Verwahrlosungssyndrom stehen oft psychiatrische Diagnosen und Suchterkrankungen im Vordergrund. In der Praxis zeigen sich verschiedene Stadien und Ausprägungen. Je nach Verlauf sind die Grenzen fließend die in die Verwahrlosung führen.

«Sammeln & Horten ist die Sehnsucht nach dem Leben pur» Zitat

Therapeutischer Ansatz

Die Praxis zeigt, dass es für die therapeutische Begleitung und Behandlung des Messie-Syndroms einer spezifischen Therapieform bedarf, die nebst dem Gespräch explizit die Symptombildung innerhalb der betroffenen Wohnräume mit einbezieht und auf deren Bedeutung Bezug nimmt. Aus der Praxis heraus entwickelte sich die «Identitätsbildende-Integrative Messie-Therapie», deren Ziel es ist, die Betroffenen «vom Sollen zum Wollen und vom Wollen zum Sein» zu führen. Die Symptomentwicklung soll als eigene positive Absicht verstanden werden, die unter bestimmten Lebensbedingungen das Überleben über einen Zeitraum sicherte, und dafür im ersten Schritt Würdigung verdient. Der Therapeutische Ansatz der Identitätsbildenden-Integrativen Messie-Therapie beinhaltet verschiedene Therapieformen und bezieht

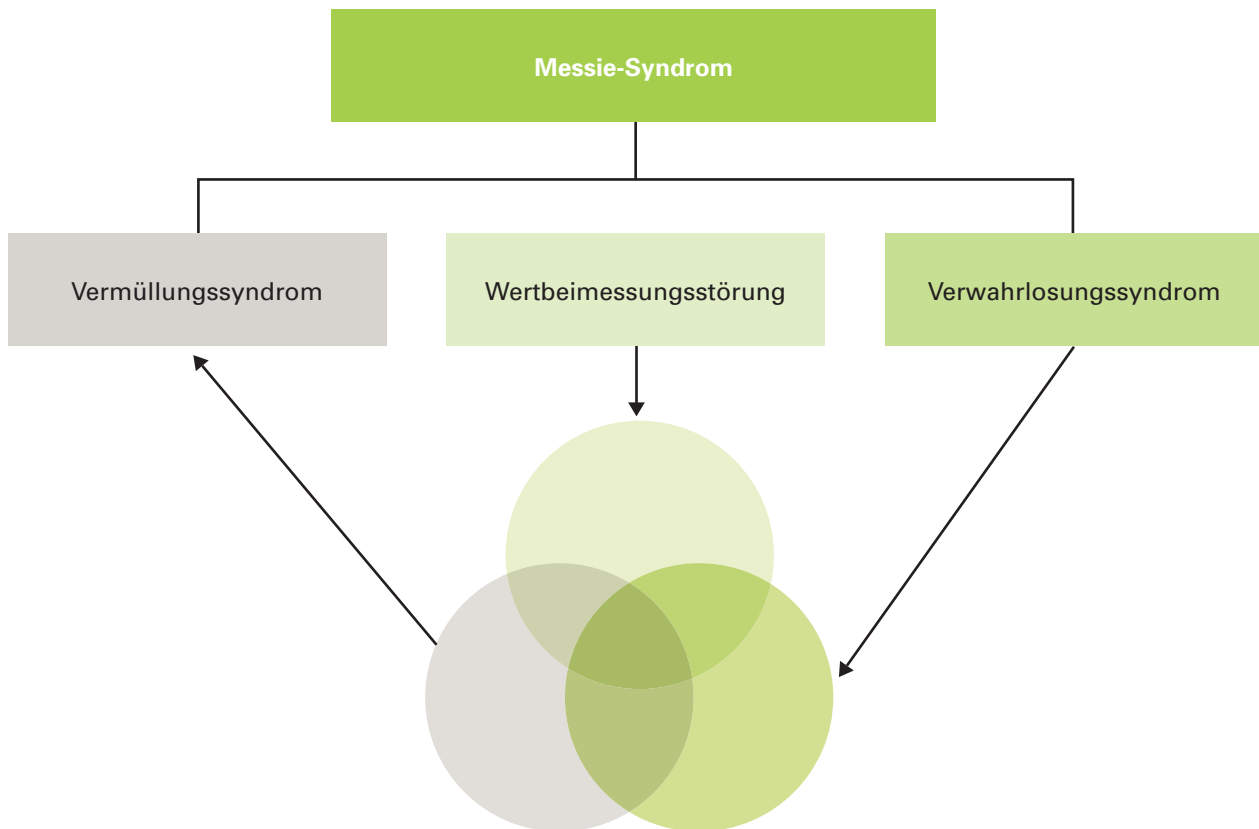


Abbildung 1 Das Messie-Syndrom zeigt sich in verschiedenen Ausprägungen

alle Ebenen des Lebens der Betroffenen mit ein, wie Biografiearbeit, Familiensysteme, den Wohn- und Lebensbereich und Sinnfragen. Ziel dieser therapeutischen Begleitung ist es, Betroffene darin zu unterstützen ihre schwierige Lebenssituation besser zu verstehen, um nachhaltiger bewältigen zu können. Unterstützung zu geben bei der Wiederherstellung

von Ordnung und Struktur, Betroffene darin zu bestärken bewusst eigene Entscheidungen zu treffen, Kontakte und Verbindungen mit Menschen neu zu gestalten sowie den eigenen Wohnraum zurück zu erobern. Das therapeutische Setting erfolgt in interdisziplinären Teams mit Behörden, Ärzten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern. ■

Das Messie-Kompetenzzentrum Stuttgart

Das Messie-Kompetenzzentrum in Stuttgart wurde 2016 von Veronika Schröter gegründet und bietet Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte. Es ist das erste seiner Art im deutschsprachigen Raum. Frau Schröter ist seit 16 Jahren in eigener sozialpsychologischer Praxis tätig. Sie bietet ausser der therapeutischen Begleitung und Beratung Betroffener und Angehörige auch Beratungen, Supervisionen und Weiterbildungen für Institutionen im Sozial-Bereich sowie Pflegeinstitutionen zum Thema an und ist international als Referentin tätig.

Frau Schröter gestaltet und leitet das Messie-Kompetenzzentrum Stuttgart auf der Grundlage reichhaltiger beruflicher Bildungs- und Berufserfahrung. Ausbildungen zur Gestalttherapeutin auf systemischer Grundlage, Heilpraktikerin für Psychotherapie, Zertifizierte Coachin (Steinbeiss Hochschule Berlin), Jugend- und Heimpädagogin sowie als Altenpflegerin und Altenpflegelehrkraft runden ihr Profil ab.

2017 erschien ihr Buch «Messiewelten – das komplexe Störungsbild besser verstehen und behandeln» im Klett-Kotta-Verlag. ■

Messies verwahrlost?

Rainer Rehberger, Pfaffhausen und Berlin

Heute am 31.8.17 vor 10 Jahren sendete Lucia Braun *Aspekte im ZDF* zum Thema Messies. Nach der Verlagsankündigung für «Messies Sucht und Zwang» drehte sie Interviews aus meiner Praxis, wählte Film-ausschnitte aus Hämmerlis dramatischem Film über seine Mutter «Sieben Mulden und eine Leiche» und fügte Anmerkungen über Francis Bacon und Andy Warhol hinzu. Bacon, ein intellektueller, weltbekannter Maler, kämpfte mit einer ganzen Reihe von Nöten, die mir aus der dreißigjährigen Behandlung von vielleicht siebzig Betroffenen in Einzel- und Gruppenbehandlungen und aus vielleicht zwanzig Workshops mit bis zu hundert Teilnehmerinnen vertraut sind.

Hier ein Blick in Bacons Atelier! Jetzt das Triptychon «Drei Personen in einem Raum». Ich deute es als leicht verschlüsselte Kindheitserfahrung, sauber sein zu müssen, ohne zu können, schlafen zu müssen, ohne zu können, essen zu müssen, ohne zu können. Die athletischen Männer malte Bacon mit blutigen Striemen als Zeichen erlittener Gewalt, bei der mittleren Person das Gesicht wie zerrissen, bei der rechten Person der schützend über den Kopf erhobene Arm als Ausdruck der Angst, geschlagen zu werden, die Abwendung der von uns aus gesehen linken Person als Zeichen tiefer Scham, seine Ausscheidungen nicht halten zu können.

Bacon sagt, er will die Betrachter seiner Bilder *unmittelbar ihre Gefühle* spüren lassen ohne erzählend zu vermitteln. Er ist dem entschlossen und sehr zielstrebig nachgegangen. Die Bilder Bacons sind also der unmittelbare Versuch, Gefühlszustände zu bebildern.

Wie komme ich zu diesen Deutungen des Triptychons?

Wir alle erinnern unsere Erfahrungen der ersten drei Lebensjahre weder als Bildgeschichten noch als erzählbare Geschichten. Unter *welchen Umständen* wir

in diesem für unser Kennenlernen der sozialen und der physikalischen Welt und für die Entwicklung des größeren Teils unserer Persönlichkeit zentralen Lebensabschnitt fühlen und lernen, das speichern wir nicht ab, es bleibt für uns *prozedural unbewusst* (im Gegensatz zu all dem, was verdrängt unbewusst ist an eigentlich als Geschichten erinnerbarem Erlebtem). Aber *was wir fühlen und lernen*, das sitzt fest gespeichert, es bleibt *ohne Bild und ohne Geschichte* für uns lebenslänglich anwesend, jederzeit aktivierbar. Bacons Ideal, Bilder unmittelbar aus Gefühl ohne Geschichte und ohne Symbolik zu malen passt zu diesem in der Psychoanalyse *prozedurales Unbewusstes aus der Zeit der kindlichen Amnesie* genannten Bereich unseres Inneren.

Mit dem Wissen um das *prozedurale Unbewusste* sehe ich die Gefühlszustände der *basalen menschlichen Existenz* in den Monaten nach der Geburt gemalt, wenn die innige Verbundenheit mit der Mutter im Mutterleib durch und nach der Geburt verloren gegangen ist. Dies erleiden Babys, wenn die Mütter nicht freudig, wohlwollend, mitfühlend regelmäßig Halt geben, wärmen und zärtlich trösten können. Wenn sie erschöpft, überfordert, ohne Beistand und Hilfe unglückliche Mütter sind und allein oder krank zur anstrengenden Betreuung ihres Babys oder ihrer Mehrlinge gezwungen sind. Oder wenn sie gelernte Erziehungsideologien ernster nehmen als ihr Mitgefühl. Dann pflegen die Mütter die Babys und Kleinkinder widerwillig und behandeln sie gewaltsam. Sie zwingen sie zur *Entleerung* ehe willentlich zu kontrollieren überhaupt möglich ist – also vor dem vierten Lebensjahr. Sie legen *zum Schlafen* ab und lassen die Kinder vierstundenweise allein, füttern sie *gewaltsam und nach der Uhr statt nach Bedarf*. Die Gefühlszustände von Mangel an Verbundenheit und von *Gewalt zu müssen ohne zu können* tragen Menschen im prozeduralen *Gefühlsgedächtnis* ein Leben lang *in sich*, auch als ausgewachsene muskulös starke Männer.

In diesen Gefühlszuständen werden früh gezwungene Erwachsene immer dann berührt, wenn sie sich entleeren, schlafen oder essen wollen. Also täglich und ständig werden die Gefühlszustände wachgerufen. Auch als Erwachsene erleben sie den *Zustand zu müssen*, ohne überhaupt gezwungen zu sein. Mehr noch! Auch viele ihrer eigenen, willentlichen Vorhaben rufen den unerträglichen Zustand *zu müssen und nicht zu können* wach!

Ich wiederhole: Da die Entstehung und die Ursachen dieser Zustände nicht erinnerbar sind, sie prozedural abgespeichert sind, werden sie, sind sie wachgerufen, unausweichlich als *gegenwärtige* Zustände erlebt statt als *erinnerte Gefühlserfahrungen*. Das Wachwerden, die Aktivierung dieses Zustands *zum Machen gezwungen zu sein ohne zu können*, der wie überwältigend hilflos und überfordert erlebt wird, wird aktiv mit der Notlösung verhindert, Vorhaben *nicht oder jetzt nicht zu machen und aufzuschieben*. Dies ist der Kern der *Desorganisation bei Messies*.

Wie komme ich zu diesen Vorstellungen?

Ich vergleiche die Not von einigen Messies, die ihre Aufgaben und Vorhaben erledigen wollen und in angstvolle Zustände zu müssen geraten und dann doch nicht ausführen *mit Aufzeichnungen ihrer Mütter über ihre Früherziehung* in Babytagebüchern, und mit den in unserer Gesellschaft teils bis heute vertretenen Erziehungsideologien.

Bewusst anscheinend um das Wohl ihrer Babys besorgte Mütter schrieben in ihren mir vorliegenden Babytagebüchern die Gewalt auf, die sie in anscheinend im bestem Glauben, richtig zu erziehen, angewendet haben.

Zwang, Druck, Gewalt sich zu entleeren – sind eine Quelle des angstvollen Zustands «machen zu müssen».

Eine Mutter vermerkt, dass sie ihren erstgeborenen Sohn *Hans* mit sechs Wochen bereits über der Kloschüssel abgehalten hat, dass er sich entleere, mit sechs Monaten beschreibt sie ihre für erfolgreich gehaltene Reinlichkeitserziehung, er verrichtete auf dem Topf erfolgreich sein Geschäft; dabei notiert sie nicht, dass sie *Hans* auf dem Töpfchen sicher angurten musste, da es ausgeschlossen ist, dass er mit einem halben Jahr sicher genug dort länger sitzen kann. Sie pflegte den Kleinen dann regelmäßig um 22 Uhr zu wecken, wenn er schlief, um ihn erneut auf den Topf zu setzen. *Hans* war erwachsen ein endloser Sammler, sammelte er nicht, lag er depressiv im Bett, verspätete sich regelmäßig, handelte entschieden zuwider und war deshalb erwerbsunfähig.

(Eine andere Mutter vermerkt lapidar, dass ihr Töchterchen *Ulla* mit fünf Monaten erstmals auf Befehl Pipi macht, mit sechs Monaten dann an einem Tag dreimal auf Befehl Aa. Sie hält außerdem fest, dass sie die Kleine regelmäßig um zwei Uhr nachts weckt und auf den Topf setzt. Später, *Ulla* als erwachsene Frau erinnert sich daran, duschte die Mutter die drei- bis vierjährige Kleine kalt ab, wenn sie einmal in die Hose gemacht hatte. *Ulla* litt erwachsen auch unter wechselnden Verdauungsschwierigkeiten, Verstopfungen, Durchfällen, sie träumte oft von überlaufenden Kloschüsseln, oder von der Badewanne voller Kot. Sie wollte pünktlich sein und war fast immer und überall später. Sie legte sich nie vor 2 Uhr nachts ins Bett, trank dann eine Flasche Wein, um einschlafen zu können.)

Zwang, Druck, Gewalt zu schlafen und trotz Hilferufen alleine zu bleiben, sind eine weitere Quelle angstvoller Zustände «zu müssen» und «schlafen zu müssen». Eine Mutter, die für jedes ihrer vier Kinder liebevoll Babytagebücher geschrieben hat, vermerkt über ihr erstes, acht Wochen altes Baby *Viktoria*, dass ihr Töchterchen kein Verständnis für das nächtliche Ruhebedürfnis der Eltern zeige. Die Mutter lässt die

Kleine im Wohnzimmer alleine schlafen, wenn sie mit ihrem nächtlichen Schreien «wieder Theater macht» und die übermüdeten Eltern stört.

(Auch tags schreit die Kleine, die Mutter nennt das «ihr Schreistündchen». Erwachsen lebt Viktoria alleine, eher verschlossen, fühlt sich voller Schuldgefühle und hat kein Vertrauen, einen Therapeuten aufzusuchen. Ihre Geschichte kenne ich von ihrer Schwester *Lisa*, die mutig die Aufklärung ihrer Schwierigkeiten in der psychoanalytischen Behandlung in Angriff genommen hat.)

Babys vier Stunden abzulegen bis zur nächsten Fütterungs- und Pflegestation und notfalls auch «schreien zu lassen» wurde über lange Zeit als richtiges Erziehungsverhalten gepredigt. Das Aufnehmen und Trösten der Kleinsten galt als Verwöhnung und Erziehungsfehler.

(Viele erinnern sich, als Kindergartenkinder regelmäßig zum Mittagschlaf gezwungen gewesen zu sein, manche haben das als Schulkinder erlebt, einige noch als Pubertierende; z.B. Frau S. musste bis dreizehn abends um sieben Uhr ins Bett, dann durfte sie bis neun aufbleiben.)

Zwang, Druck, Gewalt mit überwältigender Hilflosigkeit zu essen sind eine weitere Quelle der angstvoller Zustände «zu müssen» und «essen zu müssen». Die Mutter von *Viktoria* nannte wiederholt die Schwierigkeit, ja den Ungehorsam, wenn sie ihr Baby mit Breikost viel zu früh ab dem 3. Monat zufütterte. Fünfmal spuckte die Kleine den Löffel wieder aus, erst beim sechsten Mal schluckte sie. Und das auch noch mit neun Monaten, wie die Mutter anscheinend verärgert notiert. Als ihr Kind mit fünf Monaten beim mittäglichen Füttern nicht richtig essen will, legt die Mutter sie unsanft, wie sie vermerkt, ins Bettchen und bindet die Kleine zur Strafe fest.

Zwang, Druck, Gewalt als Mittel, Folgsamkeit zu erzwingen, verursachen überwältigende Angstzustände und Hilflosigkeit und sind weitere Quellen *angstvoller Zustände* »zu müssen« und »gehorsam zu müssen« und von Angst zu sterben. Die Mutter von Ulla fühlt sich in ihrer Mittagspause durch die Kleine bei ihrer Nachhilfe in Rechnen für den neun Jahre älteren Bruder gestört und fesselt *Ulla* im Bettchen zum Mittagsschlaf fest. Ebenfalls notiert sie im Babytagebuch, dass sie die Kleine fest auf beide Handrücken schlägt, als *Ulla* ihr rechtes und dann das linke Händchen gegen die Mutter erhebt.

Strafen zur Erziehung von Folgsamkeit und Untertänigkeit sind ein zentrales Element des gesellschaftlichen Erziehungskanons und uns allen vertraut. Hermann Hesse lässt den Erzähler des Steppenwolfs vermuten, dass dieser «Messie» wahrscheinlich aus einem gut christlichen und bürgerlichen Elternhaus stammt, in dem das oberste Erziehungsziel «*das Brechen des Willens der Kinder*» gewesen sein dürfte. Der Vater, von Francis Bacon hat beruflich Rennpferde eingetrichtert. Bacon nennt ihn als mit allen zerstritten. Er soll den Sohn hart erzogen haben. Er warf den sechzehnjährigen Francis aus dem Haus, als er Francis im Unterrock der Mutter angetroffen hat.

Zwang und Gewalt bei Babys und Kleinkindern ist auch deshalb so verheerend für die Persönlichkeitsentwicklung, weil menschliche Babys anders als alle Tiergeschwister in den ersten neun Monaten in dramatischer Weise hilflos und abhängig von wohlwollender, einfühlsamer und bejahender Fürsorge sind. Babys und Kleinkinder zu schlagen, sie einzusperren, sie auszusperrern, sie zu fesseln, sie strafend alleine zu lassen, sich abzuwenden und mit ihnen Stunden oder Tage nicht mehr zu sprechen, sie zu quälen verursacht überwältigende Angstzustände mit Hilflosigkeit bis zur Angst zu sterben.

Viele Bilder *Bacons* zeigen Gewalt und Verstümmelungen, sehr oft malte er wie eingesperrte Schreiende.

Werden Babys und Kleinkinder abgelehnt und vernachlässigt, z.B. weil sie unerwünscht gezeugt sind, manchmal einen Abtreibungsversuch überlebt haben, weil die Mütter oder die Eltern tief unglücklich, krank, traumatisiert und überfordert sind, weil die Eltern gefühllos sind, wenn die Eltern ärgerlich und hasserfüllt auf die Bedürfnisse nach Halt und Zuwendung reagieren, oder wenn die Eltern zu streng und gewalttätig erziehen, dann sind dies die Ursachen unerträglicher Zustände von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trostlosigkeit, Verzweiflung, Sinnlosigkeit und Leere. Dies sind die Gefühlszustände, die wir in der gefühlten *Depression* antreffen. Messies tragen sie lebenslänglich in sich. Bei Gefühlsunterdrückung von Schmerz bei teilweiser Gefühlsblindheit werden die entsprechenden schmerzlichen Beziehungserfahrungen als sogenannte «körperliche Schmerzzustände» erlebt, für die keine ausreichenden schulmedizinischen Ursachen gefunden werden oder fälschliche Ursachen angenommen werden. Schmerz wird dann als gegenwärtig verursacht erlebt und Betroffene suchen für sie Abhilfe bei Ärzten und Medikamenten.

Bacon benennt seine Stimmung als häufige *heitere Verzweiflung*. Anhaltend befürchtete er, morgens nicht mehr aufzuwachen, weil er sicher nachts sterben würde.

Betroffenen nehmen oft süchtig Alkohol, wie auch Bacon, oder Drogen zur Schmerzbekämpfung. Zu trinken lindert gleichzeitig die übergroße Scham, unter der Messies genauso leiden wie unter Ängsten und Schuldängsten.

Babys tragen die guten Erfahrungen in der Schwangerschaft mit paradiesischer Geborgenheit auch nach der Geburt als Wissen in sich. Nach diesen guten Erfah-

rungen sehnen sich Babys, wenn sie nach der Geburt schlecht behandelt werden. Wenn sie sich unerfüllt nach Geborgenheit und Zärtlichkeit sehnen, hinterlässt das in den Betroffenen einen großen Hunger nach Zuwendung. Den versuchen sie oft stellvertretend mit Sammeln von Geld oder *durch süchtiges Kaufen* oder durch Anschaffen von Besitztümern oder durch Essen, letztlich erfolglos zu stillen.

Viele als Babys und Kinder misshandelte und vernachlässigte Betroffene werden verschlossen oder zurückgezogen, sie zeigen ein *unsicher-abweisendes, verschlossenes und zurückgezogenes Bindungsverhalten*. Viele von ihnen werden Einzelgänger oder lassen sich nur oberflächlich auf Begegnungen mit anderen ein. Andere geraten in Panik, wenn Partner sie alleine lassen.

Die Sehnsucht, glücklich zu sein, veranlasst viele Messies zum Glücksspiel, so auch Francis Bacon. Und warum wachsen die völlig chaotischen Sammlungen? Messies erleben mit jedem Kauf eine kurz dauernde Freude, die bald abflaut. Der Besitz der Gegenstände verschafft keine Freude mehr. Also kaufen sie aufs Neue, oft uferlos. Die dramatischen Verlassenheitsgefühle von Babys, wenn auf Rufen regelmäßig niemand kommt, begründen eine jederzeit berührbare und weckbare *Verlassenheitspanik* bei Messies. Jede Trennung droht Verlassenheitszustände wach zu rufen. Also vermeiden sie die Trennung von jedem einzelnen Gegenstand, so bedeutungslos er auch zu sein scheint.

Ältere Kleinkinder ab dem zweiten Lebensjahr sind mehr und mehr in der Lage zu lernen. Sie verinnerlichen die gebotenen Regeln für Ordnung, Sauberkeit, Sparsamkeit, Folgsamkeit und werden oft in ihren Ansprüchen sich und anderen gegenüber perfektionistisch. Wir sprechen vom *Zwangscharakter*. Messies haben regelmäßig einen Bereich, in dem sie statt

desorganisiert perfektionistisch auftreten. Manche Messies leiden auch unter Zwängen durch eine *Zwangsneurose*.

Fassen wir zusammen, so leiden Messies in unterschiedlicher Weise

- unter einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit Zuwiderhandeln,
- unter einer *gefühlten Depression* mit depressiven Stimmungen von Hoffnungslosigkeit bis Sinnlosigkeit, Schmerzen in Organen und Systemen,
- Oder einer gehandelten Depression mit sich selbst beschämendem, herabsetzendem, beschuldigendem, verletzendem Verhalten,
- unter unsicher-abweisendem Bindungsverhalten mit Misstrauen gegenüber anderen,
- unter süchtigem Vermeiden von Zuständen der Leere durch uferloses Kaufen und Sammeln,
- unter teilweiser Gefühlsblindheit und Gefühllosigkeit gegenüber leidenden anderen und daraus folgend unter fehlenden tiefergehenden Beziehungen,
- unter körperlichen Schmerzzuständen statt bewusst erlebten Beziehungsschmerzen,
- unter drohender Verlassenheitspanik bei der Trennung von auch nur kleinen oder wertlos erscheinenden Gegenständen der überquellenden Sammlung,
- unter Perfektionismus in einzelnen Bereichen ihrer Tätigkeiten als Folgen des Zwangscharakters mit Pedanterie, teilweise
- manche unter einer Zwangsneurose.

Ihr *Nichtmachen* als Notlösung gegen wach werdende Zustände aus Strenge und Gewalt verringert ihre Bereitschaft, Hilfen anzunehmen dramatisch. Schon zuzuhören und mitzudenken erleben sie als Muss und antworten blitzschnell mit Zerstretheit. *Diese Vielschichtigkeit erschwert Psychotherapeuten ohne genauere Kenntnis der Psychodynamik die Behandlung und*

Behandlungserfolge. Das ist der Grund, dass sie, wie ich von meiner Klientel wiederholt höre, Behandlungen von vorneherein ablehnen oder nicht erfüllbare Forderungen stellen, die Sammlung erst einmal in Container zu entsorgen und dann in die Behandlung zu kommen.

In Wikipedia heißt es zur Verwahrlosung: «In Bezug auf den einzelnen Menschen wird *Verwahrlosung* – insbesondere seitens der Psychologie – oft als Folge des Verhaltens gesehen:

«Es ist das anhaltende und alle Bereiche des Lebens umfassende Abweichen einer Person von den Erwartungen seiner Umwelt. Sie verhalten sich in allen wesentlichen sozialen und gesellschaftlichen Gebieten außerhalb der Norm und stehen daher nicht selten außerhalb der Gesellschaft, was mit sozialen Diskriminierungen einhergeht. Oft stehen sie unbewusst in Opposition zur geltenden Norm. Verursachung zum Beispiel durch Familie oder kulturelle Bedingungen.»

Meine Erfahrungen mit Messies, die in der Lage waren, ihre sozialen Ängste in Schach zu halten und Hilfe zu suchen, bestätigt die psychologische Einordnung von Messies, die ich kennen gelernt habe, unter Verwahrloste nicht. Eine Reihe von ihnen war oder blieb berufstätig. Die chaotischen Ordnungsverhältnisse waren oft auf die eigene Wohnung oder auf ihr Zimmer im gemeinsamen Haus mit einem Partner beschränkt. Auch eine Bewertungsstörung habe ich nicht gefunden. Oberflächlich betrachtet entsteht der Eindruck einer Bewertungsstörung durch die aversive antagonistische Selbsterhaltung, die sich auch beim Denken auswirkt, also durch das Machichnichtmuster. Auch das Ausfüllen von Datenfragebögen wird von Betroffenen nur schwer geleistet, da es als Muss mit einem Machichnicht beantwortet wird. Die Folge sind nur sehr spärlich ausgefüllte Fragebögen.

Besonders deutlich wird das auch an Beispielen berufstätiger Messies, die zu Hause anscheinend nicht in der Lage sind, Ordnung einzuhalten, aber das im Berufsleben ausgezeichnet können. ■

Literatur

- Luigi Ficacci (2000): *Bacon*. Taschen, Köln.
- Rainer Rehberger (2007): *Messies – Sucht und Zwang*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Rainer Rehberger (2013): *Selbsthilfe für Messies*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Veronika Schröter: *Messie-Welten*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2017.
- Gisela Steins: *Desorganisationsprobleme. Das Messie-Phänomen*. Pabst Science Publishers, Lengerich u. a. 2003
- Gisela Steins u. a.: *Aber Messie bin ich noch! Eine Interventionsfallstudie zum Messie-Phänomen*. Pabst Science Publishers, Lengerich u. a. 2004.
- David Sylvester (2009): *Gespräche mit Francis Bacon*. Prestel München, Berlin, London, New York.
- Originalausgabe David Sylvester, 1975 »*The Brutality of Fact – Interviews with Francis Bacon*«. Thames and Hudson, London.
- Alfred Pritz (Hrsg.): *Das Messie-Syndrom: Phänomen – Diagnostik – Therapie*. Springer Verlag, 2009.

Auftrag der Medizinischen Dienste bei Defizitären Wohnverhältnissen

Ursula Lafos, Fachverantwortung Wohnungswesen

Der inhaltliche Auftrag des Wohnungswesens als Fachbereich der Abteilung Sozialmedizin innerhalb der Medizinischen Dienste Basel-Stadt basiert auf einem Dienstleistungsauftrag des Kanton Basel-Stadt für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons. Er dient der Prävention vor möglichen Gefahren für die Gesundheit durch hygienische Missstände im öffentlichen Raum sowie bei defizitären Wohnverhältnissen in privaten Liegenschaften und Wohnungen. Für die Tätigkeiten im Wohnungswesen besteht ein Beratungsmandat und ein Aufsichtsmandat auf der Grundlage des kantonalen Gesundheitsgesetzes §51a (SG 300.100) sowie des Epidemiengesetzes des Bundes.

Definition Defizitäre Wohnverhältnisse

Die Bezeichnung defizitäre Wohnverhältnisse umfasst verschiedene Ausformungen hygienischer Entgleisungen von Wohnungen und Liegenschaften. Es handelt sich um ein komplexes Syndrom, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können. In der wissenschaftlichen Literatur finden nach Stand der Forschung Definitionen Verwendung wie «Messie-Syndrom» (Felton, 1985), Diogenes- oder Vermüllungssyndrom (Dettmering, Pastenaci, 2004) bis hin zu pathologischem Horten (DSM 5, American Psychiatric Association, 2013), Organisations-Defizit Störung oder häusliche Desorganisation (Steins, 2003). Die Erweiterung der Begrifflichkeiten ermöglicht Vergleiche und Differenzierungen (Pritz et al. 2009). Der Begriff Vermüllungssyndrom skizziert in seiner Ausprägung oft die Realität bei Fallsituationen im Wohnungswesen. Hierbei handelt es sich um ein weit fortgeschrittenes Stadium häuslicher Desorganisation und bildet die Endstrecke biographischer Entgleisungen in Form von Verwahrlosung ab. Defizitäre Wohnverhältnisse werden bei Personen in verschiedenen Altersgruppen und sozialen Schichten angetroffen. Die Betroffenen leiden häufig an Sucht- und/oder weiteren psychiatrischen Erkrankungen. Verwahrlosung und Vermüllung im Alter können Ausdruck altersbedingter physischer und kognitiver Beeinträchtigungen sein und gehen oft mit psycho-

sozialer Vernachlässigung und Vereinsamung einher. Auch unbewältigte Lebenskrisen (Defensives Coping) können Auslöser für Entgleisungen der Wohnhygiene sein. Gemäss Dettmering/Pastenaci werden je nach Schweregrad verschiedene Typologien angetroffen. Vom «Warenlager» mit oder ohne Systematik bis hin zur «Mülldeponie» mit verpacktem und unverpacktem, offenem übelriechendem Abfall, der nicht mehr entsorgt wird, bis hin zur «hygienischen Katastrophe», bei der zusätzlich die sanitäre Versorgung zusammenbricht oder sich Ungeziefer angesiedelt hat. Diese Typologien sind in unserer täglichen Praxis sehr nützlich für die Einschätzung des Schweregrads von Verwahrlosung. In der Praxis werden mehrheitlich Mischformen angetroffen. Viele Fallsituationen im Wohnungswesen gehen mit gradueller Selbstgefährdung und auch Fremdgefährdung einher. Immer anzutreffen ist die Umgebungsbelastung für Drittpersonen.

Auftrag und Vorgehen des Wohnungswesens bei Defizitären Wohnverhältnissen

Kenntnis bezüglich defizitärer Wohnverhältnisse erhält der Fachbereich Wohnungswesen durch Hinweise von Mieterinnen und Mietern, Liegenschaftsverwaltungen, Nachbarn, Familienangehörigen, Behörden und Institutionen. Die Medizinischen Dienste sind

auf gesetzlicher Grundlage dazu verpflichtet jeder Meldung nachzugehen. Zu den Interventionen des Wohnungswesens gehören Beratung, die Abklärung der Situation vor Ort durch Begehungen mit anschliessender Empfehlung und Festlegung erforderlicher Massnahmen sowie deren Nachkontrollen. Wohnungskontrollen werden im Vorfeld immer schriftlich angekündigt. Die zuständige Liegenschaftsverwaltung wird in den meisten Fällen zur Wohnungskontrolle eingeladen. Es können auch Drittpersonen von Behörden und Pflegeinstitutionen zur Erstbegehung hinzugezogen werden. Dafür muss bereits ein Bezug zu den betroffenen Klientinnen und Klienten bestehen und es gilt abzuwägen, ob deren Beteiligung zur Lösung der Situation beitragen kann. Die Einhaltung und Gewährleistung des Datenschutzes steht hierbei im Vordergrund. Eine Wohnungskontrolle dient stets der allparteilichen Beurteilung der Situation. Nebst der Kenntnisnahme der defizitären Wohnhygiene steht immer der betroffene Mensch im Zentrum unserer Wahrnehmung, da nur durch dessen Einwilligung und Bereitschaft, Einsicht und Hilfeannahmeverhalten eine Lösung für nachhaltige Veränderungen gefunden werden kann. Dies bedingt, den Blickwinkel auf die Ressourcen der betroffenen Person und deren Umfeld zu richten. Um möglichst rasch eine umfassende Einschätzung der Situation zu erhalten, orientieren sich die Mitarbeiterinnen im Wohnungswesen in ihrer Interviewstruktur an der Ressourcentypologie nach Miller. Die Ressourcenerfassung erfolgt im Gespräch vor Ort und durch die Einverständniserklärung der Betroffenen, damit die Kontaktaufnahme mit involvierten Diensten, Institutionen, Behörden, und Ärzten erfolgen kann. Der Fachbereich Wohnungswesen ermöglicht zudem ein zusätzliches Beratungssetting innerhalb der Dienststelle. Da die Interventionen im Wohnungswesen teilweise in einem Zwangskontext erfolgen, wird oft existenzielle Abwehr bei den Betroffenen ausgelöst. Bereits im Vorfeld sind die Mitarbeiterinnen bei

bestehendem Kontakt mit den Klientinnen und Klienten bestrebt, durch sorgfältige Information und Beratung ein Klima des Vertrauens zu schaffen. Bei Bedarf müssen Begehungen in Begleitung des Sozialdienstes der Kantonspolizei durchgeführt werden. In angezeigten Fällen erfolgt eine Gefährdungsmeldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde. In sehr seltenen Fällen müssen während der Begehungen die Amtsärztinnen und Amtsärzte zur Abklärung einer Fürsorgerischen Unterbringung hinzugezogen werden.

Bei den Wohnungskontrollen werden die Bewohnbarkeit, das Ausmass der Umgebungsbelastung sowie die Notwendigkeit von Verfügungen mit Ersatzvornahme beurteilt. Massstab hierfür ist das Ausmass der defizitären Wohnsituation und damit einhergehendem Gesundheitsgefährdungspotenzial sowie das Ausmass der Umgebungsbelastung. Im Kontext der Gesamtsituation werden im Hinblick auf Verhältnismässigkeit angemessene Interventionen abgewägt, die für alle Parteien von Nutzen und auf Nachhaltigkeit angelegt sind. Ziel der Medizinischen Dienste ist es, zu Kooperation zu motivieren und auf sozialverträgliche und allparteiliche Lösungen der Situation hinzuwirken. Kernthematik ist die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Wohnhygiene.

Seit 2014 sind die Fallsituationen bei defizitären Wohnverhältnissen jährlich steigend. Das Alter der Klienten bewegt sich zwischen 30–80+ Jahren. Die Falldauer beträgt zwischen mehreren Monaten bis > 1 Jahr. Zur Lösung der oft schwierigen Situationen der Betroffenen benötigt es eine hohe interdisziplinäre Akteur-Dichte im Netzwerk. Die zunehmende Komplexität der Gesamtsituation bei fehlenden gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Ressourcen der betroffenen Klientinnen und Klienten stellen im Hinblick auf zeitnahe Lösungen auch für betroffene Drittpersonen eine grosse Herausforderung dar. Erst wenn allparteiliche und nachhaltige Lösungen gefunden und umgesetzt sind, können die Medizinischen

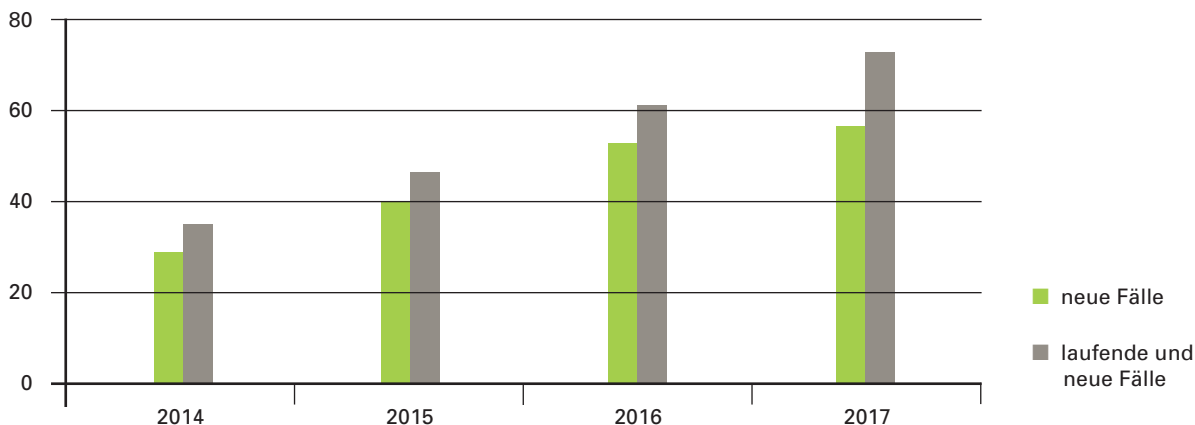


Abbildung 1 Fallzahlen und Fallprofile im Kanton Basel-Stadt

Dienste sich aus der Fallsituation zurückziehen. Kriterien hierfür sind die Wiederherstellung der Wohnhygiene, die Aktivierung des Helfernetzwerks und Gewährung von Subsidiarität. In sehr seltenen Fällen kommt es durch mangelnde Kooperation der Klientinnen und Klienten zu keiner zufriedenstellenden Lösung der Wohnsituation. Dieser Sachverhalt kann letztlich zur Wohnungskündigung durch die Liegenschaftsverwaltung bis hin zur gerichtlichen Räumung und Exmission führen.

Setting der Nachhaltigkeit

Die Fallsituationen bei Klientinnen und Klienten mit defizitären Wohnverhältnissen sind immer mehrdimensional und bilden, der «Spitze des Eisbergs» gleich, verschiedene Problembereiche der Lebenssituation der Betroffenen ab. Zunehmende Gewichtung erhält in den letzten Jahren die gesundheitliche und soziale Komplexität bei mangelnder Problemlösungsfähigkeit und fehlender Ressourcen der Betroffenen. Zur Vermeidung eines Drehtüreffekts ist in angezeigten Fällen die gezielte Prozessbegleitung und auch niederschwellige praktische Unterstützung von grosser Notwendigkeit. Nachhaltigkeit kann nur durch Vermittlung notwendiger Unterstützungsressourcen im Netzwerk sichergestellt werden. Viele Fallsituationen wären kaum lösbar ohne die vernetzte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den notwendigen Stakeholdern (Behörden, Pflegeinstitutionen, Sozialdiensten, Liegenschaftsverwaltungen, Fach- und Hausärzte). Je nach Ausprägung der Situation kann der Einsatz von Wohnbegleitung, der Einbezug von Spitexdiensten oder anderen Betreuungsdiensten ein

wichtiger Schritt zur Generierung von Nachhaltigkeit sein. Der Umgang mit Klienten im Zwangskontext stellt besondere Ansprüche und erfordert eine ethisch reflektierte Vorgehensweise in allen Rollen und auf allen Ebenen der Zusammenarbeit. Ein wichtiger Schlüssel für Nachhaltigkeit ist die Einbindung der Klienten in die Lösung ihrer Situation. Diese Einbindung kann durch ein lösungs- und ressourcenorientiertes Beratungssetting initiiert werden. ■

Was ist uns wichtig?

Ein wesentliches Anliegen des Fachbereichs Wohnungswesen ist es, nebst der sozialverträglichen Erfüllung unserer Kernaufgabe, auch die Förderung und Gewährleistung einer bedarfsgerechten, engagierten Netzwerkpflege und der interdisziplinären Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der Gewährung der Datenschutzbestimmungen und der Wahrung der Persönlichkeitsrechte. Durch eine abgestimmte Vorgehensweise im Netzwerk können Grauzonen der Zuständigkeiten gemeinsam erfolgreich überbrückt und im Fallmanagement passgenauere Lösungsstrategien entwickelt werden. Zum anderen trägt diese Form der Zusammenarbeit zur Sicherung von Effizienz und Ökonomie in allen Arbeitsbereichen bei. Der Fachbereich Wohnungswesen ist bestrebt, der inhaltlichen Weiterentwicklung des bestehenden Dienstleistungsangebots Sorge zu tragen, um dem sich wandelnden Bedarf in der Bevölkerung gerecht zu werden. ■

ADA – Ambulanter Dienst Alterspsychiatrie

Tabea Bodmer / Thomas Leyhe

Der ADA ist eine interdisziplinäre Equipe des Zentrums für Alterspsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Er ist ein aufsuchender Dienst für ältere Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung.

Der Leitgedanke ist, dass der Mensch als handlungsfähiges Individuum im sozialen und familiären Umfeld gesehen wird. Die ganzheitliche Betrachtungsweise unter Einbezug der Lebensbiographie sowie Respekt und Achtung gegenüber dem alten Menschen in der empathischen, zwischenmenschlichen Beziehung ist sehr wichtig.

Grundlage der Behandlung stellt die Beziehung dar, die im Vertrauen aufgebaut und sorgsam gepflegt wird. Nach gründlicher Abklärung und Problemanalyse unter Berücksichtigung der Ressourcen wird die weitere Behandlung geplant. Hauptziel ist es, eine Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität im gewohnten sozialen und familiären Umfeld zu erreichen. Es erfolgt eine Stärkung des Patienten und des Umfelds unter Einbezug von Ressourcen. Ein weiteres Ziel der Behandlung ist die Reduktion der Symptomatik und die psychische Stabilisierung unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Vorlieben.

Das interdisziplinäre Team besteht aus der ärztlichen und pflegerischen Leitung, einem Assistenzarzt, diplomierten Pflegefachpersonen und einem Sozialdienstmitarbeitenden.

Behandlungsschwerpunkte sind

- Abklärung der Indikation, Beurteilung der Symptome, Zielformulierung für ambulante Interventionen, Pflegeprozess
- Vertrauensbasis aufbauen und erhalten
- Medikamentöse Behandlung
- Motivationsarbeit
- Empathisches Aushalten, Patient beistehen
- Koordination von Diensten

- Verbesserung, Kompensation oder Hilfe bei der Akzeptanz krankheitsbedingter Einschränkungen
- Soziale Aktivitäten / Training von sozialen Kompetenzen / Alltagsfertigkeiten
- Errichten von Tagesstrukturen
- Beratung und Hilfestellung bei Wohn- und Finanzproblemen

Der ADA betreut alterspsychiatrische Patienten maximal 4 Std./Woche zuhause. Es erfolgen wöchentliche interdisziplinäre Besprechungen sowie regelmässige Fortbildungen und Supervisionen. Instrumente zur Prüfung und Sicherung der Qualität kommen zur Anwendung. Kooperationspartner des ADA sind Spitäler, Spitex, der psychosoziale Dienst der Polizei, die Gesundheitsdienste Basel-Stadt, KESB/ABES, sowie Hausärzte und Psychiater. Von diesen Einrichtungen oder Personen werden die Patienten auch beim ADA angemeldet. Darüber hinaus erfolgt eine enge Kooperation mit Tagesheimen, Alterssiedlungen, Alters- und Pflegeheimen, Pro Senectute und Angehörigen.

Ziele sind der Aufbau, die Erhaltung und die Stabilisierung von Pflege- und Betreuungsnetzen, die Beratung von Angehörigen und Mitbetroffenen sowie die Koordination und fachliche Unterstützung anderer Disziplinen, Fachstellen und Behörden sowie Heimen.

Es werden regelmässige Hausbesuche, Kurz- und Langzeitunterstützung, Beratung und Unterstützung von Angehörigen, anderen Bezugspersonen und Kooperationspartnern angeboten. Kriseninterventionen werden bei Bedarf in Zusammenarbeit mit anderen Diensten durchgeführt. Die Vermittlung und Anmeldung bei der Abteilung Langzeitpflege für einen Platz in einem Alters- und Pflegeheim sowie die überbrü-

ckende Begleitung von daheim bis zum Eintritt dort wird vom ADA durchgeführt. Sollte eine Treuhand-schaft oder Beistandschaft nötig sein, wird diese ein-geleitet.

Im ADA liegt die Fallführung bei einer Pflegefach-person, einem Sozialdienstmitarbeitenden oder einer Ärztin/ einem Arzt. Im Folgenden wird beschrieben, wie die delegierte pflegerische, soziale und ärztliche Fallführung (dpFF) im ADA ausgeführt wird.

Die dpFF übernimmt das Erstgespräch, zur Klä-rung des Behandlungsauftrags und des Behandlungs-rahmens. Auch wird dabei möglichst die Entbindung von der Schweigepflicht unterschrieben. Nach dem Erstkontakt stellt die dpFF den Patienten/die Patien-tin und den Behandlungsauftrag im Team vor.

Dann erfolgt gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin die Behandlungsplanung (Frequenz von Gesprächsterminen, zu bearbeitende Themen, Tages-struktur etc.).

Im Verlauf rapportiert die dpFF in regelmässigen Abständen über den Behandlungsverlauf. Ggfs. wer-den Mitarbeiter anderer Berufsgruppen (z. B. ärztli-cher Dienst bei medizinischen Problemen im Rahmen einer pflegerischen Fallführung zugezogen).

Im Behandlungsverlauf ist die dpFF verantwort-lich für die Umsetzung, Einhaltung bzw. Anpassung des Behandlungsplans/der Pflegeplanung. Dies be-deutet nicht, dass sie alle dazu notwendigen Mass-

nahmen selbst durchführt, aber sie ist verantwortlich dafür, dass die Massnahmen durchgeführt werden.

Im gleichen Sinne ist die dpFF auch verantwort-lich für die Aktenführung sowohl in elektronischer als auch in Papierform.

Sie hält und pflegt den Kontakt mit allen anderen beteiligten Institutionen (z. B. Behörden), Einrichtun-gen (z. B. Alterssiedlungen) und dem sozialen Umfeld (z. B. Angehörigen) der Patienten und Patientinnen.

Der Abschluss der Behandlung erfolgt in Abspra-che zwischen dpFF und Patient. Das Netzwerk wird über den Abschluss/ Austritt informiert.

Darüber hinaus erfolgt eine enge Kooperation mit den Sprechstunden der UPK Basel, insbesondere mit dem Ambulatorium für ältere Menschen mit seeli-schen Störungen, aber auch mit der Memory Clinic im Felix Platter-Spital.

Die ambulanten Leistungen werden weitgehend von den Krankenkassen übernommen (4 Std/ Woche). Die Selbstbehalte können bei Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen bzw. der kantonalen Beihilfe über diese zurückgefordert werden. ■

Eine Anmeldung kann über das Sekretariat des Zentrums für Alterspsychiatrie
Telefon 061 325 53 51; Email: zap@upkbs.ch)
erfolgen. ■

Auftrag und Tätigkeitsbereich des Sozialdienstes der Kantonspolizei Basel-Stadt

Annina Fleig, Sozialarbeiterin, Bachelor of Arts Soziale Arbeit, Kantonspolizei Basel-Stadt

Die Polizeiarbeit bewegt sich im Kontext vielfältiger und vielseitiger Ansprüche. Rasche und nachhaltige Interventionen sollen zur Wahrung von Sicherheit, Ruhe und Ordnung dienen. Die Lebensbedingungen haben sich im Zuge des sozialen Wandels verändert und ändern sich stetig weiter. Dadurch verlieren die einst traditionellen gemeinschaftlichen Bindungen an Bedeutungen.

Die Lebensbedingungen haben sich im Zuge des sozialen Wandels verändert und ändern sich stetig weiter. Dadurch verlieren die einst traditionellen gemeinschaftlichen Bindungen an Bedeutungen. Sozialer Wandel ist auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen zu beobachten. Auf der Makroebene durch die Sozialstruktur und Kultur, auf der Mesoebene der Institutionen, korporative Akteure und Gemeinschaften, auf der Mikroebene durch die Individualisierung und durch die Pluralisierung der Lebensformen. Alle Ebenen werden zusätzlich durch die Systeme Politik und Wirtschaft beeinflusst, welche ebenfalls auf soziale Probleme einwirken. Die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Veränderungen haben auch Auswirkungen auf die Polizeiarbeit.

Polizisten/-innen finden sich täglich in Situationen, welche Lösungen für psychosoziale und psychologische Problemstellungen erfordern. Zur Bewältigung dieser Aufgaben steht der Kantonspolizei Basel-Stadt der Sozialdienst (SozD) zur Verfügung, welcher ein Bestandteil der Kantonspolizei Basel-Stadt ist.

Der Sozialdienst ist in die Fachbereiche Soziales und polizeiliche Unterstützung gegliedert. Der Fachbereich Soziales befasst sich mit Personen, die aufgrund einer akuten oder psycho-sozialen Krise die öffentliche Sicherheit und Ordnung stören und dabei sich selbst und/oder Drittpersonen gefährden bzw. eine unzumutbare Belästigung für ihre Umgebung darstellen.

Der Fachbereich polizeiliche Unterstützung ist für die Einsatzsicherheit und das polizeiliche Einsatzdispositiv (Abklärung und Planung) zuständig. Die

Sicherheit ist für alle am Fall Beteiligten von grösster Priorität. Alle Einsätze des Sozialdienstes der Polizei werden von mindestens einem Polizist begleitet. Die jeweiligen Aufgaben und Funktionsbeschriebe sind klar definiert.

Damit eine Kooperation zwischen Polizei und Sozialer Arbeit gelingt, müssen beide Professionen gleichberechtigt, arbeitsteilig und aufeinander abgestimmt sein, um an der Lösung individueller und sozialer Probleme zu arbeiten. Das Verständnis für einen gemeinsamen Auftrag zu entwickeln, ist von zentraler Bedeutung.

Der Begriff Verwahrlosung in der täglichen Polizeisozialarbeit

Verwahrlosung kann im Wesentlichen als ein abweichendes Verhalten bezeichnet werden, welches sich ausserhalb von der sozialen und der gesellschaftlichen Norm liegt.

In der täglichen Polizeiarbeit begegnen wir vielen unterschiedlichen Zuständen der Verwahrlosung. Die Intensität der Verwahrlosung kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Die meisten Verwahrlosungszustände lassen sich in eine der folgenden drei Hauptkategorien subsumieren: Wohnungszustand, gesundheitliche Verwahrlosung und/oder Rückzug aus dem sozialen Umfeld.

Beim Wohnungszustand sprechen wir im Grunde von einer Vernachlässigung des persönlichen Lebensraums. Die Spannweite kann sich von Gegenstände aller Art sammeln, Wohnraum wurde komplett ver-

stellt bis hin zur Verunreinigung durch Fäkalien erstrecken.

Bei einer verwahrlosten Wohnung ist ein besonderes Augenmerk auf die Seuchengefahr und auf die Kinderschutzmassnahmen zu legen. Nicht selten sind auch Kinder von defizitären Wohnverhältnissen betroffen. Im Unterschied zu den Erwachsenen sind sie dieser Situation schutzlos ausgeliefert. Kinder sind in besonderem Masse darauf angewiesen, dass Institutionen / Behörden aktiv werden und Abklärungen tätigen, sowie gegebenenfalls auch Massnahmen einleiten.

Unter dem Begriff gesundheitlichen Verwahrlosung fassen wir Personen zusammen, welche sich in einem hygienischen / somatischen / und / oder psychisch schlechten Zustand befinden und akut schutz- / behandlungsbedürftig sind.

Eine weitere Form der Verwahrlosung, welcher wir im Berufsalltag begegnen, ist die soziale Verwahrlosung. Darunter fallen Personen, die sich aus ihrem sozialen und / oder beruflichen Umfeld zurückziehen. Nicht selten führt dies zu Kontaktabbrüchen und zur Vernachlässigung verschiedener Lebensbereiche wie z. B. finanzielle Angelegenheiten und Gesundheit. Die Ursachen können verschiedenen Ursprungs sein. Darunter fallen kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, Tod einer nahestehenden Person und viele weitere.

Vorgehensweise und Grenzen im Tätigkeitsfeld der Verwahrlosung

Der Sozialdienst der Polizei erhält von verschiedenen Behörden, Fachstellen oder Privatpersonen Meldungen. Der Vorgang und die weitere Planung unterstehen rechtlichen Grundlagen, welche die Basis für die Zusammenarbeit bilden. Genauer gilt es zu unterscheiden, ob es sich bei dem Melder um eine Behörde oder um eine Privatperson handelt, da die Kommu-

nikation dem Datenschutz unterliegt. Wichtig zu beachten sind Dringlichkeit und fachspezifische Informationen wie Sicherheit und bestehendes Helfernetz. Diese Hinweise sind bestimmend für die weitere Vorgehensweise im Tätigkeitsfeld der polizeilichen Sozialarbeit.

Unabhängig der Meldung, steht der Mensch im Zentrum der polizeilichen Sozialen Arbeit. In der Regel erfolgt eine erste Einschätzung durch eine psychosoziale Abklärung. Anhand dieser werden weitere Massnahmen geplant und vollzogen. Von einfachen Vernetzungen mit Fachstellen und Behörden, bis hin zur Zuführung zwecks Begutachtung durch den Amtsarzt, welcher je nach Schweregrad der Verwahrlosung gegen den Willen der Person eine fürsorgliche Unterbringung verfügen kann. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Amtsarzt und der Austausch mit einem vorhandenen Helfernetz sind für die Fallbearbeitung rund um die Verwahrlosung zentral.

Die Fragestellungen und die Personen mit denen die Polizei konfrontiert wird, sind sehr vielfältig und unterschiedlich. Das Thema Verwahrlosung ist von verschiedenen Facetten geprägt, denn es findet sich in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebensaltern wieder. Genauer betrachtet bedeutet dies, in der Praxis können die drei Hauptkategorien (persönlicher Lebensraum, gesundheitliche und soziale Verwahrlosung) nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden. Sie treten meist zusammenhängend und sich beeinflussend auf. Nebst Tendenzen der Verwahrlosung sind demnach auch weitere Problemstellungen Schwächezustände, wie Altersproblematik, Sucht, psychische Auffälligkeiten erkennbar. Daraus lässt sich schliessen, dass nebst der äusseren Realität von Verwahrlosung auch innere seelische Belastungen der Verwahrlosung existieren. Diese gilt es ebenso zu berücksichtigen und miteinzubeziehen. Die Arten der Interventionen sind abhängig vom Ausmass der Verwahrlosung. Aufgrund der hohen Komplexität und Flexibilität, die eine solche Fallarbeit mit sich bringt,

kann kein standardisiertes Vorgehen angewendet werden. Es gilt jeden Fall einzeln einzuschätzen und gemeinsam mit dem Klienten, soweit dies möglich und zumutbar ist, eine nachhaltige Intervention in die Wege zu leiten.

Umfangreiche Abklärungen und ein hohes Engagement sind jedoch keine Garantie, um den Klienten von der Verwahrlosung zu befreien. In der täglichen Arbeit sind die Grenzen zwischen abweichendem Verhalten und ausserhalb von der sozialen und gesellschaftlichen Norm fliessend. Wir bewegen uns oft im Spannungsfeld zwischen menschenunwürdigem Zustand/der Frage der sozialen Verantwortung und das Recht auf Leben und persönliche Freiheit. Diese Grenzen gilt es sich in der täglichen Praxis immer wieder bewusst zu werden und zu reflektieren. Denn die Qualität unserer Arbeit kann nicht ausschliesslich am Wohl des Klienten gemessen werden. Es bleibt der selbstbestimmte Mensch mit den Chancen und Grenzen seiner Autonomie. Seine Freiheit endet erst da, wo sie die Freiheit anderer einschränkt. Dies zeigt die Komplexität der modernen Gesellschaft auf und auch in welchem Spannungsfeld sich der Sozialdienst der Polizei bewegt.

Schlussfolgerungen

Wie aus der Fachtagung Symposium Verwahrlosung bereits hervorgegangen ist, dem Wort Verwahrlosung/Messie können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Die Betrachtungsweise sollte dementsprechend ganzheitlich auf die Person gerichtet werden und nicht auf das Phänomen reduziert werden.

Ein Mensch hat viele Facetten und genau diese gilt es in unserem Berufsfeld sichtbar zu machen. Diese Anteile verdienen gleichviel Respekt und Anerkennung. Zusammenfassend ist das Thema Verwahrlosung ein zentrales Thema in der täglichen Arbeit des Sozialdienstes der Polizei. Der Umgang mit diesem Thema ist für die Betroffenen immer sehr schambefahet, darum benötigt das Vorgehen Fingerspitzengefühl. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Behörden und Fachstellen ist sehr zentral und ziel führend. ■

Für eine Beratung steht der Sozialdienst der Kantonspolizei Basel Stadt, unter der Nummer 061 267 70 38, gerne zur Verfügung. ■

Wie arbeitet die Erwachsenenschutzbehörde (ESB) Basel-Stadt

Patrick Fassbind

1. Die Rolle und Funktionsweise der KESB allgemein

Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) in der Deutschschweiz haben zu Unrecht ein Imageproblem. Sie werden medial, politisch und von der Bevölkerung noch nicht als das wahrgenommen, was sie sind und gesetzlich sein müssen. Zentrale Notfalldienste – vergleichbar mit der Polizei und der Feuerwehr –, welche für den Schutz von schwer gefährdeten Kindern und Erwachsenen zuständig sind. Die noch sehr jungen KESB stehen gesellschaftlich, politisch und medial stark in der Kritik, dabei ist professioneller Kindes- und Erwachsenenschutz unabdingbar und höchstkomplex. Zwar werden sehr wenige Menschen je direkt mit einer KESB zu tun haben. Trotzdem gibt es viele Kinder und Erwachsene, die in desolaten Verhältnissen leben und professionelle Hilfe und Unterstützung benötigen. Dabei geht es nicht um Bagatellen. Auch wenn das von Betroffenen öffentlich immer wieder einmal anders dargestellt werden kann, weil die ausgewogenen Fakten von den KESB aus rechtlichen Gründen öffentlich nicht dargestellt werden dürfen. Fakt ist: Eine KESB greift gegen den Willen von Betroffenen nur ein, wenn Kinder oder Erwachsene schwerwiegend gefährdet sind. Dabei wenden sich überwiegend Betroffene an die Öffentlichkeit, die aus vielerlei Gründen (psychische Probleme, Renitenz, Querulanz etc.) keinerlei Problemeinsicht zeigen. Solche Menschen sind nicht in der Lage, freiwillige Unterstützung für sich, ihre Kinder oder Angehörigen anzunehmen, weshalb sie bei schwerwiegenden Gefährdungen auch viel häufiger mit KESB-Entscheiden gegen ihren Willen konfrontiert werden. Gerade aus diesen Gründen sollten sich Institutionen der öffentlichen Meinungsbildung im Einzelfall eine gewisse Zurückhaltung auferlegen bzw. sollten sie besonders hohe Ansprüche an ihre ausgewogene und umsichtige Recherche stellen. Hier besteht eine Verantwortung gegenüber der Öffent-

lichkeit, weil das Vertrauen in die KESB und den Kindes- und Erwachsenenschutz einen zentralen Erfolgsfaktor für den wirksamen Schutz von schwer gefährdeten Kindern und Erwachsenen darstellt. Bei dieser Gelegenheit ist auch festzustellen, dass es in der Deutschschweiz bisher nicht gelungen ist, diese wichtige Funktion der KESB in der Bevölkerung zu verankern und das erforderliche Vertrauen in die KESB aufzubauen. Das hat auch sehr viel mit der entscheidenden und erfolgsrelevanten Philosophie und der Werthaltung einer KESB zu tun. Bei der KESB Basel-Stadt besteht ein hohes Mass an Dienstleistungs- und Lösungsorientierung aber auch an Pragmatismus. In Basel ist es deshalb und aufgrund der transparenten Kommunikation besser gelungen als andernorts, Vertrauen in die Institution KESB aufzubauen sowie die fachliche Arbeit ins Zentrum ihrer Öffentlichkeitsarbeit zu stellen.

Die sehr anspruchsvolle Aufgabe der KESB als «Sozialkriseninterventionscenter» besteht in Zusammenarbeit mit ihren vielen PartnerInnen darin, Prozesse in Gefährdungssituationen mit dem primären Ziel in Gang zu setzen, gemeinsam mit den betroffenen Kindern und Eltern oder Erwachsenen eine auf Kooperation basierende Lösung zu finden sowie schlimmste Gefährdungen von Kindern und Erwachsenen unverzüglich abzuwenden. Dabei steht immer die freiwillige Hilfe und Unterstützung – die Dienstleistung und nicht die hoheitliche Funktion des Entscheidens – im Vordergrund. Weil es leider nicht anders geht, sind von den KESB trotzdem täglich Entscheide zu treffen, bei denen es sogar um Leben oder Tod gehen kann. Das Ziel eines Kindes- oder Erwachsenenschutzverfahrens – das Ziel der KESB – ist es immer, nicht entscheiden zu müssen, sondern gemäss dem im Zivilgesetzbuch verankerten Subsidiaritätsgrundsatz, welcher von allen KESB sehr ernst genommen wird – eine freiwillige Lösung mit den Betroffenen zu finden. Das klappt auch in den

allermeisten Fällen, was hier einmal vermerkt werden muss. Auch vermerkt werden muss, dass sehr viele Menschen sich freiwillig an die KESB wenden und Hilfe sowie Unterstützung wollen. Zudem werden die KESB von allen Seiten mit Gefährdungsmeldungen überschwemmt. Diese suchen sich ihre Arbeit also nicht selbst, sondern müssen vielmehr Prioritäten nach Risikogesichtspunkten setzen. Dabei geht es in den seltensten Fällen um Denunziantentum, sondern um die berechtigte Sorge um Mitmenschen, die sich nicht als richtig herausstellen muss. Es ist gerade die Aufgabe des behördlichen Verfahrens festzustellen, ob behördlicher Handlungsbedarf besteht. Die allermeisten Menschen sind sehr froh um die Unterstützung durch die KESB. Insgesamt ist das in ca. 90 % der Meldungen der Fall. Das kann durch eine schweizweit sehr gute Beschwerdebilanz untermauert werden. Es werden sehr wenige Beschwerden eingereicht, wovon nur die wenigsten gutgeheissen werden. Der Rechtsschutz ist sehr gut ausgebaut, Alle betroffenen Personen und ihre Angehörigen können sehr niederschwellig an die gerichtliche Beschwerdeinstanz zur Überprüfung eines KESB-Entscheidungen gelangen.

2. Erwartungshaltungen, Kredit und Realität

Bei den schweizweit anlässlich der Umstellung vom Vormundschafts- zum neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht bestanden grossen – unrealistischen – Erwartungshaltungen «jetzt wird sofort alles besser», ist den neu geschaffenen KESB für ihre äusserst anspruchsvolle Arbeit seit Beginn an sehr wenig bis gar kein Kredit entgegengebracht worden: Und das obwohl viele KESB neben der unverzüglichen Übernahme der operativen Verantwortung ohne Vorlaufzeit offensichtlich unter erschwerten Rahmenbedingungen starten mussten, d.h. mit fehlendem Fachpersonal, mit zu wenig Ressourcen, bei gleichzeitigem Aufbau der Organisation, der Prozesse, der

Vernetzung sowie der Zusammenarbeit mit Partnern, bei gleichzeitiger komplexer Öffentlichkeits- und Medienarbeit, bei gleichzeitiger Bewältigung von komplexen Führungs- und Teambildungsaufgaben sowie bei paralleler Entwicklung einer Behördenphilosophie und Werthaltung. Und das, obwohl sie unter erschwerten Rahmenbedingungen in der Übergangphase in der Lage waren, einen qualitativ guten Kindes- und Erwachsenenschutz aufrechtzuerhalten. Es hat sehr viel bereits in der ersten Phase ihrer Tätigkeit besser geklappt als vorher, was das gute Image der KESB bei professionellen Partnern zu beweisen vermag. Es wurde und wird heute unter den KESB rechtzeitig, schneller, richtiger, überhaupt, milder, nachhaltiger, strategischer, systemischer, gesamtheitlicher, weniger pauschal, ressourcenorientierter (Empowerment) und allein zum Wohl von Kindern und Erwachsenen eingegriffen. Es stehen dabei bspw. nicht mehr finanzielle Aspekte im Vordergrund einer Entscheidung. Das stellt insgesamt einen sehr grossen Fortschritt dar. Endlich existiert in der ganzen Schweiz ein professioneller Kindes- und Erwachsenenschutz, der nachvollziehbar noch Zeit braucht um sich zu verbessern und um sich weiterzuentwickeln. Zum Wohl von schwerwiegend gefährdeten Kindern und Erwachsenen, die auf Schutz und Hilfe angewiesen sind, lohnt es sich, den KESB diese Zeit und den dafür erforderlichen Kredit einzuräumen.

Die KESB stehen aber nicht allein da. Sie stellen nur Zahnräder – wenn auch keine unwesentlichen – im ganzen Kindes- und Erwachsenenschutzsystem dar. Der Erfolg im Kindes- und Erwachsenenschutz liegt in der guten Zusammenarbeit aller Akteure. Dafür ist die Gesamtorganisation des Kindes- und Erwachsenenschutzes entscheidend, für welchen sich die Kantone und nicht die einzelnen KESB verantwortlich zeichnen. Nachweisbar erfolgsversprechend ist der Aufbau eines niederschweligen Beratungs- und Unterstützungsangebotes bspw. für Familien,

Pensionäre und IV-Bezüger. Es ist bspw. so, dass in Kantonen oder Gemeinden mit einem stark ausgebauten freiwilligen Kinderschutz – zum Beispiel im Kanton Basel-Stadt (Kinder- und Jugenddienst) oder in der Stadt Bern (Amt für Erwachsenen- und Kinderschutz) – sehr viele KESB-Fälle durch frühzeitig-präventive sowie freiwillige Unterstützung verhindert werden können. Denkbar sind auch freiwillige Lohnverwaltungsstellen, damit für ältere und andere hilfsbedürftige Menschen weniger Beistandschaften errichtet werden müssen. Insbesondere in diesem Bereich besteht auch in Basel noch Potential nach oben. Durch einen professionellen Abklärungs- und Unterstützungsprozess kann zudem die Anzahl KESB-Massnahmen insg. minimiert und die Einflussnahme der subsidiären Zivilgesellschaft in sogenannten einfachen Fällen gewahrt werden. Wichtig ist auch der Einbezug der Zivilgesellschaft in den Erwachsenenschutz, welchem mit dem Aufbau eines privaten Mandatsträgerwesens (inkl. Beratungs- und Unterstützungsstellen) gefördert werden kann. Es spielt dabei keine Rolle, ob es sich bei diesen MandatsträgerInnen um Wunschbeistandspersonen, nahestehende Personen, private Dritte oder Fachpersonen von sozialen Organisationen handelt. Erwachsenenschutz darf nicht alleinige Aufgabe des Staates werden.

3. Die Arbeit der Erwachsenenschutzbehörde Basel-Stadt konkret

Tagtäglich – auch in Form von Pikettmeldungen, die Erwachsenenschutzbehörde Basel-Stadt (ESB Basel) ist auch ausserhalb der Bürozeiten über die Einsatzzentrale der Kantonspolizei Basel Stadt (117) erreichbar – treffen bei der ESB Basel zehn bis fünfzehn Gefährdungsmeldungen bspw. bezüglich älterer (dementer), psychisch bzw. suchtkrank oder körperlich kranker, verwahrloster, finanziell ausgenutzter oder angeschlagener (überschuldeter) Menschen –

hilfs- und/oder schutzbedürftige betroffene Personen genannt – ein, die in der Regel jedoch nicht dringlich sind, d.h. kein unverzügliches Einschreiten erfordern, weshalb zuerst ein Abklärungs- und Hilfs- bzw. Unterstützungsprozess eingeleitet wird. In dringenden Fällen hat die ESB Basel allenfalls superprovisorische Massnahmen zu ergreifen bzw. unverzüglich zu reagieren, indem sie bspw. eine Konto- oder Grundbuchsperrung verfügt, jemandem die Handlungsfähigkeit entzieht sowie unverzüglich eine Vertretungsperson einsetzt, dem Sozialdienst der Polizei die Türöffnung ermöglicht, um für eine sich selbst gefährdende Person die Prüfung einer ärztlichen Fürsorgerrischen Unterbringung (FU) durch die Abteilung Sozialmedizin (gemäss Gesetzssystematik des Kantons Basel-Stadt ist die sog. Amtsärzteschaft [Abteilung Sozialmedizin des Gesundheitsdepartements] in erster Linie zur Erstanordnung von FU und die KESB zur Verlängerung der ärztlichen FU über die gesetzliche Frist von 6 Wochen hinaus sowie für ambulante Massnahmen und Weisungen zuständig) bzw. die Notfallpsychiatrie zu initiieren (vgl. dazu das gemeinsame Merkblatt über die Grundlagen der Zusammenarbeit der professionellen Akteure im Bereich der Fürsorgerrischen Unterbringung [FU] von Erwachsenen und der Unterbringung von Kindern der Abteilung Sozialmedizin und der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Basel-Stadt), oder, wenn die allenfalls sofortige Errichtung einer Erwachsenenbeistandschaft offensichtlich unverhältnismässig erscheint (einfache und liquide Verhältnisse), indem sie die notwendigen Vertretungshandlungen für den Erwachsenen (insb. Vertretung in dringlichen, nicht aufzuschiebenden Geschäften) selbst und direkt vornimmt oder dazu einen Drittauftrag erteilt.

Die ESB Basel agiert zudem als Beschwerdeinstanz gegen von Wohn- und Pflegeeinrichtungen gegenüber urteilsunfähigen Personen angeordnete bewegungsfreiheitseinschränkende Massnahmen sowie gegen

Handlungen und Unterlassungen der Beistandspersonen. Zudem nimmt sie Aufgaben in Zusammenhang mit den neuen Rechtsinstituten des Vorsorgeauftrages (insb. Prüfung und Validierung), der Patientenverfügung, der gesetzlichen Partnervertretung (Ehegatten und eingetragene Partner), der gesetzlichen medizinischen Vertretung sowie in Bezug auf den Aufenthalt urteilsunfähiger Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen wahr. An die in diesen Fällen ebenfalls entscheidbefugte ESB Basel kann immer dann gelangt werden, wenn das Wohl von betroffenen Personen gefährdet ist.

Die ESB Basel stellt eine gerichtsähnliche Entscheidungsbehörde dar. Eine seit dem 1. Juli 2017 vollständig digitalisierte und moderne Verwaltungsbehörde «Plus», die im Sinne eines Gerichts im materiellen Sinn fachlich völlig unabhängig agiert und im Einzelfallbereich nur der Beschwerdeaufsicht des Appellationsgerichts (Verwaltungsgericht und FU-Gericht) untersteht. Im Bereich der FU und der Handlungsfähigkeits-einschränkungen entscheidet sie als sogenannte externe Spruchkammer, bestehend aus einer /einem internen Spruchkammervorsitzenden und zwei externe Fachspruchkammermitgliedern, nach einer mündlichen Verhandlung. Diese Form der Entscheidungsfindung garantiert das grösste Mass an Unabhängigkeit im Bereich der schwerwiegendsten Eingriffe in die Persönlichkeit von betroffenen Personen. Alle anderen Entscheide im Erwachsenenschutz werden von der sogenannten internen Spruchkammer, bestehend aus einer /einem internen Spruchkammervorsitzenden und jeweils zwei internen Spruchkammermitgliedern (Leitungen und stellvertretende Leitungen der drei Abklärungssteams), in der Regel auf dem Zirkulationsweg getroffen, wobei von jedem Spruchkammermitglied in jedem Einzelfall – falls Diskussionsbedarf bzw. keine Einigkeit besteht – immer eine mündliche Beratung verlangt werden kann. Bei der Zusammensetzung der Spruchkammern wird auf eine interdiszi-

plinäre (Recht, Soziale Arbeit, Psychologie, Pädagogik, Psychiatrie, Kunst-, Wirtschafts- Kapitalanlage-, Revisions- und Treuhandkompetenz sowie Medizin und Pflege), und geschlechterausgewogene Zusammensetzung geachtet. Es müssen immer mindestens zwei für die jeweilige Fragestellung relevante Disziplinen und mindestens eine Frau und ein Mann in der externen oder internen Spruchkammer vorhanden sein. Die Abklärungen werden im Erwachsenenschutz von der ESB grundsätzlich selbst durchgeführt. Im Bereich der Sucht beauftragt die ESB Basel die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements mit der Abklärung. Diese stellt der ESB Basel in ihren an diese einzureichenden Berichten Anträge zu Errichtung von Erwachsenenschutzmassnahmen.

Die ESB Basel sieht sich als Sozial-Krisen-Interventions-Management-Service-Center. Sie wird in Erwachsene betreffenden, ernsthaften sozialen Krisen aktiv, wenn diese nicht anders bereinigt werden können (Subsidiarität). Ihr wird hoheitliche Gewalt zur Krisenbewältigung zugestanden, welche aber nur dann zum Tragen kommen soll, wenn den betroffenen Personen, insb. anlässlich der Abklärung durch die internen Abklärungsdienste (zuständig dafür sind die ESB-Abklärungssteams 2 und 3, welchen als Doppelfunktion nicht nur die Aufgabe der Abklärung, Berichterstattung und Antragsstellung an die KESB, sondern auch die Aufgaben der Unterstützung, Hilfeleistung und Vernetzung zukommen, damit behördliche Massnahmen effektiv verhindert werden können), nicht anderweitig geholfen werden kann (bspw. durch eine Vertretung auf Vollmachtenbasis, die Vernetzung mit freiwilligen Fach- und Beratungsstellen oder Unterstützungsdiensten wie Pro Senectute oder Pro Infirmis – allenfalls kann eine ausreichende Hilfestellung auch durch die für den freiwilligen Erwachsenenschutz zuständige Sozialhilfe gewährleistet werden). Als Managementverwaltungsorganisation – aufgrund der knappen Ressourcen nicht

selten im Sinne eines Risiko- und Prioritätenmanagements – hat die ESB Basel das sog. Tagesgeschäft (insb. die periodische Berichts- und Rechnungsprüfung aber auch die Übertragungen und Übernahmen sowie Mandatsträgerwechsel und zustimmungsbedürftige Geschäfte) fristgerecht abzuwickeln. Die ESB Basel trifft in einer Woche durchschnittlich insg. ca. 150 Entscheide. In erster Linie sieht sich die ESB Basel aber als Dienstleistungsorganisation im Dienste der betroffenen Personen (nahe an den betroffenen Personen, lösungsorientiert, pragmatisch, niederschwellig anrufbar, auf Überzeugung und Einbezug der betroffenen Personen ausgerichtet), welche als Drehscheibe im Bereich sozialer Krisen funktioniert und die Vernetzung bzw. die professionelle Zusammenarbeit der relevanten Akteure im Kinderschutz (insb. durch institutionalisierte Zusammenarbeit) sicherstellt.

Gelingen freiwillig-subsidäre Lösungen nicht, hat die ESB Basel die Kompetenz Erwachsenenschutzmassnahmen – bei bestehenden schwerwiegenden Gefährdungen auch gegen den Willen der betroffenen Personen – anzuordnen. Zu nennen sind dabei insbesondere massgeschneiderte Beistandschaften, ambulante Massnahmen und FU-«Verlängerungen» über die amtsärztlichen 6 Wochen hinaus. Die ESB Basel ist dabei an strenge Verfahrensprinzipien i. w. S. (Selbstbestimmung, Eingriffsschwelle Subsidiarität, Vorrang der Familie, rechtliches Gehör im Sinne einer persönlichen Anhörung, Verhältnismässigkeit, Transparenz etc.) gebunden und wird von diesen im Sinne ihrer Haupttätigkeit der Verfahrenssteuerung bzw. Verfahrensinstruktion auch geleitet (Offizial- und Untersuchungsmaxime, Mitwirkungs- und Zusammenarbeitspflichten, Professionalität, Interdisziplinarität, Fachlichkeit, Unabhängigkeit, unentgeltliche Prozessführung, Verfahrensvertretung, Rechtsmittelbelehrung und Beschwerdemöglichkeit ans Appellationsgericht etc.). ■

	Begleit-beistandschaft	Vertretungs-beistandschaft	Mitwirkungs-beistandschaft	Umfassende Beistandschaft
Aufgabenbereich(e)	Bedarfsorientierte Umschreibung	Bedarfsorientierte Umschreibung	Bedarfsorientierte Umschreibung	umfassend
Handlungsfähigkeit verbeiständete Person	Keine Einschränkung	Punktuelle Einschränkung möglich	Eingeschränkt bezüglich Aufgabenbereiche	Entfällt von Gesetzes wegen
Vertretungsmacht Beistandsperson	Keine Vertretung (nur aufgabenbez.) Begleitung	Aufgabenbezogene Vertretung	Aufgabenbezogene Mitwirkung	Umfassende Alleinvertretung

Abbildung 1 Beistandschaften nach Mass



Abbildung 2 Mögliche Aufgabenbereiche

4. Übersicht über den Ablauf

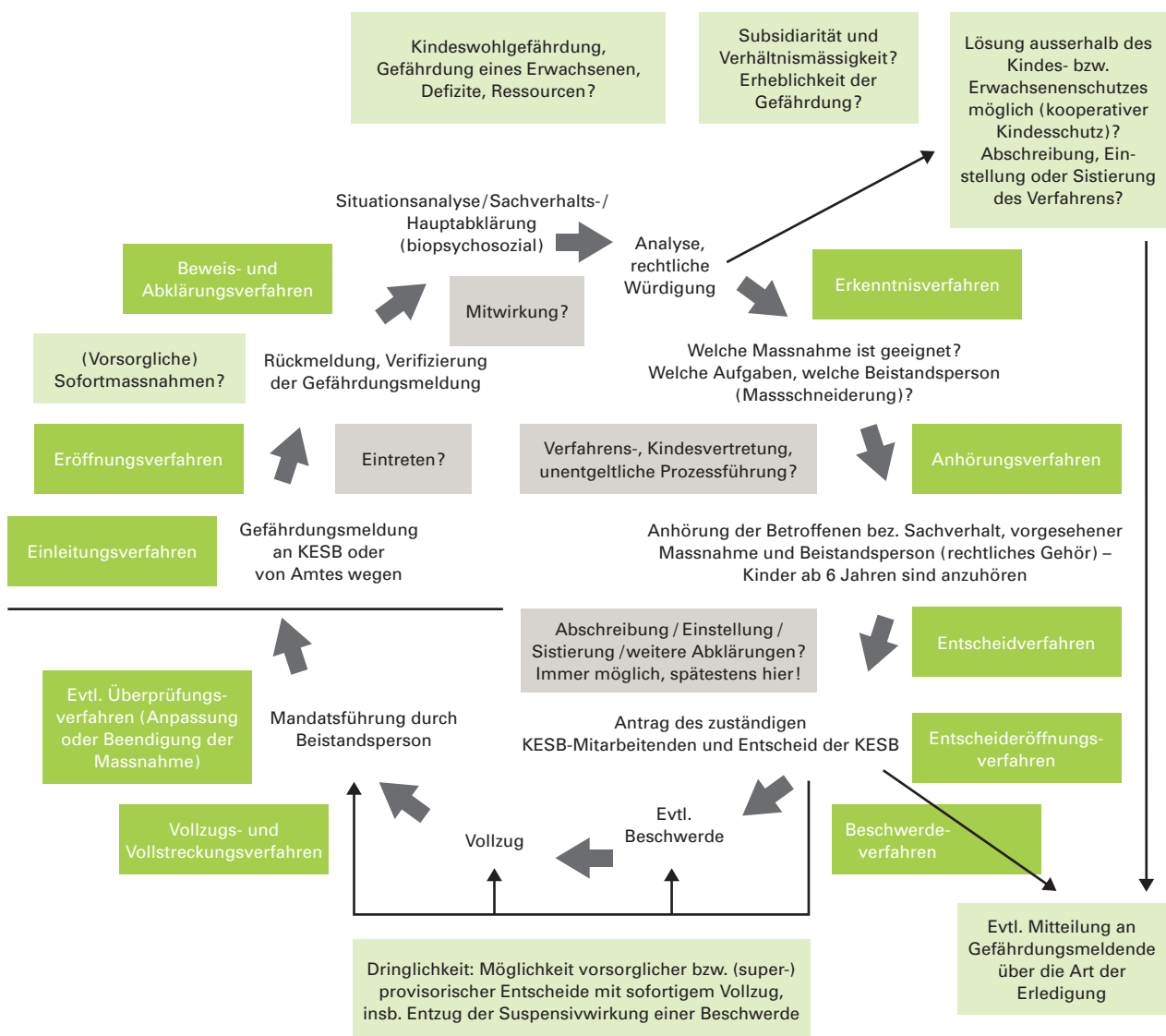


Abbildung 3 Übersicht über den Ablauf

Kontaktadressen im Kanton Basel-Stadt

Medizinische Dienste Basel-Stadt

Sozialmedizin / Wohnungswesen

Gerbergasse 13

4001 Basel

Beratung

Telefon: 061 267 95 42

Mail: ursula.lafos@bs.ch

Home: www.gesundheit.bs.ch

Ambulanter Dienst Alterspsychiatrie

Sekretariat des Zentrums für Alterspsychiatrie

Wilhelm Klein-Strasse 27

4002 Basel

Telefon: 061 325 50 83

Fax: 061 325 55 85

Home: www.upkbs.ch

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Basel Stadt

Rheinsprung 16/18

Postfach 1532

4001 Basel

Telefon: 061 267 80 92

Fax: 061 267 45 87

Mail: kesb@bs.ch

Öffnungszeiten:

08.30 – 11.30 / 14.00 – 17.00 Uhr

Sozialdienst der Kantonspolizei Basel-Stadt

Clarahofweg 27

Postfach

4001 Basel

Telefon: 061 267 70 38

Mail: kapo.sozialdienst@jsd.bs.ch

KESB-Pikettdienst in Notfällen ausserhalb der Telefonzeiten

Kinder- und Jugendhilfe: Bitte kontaktieren Sie zuerst den Kinder- und Jugenddienst (Telefon 061 267 45 55). Der KESB-Pikett ist im Kindes- und Jugenddienst nachgelagert über den Kindes- und Jugenddienst erreichbar. Nur in Ausnahmefällen wird der KESB-Pikett direkt über die Alarmzentrale der Kantonspolizei Basel-Stadt (Telefon 117 bzw. 112) tätig.

Erwachsene: Der KESB-Pikett ist über die Alarmzentrale der Kantonspolizei Basel-Stadt (Telefon 117 bzw. 112) erreichbar. ■

