

**HAN  
NOV  
ER** 

# VERWAHRLOSUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD ÄLTERER MENSCHEN

Eine Vorstudie

**LANDESHAUPTSTADT  
HANNOVER**

  
**Region Hannover**

# GRUSSWORT

## Liebe Leserin, lieber Leser,

Alter(n) ist facettenreich, es kann sozial erfüllend und von einem reichen Erfahrungsschatz geprägt sein. Mit der hier vorgelegten Vorstudie, die auf einer in 2018 durchgeführten Fallanalyse in der Mobilen Einzelfallhilfe als Krisenintervention im Kommunalen Seniorenservice Hannover fußt, werden Lebenssituationen von Seniorinnen und Senioren in Hannover vor Augen geführt, die durch Einsamkeit, Multimorbidität und prekäre Wohn- und Einkommensverhältnisse gekennzeichnet sind. Auch so kann Alter(n) sein.



Dass alte Menschen in der Stadt an Körper und/oder Seele krank, inmitten von Müll, oft ohne benutzbare Küche und sanitäre Einrichtungen klaglos und unbemerkt leben können, mag für manchen überraschend sein. Für Akteurinnen und Akteure im sozialen Feld sind solche Ereignisse von Verwahrlosung jedoch längst keine Singulären mehr. Der Umgang damit erweist sich aus mehreren Gründen als schwierig. Um Zugang zu Klientinnen und Klienten zu bekommen, sind oft mehrere Anläufe nötig, da Scham oder eine andere Sicht auf die Realität den Kontakt häufig verhindern. Hilfe – auch finanzieller Natur – wird nicht unbedingt angenommen und professionelle Pflege bei alten und kranken Menschen wird durch desolate hygienische Bedingungen häufig unmöglich. Der externe Druck auf Mitarbeitende in der sozialen Arbeit, in Fällen von Verwahrlosung zu handeln („endlich etwas gegen den Missstand“ zu tun), ist enorm hoch. Laien oder in der Sache Unerfahrene verkennen dabei jedoch oft die Tatsache, dass massive Eingriffe in Selbstbestimmungsrechte einem engen gesetzlichen Rahmen folgen müssen.

Ermutigt von einer Studie des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Dortmund zu Wohnungsverwahrlosung hat sich das Kooperationsnetzwerk für ein selbstbestimmtes Leben in Dissozialität (KONSD) vorgenommen, Verwahrlosungssituationen von älteren Menschen in den Fokus zu nehmen und genauer zu analysieren. Gleichzeitig mit den Ergebnissen dieser Vorstudie werden Stellungnahmen von Expertinnen und Experten vorgelegt, die aus der jeweiligen Perspektive (z.B. Pflege, Suchtberatung, Wohnungswirtschaft) darstellen, was dabei helfen könnte, ältere Menschen, die in diesen prekären Situationen leben, zu unterstützen. Beispielfälle aus der Praxis beschließen die Vorstudie.

Der Dank für Erstellung und Gestaltung dieser Vorstudie geht dabei allen voran an das gemeinsam von Region Hannover und Stadt Hannover ins Leben gerufene Netzwerk KONSD, das die Idee für die Untersuchung entwickelte, und den Mitarbeitenden der Mobilen Einzelfallhilfe als Krisenintervention der Stadt Hannover, die zusätzlich zu ihrer Arbeit Ressourcen in die Auswahl, Analyse und Diskussion der Fälle investierten. Weiterer Dank gilt den Expertinnen und Experten, die sich mit ihrem Know-how zur Verfügung gestellt haben und schließlich den Studierenden der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Siegfried Foit und Benjamin Schulz, ohne die die Erhebung und Auszählung der Auswertungssitems nicht möglich gewesen wären.

Möge die Energie, die in die Analyse und Auswertung von 40 Lebensschicksalen geflossen ist, für Sensibilisierung hinsichtlich der Verletzlichkeit im Alter sorgen sowie eine Diskussion eröffnen, die geeignet ist, präventive bzw. notwendende Maßnahmen in Gang zu setzen, damit Menschen in unserer gesamten Region in Würde alt werden können.

Konstanze Beckedorf  
Sozial -und Sportdezernentin  
Landeshauptstadt Hannover

Dr. Andrea Hanke  
Dezernentin für Soziale Infrastruktur  
Region Hannover

### Text und Redaktion

Landeshauptstadt Hannover  
Fachbereich Senioren · Kommunalen Seniorenservice  
Sachgebiet Projektkoordination und begleitende Dienste/ Einzelfallhilfe als Krisenintervention  
Kontakt: 57.23@Hannover-Stadt.de

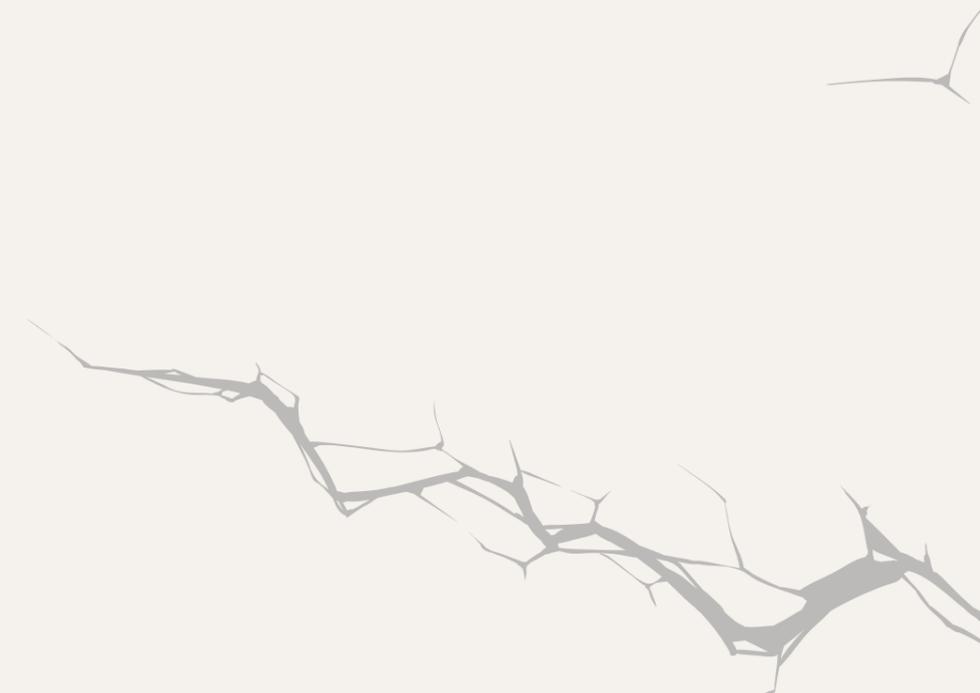
Region Hannover · Fachbereich Soziales  
Team Hilfe zur Pflege · Beratung und Planung  
Kontakt: konsd@region-hannover.de

### Hinweis zur geschlechtergerechten Sprache:

» Die Studie bezieht sich in ihrer Untersuchung auf Menschen, die sich eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuordnen. Deshalb wird sprachlich die Paarform verwendet. «

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Grußwort</b> .....	1
<b>1. Einleitung</b> .....	4
<b>2. Untersuchungsdesign</b> .....	6
<b>3. Kriterien von Verwahrlosung</b> .....	7
<b>4. Hypothesen</b> .....	8
4.1. These 1a .....	8
4.2. These 1 b .....	8
4.3. These 2.....	10
<b>5. Ergebnisse der Auswertung mit Tabellen und Diagrammen</b> .....	11
5.1. Geschlecht, Alter, Familienstand und Verteilung nach Stadtbezirken.....	11
5.2. Wohnsituationen .....	12
5.3. Gesundheitszustände.....	13
5.4. Einkommensverhältnisse.....	15
5.5. Interventionen.....	15
5.6. Status nach Ablauf des Zeitkorridors .....	16
<b>6. Schlussfolgerungen</b> .....	18
<b>7. Expertinnen und Experten kommen zu Wort – Statements Mitwirkender im KONSD</b> .....	21
7.1. Inhalte in der Übersicht.....	22
7.2. Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte .....	24
7.3. Die Statements.....	24
7.3.1. Gleichstellungsbeauftragte in Stadt und Region Hannover .....	24
7.3.2. MobEH der Landeshauptstadt Hannover .....	25
7.3.3. Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover.....	26
7.3.4. Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover.....	27
7.3.5. Team Hilfe zur Pflege – Beratung und Planung der Region Hannover – hier: Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN) .....	27
7.3.6. Kommunale Soziale Dienste der Städte Hemmingen, Pattensen und Lehrte .....	28
7.3.7. FAM/Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit Hannover – Sucht im Alter .....	29
7.3.8. Ambulante somatische Pflege.....	29
7.3.9. Ambulante psychiatrische Pflege .....	30
7.3.10. Seniorenbeirat Stadt und Region Hannover .....	30
7.3.11. Wohnungswirtschaft.....	31
7.3.12. Team Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) der Region Hannover in Zusammenarbeit mit Werkheim e.V. und der Johann Jobst Wagenerischen Stiftung .....	32
<b>8. Interviewergebnis mit einem Betroffenen</b> .....	34
<b>Anhang</b> .....	35
Fallbeispiele aus der alltäglichen Praxis der Sozialen Arbeit.....	36
Vermutete alkoholinduzierte Psychose als Ursache für Haushaltsdesorganisation .....	36
Vermutete Alkoholerkrankung .....	36
Vermutete Depression (sowie Demenz) als Ursache von Verwahrlosung .....	37
Vermutete Messieproblematik .....	38
Vermutlich keine psychische (psychiatrische) Erkrankung .....	38
Einrichtungen, die Statements abgegeben haben.....	41



# 01 EINLEITUNG

Verwahrlosung im häuslichen Umfeld bei Seniorinnen und Senioren ist ein Thema, das immer häufiger wahrgenommen wird. In vielen Großstädten wurden dazu in der jüngsten Vergangenheit große Tagungen organisiert. Auch in Hannover haben solche Veranstaltungen stattgefunden, so zum Beispiel in 2014 unter dem Titel „Wenn der Alltag über den Kopf wächst – zwischen Selbstbestimmung und Dissozialität“ und in 2016 unter der Überschrift „Handlungsmöglichkeiten und –grenzen bei Verwahrlosung im häuslichen Umfeld“. Bei beiden Veranstaltungen machten sich mehr als 200 Teilnehmende auf den Weg, um nach Impulsvorträgen in nachgehenden Workshops über die in Rede stehende Problematik zu diskutieren.

Region und Stadt Hannover gingen allerdings noch weiter und gründeten schon nach Ende der ersten Veranstaltung ein Netzwerk, das sich seitdem mit Verwahrlosung befasst. Das „Kooperationsnetzwerk für ein selbstbestimmtes Leben in Dissozialität“, kurz KONSD, versteht sich als Austauschplattform, aber auch als Gremium, das praxisrelevante Projekte auf den Weg bringt und dafür sorgen möchte, dass die Problematik mehr in die Öffentlichkeit rückt. Im KONSD agieren folgende unterschiedliche Partnerinnen und Partner: Region Hannover mit entsprechenden Teams (z. B. Team Betreuungsangelegenheiten, Sozialpsychiatrischer Dienst), Landeshauptstadt Hannover mit entsprechenden Teams (z. B. Mobile Einzelfallhilfe als Krisenintervention), Sozialarbeit der Städte und Gemeinden der Region Hannover, Polizei, Seniorenbeiräte, Ambulante Pflegedienste, Wohnungswirtschaft, Betreuungsvereine. Alle Beteiligten kennen das Phänomen und haben in mehr oder weniger ausgeprägter Weise damit zu tun.

Um dem Anliegen gerecht zu werden, das Thema mehr in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, wurde es in allen 13 stadtbezirklichen Netzwerken der Seniorenarbeit Hannovers und in weiteren Kreisen diskutiert (z. B. einem Qualitätszirkel Geriatrie eines großen diakonischen Trägers, bei den Johannitern und Delegierten

des Seniorenbeirats, im Rahmen einer Ringvorlesung der Hochschule Hannover). Dort wurde deutlich, dass auch den Akteuren und Akteurinnen der Netzwerke und anderer Gremien das Phänomen bekannt ist und damit oft zusammenhängend auch die Hilflosigkeit im Umgang mit den Menschen, die von Verwahrlosung bedroht bzw. betroffen sind.

Als hilfreich erweist sich auch die Einigung der Partnerinnen und Partner im Netzwerk untereinander auf Kriterien von Verwahrlosung. Insgesamt wurden 6 Hauptkriterien herausgearbeitet (siehe S. 7 ff), wobei eine Verwahrlosung dann vermutet wird, wenn eine Lebenssituation 2 der Hauptkriterien erfüllt. In solchen Fällen ist dann eine hohe Aufmerksamkeit des beruflichen Hilfesystems geboten, da Eigengefährdung (aber auch Fremdgefährdung) drohen kann.

Zur Unterstützung der Praxis gestaltete KONSD die Broschüre „Handlungsmöglichkeiten und –grenzen bei Verwahrlosung im häuslichen Umfeld“, um Handlungssicherheit zu geben, und Dienste und Einrichtungen mit ihren Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu beschreiben.

Nicht gelungen ist zunächst der Versuch, mit vereinten Kräften gesichertes statistisches Datenmaterial zu generieren. Das, was von den einzelnen Akteursgruppen im Netzwerk KONSD statistisch erhoben wird, ist zu unterschiedlich. Für viele finden die Stichworte „Verwahrlosung“, „desolates häusliches Umfeld“ o.ä. keinen Eingang in die Erhebungen; z. B. bei der Polizeistatistik, die Bewegungen im Bereich Kriminalität abbildet, oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst, welcher auf psychiatrische Erkrankungen und in Gang gesetzte Maßnahmen fokussiert.

Die im Zusammenwirken mit KONSD durchgeführte Vorstudie soll ausschließlich Wohnungsverwahrlosung bei Seniorinnen und Senioren in den Blick nehmen. Sie rekurriert stark auf die Dortmunder Studie des Sozial-

psychiatrischen Dienstes, die im Zeitraum von 2008 bis 2012 186 Fälle von Wohnungsverwahrlosung untersuchte. Eine altersspezifische Betrachtung war nicht Gegenstand der dortigen Analyse.

Mit der nun folgenden explorativen Vorstudie, die im Grunde nur möglich wurde, weil von der Hochschule Hannover, Fakultät V (Diakonie, Gesundheit und Soziales), über Frau Professor Begemann zwei Studierende, im Rahmen eines Projektsemesters eingebunden wurden, ist zweierlei beabsichtigt. Zum einen sollte überprüft werden, ob sich Unterschiede zeigen, wenn man die Zielgruppe 60+ isoliert betrachtet. Zum anderen wird explizit sozialarbeiterisches Handeln durchleuchtet und damit ein Bereich, der seit einiger Zeit immer stärker unter dem Blickwinkel von Vokabeln wie „Effizienz“, „Qualität“ und „Wirkung“ betrachtet wird.

# 02

## UNTERSUCHUNGSDESIGN

Die analysierten Einzelfälle entstammen dem Arbeitsbereich der Mobilen Einzelfallhilfe (MobEH) als Krisenintervention, die dem Kommunalen SeniorenService (KSH) im Fachbereich Senioren der Landeshauptstadt Hannover zugeordnet ist. Die MobEH ist zuständig für die Bewältigung von Krisen und schwierigen Lebenssituationen älterer Menschen. Im KSH sind damit die Bürgerinnen und Bürger angesprochen, die 60 Jahre oder älter sind. Unter Krisen sollen Lebensumstände und Ereignisse verstanden werden, bei denen die Problemlösekompetenzen und Ressourcen der Klientinnen und Klienten zur Bewältigung nicht ausreichen. Nicht selten belasten sie die älteren Menschen stark.

Solche Lebensumstände können beispielsweise der Verlust von Ehepartnerinnen oder Ehepartnern bzw. langjähriger anderen Bezugspersonen sein, der Eintritt in den Ruhestand, Langzeitarbeitslosigkeit, der Eintritt einer (seelischen) Erkrankung wie beispielsweise einer Demenz oder Depression, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Alkoholabusus oder dem Ausgesetztsein von Gewalt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen.

Ferner unterstützt die MobEH andere behördliche Gliederungen der Landeshauptstadt Hannover (LHH) wie z. B. den Fachbereich Soziales dabei, bestehende Ansprüche von Klientinnen und Klienten zu realisieren. In der MobEH sind 8 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Vollzeit tätig.

Insgesamt bearbeiteten die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Untersuchungszeitraum 1104 Einzelfälle (Neuzugänge). Hinzuzurechnen sind die sich noch in laufender Bearbeitung befindlichen Fälle. Erhoben wurden Daten zur Person (Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit), zur Wohnsituation und zu Kontakten, zu den Einkommensverhältnissen, zur Ge-

<sup>1</sup> Der Grund, warum ein solches Zeitfenster gewählt wurde, liegt darin, dass immer zu Jahresanfang alle Vorgänge gezogen werden, um zu entscheiden, ob sie noch aufbewahrt und weiter geführt werden oder zu vernichten sind. Hätten wir uns für das Zeitfenster 01.01. bis 31.12.2016 entschieden, wären möglicherweise schon Vorgänge der Vernichtung zugeführt worden.

sundheitssituation, zu den sozialarbeiterischen Interventionen und deren Zeitaufwand, zum Hilfeannahmeverhalten und dem letzten Status.

Die Dokumentation in der MobEH erfolgt digital in einer schlichten Word-Tabelle, die Angaben zu Gesprächsdatum und Gesprächspartner/-partnerin, Art (Hausbesuch, Telefonat, Schriftverkehr) Inhalt, Ergebnis und Dauer des Kontakts enthält. Zusätzlich wird je Klientin bzw. Klient ein Vorgang geführt der Falleingangsbogen, Schriftstücke und andere Unterlagen enthält. Der Analyse liegen die digitale Dokumentation sowie das Studium des Vorgangs zugrunde.

Der eigentlichen Analyse der Fälle war eine Vorphase vorangestellt. In dieser Phase wurden 10 Fälle ausgewählt, anhand derer die Studierenden der Hochschule die Auswertungstabelle erstellten. Diese wurde wiederum in der KONSD-Sitzung am 10.04.2018 vorgestellt, diskutiert und entsprechend der plenaren Anregungen modifiziert.

Die Einzelfälle wurden im Zeitkorridor vom 01.07.2016 bis 31.06.2017 bearbeitet<sup>1</sup>. Ausgewählt wurden nur Verwahrlosungsfälle, also solche, die 2 der 6 Hauptkriterien der Verwahrlosung eindeutig erfüllen.

# 03

## KRITERIEN VON VERWAHRLOSUNG

Jede Profession definiert Verwahrlosung vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Fachlichkeit anders. Darum haben sich die Akteursgruppen des interdisziplinär besetzten Kooperationsnetzwerkes auf einheitliche Kriterien verständigt. Diese wurden in mehreren Netzwerk-Sitzungen entwickelt und mit Beispielen aus der Berufspraxis hinterlegt. Treffen von diesen Kriterien (Rotschrift) zwei auf einen Einzelfall zu, so liegt nach Einschätzung des KONSD aller Wahrscheinlichkeit nach Verwahrlosung vor.

### Große Mengen Müll/Unrat

- Alte Zeitungen
- Massenbestellungen
- Unmengen von Verpackungsmaterial
- Säckeweise Zigarettenstummel
- Zahlreiche Flaschen und/oder Dosen
- Trockener/Nasser Müll
- Keine Trennung zwischen rein/unrein

### Unbrauchbare Lebensmittel

- Verdorbene, verschimmelte oder gärende Lebensmittel und die daraus resultierenden Folgen (Fruchtfliegen/Fleischmaden oder andere Arten von Ungeziefer)

### Exkremte und deren eindeutige Spuren in den bewohnten Räumen

- Menschliche und tierische Exkremte
- Nicht artgerechte/unkontrollierte Tierhaltung
- Geruchsbelästigung

### Stark eingeschränkte Funktionsräume

- Vermüllung von Küche/Toilette/Schlafzimmer, sodass diese unbenutzbar sind
- Keine Möbel (sichtbar)
- Bett nicht oder nur zum Teil benutzbar
- Dauerhaft fehlendes Wasser, Kühlschrank und/oder Herd völlig verschmutzt und nicht nutzbar

### Fehlende Körperhygiene und mangelnde Gesundheitsvorsorge

- Vernachlässigung der Bekleidung
- Ungepflegter Zustand der Haare, der Nägel, der Haut
- Extremer menschlicher Geruch
- Vernachlässigung der Gesundheit (z. B. offene, nicht versorgte Wunden)

### Ungeziefer jeglicher Art

(Ratten, Mäuse, Kakerlaken, Fliegen, Maden)

# 04 HYPOTHESEN

Die Hypothesen, die die Analyse leiteten, wurden gemeinsam im Netzwerk erarbeitet und mit der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover diskutiert und abgestimmt. Sie lauten wie folgt:

## 4.1 These 1 a

Für die Zielgruppe der Studie – Menschen 60 Jahre und älter – sind neben den in der Dortmunder Studie<sup>2</sup> ausgemachten Ursachen weitere Faktoren für die Ausprägung einer Verwahrlosung maßgeblich.

### Begründung:

Bei der durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund vorgenommenen Studie, die in der Retrospektive 186 Fälle von Wohnungsverwahrlosung bei Klientinnen und Klienten aller Altersgruppen untersuchte, spielten in mehr als 40 % aller Fälle Suchtmittel (vorwiegend Alkohol) eine Rolle, danach Psychosen (17 %), Depressionen (14 %) und schließlich pathologisches Horten (sog. Messie-Syndrom; 12 %). Auch bei den übrigen 17 % waren psychiatrische Erkrankungen (Hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung), die sich den Diagnosegruppen der International Classification of Diseases (ICD) zuordnen ließen, die Ursache von Verwahrlosung (2014: S. 4 ff.).

Die Praxis verweist allerdings darauf, dass dies bei der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren partiell anders sein könnte. So wurden von den Akteursgruppen des Kooperationsnetzwerkes für ein selbstbestimmtes Leben in Dissozialität (KONSD) auch andere treibende Faktoren angeführt. So könnten beispielsweise schlichte Überforderungssituationen, die durch Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit entstehen können, dazu führen, dass das Versorgen der Alltagsdinge nicht mehr ausreichend gelingt.

Ist der/die Betroffene nicht eingebunden in die Sorge durch Verwandte, Freundeskreis, Nachbarinnen und Nachbarn oder andere Unterstützerinnen und Unterstützer, kann es ggf. zur Entgleisung bei der Organisation des Haushalts kommen. Bei Verlusterfahrungen im Alter (Versterben langjähriger Ehepartnerinnen/-partner, Lebensgefährtinnen/-gefährten) kann vielleicht auch maßgebliche Ursache für eine Verwahrlosung die geschlechtsspezifische Sozialisation sein. Die Anpassungsleistungen des/der Betroffenen an die neue Situation ohne Partner oder Partnerin reichen möglicherweise für die Regelung der Alltagsdinge nicht mehr aus.

Weitere Vermutungen sollen nur als Stichworte genannt werden: Scham, fehlende Anerkennung, fehlende Aufgaben, Vereinsamung bzw. Isolation. Ähnlich fällt der Verwahrlosungsreport des Landkreises Holzminen für die 40 untersuchten Fälle und alle Altersgruppen aus. Auch dort ist an erster Stelle als Ursache von Vermüllung/Verwahrlosung der Suchtmittelmissbrauch (besonders Alkohol; 40 %) genannt. 25 % der Betroffenen fallen unter die Kategorie „psychosoziale Desintegration“. Ob darunter auch die pathologischen Horterinnen und Horter subsummiert wurden, ist nicht erkennbar. Seinerzeit war pathologisches Horten auch noch nicht in der ICD als psychiatrisches Krankheitsbild aufgenommen und klassifiziert worden. Psychosen und Depressionen spielen kaum eine Rolle. Das Vorliegen einer Demenz wird in 10 % der Fälle als Ursache der Verwahrlosung angenommen. Sonstige Erkrankungen liegen in 17,5 % der Fälle vor.

## 4.2 These 1 b

In der Dortmunder Studie wurde grundsätzlich bei Verwahrlosung das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung konstatiert. Bei der Zielgruppe der Seniorinnen

und Senioren ist davon auszugehen, dass – wenn wir es mit einer psychiatrischen Erkrankung zu tun haben – eher das Vorliegen einer Depression oder einer Demenz als der missbräuchliche Umgang mit Suchtmitteln (bes. Alkohol) die bestimmenden Ursachen von Verwahrlosung darstellen.

### Begründung:

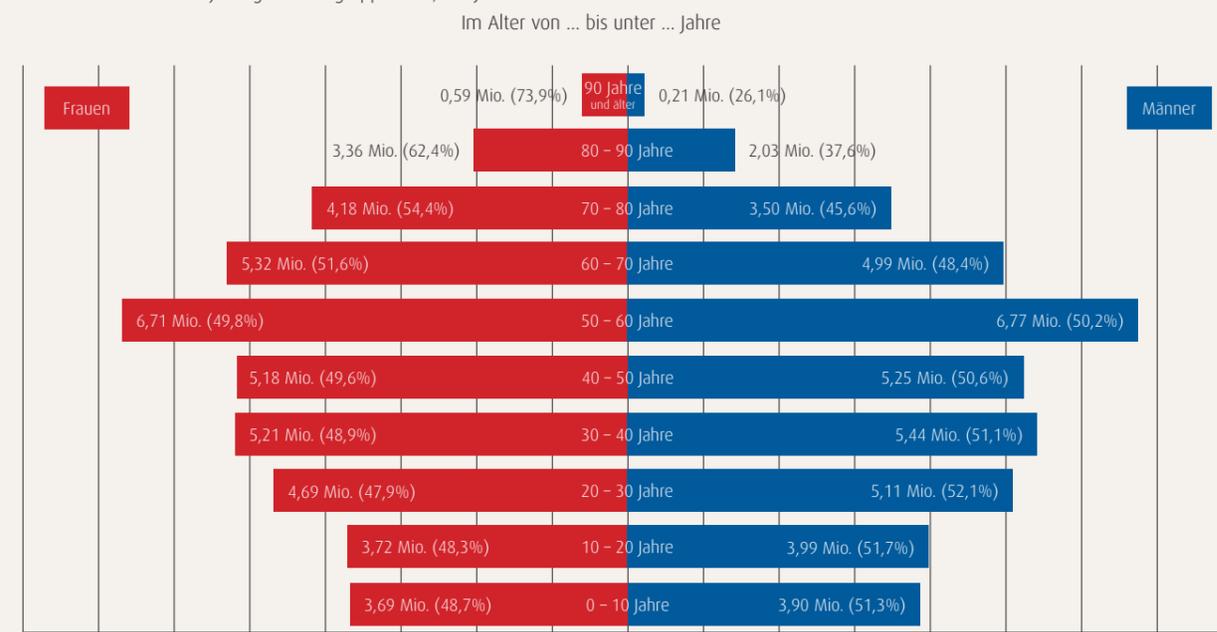
In Sachen Psychotherapie älterer Menschen herrscht Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Versor-

gung. Altersbilder der Professionellen (und sicher bisweilen auch die älteren Menschen selbst) stehen einer guten Behandlung entgegen.

Man geht davon aus, dass 10 % aller über 65-Jährigen an einer Depression leiden<sup>3</sup>, im stationären Bereich sind es sogar 40 % und mehr<sup>4</sup>. Wenngleich Depressionen gut zu therapieren sind, steht zu fragen, ob die Depressionen als solche erkannt und behandelt und nicht auf natürliche Altersprozesse geschoben werden.

## Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2018

In Mio. und Anteil an der jeweiligen Altersgruppe in %; am Jahresende



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019): Genesis-Datenportal, eigene Berechnung

<sup>3</sup> Siehe dazu die Studie von M.A. Busch, U.E. Maske, L. Ryl, R. Schlack und U. Hapke: „Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“. In: Bundesgesundheitsblatt 2013, Bd. 56: S. 733–739 Berlin Heidelberg 2013. Nach dieser Studie von 7988 Personen ist die Lebenszeitprävalenz, also die Häufigkeit von Depressionen in der bisher verstrichenen Lebenszeit, in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen am höchsten. Mit zunehmendem sozioökonomischen Status verringert sich die Prävalenz. Besonders hoch sind Depressionen bei Frauen (etwa doppelt so hoch ausgeprägt als bei Männern).

<sup>4</sup> Für den stationären Bereich wird auf die Studie von R. Cramer-Ebner, C. Dorn, A. Feilcke und I. Hach "Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim" verwiesen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie August 2017, Bd. 50, Ausgabe 6: S. 538–546. Die Studie wurde bei 259 Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durchgeführt und erbrachte bei 44,6 % der Befragten Hinweise auf eine depressive Symptomatik.

<sup>2</sup> Stadt Dortmund (Hrsg.), Wenn Wohnungen unbewohnbar werden – Vermüllung, Wohnungsverwahrlosung und pathologisches Horten. Dortmund 2014

# D5

## ERGEBNISSE der Auswertung mit Tabellen und Diagrammen

Hinzu kommt auch, dass Psychotherapie kaum zugehend erfolgt. Wenn also Mobilitätseinschränkungen durch Pflegebedürftigkeit zu einer depressiven Symptomatik hinzutreten, fallen diese Klientinnen und Klienten durch die Maschen des Gesundheitsnetzes.

Mit der demografischen Entwicklung wird sich der Anteil der älteren Menschen in Stadt und Region Hannover erhöhen und damit auch die Anzahl der Seniorinnen und Senioren, die Unterstützung im Alltag benötigen. Wenngleich die Landeshauptstadt Hannover nicht die Überalterung anderer Regionen Niedersachsens zu befürchten hat, werden in der Altersgruppe der Hochaltrigen (85+) die stärksten Zuwächse erwartet. In 2020 werden 14.600 und nur fünf Jahre später 19.300 Hochaltrige in Hannover (Stadt) leben. Gerade in dieser Altersgruppe liegt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, besonders hoch. Das Gleiche gilt für die Krankheitshäufigkeit einer Demenz, von der sich gesichert annehmen lässt, dass jede/r Dritte eine solche ausbildet.

### 4.3 These 2

Verwahrlosung im Alter ist weiblich.

#### Begründung:

Unter den Klientinnen und Klienten der Dortmunder Studie waren im dortigen Untersuchungszeitraum 28 % weiblich, bei der Holzmindener Untersuchung 40 %.

Betrachtet man die bundesdeutsche Bevölkerungszusammensetzung nach Geschlecht, fällt auf, dass die Frauen in allen Altersgruppen nach Erreichen des 60. Lebensjahres in der Mehrzahl sind. Ganz besonders deutlich fallen die Unterschiede in der Hochaltrigen-Gruppe auf (siehe Diagramm auf Seite 9).

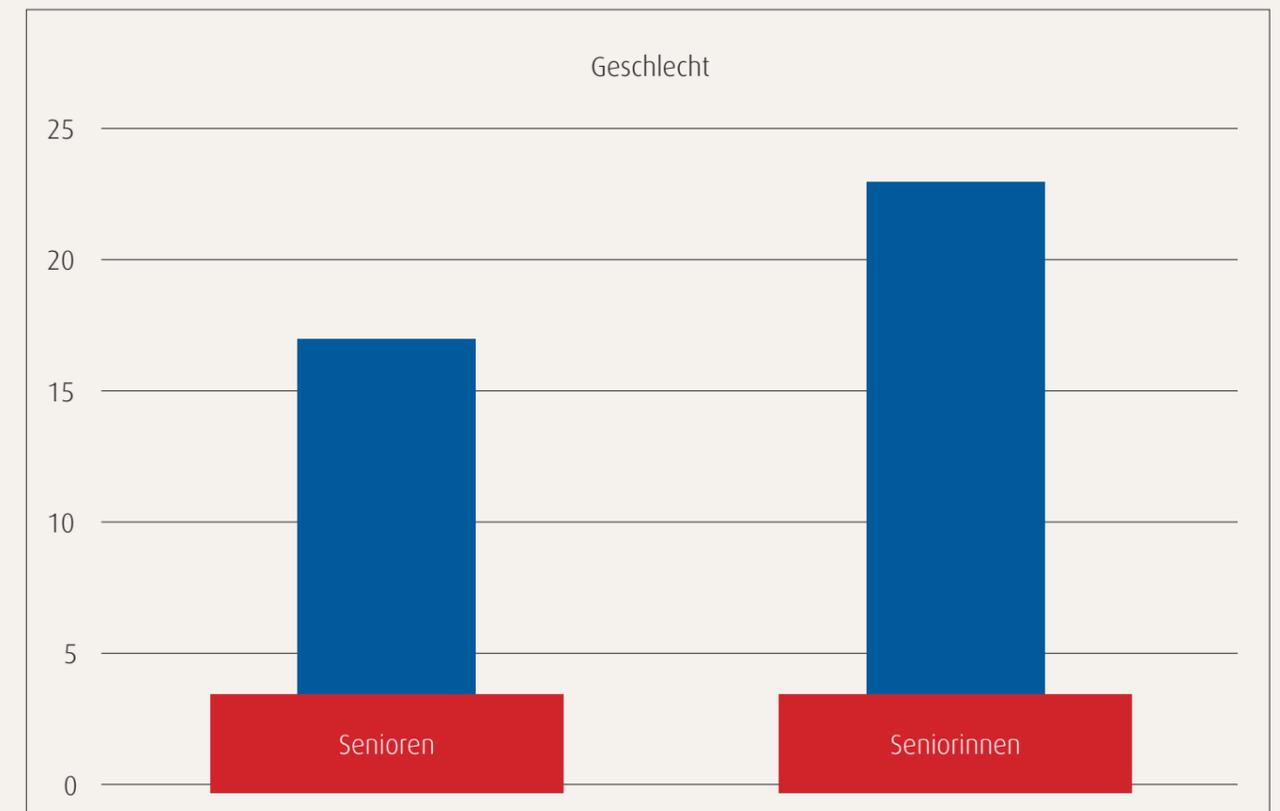
### 5.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Verteilung nach Stadtbezirken

Insgesamt fanden 40 Fälle Eingang in die Untersuchung, davon waren 17 männlichen (42,5 %) und 23 weiblichen Geschlechts (57,5 %). Während schon bei der allgemeinen Betrachtung der geschlechtlichen Verteilung auffällt, dass eindeutig mehr Frauen betroffen sind, wird dies bei der Unterteilung nach Gruppen noch augenfälliger.

Während in der Dortmunder Studie mehr als  $\frac{2}{3}$  der untersuchten Fälle dem männlichen Geschlecht zuzuordnen waren, verändert sich das Bild im Alter und zwar in der ältesten Gruppe derart, dass nur noch Kli-

entinnen übrigbleiben. Angesichts der demografischen Entwicklung verwundert dies nicht, dennoch müssen solche Verhältnisse Kommunen alarmieren, wenn sie damit befasst sind, für die Beseitigung von Ungleichheiten in einer alternden Gesellschaft zu sorgen (siehe Diagramm auf Seite 12).

Von den Seniorinnen und Senioren sind 20 ledig, 10 geschieden und 9 verwitwet. Eine Person ist zwar verheiratet, die Ehefrau lebt jedoch nicht mit ihrem Mann zusammen. Hinsichtlich der Verteilung der Fälle auf die 13 Stadtbezirke Hannovers ergaben sich gehäufte Vorkommen in den Stadtbezirken 1, 2 und 3, insbesondere in der List.



**Stadtbezirk 1 – (5)**  
Oststadt: 5

**Stadtbezirk 2 – (9)**  
Vahrenwald: 2  
List: 7

**Stadtbezirk 3 – (7)**  
Vahrenheide: 3  
Bothfeld: 1  
Lahe: 1  
Sahlkamp: 2

**Stadtbezirk 4 – (3)**  
Groß Buchholz: 3

**Stadtbezirk 5 – (1)**  
Anderten: 1

**Stadtbezirk 6 – (0)**

**Stadtbezirk 7 – (1)**  
Südstadt: 1

**Stadtbezirk 8 – (4)**  
Döhren: 1  
Seelhorst: 1  
Wülfel: 2

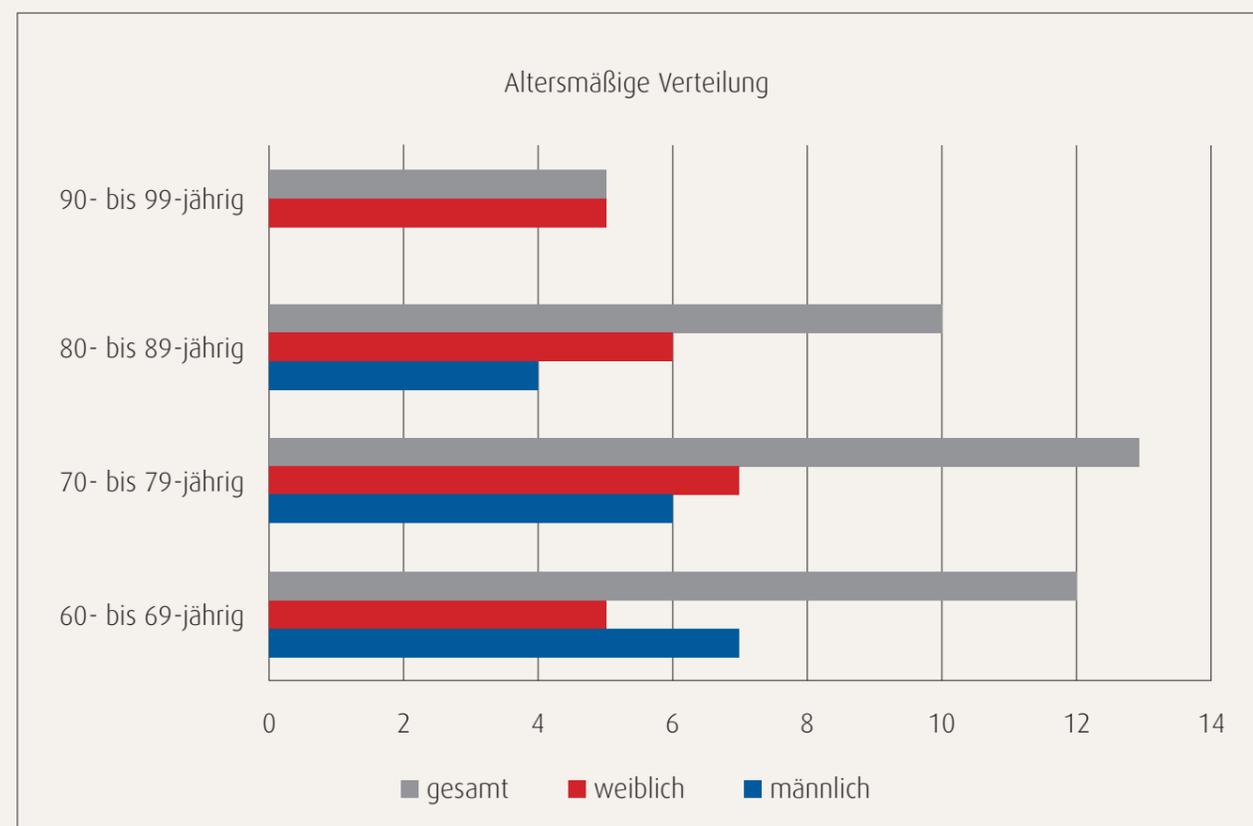
**Stadtbezirk 9 – (4)**  
Bornum: 1  
Ricklingen: 2  
Oberricklingen: 1

**Stadtbezirk 10 – (0)**

**Stadtbezirk 11 – (3)**  
Ahlem: 2  
Davenstedt: 1

**Stadtbezirk 12 – (3)**  
Burg: 1  
Leinhausen: 1  
Stöcken: 1

**Stadtbezirk 13 – (1)**  
Nordstadt: 1



### 5.2 Wohnsituationen

82,5 % der Seniorinnen und Senioren leben allein. 6 mit Angehörigen (Bruder, Schwester, Sohn bzw. Enkelsohn). In einer Wohnung ist ein Untermietverhältnis begründet. Die mitwohnenden Personen erweisen sich bei genauerer Betrachtung jedoch nicht als Stütze, da Abhängigkeiten von Tabletten respektive Alkohol dagegenstehen, schwierige Persönlichkeiten miteinander wohnen und/oder auch Überforderung mit der Verwahrlosungssituation selbst besteht.

Immerhin gibt es aber in  $\frac{3}{4}$  aller Fälle noch wichtige Ansprechpersonen. An allererster Stelle stehen Angehörige, vor allem Söhne und Töchter, aber auch Enkel, Mutter, Nichte, Neffe und Schwiegerverwandte. 4 Seniorinnen und Senioren haben Geschwister, die als wichtige Ansprechpersonen zur Verfügung stehen (33 Nennungen). Bei ebenso vielen Seniorinnen und Senioren gibt es sorgende Nachbarinnen und Nachbarn oder Bekannte (8 Nennungen). Nur in einem Fall ist eine Freundin als Kontaktperson bekannt. Ansonsten

haben die Klientinnen und Klienten noch Kontakt zu Vertreterinnen und Vertretern von Pflegediensten, Kirche, zum Hausarzt oder zur Hausärztin, zum Sozialpsychiatrischen Dienst und zu einer Ehrenamtlichen des KSH. In 25 % der Fälle steht gar keine Ansprechperson zur Verfügung.

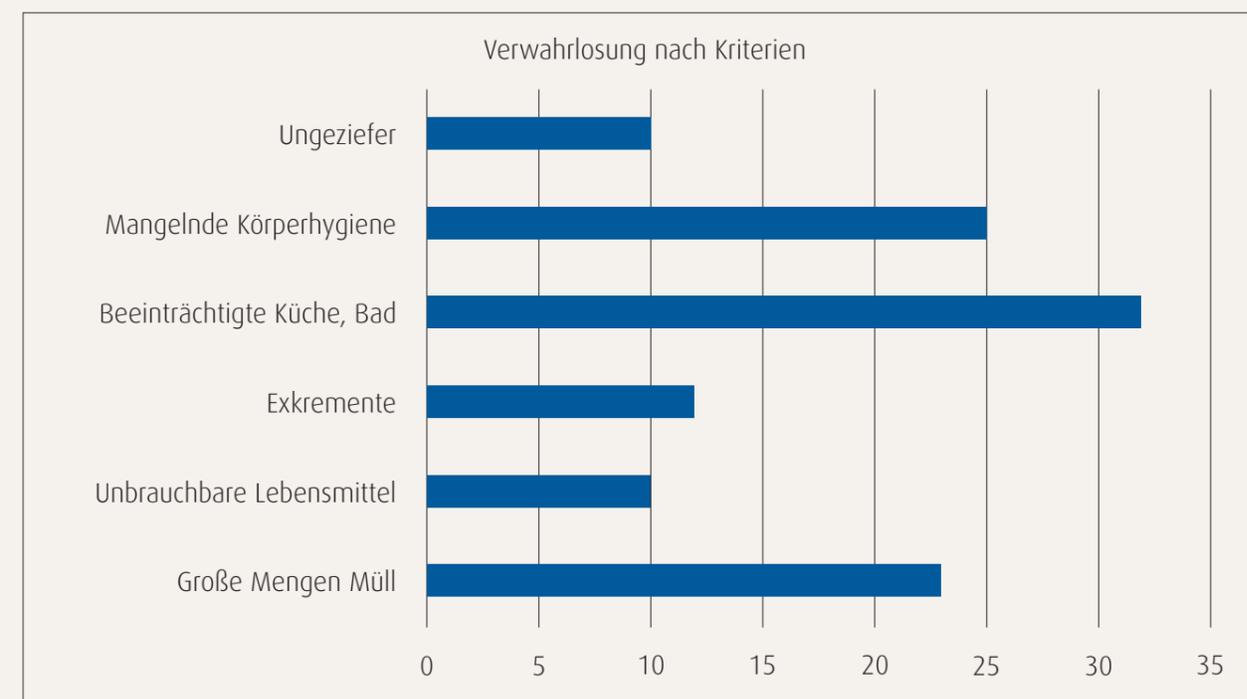
5 Klientinnen und Klienten halten Haustiere, wobei nur in einem Fall von unkontrollierter Tierhaltung zu sprechen ist.<sup>5</sup>

Zum Wohnungszustand geben die im Schaubild dargestellten Kriterien einen Einblick. Bei 80 % der Haushalte waren Küche und Bad in ihrer Funktion beeinträchtigt, wobei die Ursachen dafür unterschiedlich sind. Zum Teil sind Spüle, Herd oder auch Dusch- bzw. Badewanne so zugestellt, dass es unmöglich ist, sie in ihrer Funktion zu nutzen. Ein Defekt der Geräte bzw. der sanitären Anlagen (Toilette verstopft/Einstellung der Energie und Wasserversorgung) kann ebenfalls dazu führen, dass ein schleichender Prozess der Verwahrlosung eskaliert. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fanden in 25 % der Haushalte unbrauchbare Lebensmittel auf. Sie waren verschimmelt, stanken oder lebten (Fleischmaden). In  $\frac{1}{4}$  der Fälle gab es Ungezieferbefall wie z. B. Kakerlaken oder Ratten. Be-

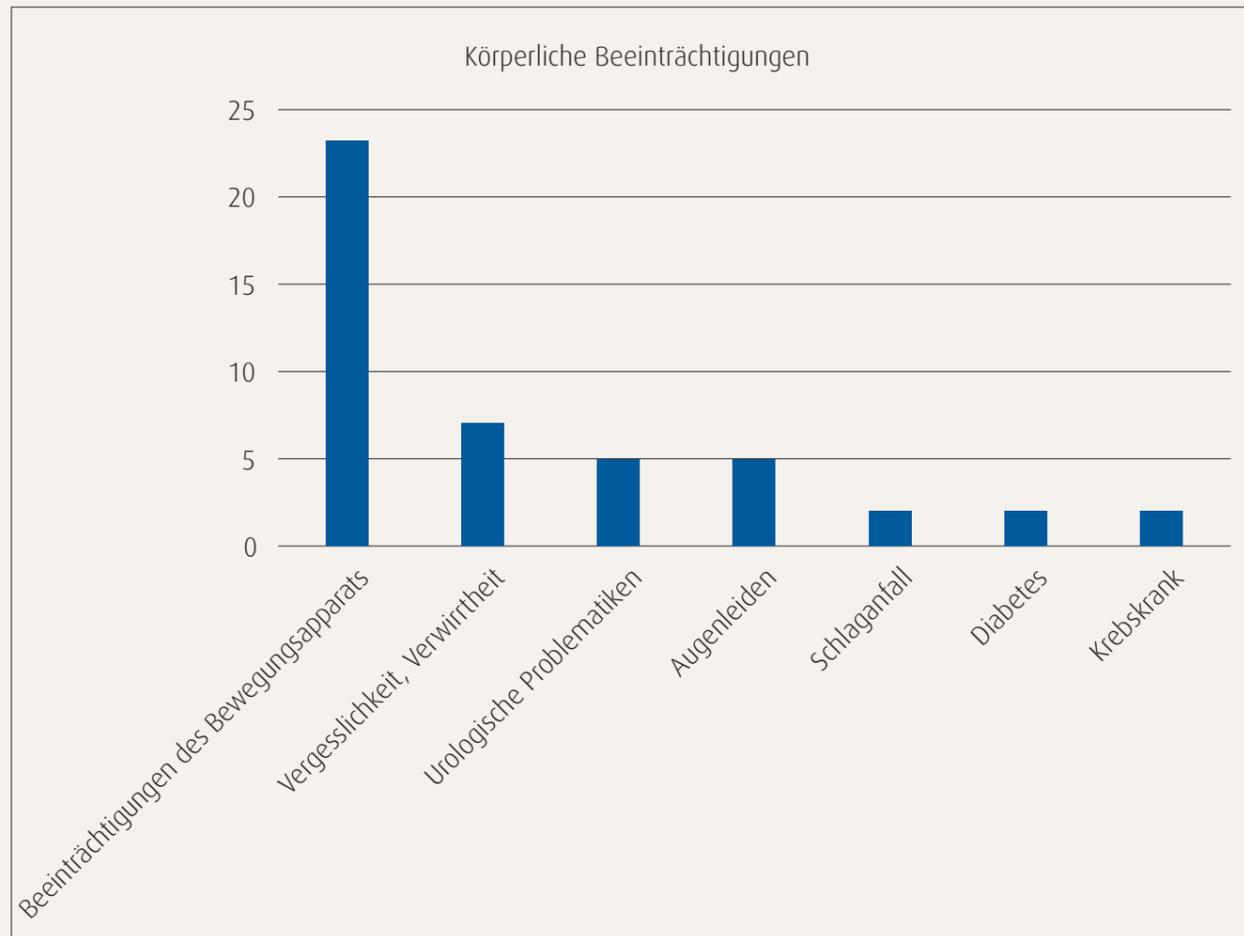
denklich ist, dass in 30 % der Fälle Exkremete in den Wohnungen aufzufinden waren.

### 5.3 Gesundheitszustände

Viele der Seniorinnen und Senioren, die in verwahrlosten Wohnungen leben, sind somatisch krank. Die Auswertung umfasste auch die Erhebung der Erkrankungen. Sie spiegeln ärztliche Diagnosen wider oder wurden den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der MobEH beim Hausbesuch mitgeteilt. Unter Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats ist Folgendes subsummiert: Wirbelsäulenerkrankungen, Hüft- und Rückenleiden, Gangunsicherheit und Gehschwäche (z. B. fehlende Kraft, um Treppen zu steigen), Oberschenkelhalsbruch, Arthrose. Bei den Augenleiden handelt es sich in 4 von 5 Fällen um den grauen Star. Unter urologische Problematiken sind Inkontinenz, Prostatavergrößerung und künstlicher Darm- und Blasenaustrag zusammengefasst. In mehr als der Hälfte der Fälle (23) liegen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates vor. Vergesslichkeit bis hin zu Verwirrheitszuständen ließen sich bei 7 Klientinnen und Klienten feststellen. An urologischen Problematiken litten 5. 2 Klientinnen und Klienten hatten Schlaganfälle, 2 Diabetes und 2 weitere Krebs. Nicht Wenige sind mehrfach körperlich beeinträchtigt (siehe Diagramm auf Seite 14).



<sup>5</sup> Der MobEH sind weitaus mehr Fälle von unkontrollierter Tierhaltung bekannt. Die Tiere tragen dann mit dazu bei, die Verwahrlosungssituation noch zu verschlimmern. So ist noch gut in Erinnerung, dass ein alter Herr mehr als 60 Vogelbauer für seine Wellensittiche in seiner Wohnung aufgebaut hatte. Auch seine Schlafstatt war zur Hälfte mit den Volieren zugestellt. Bei Freiflügen der Sittiche ließen sie mitunter Kot unter sich.



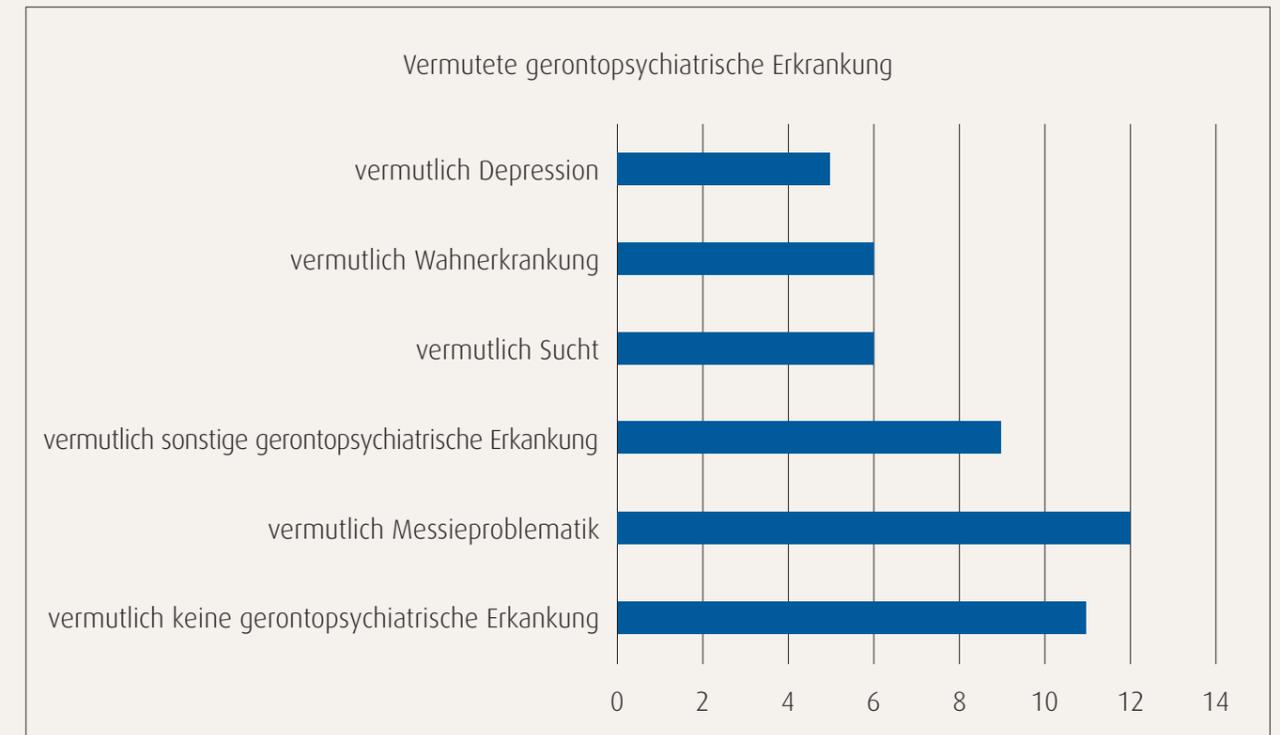
Neben den körperlichen Einschränkungen werden in beinahe  $\frac{3}{4}$  aller Fälle (72,5 %) gerontopsychiatrische Erkrankungen vermutet.<sup>6</sup>

Es sei angemerkt, dass hier mehrere vermutete psychische Erkrankungen in einem Fall vorgelegen haben, sodass die Summe nicht n=40 ergibt. Am häufigsten (in 12 Haushalten) war die häusliche Verwahrlosungssituation durch eine ungezügelte Sammelleidenschaft gekennzeichnet. Bei 9 Haushalten war anderes als Depression, Wahnerkrankung, Sucht oder Messieproblematik festzustellen. Darunter wurden merkbare kognitive Einschränkungen eingeordnet oder Klientinnen und Klienten, die eine auffällige Persönlichkeitsstruktur aufwiesen (wie z. B. einen Hang zur Cholerik, Rigidität) oder stark verwirrt bzw. durch ein beeinträchtigtes Kurzzeitgedächtnis gekennzeichnet waren. In den meisten Fällen sonstiger Erkrankungen schien eine Demenz wahrscheinlich.

<sup>6</sup> Weil die MobEH anders als die Sozialpsychiatrischen Dienste keine Diagnosen stellen können, da sie sozialarbeiterisch unterwegs sind, wird hier lediglich von vermuteten psychiatrischen Erkrankungen gesprochen. Es sei aber darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter langjährige Berufserfahrung besitzen und einige einmal im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung gearbeitet haben.

Auffällig war, und das widerspricht den Dortmunder Ergebnissen, dass in immerhin 11 Fällen aus Sicht der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter keine gerontopsychiatrische Erkrankung erkennbar war. Wie sich eine solche Situation ergeben kann, ist im anschließenden Kapitel geschildert. Wie aus den vorherigen Schilderungen ersichtlich ist, sind Seniorinnen und Senioren, die in Verwahrlosungssituationen leben, in ihrem Gesundheitsstatus stark beeinträchtigt – in einem nicht unmaßgeblichen Teil an Leib und Seele. So ist es auch nicht verwunderlich, dass bei 37,5 % (in 15 Fällen) ein Pflegegrad festgestellt ist. In 13 Haushalten ist ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt, der Pflegesachleistungen abrechnet.

In einem Fall wird Pflegegeld gezahlt. 6 Seniorinnen und Senioren erhalten Hilfe zur Pflege gemäß § 63 SGB XII.



#### 5.4 Einkommensverhältnisse

Bei mehr als der Hälfte der Seniorinnen und Senioren (55 %) liegt das Einkommen am Existenzminimum. Rechnet man die Fälle hinzu, die zu ihrer Rente ergänzend Grundsicherung erhalten, sind es 65 %. Vermögen besitzen lediglich 5 Seniorinnen und Senioren. Von denjenigen, die Grundsicherung oder ergänzend Grundsicherung erhalten (26 Fälle), sind 17 weiblichen Geschlechts. Das macht 65 % aus, die in Armut leben.

#### 5.5 Interventionen

Bei den sozialarbeiterischen Interventionen wurden die angenommenen Beratungsangebote, Antragstellungen (an Pflegekassen, Mobile Soziale Hilfsdienste, Einsatz von technischen Unterstützungssystemen) und die sonstigen Unterstützungsangebote (wie Kontakt zu Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn, sozialen Dienstleisterinnen und Dienstleistern, Verhandlungen mit Vermieterinnen und Vermietern sowie Energieversorgerinnen und -versorgern) gezählt. Immerhin glückte in 31 Fällen die Kontaktaufnahme zum Klienten bzw. zur Klientin insoweit, dass eine Beratung erfolgen konnte. In 9 Fällen kam es nicht zum Kontakt mit den alten Menschen. Sie konnten entweder (zum Teil nach mehreren Versuchen) nicht angetroffen werden, die Zuständigkeit war nicht gegeben (eine Betreuung oder ein Krankenhaussozialdienst übernahmen) oder der Klient bzw. die Klientin war nicht ansprechbar und

wurde sofort in ein Krankenhaus verbracht. In 12 Fällen war es wegen psychischer Problematiken angezeigt, den sozialpsychiatrischen Dienst zu involvieren, um zu einer Einschätzung zu gelangen, ob der Verbleib in der eigenen Wohnung noch zu verantworten ist bzw. psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) verordnet werden kann.

Wenn der Kontakt hergestellt war und Vertrauen aufgebaut werden konnte, gelangen meist auch Antragstellungen und andere Maßnahmen. Gut angenommen wurden die Mobilien sozialen Hilfsdienste wie Essen auf Rädern, Reinigen der Wohnung oder Unterstützung bei Einkäufen. Bei Anträgen an Kranken- und/oder Pflegekassen waren Diskrepanzen zwischen Planung und tatsächlicher Umsetzung zu verzeichnen. In manchen Fällen war es schlichtweg nicht möglich, eine Einsicht der Klientin oder des Klienten herzustellen bzw. es gelang nicht, die erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen. Andere behördliche Anträge können sein: Anträge auf Sozialleistungen wie Grundsicherung und Wohngeld, Rundfunkgebührenbefreiung, Bekleidung, Feststellung des Grads der Behinderung, Anträge bei der Rentenversicherung. Größte Vorbehalte bestanden bei Entrümpelungsmaßnahmen, die in allen 12 Fällen notwendig gewesen wären, deren Finanzierung auch sichergestellt war, die aber nur in 4 Fällen von den Klientinnen oder Klienten angenommen werden konnten.

Beratung wahrgenommen	31
Kontakt zu Angehörigen und Nachbarinnen und Nachbarn hergestellt	33
Kontakt zu sozialpsychiatrischem Dienst umgesetzt	12
Anträge Krankenkasse/Pflegekasse geplant	12
Anträge Krankenkasse/Pflegekasse umgesetzt	7
Anträge Mobile Soziale Hilfsdienste geplant	6
Anträge Mobile Soziale Hilfsdienste umgesetzt	5
Andere behördliche Anträge angeboten	18
Andere behördliche Anträge umgesetzt	14
Entrümpelung geplant	12
Entrümpelung umgesetzt	4

Im Durchschnitt wendeten die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter 981 Minuten, also 16 Stunden und 21 Minuten für die Fallbearbeitung auf, wobei der am wenigsten aufwändige Fall in 60 Minuten zu bearbeiten war, der aufwändigste Fall 79 Stunden und 15 Minuten benötigte. 12 Fälle beanspruchten mehr als die durchschnittlichen 981 Minuten. Wenn man bei diesen 12 Fällen den durchschnittlichen Einsatz der Sozialarbeit ermittelt, kommt man auf 2.156 Minuten (= 35 Stunden und 56 Minuten), also beinahe eine ganze Arbeitswoche. Bei den übrigen 28 weniger aufwändigen Verwahrlosungsfällen betrug der Arbeitseinsatz durchschnittlich 477 Minuten (=7 Stunden und 57 Minuten), also mehr als einen Arbeitstag.

In der Untersuchungszeit erfolgten durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den 40 Verwahrlosungsfällen 242 Hausbesuche, 527 Telefonate und 216 Schriftkontakte (inkl. Antragstellungen für Leistungen, Spenden etc.), insgesamt somit 985 Kontakte, was auf den Einzelfall durchschnittlich 25 Kontakte ausmachte. Die Jahresarbeitszeit aller Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beträgt (462 Minuten x 220 Arbeitstage x 8 Mitarbeitende) 813.120 Minuten. Rechnet man die für die Verwahrlosungsfälle aufgewendete Zeit herunter, bleiben 773.895 Minuten für die restlichen Fälle der Krisenintervention (964 Fälle im Zeitkorridor von 07/16 bis 06/17), was pro Fall einen Arbeitsaufwand

von 803 Minuten ausmacht. Die Verwahrlosungsfälle waren demnach im Durchschnitt um 22 % aufwändiger in der Bearbeitung als die übrigen Fälle.

### 5.6 Status nach Ablauf des Zeitkorridors

Wohnung verloren	7
Wohnung wieder bewohnbar	8
Neue Wohnung	4
Neue Wohnform (Altenpflegeheim/Psychiatrie)	5
Betreuung angeregt	1
Betreuung eingerichtet	11
Angehörige kümmern sich	4
Fallabgabe	3
Fall läuft weiter	5
Ungeklärte Situation bzw. keine Angaben wg. nicht erfolgtem Kontakt	3
Klientin/Klient verstorben	3

Da bei den Fallausgängen mehrere Möglichkeiten gegeben waren, ist n größer = 40.

Trotz intensiver Bemühungen konnte nicht in jedem Fall vermieden werden, dass alte Menschen ihre Wohnung verloren. In 7 Fällen trat dieser Zustand ein, in der Regel dann, wenn die angebotene Hilfe nicht angenommen werden konnte bzw. wenn die Krisenintervention zu spät eingeschaltet wurde.

In 8 Fällen konnte die angestammte Wohnung wieder in einen bewohnbaren Zustand versetzt werden oder es war möglich, eine neue Wohnung für den Klienten oder die Klientin zu finden. Bei 4 Seniorinnen und Senioren war wegen massiver Pflegebedürftigkeit bzw. gerontopsychiatrischer Erkrankung ein selbstständiges Wohnen nicht mehr angezeigt. 4 Klientinnen und Klienten wurden in einem Pflegeheim untergebracht bzw. mussten in der Psychiatrie untergebracht werden. Bei mehr als einem Viertel der Fälle musste eine Betreuung angeregt bzw. eingerichtet werden, da sie mit ihrer Gesundheitsversorgung, der Regelung ihrer finanziellen bzw. behördlichen Angelegenheiten überfordert waren/sind. Bei 4 Seniorinnen und Senioren ließen sich Angehörige in die Versorgung einbinden, wobei zu befürchten steht, dass dieser Status in der ein und anderen Konstellation eher einen fragilen Charakter aufweist (z. B. zog ein alter Mensch zur schon hochaltrigen Mutter in die Wohnung).

Zur Fallabgabe kam es in 3 Fällen (Sozialmanagement der Wohnungsgesellschaft/Sozialpsychiatrischer Dienst/Krankenhaussozialarbeit). Bei 5 Klientinnen und Klienten muss weiter agiert werden. In drei Fällen war eine Kontaktaufnahme bis dato nicht erfolgreich bzw. lag eine ungeklärte Situation vor. 3 Klientinnen und Klienten verstarben.

# 06

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

» Die These, dass Verwahrlosung im Alter weiblich ist, wurde durch die Vorstudie bestätigt. In den Gruppen der 70 bis 79-jährigen und 80 bis 89-jährigen sind in den untersuchten Fällen mehrheitlich Frauen betroffen. Bei den 90 bis 99-jährigen waren es ausschließlich Frauen, die in Situationen von Verwahrlosung angetroffen wurden. Bei Letzteren handelt es sich zudem um arme Frauen, da sie entweder ausschließlich Grundsicherung bzw. eine kleine Rente plus ergänzende Grundsicherung bezogen. «

» Aus der Vorstudie ergibt sich, dass als Ursachen der Verwahrlosung nicht allein gerontopsychiatrische Erkrankungen eine Rolle spielen. Bei mehr als einem Viertel der Fälle fanden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der MobEH keinen Hinweis auf eine psychische Erkrankung. Vielmehr stecken massive Überforderungssituationen, Scham und Unkenntnis über Hilfsmöglichkeiten hinter der Verwahrlosung. In Anbetracht der Tatsache, dass mehr als die Hälfte körperlich krank sind (vor allem Einschränkungen des Bewegungsapparats), ist es nicht verwunderlich, wenn bestimmte Verrichtungen des täglichen Lebens (Altpapier entsorgen, Altglas in den Container bringen, Putzen und Abstauben, Ordnung in den Dingen halten etc.) schwerfallen bzw. gar nicht mehr ausgeübt werden. «

» Hilfe wird nicht immer angenommen. Sehr deutlich wird das bei Entrümpelungen, die in 2/3 aller Fälle nicht angenommen wurden, obwohl deren Finanzierung das Budget des Seniors bzw. der Seniorin nicht belastet hätte. Aber auch das Angebot der Übernahme von Antragstellungen durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fruchtet nicht in jedem Fall. So muss in vielen Fällen erst eine Verschlimmerung der Situation (z. B. Abmahnung des Vermieters oder der Vermieterin, ein Sturz in der Wohnung) eintreten, bis eine Einsichtsfähigkeit bei den Klientinnen oder Klienten erreicht werden kann. «

» Armut, Vereinsamung oder „schwierige Beziehungen“ können eine Verwahrlosung begünstigen. Während gut situierte Seniorinnen und Senioren sich Hilfeleistungen in schwierigen Lebenssituationen oder bei Pflegebedürftigkeit „einkaufen“ können (Haushaltshilfe gegen Geld), ist das im Fall von Armut nicht ohne weiteres möglich. Zwar gibt es auf Antrag auch die Möglichkeit, Leistungen der Mobilen sozialen Hilfsdienste gewährt zu bekommen, allerdings müssen die Rahmenbedingungen geprüft werden. Dazu gehört die Bereitschaft der Betroffenen, sich als „arm oder überfordert“ zu erkennen zu geben. Netzwerke von Familienmitgliedern, Freundeskreis und Bekannten können in schwierigen Lebenssituationen vieles auffangen, Leiden mildern oder praktische Hilfen übernehmen. Mit zunehmendem Alter dünne die Beziehungen aus und in manchen Einzelfällen zeigt sich, dass schwierige, nie geklärte und nicht befriedete familiäre Beziehungen im Alter zu Konsequenzen wie z. B. einer Ablehnung von Unterstützung führen. «

» Verwahrlosung ist ein Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum entwickelt. Zwar gibt es punktuelle Ereignisse, die dazu führen können. In der Regel ist der Weg zu einer Verwahrlosung jedoch ein Längerer. Wenn psychische oder physische Erkrankungen oder eine Kombination aus Beidem vorliegen, kann die Regelung der Alltagsgeschäfte und der Haushaltsdinge zu einer Qual werden. Stünde auf der Wegstrecke mehr Zeit für Beziehungsarbeit der professionellen Akteurinnen und Akteure zur Verfügung, könnte es möglich sein, Verwahrlosung zu verhüten. Freundeskreis, Nachbarschaft und auch Ehrenamtliche können zwar bis zu einem bestimmten Grad wichtige Sorgepersonen sein, werden aber auch oft als überfordert und hilflos angetroffen, wenn sie mit Verwahrlosung konfrontiert werden. Sie sollten ermutigt werden, prekäre Lebenssituationen von alten Menschen bei der Stadt bzw. Gemeinde zu melden, damit von dort geeignete Akteurinnen und Akteure zur Unterstützung vor Ort vermittelt werden können. Viele Menschen scheuen sich davor, weil sie

darin so etwas wie ein „Anschwärzen“ sehen und nicht dafür verantwortlich sein wollen, dass einem alten Menschen sein Obdach entzogen wird. «

» Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, entsteht oft erst durch eine Verschärfung der Lebenssituation (Erhöhung des Drucks, z. B. durch Androhung der Räumung der Wohnung durch den Vermieter oder die Vermieterin, oder eine Verschlimmerung der Erkrankung durch Sturz in der Wohnung). Es verlangt den professionell Tätigen einiges ab, die ablehnende Haltung der Klientinnen und Klienten auszuhalten, wohlwissend, dass ein bestimmtes Handeln bzw. Unterlassen Konsequenzen hat. Ein Vermieter bzw. eine Vermieterin wird Geruchsbelästigungen nicht mehr hinnehmen, wenn von anderen Mieterinnen oder Mietern Beschwerden eintreffen. Ebenso wird ein sturzgefährdeter alter Mensch in einer chaotischen, zugestellten Wohnung mit einem Rollator nicht vorankommen und sich so dem Risiko aussetzen, erneut zu stürzen. «

» Bei vielen der analysierten Einzelfälle war eine Beeinträchtigung der Gesundheit der Fall. Nicht abgefragt wurde, ob (noch) Kontakt zum Hausarzt oder zur Hausärztin besteht. Die Erfahrung der MobEH zeigt, dass nicht wenige Seniorinnen und Senioren keinerlei hausärztliche Anbindung mehr haben oder schon lange nicht beim Hausarzt oder der Hausärztin gewesen sind, weil sie es aufgrund ihrer Gebrechen auch gar nicht mehr schaffen, in die Praxis zu kommen. Anders als in der Behördenpraxis gibt es bei den Hausärztinnen und Hausärzten keinen Wiedervorlageautomatismus. Es kann unter Umständen also passieren, dass zunächst nicht auffällt, wenn sich ein älterer Mensch längere Zeit nicht hat untersuchen lassen. Hinzu kommt, dass viele Ärztinnen und Ärzte wegen mangelnder zeitlicher Ressourcen ältere Menschen nicht mehr in ihrer Häuslichkeit aufsuchen. «

# D7

## EXPERTINNEN UND EXPERTEN KOMMEN ZU WORT

Statements Mitwirkender im KONSD



## 7.1 Inhalte in der Übersicht

Berufsgruppe	Ursachen				
	Psychiatrische Erkrankungen, Sucht und somatische Gebrechen	Isolation, Vereinsamung, Partnerverlust u.a.	Zugangswege, Hilfesystem, fehlende aufsuchende Hilfen	Armut	Scham
Gleichstellung, LHH und Region Hannover	X	X		X	X
Mobile Einzelfallhilfe als Krisenintervention, LHH	X	X	X		X
Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover	X		X		
Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover			X		
Team Hilfe zur Pflege – Beratung und Planung der Region Hannover (SPN)	X	X	X		X
Sozialdienste der Städte und Gemeinden der Region Hannover	X	X	X	X	X
STEP FAM	X	X	X		
Ambulante somatische Pflege	X				
Ambulante psychiatrische Pflege	X		X		
Seniorenbeirat	X	X	X		X
Wohnungswirtschaft	X	X	X	X	
Hilfen nach § 67ff der Region Hannover	X	X	X	X	
	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

Was wird gebraucht				
Fortbildung	Stärkere Vernetzung	Mehr Ressourcen Zeit, Geld, Personal	Umfeld sensibilisieren, Quartiersentwicklung	Sensibilisierung Versorgungsapparat (Behörden, Ärzte u. a.)
			X	
	X		X	X
X		X		X
X	X	X		
	X	X	X	X
	X	X		
X	X	X		
			X	
		X	X	
			X	
	X	X	X	X
X	X	X		X
<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>

## 7.2 Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte

Es liegen Statements von 12 Akteursgruppen vor. In vielen Punkten gibt es übereinstimmende Aussagen zu möglichen Ursachen von Verwahrlosung. Ebenso decken sich viele Aussagen mit dem, was es braucht, um präventiv tätig zu werden oder Veränderung bzw. Verbesserung im Umgang mit Verwahrlosungsfällen zu schaffen.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen der Vorstudie sehen 11 der Beteiligten die Ursachen für Verwahrlosung nicht ausschließlich in (geronto)psychiatrischen Erkrankungen, sondern ebenso in Sucht und somatischen Einschränkungen, oder in einer Kombination aus diesen Bereichen. Ob und wie oft die genannten Ursachen einzeln oder parallel auftreten, geht aus den vorliegenden Statements nicht eindeutig hervor. 8 Akteurinnen und Akteure zielen zudem auf drastisch veränderte Lebenslagen als Ursache ab. Genannt wurden beispielsweise Vereinsamung, Isolation durch den Abbruch sozialer Kontakte, durch den Verlust des Partners oder der Partnerin oder andere einschneidende Lebensereignisse. 10 Mitwirkende sehen zusätzlich ein Problem in der Erschließung der Zugangswege zu den Betroffenen, und damit deren oft sehr verspäteten Eintritt in das Hilfesystem. Hinzu kommt ein Mangel an aufsuchenden Hilfen. Überdies werden dreimal Armut und fünfmal Scham als Ursachen mitgenannt.

Ebenso wie es viel Gleichklang in der Benennung der Ursachen von Verwahrlosung in den Rückmeldungen gibt, stimmen auch etliche Lösungsvorschläge überein.

Siebenmal werden die Sensibilisierung des sozialen Umfeldes und die Quartiersentwicklung als Maßnahmen zur Erkennung beginnender Verwahrlosung genannt. Gefolgt von 8 Forderungen nach mehr zeitlichen, personellen oder finanziellen Ressourcen. Weitere 7 Beteiligte wünschen sich zudem eine stärkere Vernetzung mit den anderen Akteurinnen und Akteuren. Fünfmal wird die Sensibilisierung des Versorgungsapparates als präventive Maßnahme genannt. Gemeint sind hier sowohl Behörden als auch Ärzteschaft. Viermal wird die Forderung nach Standardfortbildungen in den entsprechenden Ausbildungs- bzw. Studiengängen und auch für die in diesem Feld professionell Tätigen genannt.

Auch wenn die beteiligten Akteursgruppen auf sehr unterschiedliche Weise in Verwahrlosungsfälle involviert sind, beeindruckt es doch, wie übereinstimmend

sich die Lösungsvorschläge ausnehmen, die zu einer Verbesserung zum Wohle der Betroffenen, aber auch zu reibungsfreieren Arbeitsabläufen zwischen den Akteurinnen und Akteuren führen könnten.

## 7.3 Die Statements

### 7.3.1 Gleichstellungsbeauftragte in Stadt und Region Hannover

Dass Verwahrlosung im Alter weiblich ist, war eine der Thesen der Vorstudie und uns als Expertinnen verwundert es nicht, dass diese These bestätigt wurde. Ein Blick auf die soziale Lage von Frauen und auf die Bevölkerungsstruktur verdeutlicht es: Frauen haben im Laufe ihres Lebens weniger Einkommen erworben als Männer: Sie sind nach wie vor vorwiegend für die unbezahlte Sorgearbeit zuständig und arbeiten daher eher in Teilzeit. Sie arbeiten zumeist in Berufen, die weniger gut entlohnt werden, sind häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen angestellt und klettern seltener die Karriereleiter nach oben als Männer. Der Gender Pay Gap bringt es auf den Punkt: Der Bruttolohn von Frauen betrug 2018 21 % weniger als der von Männern. Damit ist die Basis für die Rentenansprüche von Frauen schon weitaus kleiner und so lag 2017 der Gender Pay Gap bezogen auf die Rente bei 45%. Altersarmut betrifft folglich mehr Frauen als Männer.

Auch an anderer Stelle wirken Rollenstereotype: Freundeskreise, Netzwerke und Arbeitsbeziehungen wurden (und werden) nicht selten von den Männern einer Familie gepflegt. Das Selbstwertgefühl vieler Frauen speist sich aus dem Mann an ihrer Seite und schwindet mit seinem Tod. Häufig führt dies zum Abbruch sozialer Beziehungen und zu Vereinsamung.

Eine Folge von Altersarmut und mangelnden Beziehungen ist demnach der soziale Rückzug. Wer kein Geld für einen Besuch im Café oder für eine Fahrt mit der Straßenbahn hat, geht kaum aus dem Haus um sich mit Freund\*innen zu treffen. Arm und allein zu sein ist mit Scham behaftet und mit zunehmendem Rückzug wächst die Scham andere um Hilfe zu bitten und Unterstützung zu suchen. Psychische Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen verschärfen die Situation dann zusätzlich und können zu einer Verwahrlosung im häuslichen Umfeld führen.

### Was braucht es also?

- Strukturen, die die Lohnlücke zwischen Frauen und Männern schließen.

- Eine solidarische Gesellschaft, die es Menschen selbstverständlich ermöglicht um Hilfe und Unterstützung zu bitten.
- Ein Hilfesystem, das greift – von den aufmerksamen Nachbar\*innen, Verwandten oder Freund\*innen, die erste Anzeichen von Verwahrlosung erkennen, über niedrigschwellige Angebote in Überforderungssituationen bis hin zu einem gut ausgebauten Angebot wie der mobilen Einzelfallhilfe im Kommunalen SeniorenService der LHH.

Petra Mundt  
Region Hannover  
Team Gleichstellung  
Teamleitung

Friederike Kämpfe  
Landeshauptstadt Hannover  
Gleichstellungsbeauftragte

### 7.3.2 Mobile Einzelfallhilfe als Krisenintervention, Landeshauptstadt Hannover

Die Mobile Einzelfallhilfe als Krisenintervention (MobEH) ist ein 8-köpfiges Team im Kommunalen SeniorenService der Landeshauptstadt Hannover, das Senior\*innen in Krisen und anderen schwierigen Lebenssituationen Hilfe leistet. Viele Ereignisse können ältere Menschen so stark belasten, dass sie es ohne begleitende Unterstützung nicht schaffen würden, aus der prekären Lebenssituation wieder herauszufinden. Solche Lebensumstände können der Verlust von Lebensgefährt\*innen bzw. langjährigen anderen Bezugspersonen sein, der Eintritt in den Ruhestand, Langzeitarbeitslosigkeit, finanzielle Probleme oder Verschuldung, der Eintritt einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Depression, Wahnerkrankung oder demenziellen Veränderung, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit oder das Ausgesetztsein von Gewalt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen.

Verwahrlosung bzw. Vorstufen davon, sind Auslöser für ein Tätigwerden der MobEH, stellen aber andererseits oft auch eine weitere Begleiterscheinung der schwierigen Lebensumstände dar, in denen sich Senior\*innen befinden. Ist erstmal eine Verwahrlosung ausgeprägt, wird es schwierig. Wie die Vorstudie zeigt, ist die Fallbearbeitung erheblich aufwendiger bei Verwahrlosung, als bei den anderen Multiproblemmustern, die von der MobEH bearbeitet werden. Oft gelingt der Zugang zu den Klient\*innen aus Gründen der Scham, der Befürchtung von Bevormundung durch Mitarbeitende einer Behörde oder der Furcht, „ins Heim zu müssen“, nicht immer gleich im ersten Anlauf. Oft ist sehr viel

Zeit in vertrauensbildende Maßnahmen zu stecken. Manchmal gelingt der Kontakt auch gar nicht. Dabei ist der Druck, der auf den Mitarbeitenden der MobEH lastet, gerade bei Verwahrlosungssituationen, enorm. Es entlädt sich ein ethisch-moralischer Druck wie er beispielsweise von Nachbar\*innen ausgeübt wird, die verständnislos vor einem Chaos stehen, in dem sie hoffen, dass eine Behörde „endlich durchgreift und alles ordentlich regelt“ und mit überzogenen bzw. unrealistischen Erwartungen an die Mitarbeitenden der MobEH herantreten. Aber auch bei professionellen Akteur\*innen (z. B. Mitarbeitende von Pflegediensten, Polizei), die bisher wenig mit der Problematik konfrontiert waren, ist schnell eine große Hilfslosigkeit vorzufinden, die wiederum den Druck verstärken. Nur Wenige wissen, dass alle Interventionen der Sozialarbeit nur in Abstimmung mit den Klient\*innen passieren können und ein Eingriff in die grundgesetzlich verbrieft Selbstbestimmung nur in sehr eingeschränktem Maße möglich ist. Das heißt, dass die Mitarbeitenden der MobEH eine Rechtsgüterabwägung zu treffen haben. Sie haben einerseits die individuellen Freiheitsrechte zu achten und somit auch die Freiheit der Lebensgestaltung. Andererseits trifft sie eine Sorgeverantwortung, die dann aktiviert werden muss, wenn ein Mensch sich selbst (oder andere) gefährdet, das aber aufgrund einer Bewusstseinsbeeinträchtigung nicht erkennen kann. Ältere Menschen leben oft allein und haben – so zeigt es die Vorstudie – mit einem schrumpfenden Netzwerk an Unterstützer\*innen zu tun. 25 % der Klient\*innen der Vorstudie haben keinerlei stabilen Kontakt. Das kann durchaus selbst verursacht sein (nicht aufgearbeitete familiäre Konflikte, schwierige Persönlichkeit, mangelnde Krankheitseinsicht). Es kann auch durch ein Versterben von Bezugspersonen verursacht sein. Nicht in jedem Fall dürfte der an und für sich wichtige Aufbau neuer Netzwerke mit Nachbar\*innen oder ehrenamtlich Tätigen wegen zu erwartender Überforderung die rechte Lösungsstrategie sein. So kommt es dazu, dass erst eine weitere Verschlimmerung der häuslichen Verhältnisse eintreten muss, um erneut Kontakt aufzunehmen.

Noch ein dritter Aspekt bereitet Sorge. Das ist der Gesundheitsstatus. Leider wurde in der Vorstudie nicht die hausärztliche Versorgungslage erhoben. Doch die Praxis zeigt, dass viele ältere Klient\*innen schon lange nicht mehr beim Hausarzt oder der Hausärztin waren bzw. gar nicht mehr in der Lage sind, sich selbst dorthin zu bewegen. Anders als in der Behördenpraxis gibt es bei den Hausärzt\*innen keinen Wiedervorlageauto-

matismus. Das heißt: Wenn sich ein älterer Mensch längere Zeit nicht untersuchen lässt, fällt das nicht auf. Er rutscht durch und vielleicht notwendige Untersuchungen finden nicht statt. Außerdem machen viele Hausärzt\*innen - anders als der Name es verheißt - keine Hausbesuche.

Was sicherlich helfen würde, sei hier nur schlaglichtartig dargelegt:

- Was die berufliche Praxis uns lehrt ist, dass die präventiv zugehende Arbeit ausgebaut werden muss, damit es gar nicht erst zu erschütternden Fällen von Verwahrlosung kommen muss. Ein wichtiger Schritt hier ist die alter(n)sgerechte Quartiersentwicklung. Doch noch weitergehend muss die Sozialarbeit die vernetzende Arbeit um ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen intensivieren dürfen und können.
- Es braucht verschiedene Fachdisziplinen (Sozialarbeiter\*innen, Fachärzt\*innen, psychologisch-therapeutisch Tätige usw.), die sich der vielschichtigen, meist über Jahre gewachsenen Problematik auf unterschiedlichen Ebenen annähern und zugehend in der Häuslichkeit tätig werden.
- Ist die Verwahrlosung bereits ausgeprägt, braucht es ein Team, das den alten Menschen dabei unterstützt, die Wohnung wieder in einen solchen Zustand zu versetzen, dass dort in Würde gealtert werden kann.

**Martina Herr**  
**Landeshauptstadt Hannover**  
**Fachbereich Senioren -**  
**Kommunaler Seniorenservice – Sachgebiet**  
**Projektkoordination und begleitende Dienste -**  
**Einzelfallhilfe als Krisenintervention**  
**Sachgebietsleitung**

### 7.3.3 Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Region Hannover verfügt - neben einer Zentrale - über elf Beratungsstellen für Erwachsene (davon sechs in der Landeshauptstadt, fünf im Umland der Region Hannover) und eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche. Die Beratungsstellen sind ambulant zuständig für diejenigen psychisch kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend vom vertragsärztlichen System erreicht werden. Die Hilfsangebote des SpDis umfassen unter anderem Beratungs- und Therapiegespräche, Kri-

senintervention, Hausbesuche oder Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe.

Im Rahmen ihrer aufsuchenden Tätigkeit stoßen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SpDis immer wieder auf Verwahrlosung im häuslichen Umfeld. Dabei unterstreicht die vorliegende Vorstudie die jahrelange Erfahrung des SpDi-Personals, dass eine verwahrloste Wohnung älterer Menschen in den meisten Fällen im ursächlichen Zusammenhang mit einer medizinischen bzw. psychiatrischen Erkrankung steht. Ein sehr großer Anteil der in der Vorstudie aufgeführten Seniorinnen und Senioren leidet unter Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, was sicherlich die Instandhaltung der Wohnung maßgeblich erschwert. Bei 72,5 Prozent der Klientel wird (zusätzlich) eine psychiatrische Erkrankung vermutet, darunter wahnhaftige Psychose, Depression oder Sucht. Das bedeutet, dass es hilfreich ist, wenn bei Hausbesuchen durch Personal des Fachbereichs Senioren auch die kurzfristige Einbeziehung ärztlicher Fachkräfte ermöglicht wird. Bei etlichen der o. g. Älteren wird möglicherweise der Kontakt zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgebrochen oder zumindest spärlich sein.

Es geht in diesen Fällen um eine ärztliche Diagnostik mit der daraus resultierenden Einleitung entsprechender Hilfsmaßnahmen, wie z. B. häusliche somatische oder psychiatrische Krankenpflege, Versorgung einschränkender körperlicher Erkrankungen, (medikamentöse) Behandlung psychischer Störungen.

Darüber hinaus können die Organisation von Haushaltshilfen oder der Wohnungsentrümpelung, die Unterstützung bei der Stellung behördlicher Anträge, die Anregung der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung bis hin zur Einleitung einer Heimunterbringung eine sinnvolle Unterstützung darstellen.

Insgesamt muss gewährleistet sein, dass die beteiligten sozialen und medizinischen Dienste für diese anspruchsvolle Aufgabe personell ausreichend ausgestattet und im Umgang mit der beschriebenen Zielgruppe angemessen fachlich geschult sind.

**Dr. med. Thorsten Sueße**  
**Region Hannover – Fachbereich Soziales**  
**Sozialpsychiatrischer Dienst**  
**Leitung**

### 7.3.4 Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover

Das Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover wird als örtlich zuständige Betreuungsbehörde für die Betreuungsgerichte im Rahmen der Betreuungsgerichtshilfe tätig. Ein Betreuungsverfahren wird beim zuständigen Betreuungsgericht durch eine Anregung oder einen Antrag eröffnet. Die Betreuungsbehörde führt bei einer Beteiligung eigene Sachverhaltsermittlungen durch und gibt gegenüber dem Betreuungsgericht eine Einschätzung und eine Anregung zur Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung ab und schlägt ggf. geeignete Betreuerinnen und Betreuer vor. Durch fehlende soziale und aufsuchende Hilfen werden vermehrt rechtliche Betreuungen als letztes gesetzliches Hilfemittel eingerichtet. Eine rechtliche Betreuung ist dabei immer ein rechtsvertretendes und damit auch fremdbestimmtes Instrument, welches daher nicht immer das bestmögliche und zielgerichtete Hilfsangebot darstellt.

Eine rechtliche Betreuerin/ein rechtlicher Betreuer ist grundsätzlich an den Wunsch und den Willen der Betroffenen gebunden und darf nur in Ausnahmefällen bei fehlender freier Willensfähigkeit mit gerichtlicher Genehmigung gegen den Willen der Betroffenen handeln. So darf eine gesetzliche Betreuerin/ein gesetzlicher Betreuer gerade bei den Betroffenen ohne deren Genehmigung nicht die Wohnung betreten und/oder die Wohnung reinigen oder entrümpeln lassen. Auch in solchen Fällen ist eine rechtliche Betreuerin/ein rechtlicher Betreuer hier grundsätzlich nur beratend, begleitend und unterstützend tätig. Für die Wohnungssuche oder die Begleitung und Unterstützung bei der Wohnungssuche ist eine rechtliche Betreuung nicht zuständig. Dies ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und des Bundesgerichtshofs eine tatsächliche und nicht rechtliche Tätigkeit.

Ein Ergebnis in der Vorstudie zeigt, dass für 11 von 40 Personen eine rechtliche Betreuung eingerichtet wurde. Diese Betreuungsangelegenheiten für Menschen, die von einer Verwahrlosungssituation betroffen sind, stellen auch für eine rechtliche Betreuerin/einen rechtlichen Betreuer einen Mehraufwand in der Betreuung dar. Die Aufgabe einer rechtlichen Betreuerin/eines rechtlichen Betreuers ist es sodann entsprechende Hilfen zu organisieren, die der betreffenden Person dabei helfen, ihre Lebenssituation zu verändern, vorausgesetzt die Betroffenen erwünschen diese Unterstützung auch. Die Betreuungsbehörde zeigt Betroffenen und

Beteiligten den Weg auf, wie sie sich per Antrag oder Anregung an das örtlich zuständige Betreuungsgericht wenden können.

Die Betreuungsbehörde bietet den Betreuerinnen und Betreuern nach deren Bestellung und auf deren Wunsch Beratung und Unterstützung im Führen der rechtlichen Betreuung an. Dieses Angebot gilt für alle Bevollmächtigten, für Betreuerinnen und Betreuer aus dem familiären und sozialen Umfeld, für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer sowie für Berufsbetreuerinnen und Betreuer.

Aus hiesiger Sicht braucht es im Hinblick auf die Vorstudie für diese Akteure kostenfreie Fortbildungen und eine stärkere Vernetzung, um Verwahrlosungssituationen adäquat zu begegnen. Auch bedarf es leicht zugänglicher finanzieller Ressourcen für die Akteure, um wirksame und nachhaltige Veränderungen in der Praxis mit Zustimmung der Betroffenen zu erzielen.

**Frauke Brinkmann**  
**Region Hannover – Fachbereich Soziales**  
**Team Betreuungsangelegenheiten**  
**Teamleitung**

### 7.3.5 Team Hilfe zur Pflege – Beratung und Planung Hier: Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN)

Die SPN der Region Hannover werden um Beratung angefragt, wenn sich im häuslichen Umfeld eine Pflegesituation anbahnt oder eine solche bereits vorliegt. Die Mitarbeitenden der SPN lotsen Betroffene durch die komplexen Hilfesysteme, geben Hilfe zur Selbsthilfe, zeigen auf, welche Versorgungsformen es gibt, wie diese zu finanzieren sind und informieren über Anbieter und Anbieterinnen, die entsprechende Leistungen erbringen können.

Hier stoßen die Mitarbeitenden der SPN dann an die ersten Grenzen einer passgenauen Versorgung. Es gibt zu wenig Anbieterinnen und Anbieter, die in Verwahrlosungsfällen fachkompetent unterstützen bzw. ausreichend lange begleiten könnten.

Ein Ergebnis der Vorstudie belegt, dass die angebotenen Hilfen nicht immer angenommen werden, selbst dann nicht, wenn die Finanzierung gesichert ist. Um hier mehr Vertrauen zu schaffen, wäre eine enge Begleitung und somit ein

Beziehungsaufbau zu den Betroffenen erforderlich. Dies kann von den SPN nicht geleistet werden und gehört auch nicht zu den Kernaufgaben. Auch die These, dass als Ursachen für Verwahrlosung nicht allein gerontopsychiatrische Erkrankungen eine Rolle spielen, konnte verifiziert werden. Bei mehr als einem Viertel der von der LHH untersuchten Fälle, konnten keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung gefunden werden. Wenn die Mitarbeitenden der SPN auf verwahrloste Haushalte treffen, liegt häufig eine somatische Erkrankung vor. Es ist statistisch nicht erfasst, in wie vielen Fällen parallel psychiatrische Veränderungen vorliegen. Verwahrlosung kann aber durchaus aus einer Kombination von psychiatrischen Erkrankungen und körperlichen Gebrechen erwachsen.

Aufgrund somatischer Einschränkungen fällt es den Betroffenen oft schwer, ihr häusliches Umfeld und teilweise auch sich selbst zu pflegen. Sie können beispielsweise bedingt durch Mobilitätseinschränkungen das Haus/die Wohnung nicht mehr verlassen. Der Müll stapelt sich, das Geschirr wird nicht mehr gespült, die Wäsche nicht mehr gewaschen. Die Funktionsräume sind nach einer gewissen Zeit nicht mehr nutzbar. Die Verwahrlosung schreitet voran. Entsprechende Beratungsstellen können nicht mehr aufgesucht werden. Isolation und Vereinsamung sind die Folge. Die Betroffenen finden oft erst sehr spät ins Hilfenetzwerk. Zugangswege sind schwer zu erschließen.

Veränderung könnte u. a. geschaffen werden durch:

- das Optimieren des Zusammenspiels der beteiligten Akteursgruppen (z. B. SPN, SpDi, Wohnungswirtschaft, kommunale Sozialarbeit aber auch Verwaltung/Leistungsgewährung),
- den Abbau bürokratischer Hürden,
- die enge Einbindung und Zusammenarbeit der SPN in vorhandene Angebote in der Region Hannover,
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Belange ihres Quartiers, z. B. durch Infoveranstaltungen vor Ort,
- die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, die sich kontinuierlich mit vorhandenen Fällen befassen und diese begleiten.

Die Einrichtung eines bei den Städten und Gemeinden der Region angedockten Case Managements könnte ebenso hilfreich sein wie der kontinuierliche Austausch mit fachkompetenten Ansprechpartnerinnen und -partnern. Unkompliziert zu organisierende Fallbesprechungen könnten ein weiteres Instrument im zielge-

richteten Umgang mit Verwahrlosungssituationen sein. Denkbar wäre z. B. auch der Aufbau einer oder mehrerer, spezieller Anlaufstellen, die personell so besetzt sind, dass eine fachkompetente Versorgung und Begleitung in allen Bereichen abgedeckt wäre.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Hilfestellung ist immer die Bereitschaft der betroffenen Person, sich auf das Angebot einzulassen und die dargebotene Hilfe auch anzunehmen.

**Silke Priebe**  
**Region Hannover – Fachbereich Soziales**  
**Team Hilfe zur Pflege – Beratung und Planung**  
**Teamleitung**

### 7.3.6 Kommunale soziale Dienste der Städte Hemmingen, Pattensen und Lehrte

Die sozialen Dienste der Städte und Gemeinden sind zwar sehr unterschiedlich organisiert und an die örtlichen Strukturen angepasst, trotz allem haben sie im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge in ihrer Arbeit häufig mit Menschen zu tun, die in Dissozialität leben.

Die Ursachen von Verwahrlosung sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Neben psychischen Erkrankungen können auch massive Überforderungssituationen, Scham, Unkenntnis über Hilfsangebote oder körperliche Gebrechen zu einer Verwahrlosung führen. Für alle Städte und Gemeinden gilt, dass die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aufgrund von (Selbst-)Meldungen tätig werden und Kontakt zur betroffenen Person aufnehmen. Die kommunalen sozialen Dienste beraten Betroffene und deren Angehörige, aber zunehmend auch Vermieter, und vermitteln in das regionale Sozial- und Hilfesystem unter Einbeziehung der eigenen Ressourcen, sowie, wenn möglich unter Einbeziehung des persönlichen Umfeldes.

Finanzielle Unterstützungen und Hilfen (Transferleistungen, Spenden, etc.) werden aufgezeigt und entsprechende Kontakte vermittelt. Dabei sind die vorrangigen Ziele, die Wohnung zu erhalten, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu stärken. Das Angebot ist niedrigschwellig, aufsuchend, neutral und kostenfrei. Alleinlebende Seniorinnen und Senioren sind häufiger von Verwahrlosung betroffen. Sie vernachlässigen sich selbst und auch ihr Wohnumfeld massiv, insbesondere bei Verlust des Partners/der Partnerin, Beginn einer Er-

krankung (eingeschränkte Mobilität), Pflegebedürftigkeit oder Demenz. In überwiegenden Fällen sind nach Recherche doch noch Ansprechpersonen zu finden, die zur Unterstützung bereit wären. Die betroffenen Personen erhalten hauptsächlich kleine Renten bzw. Grundversicherungsleistungen, aber auch gut situierte Personen können betroffen sein. Verwahrlosungsfälle sind in der Regel sehr zeitaufwendig und es bedarf eines gut funktionierenden Netzwerks innerhalb der eigenen Stadt bzw. Gemeinde sowie auf der Regionsebene.

Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreuungsstelle und Gericht, Team besondere soziale Leistungen und die örtliche Leistungsabteilung, Pflegedienste/-einrichtungen, Vermieter sowie Hausärzte sind für uns wichtige Kooperationspartner. Trotz Klärung und Gewährleistung der Finanzierung werden Hilfen nicht immer angenommen. Zum einen fehlt es an personellen Ressourcen um nachhaltig zu unterstützen, zum anderen ist der „Leidensdruck“ häufig noch nicht ausreichend hoch.

Für Angehörige, Nachbarn und Vermieter ist ein „Nichts dagegen tun zu können“ schwer auszuhalten und zu akzeptieren. Um die Situation vor Ort zu verbessern, bedarf es aus Sicht der Städte und Gemeinden viel mehr niedrigschwelliger Angebote im vorpflegerischen Bereich. Aufgrund des demographischen Wandels wird sich der Anteil der älteren Menschen, die allein und ohne soziale Einbindung leben, erhöhen.

**Susanne Giese, Stadt Hemmingen,**  
**Seniorenbüro und Sozialer Dienst**

**Nadine Francksen, Stadt Lehrte,**  
**Fachdienst Jugend und Soziales, Sachgebiet Soziales**

**Elisabeth Ilse, Stadt Pattensen,**  
**Sachgebiet Allgemeiner Sozialer Dienst**

### 7.3.7 Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit Hannover – Sucht im Alter

Eine Schlussfolgerung der Vorstudie zu Verwahrlosung im häuslichen Umfeld ist, dass die Ursachen nicht allein im Bereich der gerontopsychiatrischen Diagnosen oder Suchtmittelabusus zu finden sind. Bei 6 von 40 Fällen wurde aber dennoch eine Suchterkrankung vermutet. Benannt wird hier wahrscheinlich die „Spitze des Eisbergs“, also Menschen, deren Alkoholkonsum offensichtlich stattfindet. Auf dem Hintergrund unserer Erfahrung würden wir einen deutlich höheren Anteil im Bereich der Abhängigkeitsproblematik vermuten,

die vielleicht auch verdeckt stattfindet. Auch das Phänomen der Medikamentenabhängigkeit findet in der Studie keinen Eingang. Betroffene Menschen mit Unterstützungsmöglichkeiten der Suchthilfe zu erreichen, gestaltet sich nach wie vor als herausfordernd. Gerade die Beratungsarbeit als Türöffner ins Hilfesystem setzt auf Freiwilligkeit und Eigeninitiative der Betroffenen und findet klassischerweise in einer Komm-Struktur statt. Die Erfahrung zeigt aber, dass gerade in der älteren Generation seltener eine Beratungsstelle aufgesucht wird. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von Scham über Unwissenheit bis hin zu Einschränkungen in der Mobilität. Es ist zu unterstellen, dass die in der Studie untersuchten Fälle Menschen beschreiben, die meist nicht mehr in der Lage sind, selbstständig eine Beratungsstelle aufzusuchen. Hier entsteht eine Versorgungslücke, die schwer zu schließen ist.

Manchmal ist das Ziel auch nicht die Abstinenz, sondern eine Konsumreduktion, die durch beratende Unterstützung oder Reflektion von Handlungsstrategien erarbeitet werden kann. Dies benötigt vor allem Zeit, um eine tragfähige Beziehung aufbauen zu können.

Die Suchthilfe braucht in der Zukunft mehr Ressourcen, um ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld erreichen zu können und über das herkömmliche Maß hinaus, z.B. bei einer Vermittlung in weiterführende Angebote begleiten und unterstützen zu können. Es bedarf einer stärkeren Vernetzung mit anderen Akteur\*innen, die bereits Kontakt aufgebaut haben und zur Einschätzung gelangen, dass es seitens der Betroffenen eine Veränderungsmotivation gibt. Hierfür wäre es wünschenswert, Abhängigkeit und Besonderheiten im Alter als Standardfortbildungsthema für alle, die professionell damit zu tun haben zu etablieren, um das eigene Handlungsrepertoire zu erweitern.

**Claudia Weber**  
**Sozialarbeiterin/-pädagogin**  
**Sucht im Alter**  
**Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit/FAM**  
**STEP Niedersachsen**

### 7.3.8 Ambulante somatische Pflege

Als ambulanter, somatischer Pflegedienst kommen wir immer wieder in die Situation, verwahrloste Haushalte vorzufinden. Dieses stellt sich zweifellos als Problem

dar, da durch nicht begehbbare Räume, z. B. Badezimmer, eine Grundpflegerische Versorgung nicht oder nur teilweise gesichert werden kann. Des Weiteren zählt zu meiner zentralen Aufgabe als Pflegedienstleitung, für meine Mitarbeiter\*innen ein Arbeitsumfeld zu schaffen, dass Ihnen die Möglichkeit gibt, möglichst lange und gesund in diesem Bereich arbeiten zu können. Dazu gehört natürlich eine Begehung vor Ort und der Einsatz geeigneter Hilfsmittel, welcher zweifellos in einer verwahrlosten Wohnung erschwert ist.

Aus unserer Sicht kann es nicht zur Aufgabe eines Pflegedienstes gehören, eine Wohnung so zu entrümpeln, dass eine professionelle Versorgung stattfinden kann. Unser Appell richtet sich daher an Betroffene, Angehörige oder Betreuer\*innen, sich bereits zu melden, wenn eine klare Tendenz zur Verwahrlosung festzustellen ist. Dann besteht zumindest die Chance, rechtzeitig gegenzusteuern. Voraussetzung dafür ist allerdings das Einverständnis des Patienten/der Patientin.

Bezugnehmend zur Studie können wir sagen, dass sich die Ergebnisse mit unseren Erfahrungen decken. Aus unserer Sicht ist jedoch eine Zunahme von gerontopsychiatrischen Erkrankungen festzustellen, die einen Verwahrlosungsprozess sicher begünstigen.

**Birkenhof Ambulante Pflegedienste gGmbH**  
**Ambulante somatische Pflege**  
**Ewa Nitka**  
**Pflegedienstleitung**

### 7.3.9 Ambulante Psychiatrische Fachpflege

Eine Aufgabe der Ambulanten Psychiatrischen Pflege ist es, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu unterstützen, die aufgrund ihrer Erkrankung, egal welchen Alters, einer Bewältigung des Alltags nicht mehr gewachsen sind. In unserer Arbeit treffen wir täglich auf die Folgen von Verwahrlosung, wie z. B. gesundheitsgefährdende, hygienische Mängel, bis hin zum drohenden Wohnungsverlust.

Auch wir machen in der Regel die Erfahrung, dass Hilfe von unseren Klienten\*innen schlecht angenommen werden kann, so dass generell nur Teilerfolge in der Bewältigung der o. g. Folgen zu erzielen sind. Des Weiteren stellen wir immer wieder fest, dass in den meisten Fällen die erarbeiteten Teilerfolge nicht lange Bestand haben, so dass in weiteren Versorgungsperioden von Vorne begonnen werden muss. Oft fehlt dabei den

Leistungserbringer\*innen der entscheidende Faktor Zeit, um die mit der Verwahrlosung einhergehenden Gefahren abzuwenden und die häusliche Situation so zu strukturieren, dass von einer dauerhaften Vermeidung gesprochen werden kann.

Bezüglich der Frage, ob die Ursachen einer Verwahrlosung immer auf eine gerontopsychiatrische Erkrankung zurückzuführen sind, ist aus Sicht der APP nicht abschließend zu klären. Wie oben beschrieben, beruhen unsere Erfahrungen auf der Arbeit mit Menschen, die an einer psychiatrischen Erkrankung leiden. Aber natürlich ist uns bewusst, dass viele andere Faktoren wie z.B. somatische Erkrankungen, besonders natürlich die Erkrankungen des Bewegungsapparates, oder soziale Faktoren, wie z.B. fehlende soziale Kontakte oder fehlende finanzielle Möglichkeiten, einen großen Einfluss auf eine Verwahrlosungstendenz haben. In vielen Fällen wäre eine gesundheitliche Gefährdung jedoch abwendbar, wenn Angehörige, Familie, Freunde sensibler mit dieser Thematik umgehen würden. Eine gewisse Akzeptanz und ein offener Umgang mit dem Thema Verwahrlosung wäre wünschenswert. Prozentual gesehen ist der Frauenanteil in unserer Arbeit ebenfalls größer als der Männeranteil. Das liegt natürlich einerseits an der höheren Lebenserwartung, andererseits an einem anderen Gesundheitsbewusstsein. Frauen gehen einfach häufiger/schneller zum Arzt, holen sich schneller Hilfe, so dass sich diese auch schneller in unserem Versorgungssystem wiederfinden. Wir gehen jedoch nicht davon aus, dass das Thema Verwahrlosung ein Frauenphänomen ist und die Dunkelziffer verwahrloster Männer immens hoch ist.

**Birkenhof Ambulante Pflegedienste gGmbH**  
**Ambulante Psychiatrische Fachpflege**  
**Dennis Meyer**  
**Pflegedienstleitung**

### 7.3.10 Seniorenbeirat der Stadt Hannover und der Region Hannover

1. Vor allem Seniorinnen fühlen sich in einzelnen Fällen nicht in der Lage täglich ihre Wohnung aufzuräumen. Rückenschmerzen, Probleme mit den Beinen hindern sie daran: „Ich mache das später, wenn es mir wieder besser geht“! Kann diese Spirale nicht unterbrochen werden, folgt langsam, aber sicher eine Vermüllung der Wohnung.
2. Gleichzeitig aber kann sich diese Altersgruppe, aufgrund der Erfahrungen aus der Kriegszeit, selten

oder gar nicht von Dingen trennen, schon gar nicht von Lebensmitteln: „Das kann ich ja morgen noch einmal warm machen und essen!“

3. Vergesslichkeit gepaart mit Scham führt weiter in die Verwahrlosung.
4. Frauen sind im höheren Alter durch Geburten und anderes häufig von einer Stuhl- und Harninkontinenz betroffen. Dieses Problem ist noch mehr von Scham betroffen, man ignoriert es oft und versucht, mit ungeeigneten Mitteln zu vertuschen.
5. Eine weitere Problematik ist der oft starke Verlust der Sehkraft. Man kommt schon zurecht, Geld für eine geeignete Brille ist vermeintlich nicht da, eine OP macht Angst und wird verschoben.
6. Selbst wenn Kinder oder andere Personen Hilfe anbieten, wird diese in den meisten Fällen abgelehnt: „Ich bin gerade dabei, alles wieder in Ordnung zu bringen!“
7. Die Qualität des eigenen Lebens nimmt immer weiter ab, Kontakte werden abgebaut: Vereinsamung ist vorprogrammiert.

Die MobEH der Stadt ist ein wichtiger Baustein, um diese Menschen aus ihrem selbst nicht mehr lösbaren Dilemma herauszuholen. Der SBR weist aber immer wieder auch darauf hin, dass jeder von uns noch mehr auf seine Umgebung achten sollte und möglich frühzeitig Hilfe anbietet.

**Monika Stadtmüller**  
**Vorsitzende der Seniorenbeiräte der Stadt und der Region Hannover**

### 7.3.11 Wohnungswirtschaft, Hier: hanova und meravis

Die demographische Entwicklung stellt die Wohnungswirtschaft vor große Herausforderungen. Der Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft steigt und damit auch die Anzahl jener, die Unterstützung benötigen. Gesellschaftliche Veränderungen spiegeln sich auch am Wohnverhalten der Mieter\*innen wieder, die auch dazu führen, dass vermehrt Fälle der Verwahrlosung auftreten. Die „hanova“ als kommunales Wohnungsunternehmen der Landeshauptstadt Hannover und „meravis“ als Tochterunternehmen des Sozialverbandes Deutschland haben den Auftrag, die Bewohner der Stadt Hannover und der Region Hannover mit Wohnraum zu versorgen.

In den genannten Unternehmen ist die Organisationseinheit des „Sozialen Managements“ seit vielen Jah-

ren fest verankert, auftretende Fälle der Verwahrlosung werden in enger Absprache mit den zuständigen Sachbearbeiter\*innen im Kundencenter bearbeitet. Der Handlungsspielraum stellt sich grundsätzlich sehr unterschiedlich dar und hängt davon ab, wie kooperativ sich die Mieter\*innen verhalten. Um für die Betroffenen ein Unterstützungsnetzwerk aufzubauen, ist es erforderlich, dass die Wohnungswirtschaft sehr eng mit den Fachbereichen der LHH und der Region kooperativ und zielführend zusammenarbeitet. Die guten Vernetzungsstrukturen in unseren Kommunen machen ein vertrauensvolles, gemeinsames Wirken der verschiedenen Akteure möglich.

Die Vertreter der Wohnungswirtschaft beurteilen das Ergebnis der Vorstudie, zu dem Thema „Verwahrlosung im häuslichen Umfeld“, positiv. Die Vorstudie weist auf mehrere Indikatoren hin, die mit Verursacher des auffälligen Wohnverhaltens sein können. Gleichzeitig werden auch Handlungsstrategien und Lösungsansätze dargestellt und ausgewertet. Darüber hinaus muss akzeptiert werden, dass trotz intensiver Bemühungen, die Experten auch an Grenzen stoßen und Problemanzeigen nicht zufriedenstellend gelöst werden können. Bislang wurden zur Verwahrlosung im häuslichen Umfeld, von unserer Seite keine Daten erfasst. Auf der Grundlage der Vorstudie wird deutlich, dass veränderte Lebensumstände Auslöser für dieses Verhalten sein können. Es ist sinnvoll, hier einmal genauer zu schauen. Aus heutiger Sicht können von unserer Seite nur subjektive Eindrücke erläutert und vorgestellt werden.

Was können wir mit den Erkenntnissen der Vorstudie erreichen, um in unserem Berufsalltag effektiver auf die Problematik zu reagieren?

Wichtig sind Ressourcen. Neben der Fachkompetenz des Personals ist der Faktor „Zeit“ wichtig, denn diese wird für eine erfolgreiche Einzelfallbetreuung umfangreich benötigt. Der Aufbau des Vertrauensverhältnisses zu Betroffenen kann sich sehr lange hinziehen. Mit einer Erhöhung der Fallzahlen ist sicherlich zu rechnen. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass mehr Fachpersonal benötigt und eingestellt wird. Ein weiterer wichtiger Aspekt kann die Ausrichtung und Konzentration in die Stadtteile bzw. Wohnquartiere der Menschen in Stadt und Region sein. Wohnortnahe Quartiersangebote mit vielfältigen Strukturen wie zum Beispiel Unterstützungsmöglichkeiten, Beratung, Freizeitaktivitäten, Nachbarschaftshilfe usw., vereinen die unterschiedlichen Fachkompetenzen vor Ort, um der wachsenden

Vereinsamung und Isolierung der älter werdenden Bewohner\*innen entgegenzuwirken. Durch diese Ausrichtung können vorhandene Doppelstrukturen zum Wohle der Bürger\*innen kanalisiert werden. Wir haben in Stadt und Region gute Beispiele wie das WOHNEN PLUS der hanova, den Nachbarschaftstreff von meravis im Café Kiezbook und die Seniorenbegegnungsstätten organisiert durch den KSH. Sicherlich können diese Angebotsstrukturen noch erweitert und ausgebaut werden. Diese Entwicklungen setzen voraus, dass die Akteure aus der Kommune und den politischen Gremien für das Gemeinwohl zusammen Quartierskonzepte entwickeln und gestalten.

**Claudia Müller**  
hanova

**Monika Cremer**  
meravis

### 7.3.12 Team Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) der Region Hannover in Zusammenarbeit mit Werkheim e.V. und der Johann Jobst Wagenerischen Stiftung

Der Bereich der Unterstützungsleistungen im Rahmen der §§ 67 ff. SGB XII befasst sich mit Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Diesen sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Zu diesem Personenkreis gehören vielfach Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht oder bereits betroffen sind, oder aus dieser kommend eine neue Möglichkeit zum Wohnen erschließen konnten. Wohnungslosigkeit kann drohen, wenn Menschen, die aufgrund einer schweren Erkrankung oder zu geringer finanzieller Ressourcen in ein Ungleichgewicht geraten und nicht mehr in der Lage sind, ihren Alltag mit all seinen Anforderungen zu bewerkstelligen.

Das Phänomen „Verwahrlosung“ ist in der alltäglichen Arbeit mit den Klientinnen und Klienten sehr häufig und in diversen Ausprägungen vorzufinden. Für einen Hilfeansatz ist maßgeblich, welche Faktoren dazu geführt haben, der Grad der Compliance und somit auch die Möglichkeit für positive Interventionen, die Art der Maßnahmen und nicht letztendlich auch, wer an diesen beteiligt ist und persönliche und finanzielle Ressourcen einbringen kann.

Folgende in der Person liegende Faktoren sind häufig Auslöser bzw. Begleiterscheinungen für „Verwahrlosung“:

- schwere körperliche Erkrankungen, die die Fähigkeiten der Alltagsgestaltung stark einschränken oder diese sogar verhindern
- psychische Erkrankungen
- Lebensschicksale, die die Prioritäten im Leben derart verlagern, dass eine Konzentration auf das Wohnumfeld nicht mehr gegeben ist

In der Folge kann der derzeit angespannte Wohnungsmarkt häufig dazu führen, dass Betroffene einerseits ihren Wohnraum schneller durch Kündigungen und Räumungen verlieren, da Vermieterinnen und Vermieter ihre Wohnungen schnell wieder an vermeintlich unproblematischere Mieterinnen und Mieter vergeben können. Andererseits finden sie aufgrund dessen, auch schwerer Zugang zu neuem Wohnraum. Fehlt in so einer besonderen Lebenslage das soziale Umfeld mit der entsprechenden Unterstützung und die Person kann sich nicht mehr selbst helfen, das heißt, sich selbst auch keine professionelle Unterstützung organisieren, kann die Hilfe gem. §§ 67 ff. SGB XII angezeigt sein. Sind die rechtlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf diese Hilfen gegeben, ist vom Sozialleistungsträger zunächst bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags zu prüfen, ob die Kosten für eine „Entrümpelung“ im Rahmen der §§ 67 ff. SGB XII übernommen werden können. In diesem Zuge kann auch das Angebot des Begleiteten Wohnens für die betreffende Person vermittelt werden, um zu erreichen, dass die Wohnung langfristig erhalten bleibt – allerdings ist auch hierfür eine Antragstellung erforderlich, das heißt, der Mensch muss das Angebot annehmen wollen. Damit bleibt die notwendige Einwilligung des einzelnen Menschen als grundsätzliche Herausforderung bestehen.

Kommt es zum Einsatz der Hilfe, fallen folgende Faktoren besonders ins Gewicht, die den Unterstützungsprozess hemmen:

- fehlende Anreize für Vermieterinnen und Vermieter, um diesen Personenkreis in Wohnungen zu halten oder aufzunehmen (bspw. Bürgschaften durch Institutionen, Finanzausschüsse für Renovierungen oder Ähnliches)
- keine flächendeckende Versorgung von Gesundheitsangeboten vor allen Dingen im ländlichen Bereich
- Erschwernis der zeitnahen und kontinuierlichen Anbindung an professionelle Unterstützung wie Ärztinnen und Ärzte und Betreuungsdienste
- Überforderung bei den professionellen Unterstützenden
- fehlende Zeit für Beziehungsarbeit und flexible Unterstützung

- wohnungserhaltende Maßnahmen (wie z. B. eine Übernahme von Mietschulden) werden nicht immer gewährt

Voraussetzungen für gelingende Intervention sind:

- Zeit für Planung und Umsetzung der Maßnahmen
- Berücksichtigung der Individualität der Problemlage
- finanzielle Ressourcen müssen vorhanden sein oder organisiert werden
- Einbeziehung unterschiedlicher Instanzen wie z. B. Vermieterinnen und Vermieter, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer und kommunale Wohnungsvermittlungen

Beispielhafte Maßnahmen im Hilfeprozess gem. §§ 67 ff. SGB XII können sein:

- Vermittlung in vorrangige Hilfen und Erschließung anderer Unterstützungsbereiche zum Beispiel aus dem SGB XI
- Anbindung an Therapeutinnen und Therapeuten
- Zeitnahe Einberufung und Durchführen von Fallkonferenzen
- Integration in eine Beschäftigung
- die Frage nach der adäquaten Wohnform für die betreffende Person
- Unterstützung bei Maßnahmen der Entrümpelung
- Unterstützung bei Maßnahmen zur Wiedereinrichtung der Wohnung und Wiederherstellung der Fähigkeit, einen Haushalt zu führen (Vorbereitung, Beratung, Reflexion, Haushaltsplanung usw.)

Wünsche bzw. Forderungen an die Politik:

- Sensibilisierung von Behörden und Ärztinnen und Ärzten für das Thema „Verwahrlosung“ und die damit einhergehenden notwendigen Unterstützungsanforderungen
- Sensibilisierung von Ausbildungsinstituten (bspw. Studiengang Soziale Arbeit), um eine fachliche Kompetenz beim Umgang mit der Problematik voraussetzen zu können
- Kombination der Leistungen aller Sozialgesetzbücher, insbesondere SGB XI und SGB XII
- flexibles Zeitbudget für die Organisation und Umsetzung der Maßnahmen
- „Fonds“ für Vermieterinnen und Vermieter, aus dem wohnungserhaltende Maßnahmen gegenfinanziert werden können
- Schaffung von bedarfsgerechtem Wohnraum

**Sabine Sell**  
Region Hannover – Fachbereich Soziales  
Team Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten  
Stellvertretende Teamleitung

**Tanja Wallenhauer**  
Werkheim e.V., Projekt Rose

**Melanie Schlöndorf**  
Johann Jobst Wagenerische Stiftung

# 08

## INTERVIEWERGEBNIS MIT EINEM BETROFFENEN

Das Interviewergebnis unterstreicht die Aussagen der beteiligten Akteurinnen und Akteure und bildet zugleich den Abschluss zu den Ergebnissen der Vorstudie.

**Frage 1: Was war der Auslöser für die Intervention? Was hat dazu geführt, dass Sie gehandelt haben, bzw. Unterstützung angenommen haben?**

*„Ich habe es nicht mehr geschafft, alleine meine Wohnung sauber und in Ordnung zu halten. Das hatte großen Einfluss auf meine Gesundheit und meine Kontakte.“*

**Frage 2: Wie wurde unterstützt? Was wurde genau gemacht?**

*„Es wurde eine Entrümpelung und eine anschließende Grundreinigung durchgeführt. Danach hat man sich darum gekümmert, dass ich gebrauchte Möbel erhalten konnte.“*

**Frage 3: Wer hat unterstützt? Wer hat zusammengearbeitet?**

*„Es gab eine Zusammenarbeit zwischen meinem Ambulant Betreuten Wohnen und der Sozialarbeit der Johann-Jobst-Wagenerschen Stiftung.“*

**Frage 4: In welcher Form haben die Maßnahmen gewirkt und warum?**

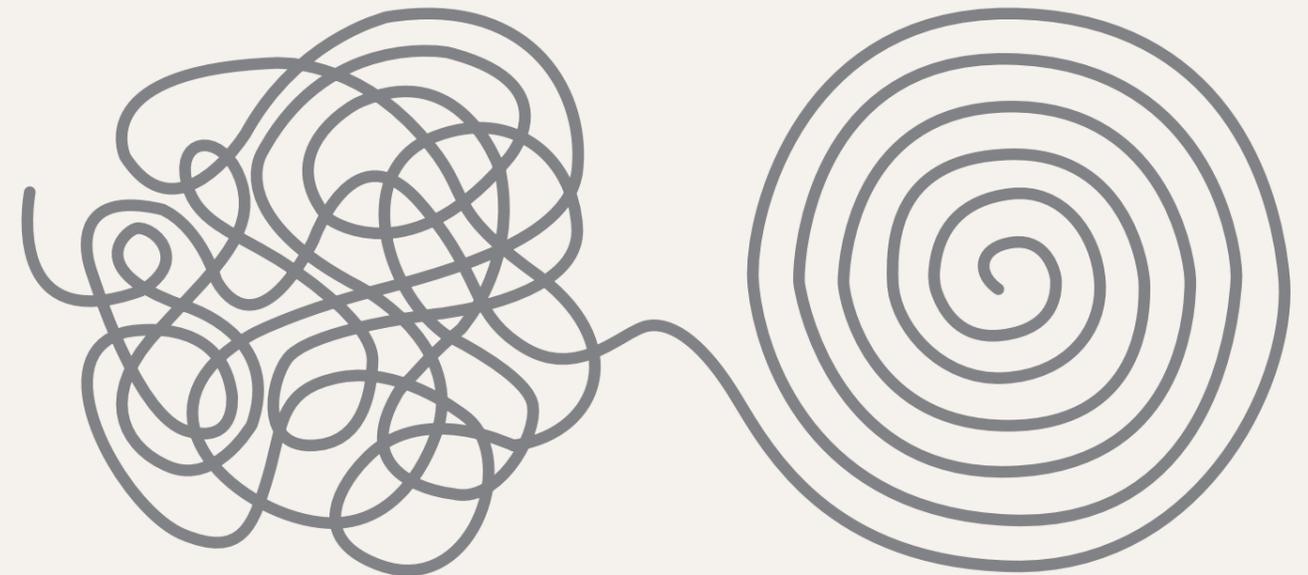
*„Ich fühle mich in meiner Wohnung wieder wohl, ich habe wieder Lust auf Kontakt zu anderen Menschen.“*

**Frage 5: Was hätte anders laufen können?**

*„Die Hilfe hätte unbürokratischer und schneller geschehen können.“*

# 09

## ANHANG



## Fallbeispiele aus der alltäglichen Praxis der Sozialen Arbeit

### ●● Vermutete alkoholinduzierte Psychose als Ursache für Haushaltsdesorganisation

Frau B. ist 73 Jahre alt und verwitwet. Sie bewohnt mit ihrem Hund eine 2-Zimmerwohnung in einem Hochhaus, bekommt eine Rente und bezieht darüber hinaus Wohngeld. Frau B.'s Mutter, Tochter und Sohn leben in Hannover. Die Meldung bei der Mobilen Einzelfallhilfe kommt von der Polizei: Frau B. hat sich aus ihrer Wohnung ausgeschlossen. Von Seiten der Beamten werden keine Anzeichen einer Verwahrlosung festgestellt.

Frau B. hat Schmerzen in den Füßen und kann nicht gut laufen. Ihre Wirbelsäule ist durch Osteoporose abgenutzt. Sie macht sich Gedanken, wer sich während eines möglichen Krankenhausaufenthaltes um ihren Hund kümmern soll. Der Fußbodenbelag im Wohnzimmer ist sehr abgenutzt und verdreckt, ansonsten ist die Wohnung ok.

Ein zweiter Hausbesuch gestaltet sich schwierig, da Frau B. entweder keine Hilfe annehmen will oder, wenn doch, den vereinbarten Termin „verschläft“. Letztendlich sagt sie beim zustande gekommenen zweiten Hausbesuch, dass es ihr gut gehe und sie mit allem alleine klarkäme und so lässt die Sozialarbeiterin ihre Visitenkarte bei Frau B. mit dem Angebot, sich bei Bedarf einfach zu melden. Ein knappes halbes Jahr später meldet die Vermieterin, dass es Probleme mit Frau B. gäbe.

Beim Hausbesuch wird festgestellt: In der Wohnung, auf dem Balkon und im Laubengang ist sehr viel Hundekot, in der Küche steht viel schmutziges Geschirr. Frau B. sitzt auf dem Bett und kann nicht aufstehen. Sie ist sehr schwach und hat vermutlich längere Zeit kaum etwas gegessen und getrunken. Frau B. wirkt verwirrt. Sie kommt in ein Krankenhaus. Die Sozialarbeiterin versucht, den Hund bei den Verwandten von Frau B. unterzubekommen, aber keiner will ihn haben. Der Hund kommt ins Tierheim.

Frau B. wird aus dem Krankenhaus entlassen. Sie lehnt jede Hilfe ab. Einige Tage später erreicht die Sozialarbeiterin ein Anruf von der Tochter von Frau B.: Sie habe ihre Mutter in ihrer Wohnung auf dem Boden liegend, fast ohne Bekleidung und nicht ansprechbar vorgefunden. Wasser habe sie einfach unter sich gelassen. Frau B. kommt erneut ins Krankenhaus. Frau B. wird wieder

aus dem Krankenhaus entlassen. Im Krankenhaus war sie sehr klar und kooperativ. Sie lehnt jede Hilfe ab. Es gibt keine Anhaltspunkte, gegen ihren Willen eine Betreuung anzuregen.

Im Lauf der Zeit erfährt man aus den Erzählungen der Tochter, dass Frau B. früher eine Kneipe besessen hat, in der die Tochter schon mit 12 Jahren arbeiten musste, weil sich die Mutter mit Alkohol „zugeschüttet“ habe. Die gesamte Familie habe nach 35 Jahren keine Kapazitäten mehr, sich um Frau B. zu kümmern. Trotz dieser Aussage scheint sowohl der Tochter wie auch dem Sohn die Mutter nicht vollkommen gleichgültig zu sein. Die Sozialarbeiterin hat auch einen relativ guten Kontakt zu den beiden Angehörigen.

Bei einem unangemeldeten Hausbesuch wirkt Frau B. gepflegter als sonst. Sie hat in der Wohnung etwas aufgeräumt, die Wohnung ist nicht mehr so arg schmutzig wie beim letzten Mal. In der Wohnung befinden sich Medikamente, die Frau B. nicht zuordnen kann. Auch scheint sie die laufenden anliegenden behördlichen Angelegenheiten nicht von alleine erledigen zu können.

Beim nächsten Hausbesuch spricht Frau B. mit ihrem verstorbenen Ehemann sowie mit ihrer nicht anwesenden Mutter. Der Sozialarbeiterin erklärt Frau B., dass sie in der Lage sei, alles selbst zu regeln. Ansonsten antwortet sie auf Fragen klar und angemessen. Auch bei anderen Hausbesuchen unterhält sich Frau B. mit mehreren nicht anwesenden Personen.

Nach einer erneuten Einlieferung ins Krankenhaus, kommt Frau B. in ein Pflegeheim. Frau B. äußert den Wunsch, in diesem Pflegeheim bleiben zu wollen.

### ●● Vermutete Alkoholerkrankung

Herr H. ist 68 Jahre alt. Er hat die deutsche Staatsangehörigkeit. Er wohnt alleine in einer 24 qm großen 1-Zimmerwohnung. Herr H. bekommt eine Rente in Höhe von rund 840,00 Euro brutto. Herr H. ist seit über 30 Jahren geschieden. Er hat zwei Kinder, eine Tochter und einen Sohn. Die Meldung bei der Mobilen Einzelfallhilfe kommt von seiner geschiedenen Frau: Herr H. sei nicht in der Lage, seinen Alltag zu bewältigen.

Frau H. hat noch den Schlüssel für die Wohnung ihres geschiedenen Mannes. Beim Erstbesuch liegt Herr H. im Bett und kann nur verwaschen sprechen. Er wirkt hilflos. Die Wohnung ist sehr schmutzig. Der Sozialar-

beiter nimmt beim Klienten mangelnde Körperhygiene wahr, ferner werden Exkrememente in der Wohnung festgestellt. Herr H. scheint alkoholkrank zu sein (darauf verweist entsprechendes Leergut).

Laut Aussage der geschiedenen Ehefrau kümmern sich die Kinder nicht mehr um Herrn H. und sie selber habe bis jetzt die Einkäufe erledigt, möchte aber nicht mehr für ihren Ex-Mann die Verantwortung übernehmen. Im Verlauf weiterer Gespräche des Sozialarbeiters mit der geschiedenen Ehefrau sowie seiner Tochter berichten beide, Herr H. habe sie in der Vergangenheit „schlecht behandelt“, daher seien sie nicht bereit, ihn finanziell zu unterstützen, die Tochter ist Hausfrau.

Frau H. bringt Herrn H. ins Krankenhaus. Dort wird eine Gehirnblutung diagnostiziert. Er wird auf die Intensivstation verlegt. Im weiteren Verlauf kommt er zur Kurzzeitpflege in ein Altenheim. Der Sozialarbeiter hat Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse aufgenommen und Herr H. hat den Pflegegrad I erhalten. Darüber hinaus hat Frau H. beim Amtsgericht eine gesetzliche Betreuung angeregt.

Hinsichtlich allgemeiner Fragen in Zusammenhang mit einer möglichen Rückkehr von Herrn H. in seine Wohnung, einer Reinigung oder einer Entrümpelung der Wohnung scheint Frau H. überfordert zu sein.

Im Krankenhaus wird Frau H. darüber informiert, dass Herr H. noch länger im Altenheim bleiben wird. Bei Bedarf will sich Frau H. erneut bei der Einzelfallhilfe melden.

### ●● Vermutete Depression (sowie Demenz) als Ursache von Verwahrlosung

Herr M. ist 76 Jahre alt. Er hat die deutsche Staatsangehörigkeit und bewohnt eine 3-Zimmer Wohnung. Herr M. ist geschieden. Er war früher als Anwalt tätig. Den Beruf übt er seit 10 Jahren nicht mehr aus. Herr M. war des Weiteren gesetzlicher Betreuer von diversen Klient\*innen, die psychisch krank waren. Über seine finanzielle Situation ist nicht viel bekannt, er soll Immobilien besitzen.

Die Meldung erhielt die MobEH von einer Mitarbeiterin eines Ambulant Psychiatrischen Pflegedienstes (APP), die bei Herrn M. im Einsatz ist. Ein Neurologe hatte bei Herrn M. das Vorliegen einer Depression diagnostiziert. Laut der Aussage der Mitarbeiterin des APP droht Herr M. zu verwahrlosen. Sein Bad soll sehr schmut-

zig sein. Überall im Wohnzimmer, auf dem Tisch, dem Sofa, dem Fußboden würden Papiere und Schreiben herumliegen.

Die Wohnung macht einen vernachlässigten und staubigen Eindruck. Es riecht nach Urin. Im Wohnzimmer und im Arbeitszimmer liegen überall Papiere herum. Neben den Papieren stapeln sich in seinem Arbeitszimmer leere Kuchenverpackungen. Auf dem Boden der Badewanne ist sehr viel Sand, das Wasser kann nur langsam abfließen. Sein Waschbecken scheint verstopft zu sein. Bei einem Telefonat erfährt die Sozialarbeiterin der MobEH von der Mitarbeiterin der APP, dass in Herrn M.'s Kühlschrank alle Lebensmittel verschimmelt gewesen waren.

Herr M. ist sehr wackelig auf den Beinen und ist sehr schlecht zu Fuß unterwegs. Er habe, nach seinen eigenen Angaben, in letzter Zeit stark abgenommen. Herr M. wirkt sehr vergesslich. Herr M. hat keine Zähne mehr.

Herr M. hatte noch zuletzt vier gesetzliche Betreuungen, wobei ihm vor kurzem drei entzogen wurden. Die letzte von Herrn M. gesetzlich Betreute möchte Herrn M. nicht mehr als Betreuer haben und es wird für sie eine neue Betreuung gesucht. Parallel dazu läuft ein Betreuungsverfahren für Herrn M. selbst. Da er eine Betreuung freiwillig nicht in Anspruch nehmen will, wurde von der Betreuungsstelle der Region Hannover gegenüber dem Gericht vorgeschlagen, dass für ihn ein psychiatrisches Gutachten erstellt werden sollte.

Als Herr M. zwei Tage lang in seiner Badewanne liegt, weil er es nicht schafft, herauszuklettern, kommt er ins Krankenhaus. Er entlässt sich selber wieder von der Unfallstation und ruft gleich nach seiner Ankunft zu Hause die Mitarbeiterin der APP an, die daraufhin sofort zu ihm in seine Wohnung fährt. Sie stellt fest, dass Herr M. sehr gangunsicher und sehr verwirrt ist. Sie fährt mit ihm in die Notaufnahme des Krankenhauses. Herr M. kommt auf eine geschlossene Station.

Während seines Krankenhausaufenthaltes kümmern sich die Nachbarn des Herrn M. um die aus seinem Briefkasten überquellende Post. Herr M. hat jetzt eine gesetzliche Betreuerin. Geplant ist, dass Herr M. nach seinem Krankenhausaufenthalt direkt in die Kurzzeitpflege überwechselt.

### 🧠 Vermutete Messieproblematik

Herr S. ist 79 Jahre alt und wohnt alleine in einer 2-Zimmer Wohnung. Er bekommt eine Rente von ca. 1000 Euro. Die Rente wird auf sein Konto überwiesen. Vom Gesamtbetrag werden monatlich Miete und Stadtwerke abgebucht. Über seine familiären Verhältnisse ist wenig bekannt, er scheint keine Angehörigen bzw. keinen Kontakt zu Angehörigen zu haben.

Die Meldung bei der Mobilen Einzelfallhilfe kommt von einem Nachbarn: Herrn S. gehe es immer schlechter und er verwahrlose zusehends. Aus seiner Wohnung rieche es schlimm. Die Hausgemeinschaft kümmere sich so weit wie möglich um ihn, aber Herr S. habe im Lauf der Zeit den Nachbarn gegenüber eine gewisse Aggressivität entwickelt und beschimpfe sie. Der Vermieter des Hauses habe bereits eine Abmahnung erteilt.

Herr S. ist der ihn aufsuchenden Sozialarbeiterin freundlich gesonnen. Er ist nett und zugewandt. Mittlerweile ist nach mehreren Besuchen ein guter Kontakt zustande gekommen. Nach Klopfen ans Fenster schaut Herr S. kurz nach, wer da klopft und öffnet daraufhin die Tür.

Die 2-Zimmer Wohnung ist komplett bis an die Decke zugestellt. Sein Hab und Gut bewahrt Herr S. u. a. in einem Wohnzimmerschrank auf, der maximal vollgestopft ist. Überall stehen übereinander gestapelte Kartons, Kisten und Aufbewahrungsboxen. Viele Sachen sind penibel beschriftet, es macht den Eindruck, als seien sie katalogisiert. Bewegen kann man sich in der Wohnung nur bedingt über schmale Pfade. Frei geblieben ist ein Sofa, auf dem Herr S. die meiste Zeit zu verbringen scheint, und frei ist der Blick vom Sofa auf den Bildschirm eines großen Fernsehers. Das zweite Zimmer ist so vollgestellt, dass es nicht begehbar ist.

In der Küche und im Flur befinden sich große Mengen an Lebensmitteln, viele Konservendosen aber auch Frischware wie Wurst und Käse. Einige der Lebensmittel sind bereits verdorben. Die Luft in der gesamten Wohnung ist sehr schlecht und es ist warm, doch Herr S. möchte nicht lüften, weil dies zu viel Geld kosten würde. Im kleinen Flur steht neben Sammelgut ebenfalls ein Fahrrad, das Herr S. nutzt, um Besorgungen zu erledigen.

Das Äußere von Herrn S. wirkt ungepflegt, sein T-Shirt ist fleckig. Herr S. scheint es nicht zu stören. An einem der Besuche sagt er, er würde seine Wäsche nicht mehr

waschen, sondern zu gegebener Zeit wegwerfen. Herr S. scheint bereits leicht dement zu sein, er erzählt mehrfach dieselben Sätze und Geschichten. An die Abmahnung des Vermieters erinnert er sich nicht. Es entsteht der Eindruck, Herr S. wisse nicht, was es bedeutet, eine Abmahnung zu bekommen.

Beim ersten Besuch hat es Herr S. nicht zugelassen, verdorbene Lebensmittel zu entsorgen. Das könne er auch selber tun. Bei den darauffolgenden Treffen erlaubt Herr S. es, schlecht gewordene Lebensmittel auszusortieren und in einen Sack zu packen, wobei er genau verfolgt, was in den Müllsack wandert. Beim Verlassen des Hauses wird der Sack mitgenommen und entsorgt.

In einer hausinternen Fallbesprechung wurde angeregt, Herrn S. einen neuen Kühlschrank zu besorgen, damit er seine Lebensmittel besser aufbewahren kann.

Darauf angesprochen, lehnte Herr S. diesen Vorschlag sehr entschieden ab – er sei zu alt für solche Aktionen. Dabei spielte es keine Rolle, dass die Kosten für den Kühlschrank auch übernommen werden sollten.

Aktuell besucht die Sozialarbeiterin Herrn S. in bestimmten Abständen und hilft ihm beim Aussortieren der abgelaufenen oder auch schon vergammelten Lebensmittel. Sie hat Kontakt mit dem Vermieter aufgenommen und ihm mitgeteilt, dass sie Herrn S. besucht, schaut, wie es ihm geht und versucht, die Geruchsbelästigung für die anderen Mietparteien zu minimieren.

### 🧠 Vermutlich keine psychische Erkrankung

Herr K. ist zu dem für die Vorstudienfassung relevanten Zeitpunkt 87 Jahre alt. Seit 60 Jahren wohnt er in einer maroden Nachkriegsbaracke. Er bezieht eine monatliche Rente in Höhe von 1000 Euro, wovon er einen großen Teil für Katzen- und Tierfutter ausgibt. Herr K. ist ledig. Er hat mehrere Geschwister, mit denen er z.T. in Verbindung steht. Das Verhältnis untereinander ist ambivalent. Mit seiner Schwester im Ausland telefoniert er einmal wöchentlich.

Die Meldung bei der Mobilen Einzelfallhilfe kommt von einer Frau, die sich um Herrn K. kümmert: Sie macht sich Sorgen um ihn: Er wohne in einer Baracke, er habe kein WC und keinen Wasseranschluss, das Dach sei undicht. (Die erste Meldung erfolgte 2010, als Herr K. 81 Jahre alt war. Zum Fallabschluss kommt es in 2018). Im Folgenden wird die immer wieder nach Herrn K.

schauende Frau, von der die Meldung ausgegangen ist, „Katzenfrau“ genannt. Damit wird der Beiname aus der Dokumentation der Sozialarbeiter\*innen übernommen und damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Herr K. sein Leben mit Katzen teilt.

Herr K. ist geistig vollkommen klar und orientiert. Er macht einen freundlichen, zugewandten und zufriedenen Eindruck. Er leidet unter grauem Star, ansonsten scheint er keine Erkrankungen zu haben und ist für sein Alter sehr fit.

Die Baracke, in der Herr K. wohnt, besteht aus mehreren Räumen. Sein Bruder, der einen gesetzlichen Betreuer hat, bewohnt 2 Räume und er selber ebenfalls zwei Räume. Auf dem Grundstück weiter vorne wohnt in einem anderen Haus die Schwägerin von Herrn K. Die Häuser sind in den Nachkriegsjahren „wild“ gebaut worden. Das Bauamt der Stadt Hannover duldet dieses Wohnverhältnis, es gibt eine Duldungsvereinbarung. Herr K. besitzt, wie schon erwähnt, keinen Wasseranschluss. Früher gab es auf dem Gelände einen Brunnen. Herr K. kauft sein Wasser in einem Supermarkt in 1 ½ l Flaschen zu 19 Cent das Stück. Es gibt keine Sickerkuhle, Herr K. kompostiert seine Fäkalien oder er verbrennt sie in den Wintermonaten in seinem Ofen. Herr K. wäscht sich mit dem Regenwasser, das durch sein kaputtes Dach nach innen dringt und welches er in Eimern auffängt. Der Weg zu Herrn K.'s Häuschen ist völlig zugewachsen.

In dem vorderen seiner beiden „Zimmer“ kommt seit mehreren Jahren Wasser durch die Decke, weshalb Herr K. mit seinen Katzen nur den hinteren, kleineren Raum nutzt. Er würde gerne auch den vorderen Raum nutzen, wenn Dach und Decke ausgebessert würden. Herr K. hat die durchhängende Decke notdürftig mit Plastikplanen abgedeckt. Ein Tischler, den die Sozialarbeiterin vermittelt, um sich das Häuschen anzuschauen, stellt fest, dass es so baufällig ist, dass es vermutlich in sich zusammenfallen würde, wenn man dort mit irgendwelchen Handwerksarbeiten anfangen würde. Es werden deshalb keine Schritte in diese Richtung unternommen. Herr K. will, solange seine Katzen leben, in seinem Häuschen weiter wohnen bleiben. Neben seinen ca. 16 Katzen versorgt Herr K. zusätzlich noch zwei Bussarde, andere Vögel und Igel. Er hat dadurch immer höhere Ausgaben, er verfüttert täglich alleine ca. 12 Dosen Katzenfutter. Für die Rückfahrten vom Supermarkt benutzt Herr K. ein Taxi oder sein Schwager hilft ihm bei den Einkäufen.

Die Sozialarbeiterin besucht in der gesamten Zeit immer wieder Herrn K. Er freut sich über die Besuche. Durch den Wasserschaden ist die Deckenleuchte defekt – Herr K. hat beim Nachsehen einen Stromschlag bekommen. Beim Holzhacken hat er sich mit dem Beil am Schienbein verletzt. Eine andere Wunde Stelle in der Kniekehle versucht er mit Sonnenblumenöl zu behandeln. Herr K. war seit mehreren Jahren nicht mehr beim Arzt.

Stolz präsentiert er der Sozialarbeiterin sein neues Handy, mit dem er auch gut umgehen kann. Auch hat er einen Flachbildfernseher zur Unterhaltung. Seine Katzen schlafen mit ihm zusammen im Bett und wärmen ihn in den kalten Monaten. Das Häuschen wächst immer mehr mit Gestrüpp zu. Wenn man nicht wüsste, wo es steht, würde man es nicht finden. Herr K. schneidet das Gestrüpp nicht runter, weil ab und zu Jugendliche auf dem Gelände ihr Unwesen treiben und ihm das Ganze nicht geheuer ist. Irgendwann schlugen sie die Scheiben seines auf der Straße stehenden und abgemeldeten Autos ein.

Als der Bruder von Herrn K. ins Pflegeheim kommt, soll er die gesamte Pacht alleine bezahlen. Und als sein Schwager stirbt, hat Herr K. keine Unterstützung mehr beim aufwendigen Einkaufen. Er fährt mit dem Taxi zum Einkaufen und mit einer Schubkarre transportiert er die Einkäufe von der Straße zu seinem Häuschen. Herr K. baut körperlich immer mehr ab, er ist dünner geworden. Er kann nur noch mit einem Gehstock laufen und er verlässt immer seltener sein Zimmer. Geistig ist Herr K. ganz klar und orientiert.

Herr K. hat sich im Lauf der Zeit mit einer Frau angefreundet, die einst die Katzen einer Nachbarin von ihm versorgt hat. Die „Katzenfrau“ fährt nun für Herrn K. dienstags und freitags einkaufen, später besucht sie ihn täglich und schaut nach dem Rechten. Sie kümmert sich um seine Wundversorgung. Sie organisiert eine Ärztin, die bei Herrn K. Hausbesuche durchführt. Die „Katzenfrau“ erreicht, dass Herr K. den Pflegegrad 2 bekommt. Ein Pflegedienst besucht ihn. Herr K. bekommt einen Rollator. Die „Katzenfrau“ ist in Kontakt mit der Sozialarbeiterin.

In die renovierten Zimmer seines Bruders will er nicht ziehen, es gäbe dort keine Katzenklappe und in seinem Zimmer weiß er, wo da was steht. Es ginge nur, wenn man einen Durchgang schaffen würde. So geht er einmal ums Haus herum, wenn er doch in dieses Zimmer

gelangen will. Wenn es geregnet hat, ist der Boden ums Häuschen matschig und der Weg beschwerlich. Sein Haus und die Umgebung sind zu einem Paradies für Ratten geworden, die er mit dem überall liegenden Katzenfutter angelockt hat. Herr K. füttert seine Katzen jetzt nur noch auf Tischen und Stühlen. Wegen der Tiere will er sein Häuschen nicht verlassen.

Die „Katzenfrau“ hat die komplette Organisation seiner Versorgung übernommen, sie kauft für ihn ein, wäscht für ihn, fährt mit ihm zum Friseur, usw. Sie möchte es nun hinbekommen, dass Herr K. aufgrund seiner physischen Verfassung sein Einverständnis dafür gibt, in ein Heim, welches sich in ihrer Nachbarschaft befindet und in dem sie ihn weiter besuchen könnte, zu kommen. Sie fragt vorsichtig nach, ob sie eine seiner Katzen weiter vermitteln darf. Sein Häuschen ist mittlerweile kaum noch bewohnbar, es regnet durch und ständig kommt es wegen der undichten Dächer zu Stromkurzschlüssen.

Als durch einen Sturm mehrere Strommasten umfallen, hat Herr K. seine letzte Energiequelle verloren. Das Häuschen ist faktisch unbewohnbar geworden. Herr K. kommt in ein Pflegeheim. Er darf dort eine Katze haben. Die „Katzenfrau“ bringt ihm diese Katze vorbei.

## Einrichtungen die Statements abgegeben haben

### Für die Landeshauptstadt Hannover



- Referat für Frauen und Gleichstellung

- Fachbereich Senioren - Kommunaler Seniorenservice- Sachgebiet Projektkoordination und begleitende Dienste-Einzelfallhilfe als Krisenintervention

### Für die Region Hannover



- Team Gleichstellung
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Team Betreuungsangelegenheiten
- Team Hilfe zur Pflege – Beratung und Planung
- Team Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

### Für die Städte und Gemeinden der Region Hannover

- Stadt Hemmingen



- Stadt Lehrte



- Stadt Pattensen



### Für die ambulante Pflege



- Birkenhof Ambulante Pflegedienste gGmbH - Ambulante somatische Pflege
- Birkenhof Ambulante Pflegedienste gGmbH - Ambulante Psychiatrische Fachpflege

### Für die Wohnungswirtschaft

- hanova



- meravis



### Für die Seniorenvertretung

Seniorenbeirat der Stadt und der Region Hannover



### Für weitere Akteursgruppen

- Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit/ FAM, STEP Niedersachsen



- Werkheim e.V., Projekt Rose



- Johann Jobst Wagenerische Stiftung



- Hochschule Hannover – Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales



Landeshauptstadt



Hannover



Region Hannover

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Region Hannover · Fachbereich Soziales  
Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover

Landeshauptstadt Hannover · Fachbereich Senioren  
Kommunaler Seniorenservice · Ihmepassage 5, 30449 Hannover

### Text und Redaktion

Landeshauptstadt Hannover  
Fachbereich Senioren · Kommunaler Seniorenservice  
Sachgebiet Projektkoordination und begleitende Dienste/ Einzelfallhilfe als Krisenintervention  
Kontakt: 57.23@Hannover-Stadt.de

Region Hannover · Fachbereich Soziales  
Team Hilfe zur Pflege · Beratung und Planung  
Kontakt: konsd@region-hannover.de

### Fotos

Titelfoto: photocase.com – cacciatore.di.sogni  
Seite 1 – rechts: Christian Behrens, links: Landeshauptstadt Hannover  
Seite 3, 5, 7, 10, 17, 19-20, 34, 40: stock.adobe.com – d1sk, Seite 21: stock.adobe.com – inueng

### Gestaltung

Region Hannover, Team Medienservice

### Druck

Region Hannover, Team Medienservice,  
gedruckt auf 100% Recyclingpapier

### Stand

April 2020

[WWW.HANNOVER.DE](http://WWW.HANNOVER.DE)