

Kommunale Gesundheitskonferenz

25. Sitzung am 16.05.2011 Raum C2, Rathaus

Vorsitz/Moderation:

Herr Visser Stadt Krefeld, Geschäftsbereichsleiter VI Umwelt,
Gesundheit, Tiefbau und Grünflächen

Anwesende Mitglieder/Stellvertreter:

Herr Dr. Binder	Ärztlicher Dienst, Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld
Herr Hahn/Frau Neuhaus	Forum Selbsthilfe Krefeld
Frau Hellfeier	Gleichstellungsstelle der Stadt Krefeld
Herr Henke	Zentralbereich, Heim- und Medizinalaufsicht, Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld
Frau Hillmann	CDU-Fraktion Krefeld
Herr Hochkamer	AG der Wohlfahrtsverbände/DPWV Kreisverband Krefeld
Herr Hoffmann	FDP-Fraktion Krefeld
Herr Dr. Horn	PSAG Krefeld; Alexianer-Krefeld GmbH, Psychiatrisch- Psychotherapeutische Kliniken (Referent)
Frau Jungbluth	Fraktion UWG Freie Wähler Krefeld
Herr Krüger	Apothekerkammer, Kreisstelle Krefeld (Referent)
Herr Dr. Lenssen	Rettungsdienst des Fachbereichs Feuerwehr und Zivil- schutz der Stadt Krefeld
Herr Mohren	Ratsgruppe Die Linke Krefeld
Herr Noth	Patientenbeschwerdestelle im Helios-Klinikum Krefeld
Frau Nottebohm	Sachverständigengruppe für Behindertenfragen im DPWV Krefeld
Herr Novotny	ArGe der Krankenhäuser Krefeld/Klinik Königshof
Frau Pelmtner	SPD-Fraktion Krefeld
Herr Seiffert	Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Krefeld
Herr Dr. Schmitz	Ärztlicher Dienst, Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld
Frau Tümmlers	Pflegekonferenz der Stadt Krefeld
Herr Zange	Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Krefeld
Frau Ehlers	Presseamt der Stadt Krefeld

Gäste:

Frau Frank-Djabbapour	SKM (Katholischer Verein für Soziale Dienste) Krefeld, Netzwerk „Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem psy- chisch erkrankten Elternteil und ihre Familien in Krefeld“ (Referentin)
Frau Marx	Seniorenangelegenheiten/Pflege und Wohnberatung des Fachbereichs Soziales, Senioren und Wohnen der Stadt Krefeld
Mitglied	der Angehörigen-Selbsthilfegruppe Messie-Syndrom Kre- feld (Referentin)

Herr Peeters	Infektionsschutz und Gesundheitsschutz/Umwelthygiene des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Krefeld (Referent)
Frau Spanier	Sozialpsychiatrischer Dienst des Fachbereichs Gesundheit, Stadt Krefeld (Referentin)
Herr Keskin	Institutsambulanz der Klinik Königshof Krefeld (Referent)

Entschuldigt/nicht anwesend:

Herr Dr. Krausbauer	Ärztekammer Rheinland, Kreisstelle Krefeld
Herr Meertz	AOK Krefeld
Herr Mertens	ArGe BKK SBK Rhein/Ruhr
Herr Schild	IKK Nordrhein, Regionaldirektion Niederrhein
Herr Winkelmann	VdEK/Barmer GEK Krefeld

Schriftführung:

Frau Paas und Frau Drees	Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld, Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz/Ortsnahe Koordination der gesundheitlichen Versorgung
-----------------------------	---

Vor dem Aufrufen der Tagesordnung informiert der Vorsitzende, dass Herr Hülser am 24.01.2012 verstorben ist. Er bittet die Anwesenden, sich zu einer Gedenkminute zu erheben. Im Anschluss daran würdigt Herr Hochkamer Herrn Hülsers Engagement. Dieser sei seit ihrer Gründung Mitglied der Gesundheitskonferenz gewesen, darüber hinaus Mitglied der Sachverständigengruppe, beratendes Mitglied im Sozial- und Gesundheitsausschuss und Mitglied des Begleitgremiums der Selbsthilfe-Kontaktstelle. Herr Hülser, der jahrelang im Rollstuhl gesessen habe und von seiner Frau sehr unterstützt worden sei, war zudem über 25 Jahre im Selbsthilfe-Club der Körperbehinderten aktiv und habe sich immer für das Thema „Barrierefreiheit in Krefeld“ eingesetzt. Er habe immer noch vorn geschaut und viel für behinderte Menschen in Krefeld erreicht.

Zu TOP 1 Genehmigung der Niederschrift der 24. Sitzung am 07.12.2011:

Die Niederschrift wird genehmigt.

Zu TOP 2 Eingänge und Mitteilungen:

Herr Visser informiert, dass Herr Dr. Horn auf der diesjährigen Mitgliederversammlung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Krefeld PSAG, die unter dem Motto „Krisen-Kultur-Krefeld“ am 25.04.2012 im Altenheim Saassenhof stattgefunden habe, als Vorsitzender wiedergewählt worden sei. Er gratuliert Herrn Dr. Horn, der den Vorsitz nun schon seit 16 Jahren innehat, und dankt für seinen Einsatz. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Krefeld (PSAG) erhielt am 14.05.2003 von der kommunalen Gesundheitskonferenz den grundsätzlichen Auftrag, weiterhin bezüglich des Teilbereichs der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Themen zu beraten und entsprechende Konzepte zu entwickeln.

Zu TOP 3 Vorstellung des Netzwerks "Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihre Familien in Krefeld":

Frau Frank-Djabbapour, Diplom-Sozialarbeiterin beim Netzwerkpartner SKM Krefeld e.V. (Katholischer Verein für soziale Dienste), informiert einleitend darüber, dass der Gründung des Netzwerkes "Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihre Familien in Krefeld" die Arbeit einer entsprechenden Projektgruppe, bestehend aus dem Kinderschutzbund Krefeld, dem Alexianer-Krankenhaus, der Psychosozialen Hilfe Krefeld e.V. als Träger eines Sozialpsychiatrischen Zentrums, dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Krefeld und dem SKM Krefeld als Träger eines Sozialpsychiatrischen Zentrums vorangegangen sei. Diese Projektgruppe habe zunächst in den Jahren 2010 und 2011 die Entwicklung des Flyers „Kindersicht – Ach wie gut, dass jemand weiß...“ beschlossen. Sie verteilt diesen - mittlerweile fertiggestellten - Flyer, in dem die bereits bestehenden Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern(teilen) der Netzwerkpartner in Krefeld aufgeführt seien und auf die Netzwerkpartner als Ansprech- und Vermittlungspartner hingewiesen werde. Neben den genannten Mitgliedern der Projektgruppe seien folgende Krefelder Einrichtungen als Partner des im März 2011 gegründeten Netzwerkes im Laufe der Zeit hinzugekommen: die Klinik Königshof, der Sozialdienst katholischer Frauen e.V., die Beratung für Alleinerziehende, der Katholische Beratungsdienst für Lebens-, Ehe- und Familienfragen, der Psychologische Dienst der Stadt und die Psychosoziale Praxis für Familien (von Monika Erkens). Auch die Telefonnummern der Krisenhilfe und Telefonseelsorge würden genannt.

Ziele des Netzwerkes seien die bessere Vernetzung und Kooperation aller psychosozialen Träger, die mit Kindern psychisch kranker Eltern zu tun haben sowie die Entwicklung konkreter Hilfsangebote für diese Kinder. Konkret sollen durch Information und Aufklärung das Thema enttabuisiert, ein besseres Verständnis für die psychiatrische Erkrankung des Elternteils erlangt werden, praktische Hilfen gegeben und vermittelt werden, die entsprechenden Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe und im Alltag gestärkt werden und die betroffenen Kinder und Jugendlichen entlastet und ermutigt werden.

Wenn über die bestehenden regulären Angebote der verschiedenen zuständigen Stellen hinaus Hilfe benötigt werde, insbesondere an Schnittstellen, z.B. wenn der Kontakt zwischen Eltern und Kindern unterbrochen ist, werde das Netzwerk aktiv. Wenn etwa eine psychisch kranke Mutter im betreuten Einzelwohnen betreut werde, während ihr Kind, für welches das Jugendamt das Sorgerecht habe, in einer Pflegefamilie untergebracht sei, so könne das Netzwerk in diesem Fall Hilfen geben bei der Begleitung des Besuchskontaktes. Darüber hinaus könnte das Kind z.B. in eine Gruppe des Kinderschutzbundes vermittelt werden, wo ihm geholfen würde, das Erlebte zu verarbeiten.

Die Referentin weist darauf hin, dass die Angebote aus Spenden und Eigenmitteln der Träger finanziert werden und nicht refinanziert würden. Die Netzwerkpartner wünschten sich auch die Teilnahme des Fachbereichs Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung der Stadt Krefeld als weiteren Partner. Wünschenswert sei dann die Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Ein konkretes Anliegen des Netzwerkes sei die Durchführung einer gemeinsamen Fachtagung dieser beiden Bereiche, auf welcher die jeweiligen Angebote dargestellt würden und auf die Schnittstellenprobleme aufmerksam gemacht werden sollte. Dies habe sich bislang leider nicht realisieren lassen. Als weiteres Ziel sehe das Netzwerk den Aufbau kommunaler Strukturen mithilfe von Fördermitteln des Landschaftsverbandes Rheinland. Um derartige Fördergelder beantragen zu können, sei aber hier die Kooperation der Fachbereiche Gesundheit und Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung zwingend erforderlich.

Frau Nottebohm begrüßt die Gründung des Netzwerkes und, dass auch die Fachkliniken an Bord sind. Sie berichtet, dass das Thema auch beim Landschaftsverband Rheinland beraten werde. Herr Visser dankt Frau Frank-Djabbapour für ihren Vortrag und möchte wissen, in welchem Umfang tatsächlich diejenigen Kinder entdeckt und erreicht werden, bei denen Bedarf angezeigt werde. Frau Frank-Djabbapour verweist auf eine hohe Dunkelziffer, von der – wie in anderen Kommunen - bedauerlicher Weise auch in Krefeld auszugehen sei. Frau Spanier ergänzt, dass versucht werde, die potenziell Betroffenen möglichst früh zu erreichen. So sei zum Beispiel der Netzwerkpartner Psychologischer Dienst der Stadt bereits in Kindergärten aktiv, um dort einen direkten Kontakt zu entsprechenden Müttern (und teilweise auch Vätern) aufbauen zu können. Vorrangig sein das Kindeswohl; es gehe dabei nicht um das Vorführen auffälliger Eltern(teile), sondern um das Anbieten konkreter Hilfen, z.B. durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Jugendamt werde mit ins Boot geholt, um speziell die Interessen des Kindes zu verfolgen.

Herr Hochkamer macht darauf aufmerksam, dass die Mitarbeiter/innen des offenen Ganztages in den Schulen aufgrund der längeren Aufenthalte der Kinder dort engere Kontakte mit diesen aufbauten und daher heutzutage mit ganz anderen Themen (etwa dem obigen) als früher konfrontiert würden. Eine entsprechende Qualifikation der Mitarbeiter/innen sei durch Förderung/Schulung zu gewährleisten. Die gesamte Thematik sollte auch im Jugendhilfeausschuss vorgestellt werden. Herr Zange informiert darüber, dass auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten Hilfe leisten können und bietet an, einen Kontakt zwischen dieser Berufsgruppe und dem vorgestellten Netzwerk zu vermitteln. Zudem ist er der Meinung, dass die besagte Thematik im Rahmen des Themas „Psychische Gesundheit an Schulen“ grundsätzlich behandelt werden sollte. Frau Frank-Djabbapour sieht wie er die Notwendigkeit einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit, für die das Netzwerk aber leider keine Ressourcen habe. Frau Hillmann möchte wissen, wo ein Kind untergebracht wird, das vom Jugendamt aus einer Familie mit psychisch kranken Eltern genommen wird. Frau Spanier erläutert, dass vor einer möglichen Herausnahme geprüft werde, ob ambulante Hilfen, zum Beispiel auch betreutes Wohnen, ausreichen würden oder die Lage durch die Behandlung der betroffenen Eltern stabilisiert werden könne. Wenn derartige Maßnahmen nicht griffen bzw. das Kindeswohl gefährdet sei, werde das Kind in einer Pflegefamilie, bei Verwandten oder im Kinderheim in Obhut genommen.

Herr Dr. Lenssen fragt, wo eine Übersicht der Hilfsangebote für auffällige Kinder, z.B. auch von Psychologen (wobei bei ihnen die Wartezeiten extrem lang seien) zu finden ist. Bzgl. akuter Fälle verweist Frau Spanier auf das Nottelefon des Jugendamtes, über die Angebote der Netzwerkmitglieder informiere das Netzwerk. Herr Dr. Horn bestätigt die Auslastung der Psychotherapeuten, verweist aber auf die Rheinische Akademie für Psychotherapie (Ausbildungszentrum Krefeld), die immer mal wieder Kapazitäten frei habe. Frau Pelmtter regt an, bei einer kurzfristigen Unterbringung eines psychisch kranken Elternteils in einer Klinik unmittelbar Hilfsangebote für die Familien anzudocken. Frau Frank-Djabbapour begrüßt dies, jedoch müssten adäquate Angebote vorhanden und deren Finanzierung geregelt sein.

Zu TOP 4 Verwaarlöste Wohnungen - Erfahrungen aus der praktischen Arbeit:

Vorab weist Herr Visser drauf hin, dass das Schwerpunktthema der heutigen Sitzung nun im Rahmen der folgenden Tagesordnungspunkte aus vier verschiedenen Blickwinkeln dargestellt werde.

Es beginnt Herr Peeters, der das Thema und seine entsprechende Arbeit mithilfe einer Powerpointpräsentation aus seiner infektionshygienischen Perspektive darstellt. Seine Vortragsunterlagen können bei Interesse bei der Geschäftsführung angefordert werden. Der Referent ist Gesundheitsaufseher im Team 4 des Fachbereichs Gesundheit, das für Infektionsschutz und Hygiene zuständig sei. Er teilt mit, dass die rechtliche Grundlage seiner Arbeit insbesondere das Infektionsschutzgesetz (IfSG) sei, welches am 01.01.2011 in Kraft getreten sei und das Bundesseuchengesetz abgelöst habe. In dem Zusammenhang gebe es weitere Regelungen in den Rechtsverordnungen der Länder und den Richtlinien des RKI (Robert-Koch-Institutes).

Wenn Tatsachen festgestellt würden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder es anzunehmen sei, dass solche Tatsachen vorliegen, so habe die zuständige Behörde die Aufgabe, die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahren zu treffen.

Dazu seien im 4. Abschnitt „Verhütung übertragbarer Krankheiten“ des IfSG die Aufgaben und Zuständigkeiten (§16 und § 17 allgemeine und besondere Maßnahmen der zuständigen Behörde, § 18 behördlich angeordnete Entseuchungen, Entwesungen, Bekämpfung von Krankheitserregern übertragenden Wirbeltieren, Kosten) genau geregelt. Entscheidend sei hier, dass das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13, Absatz 1 des Grundgesetzes) unter bestimmten Bedingungen eingeschränkt werde, was in der Praxis bedeute, dass der Gesundheitsaufseher oder Hygienekontrolleur (nur) bei dringendem Verdacht einer akuten Seuchengefahr die Wohnungstür durch einen Schlüsseldienst öffnen lassen könne. Neben der Gefahr von Krankheiten könne durch bestimmten Schädlingsbefall manchmal auch die Baustatik beeinträchtigt sein.

Bei Gefahr im Verzug hätten Herr Peeters und seine Kollegen Sofortmaßnahmen anzuordnen, die durch angeforderte dafür qualifizierte Schädlingsbekämpfung-/Entrümpelungsfirmen, gegebenenfalls den Tierrettungsdienst und das Jugendamt umgesetzt würden. Ggf. würde auch der Fachbereich Umwelt (untere Abfallbehörde/Abfallberatung) hinzugezogen. Widerspruch sei zwar einlegbar, habe aber keine aufschiebende Wirkung. Die die Wohnung bewohnende Personen müssten dann solange der Wohnung fernbleiben, bis die vorgegebene Karenzzeit abgelaufen sei. Zwar seien diese Menschen oft in Betreuung, doch würden einige Betreuer nach seiner Einschätzung anscheinend oft ihren Verpflichtungen nicht in ausreichendem Maße nachkommen oder seien oft nur für bestimmte Aufgaben zuständig.

Herr Peeters berichtet, dass er viele Beschwerden zu bearbeiten habe, die keinen infektionshygienischen Bezug hätten. Es käme etwa vor, dass Nachbarn oder Vermieter, die einen anders ausgeprägten Ordnungssinn als die betreffende gemeldete Person hätten, bei ihm Meldung machten. Viele Fälle seien telefonisch oder durch ein Gespräch vor Ort zu klären.

Er teilt mit, dass - seit dem Jahr 2003 - pro Jahr im Schnitt annähernd 80 Krefelder Wohnungen durch außerdienstliche Tätigkeit des Teams Infektionsschutz und Hygiene kontrolliert und bei Bedarf Maßnahmen über die Ordnungsbehörde u.ä. veranlasst worden seien/würden. Dazu kämen die telefonischen und die durch die Beratung im Amt abgearbeiteten Fälle. Man müsse von einer nicht bestimmbar höheren Dunkelziffer bzgl. - aus hygienischer Sicht bedenklicher - „Messie-Wohnungen“ in Krefeld ausgehen.

Herr Peeters zeigt einige Bilder von verunreinigten Wohnungen/Wohnungsbereichen und von Schädlingen, die darin vorkommen können.

Herr Peeters merkt an, dass die betroffenen Menschen, mit denen er diesbezüglich in Kontakt treten, sich häufig in einem Zwiespalt befänden und auch froh zu sein scheinen, dass ihnen Hilfe angeboten werde. Wenn er Beratungsbedarf aufgrund einer psychischen Krankheit vermute, würde er auch den städtischen Sozialpsychiatrischen Dienst zu Rate ziehen.

Nach seinen Erfahrungen seien fast 80% der Menschen in verwaorlosten Wohnungen männlichen Geschlechts und deutscher Staatsangehörigkeit. Die Altersspanne liege in der Regel zwischen 40 und 60 Jahren. Oft seien der Verwaorlung/Vermüllung der Wohnung länger bestehende Arbeitslosigkeit, Trennung vom Lebenspartner durch Scheidung oder Tod, Krankheiten wie Alkoholismus vorausgegangen. Bei jüngeren Klienten spielten insbesondere Alkohol, Drogen und Erkrankungen der Psyche eine große Rolle, bei Älteren sind es Demenz, Altersgebrechlichkeit, Vereinsamung und auch Alkohol.

Derartige Menschen würden meistens von der Gesellschaft ausgegrenzt oder ignoriert.

Herr Peeters macht deutlich, dass er nur mit Menschen zu tun habe, deren Wohnungen aus infektionshygienischer Sicht problematisch seien. Er verweist darauf, dass es sicher auch viele Menschen mit Messie-Syndrom gebe, deren Wohnungen in dieser Hinsicht nicht auffällig seien. Mit diesen habe er keinerlei Kontakt.

Zu TOP 5 Messie-Syndrom aus fachärztlicher Sicht:

Herr Dr. Horn referiert anhand einer Powerpointpräsentation und einer Tischvorlage (kann bei Interesse angefordert werden). Er berichtet, dass er im Rahmen seiner Recherchen festgestellt habe, dass die Forschung den Erkenntnissen der Selbsthilfegruppen weit hinterher hinke. Das sogenannte Messie-Syndrom werde in Kliniken teilweise übersehen, eine ärztliche Diagnostik existiere noch nicht. Ungeklärt sei auch, ob es sich um eine Krankheit, ein Syndrom oder ein Symptom handle. Er betont, dass er mit seinem Vortrag eine Bresche für diese Menschen schlagen möchte, die oft von den Medien und der Öffentlichkeit quasi voyeuristisch beäugt würden und deren massiver Leidensdruck oft unterschätzt werde.

Herr Dr. Horn erläutert, dass der Begriff „Messie“ vom englischen „Mess“ komme, was „Unordnung, Chaos, Durcheinander“ bedeute. In der Medizin spreche man u.a. auch von Diogenes-Syndrom, Vermüllungssyndrom, pathologischem Horten, Desorganisationssyndrom. Der Begriff „Messie“ bezeichne Personen, die in hohem Maße unfähig zur Ordnung (im Sinne der englischen Bedeutung) seien. Am augenfälligsten sei dies im Haushalt, auch Bereiche wie Finanzen, Zeitmanagement und zwischenmenschliche Beziehungen seien betroffen.

Nach der Schätzung von Medizinern litten allein in Deutschland ca. 300.000 Menschen am Messie-Syndrom, es kursierten jedoch auch Zahlen von bis zu 2 Millionen Betroffenen. Zuverlässige Daten aus repräsentativen Studien gebe es nicht. Herr Dr. Horn informiert darüber, dass das Messie-Syndrom keine Krankheit im Sinne internationaler Klassifikationen (auch nicht der deutschen ICD 10) ist. „Syndrom“ bezeichne eine Reihe von Symptomen. Syndrome können Ausdruck verschiedener Krankheiten sein. In der Psychiatrie würden immer wieder neue Syndrome auftauchen, weil bestimmte

Themen in der öffentlichen Diskussion in den Vordergrund rückten (Modediagnosen). Trotzdem stelle sich dann die Frage, ob nicht eine neue Krankheitsentität entdeckt wurde.

Der Psychiater Peter Dettmering unterscheide drei Stufen der Vermüllung einer Wohnung: bei Stufe 1 würden wertlose Gegenstände im Sinne einer „geordneten Unordnung“ gehortet, in Stufe 2 sei keine Ordnung mehr zu erkennen, Bewohner würden vom Müll überwältigt. Stufe 3 sei gekennzeichnet durch die Unbewohnbarkeit der Wohnung aufgrund des Zusammenbruchs aller hygienischen Gewohnheiten (anzutreffen seien Urin, Exkremente und verwesende Nahrungsmittel). Der Umschlag ins Pathologische könne etwa daran festgemacht werden, dass Müll die Funktionen des Wohnens blockiere (vollgestelltes Bad, nicht mehr zu nutzen) und zu einer erkennbaren sozialen Beeinträchtigung führe.

Herr Dr. Horn erläutert, dass „Messies“ Schwierigkeiten beim Planen, Organisieren und Entscheiden zeigten. Sie hätten u.a. Angst vor Fehlentscheidungen und Probleme damit, zwischen Gefühlen und rationalen Argumenten abzuwägen und Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Dabei seien diese Menschen, die zu zwanghaftem Horten neigten, oft - aufgrund eines geschädigten Ich-Bewusstseins - besonders perfektionistisch und fürsorglich. Viele von ihnen empfänden oberflächliches Aufräumen als falsch und wollten stattdessen einen kompletten Hausputz machen, diese Aufgabe erschiene ihnen aber als zu groß und zeitraubend, als dass sie in Angriff genommen werden könnte. Konsequenzen könnten sei: Zwanghaftes Sammeln objektiv wertloser oder verbrauchter Sachen, chronische Probleme mit Zeiteinteilung/Pünktlichkeit, Unordentlichkeit bis zur Vermüllung, potenzieller Geruchsbelästigung und hygienischen Probleme, „Lähmung“ der Handlungsfähigkeit auch in wichtigen Situationen, Versäumen und Nichterledigen sozialer Verpflichtungen, Einschränkung sozialer Kontakte, Hilflosigkeit. Horter schämten sich zwar für ihr Chaos, verteidigten ihre Sammelleidenschaft oft gegen gutes Zureden von Freunden und Familie. Um Anschuldigungen zu entgehen, zögen sie sich zurück, was ihre soziale Isolation verstärkte. Sie suchten nach Anerkennung, fühlten aber auch oft gekränkt, zeigten zu Überempfindlichkeit und emotionaler Instabilität und nahmen eine Opferhaltung ein.

Wenn eine behördliche Entmüllung des privaten Lebensraumes stattfindet, werde die Abwehrfunktion von Angst besonders deutlich. Dadurch werde dem Betroffenen zusätzlich die Hoffnung geraubt, den Zustand selber verbessern zu können. Die Betroffenen sehen es oft nicht als Hilfe an, wenn bei ihnen „nur“ aufgeräumt würde.

Innerhalb des weiten Spektrums von leichten Formen von Unordentlichkeit und Selbstregulationsschwäche und schweren, die Autonomie und Lebenstüchtigkeit der Betroffenen erheblich beeinträchtigenden Störungen gebe es bisher keine klaren Kriterien dafür, ab welchem Schweregrad hier eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliege. Im Mittelpunkt einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung stehe die Psychotherapie als kognitive Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologische Therapie; auch eine unterstützende medikamentöse Behandlung könne angezeigt sein.

Herr Dr. Horn unterscheidet a) zwischen einem Menschen, dessen zentrales Problem die Vermüllung seiner Wohnung ist, welcher Hilfe sucht, aber eine ärztliche Abklärung oder Behandlung ablehnt und b) einem Menschen mit diesem Problem, der aber auch ärztliche Abklärung wünscht.

Im Falle a) sei ein pragmatisches Vorgehen gefragt, etwa Anleitung zur Selbsthilfe, familiäre Unterstützung, sozialarbeiterische oder pflegerische Maßnahmen. Eine besondere Rolle spielten die gut organisierten Selbsthilfegruppen, die Betroffenen in jedem Stadium zu empfehlen seien.

Im Falle b) stelle sich bzgl. der ärztlichen Abklärung zunächst die Frage der Differenzialdiagnosen: Die vermüllte Wohnung könne, wie gesagt, ein äußeres Symptom einer tiefer liegenden Störung sein, daher könne ergänzende psychiatrische Diagnostik sinnvoll sei. Basis sei dann die psychiatrische Untersuchung mit Erhebung einer Krankheitsanamnese, einer biografischen Anamnese und der Erhebung eines psychischen Befundes. Die sich ergebenden Symptomkomplexe stellten die Grundlage der Diagnose dar. Es stelle sich die Frage, welche psychischen Erkrankungen zu einem Messie-Syndrom führen könnten.

Herr Dr. Horn geht auch auf tiefenpsychologische Aspekte des Messie-Syndroms (nach W. Gross, Deutsches Ärzteblatt, 2002) ein: Danach lägen dessen Ursachen in der Diskrepanz zwischen äußerer und innerer Welt der Betroffenen. Die betroffene Person schaffe es nicht, die eigenen Wünsche und Triebe mit den äußeren Anforderungen der Umgebung in Einklang zu bringen und scheine auf ständiger Suche nach etwas zu sein, das sie selbst nicht benennen kann. Sie versuche unbewusst, die Lächer in der Seele mit Äußerlichkeiten – in diesem Fall mit Sammeln und Horten – zu stopfen. Frühkindliche traumatische Verlusterlebnisse, Bindungsstörungen und kritische Lebensereignisse könnten eine Einschränkung des emotionalen Lebens hervorrufen. Es werde dann versucht, dies mit Besitz zu kompensieren. Die Unfähigkeit zu fühlen, bringe Messies dazu, sich (nach Erich Fromm) für das „Haben“ statt für sein „Sein“ zu entscheiden.

Verschiedene Erkrankungen könnten mit der Vermüllung einer Wohnung verbunden sein:

- Alkohol- und Drogenabhängigkeit,
- chronische und rezidivierende depressive Störung und Bipolare Störungen,
- schizophrene Psychose,
- Zwangskrankheit,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Demenz oder andere hirnorganische Störungen,
- funktionelle Störungen,
- Psychotrauma-Folgeschäden, dissoziative Störungen,
- ADHS, Essstörungen u.a.

und auch stressbezogene Probleme.

Er äußert abschließend die Hoffnung, dass das Messie-Syndrom weiter erforscht werde.

Zu TOP 6 Das Messie-Syndrom aus der Sicht von Angehörigen:

Die folgende Referentin ist Mitglied einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von Messies. Sie ist seit vielen Jahren verheiratet, lebt mit ihrem Mann und den beiden gemeinsamen Kindern zusammen und hat eine Teilzeit-Beschäftigung. Zunächst entschuldigt sie ihren ursprünglich vorgesehenen Mitreferenten, der erkrankt ist und berichtet dann über ihre persönlichen Erfahrungen:

Ihr Ehemann, ein Akademiker, sei lebenslang ein Messie gewesen, habe immer schon Probleme gehabt. Zu Hause bei ihnen sei es daher unordentlicher und schmutziger als in vielen anderen Haushalten, aber es handele sich nicht um einen der von Herrn Peeters dargestellten Extremfälle, da die übrigen Familienmitglieder vieles auffingen und ständig wieder aufräumten. Ihr Mann leide unter Versagensängsten. Der Versuch eines beruflichen Wiedereinstiegs sei gescheitert, da er mit den erforderlichen Planungen nicht zurecht gekommen sei. Auffällig sei, dass er für seine Probleme andere verantwortlich mache. Er habe gesellschaftliche Probleme, leide unter Depressionen und habe einen Suizidversuch unternommen. Entsprechende Medikamente habe er aufgrund der Nebenwirkungen abgesetzt. Eine Psychotherapie habe keinen Erfolg gebracht; er zeige keine Krankheitseinsicht. Er ziehe sich oft stundenlang zurück und habe keine Tagesstruktur. In Behördensachen sei er hilflos. Die sozialen Kontakte seien sehr eingeschränkt und nicht „normal“. Er habe Schwierigkeiten, Verantwortung zu übernehmen. Zu Hause sei die Referentin für alles verantwortlich und müsste alle Entscheidungen, auch in Erziehungsfragen, alleine treffen. Sie habe den Anspruch, ihren Kindern Ordnung, Struktur und Verantwortungsbewusstsein beizubringen, was unter den gegebenen Umständen sehr schwierig und problematisch sei. Ihr Mann vermische die Eltern-Kind-Ebenen. Vernünftige, sachliche Diskussionen seien mit ihm nicht möglich, er verhalte sich dann feindselig.

Ihre Kinder fühlten sich in der Schule sozial ausgegrenzt. Ihr Familienleben und ihre Partnerschaft seien durch die Krankheit ihres Mannes stark beeinträchtigt. Bei einer Eheberatung sei er beratungsresistent gewesen. Das Jugendamt habe ihnen in der Vergangenheit eine ambulante Erziehungshilfe gewährt, die ihr Mann nun aber ablehne. Die Referentin aber ist der Meinung, dass sie dringend Hilfe insbesondere für ihre Kinder benötige. Eine konkrete Betreuung wäre hilfreich, zum Beispiel im Rahmen einer Ergotherapie.

Ihr Mann empfinde es als ideal, wenn er keinen Druck und keine Grenzen spüren müsste. Die Referentin teilt mit, dass ihr die Arbeit in der Selbsthilfegruppe sehr geholfen habe: Ihr Mann gebe ihr (auch in der Vergangenheit) immer wieder die Schuld an allen möglichen Situationen. Nun habe sie gelernt, dass diese Schuldzuweisung an andere ein Teil seiner Krankheit sei. Leider sei die Selbsthilfegruppe sehr klein und daher ins Stocken geraten. Unterstützt werde die Referentin aber noch durch Familie und Freunde.

Zu TOP 7 Hilfen aus der sozialarbeiterischen Sicht und Praxis für Menschen mit Messie-Syndrom:

Frau Spanier – Diplom-Sozialpädagogin, Psychotherapeutin nach dem Heilpraktikergesetz und Systemische Beraterin – ist seit 28 Jahren im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDi) der Stadt Krefeld beschäftigt. Sie informiert darüber, dass der SPDi rat- und hilfesusuchenden Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen zur Verfügung steht; Betroffene, Angehörige und sonstige Bezugspersonen können sich an ihn wenden. Zwei der dort tätigen Sozialarbeiter/-pädagoginnen seien für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und die beiden anderen für den Bereich der Allgemeinpsychiatrie zuständig. Außerdem stehe ein Facharzt für Psychiatrie in Teilzeitstelle zur Verfügung.

Die gesetzlichen Grundlagen der Arbeit seien das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen und das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW.

Zunächst geht sie kurz darauf ein, dass seit den 90er Jahren von Messies gesprochen wird und verweist auf die Erläuterungen dazu von Herrn Dr. Horn. Sie macht in dem Zusammenhang auch auf das „Animal-Hoarding“ aufmerksam, in dessen Rahmen eine große Anzahl von Tieren in der Wohnung gesammelt/gehortet wird (z.B. 200 Meer-schweinchen), die aber nicht (mehr) entsprechend versorgt werden können. Die be-troffene Person sehe sich in der Rolle des Pflegers und Retters und erkenne nicht, was die den Tieren damit antue.

Im Folgenden nennt Frau Spanier mögliche Gründe des grundsätzlichen Sam-melns/Hortens (nach M. Groß):

- * Hamstern aus Angst vor Knappheit,
- * als Hobby – z.B. Modelleisenbahn ; Fahrradzubehör, Mineralien,
- * außergewöhnliche Dinge, die zukünftig wertvoll werden können,
- * Schnäppchen – viel kaufen = viel sparen,
- * Angst – „wenn ich das wegwerfe, brauche ich es morgen bestimmt wieder“.

Nun könne sich sicher jeder der Anwesenden mehr oder weniger in dem einen oder anderen Beispiel wiederfinden. Wenn jemand aber Dinge ansammele, die ersatzweise ein anderes Bedürfnis befriedigen sollen, werde noch so viel davon niemals genug für ihn sein. Derartiges sei Messie-Verhalten – und bei dem gebe es keinen Stillstand: So lange sich keine Besserung oder Einhalt abzeichne, erfolge Verschlechterung. Frau Spanier erinnert daran, dass über verschiedene Ausprägungen der möglichen Unord-nung ebenfalls Herr Dr. Horn bereits referiert habe. Die extremste Form sei das Ver-müllungssyndrom mit Wohnungen in bedenklichen hygienischen Verhältnissen, die entrümpelt/entseucht werden müssten. Dies zu veranlassen, sei – wie vorgestellt – die Aufgabe von Herrn Peeters und seinen Kollegen.

Frau Spanier teilt mit, dass auch dem SPDi Menschen mit Messieverhalten gemeldet würden, meist aus verschiedenen Gründen durch Vermieter oder Nachbarn, jedoch seltener durch Angehörige oder Betroffene. Bei den Betroffenen bestehe oft - je nach Situation - ein hohes Spannungspotenzial durch Druck von außen wie durch Famili-enmitglieder, Nachbarn, Vermieter, evtl. Arbeitgeber, Gesundheitsaufsicht und/oder das Ordnungsamt. Die gesamte Situation sei für die Betroffenen (und Angehörige) extrem schambesetzt und mit großer Ambivalenz verbunden. Sie werde daher von den Betroffenen häufig bagatellisiert oder rationalisiert, z.B.: „Das ist erst so schlimm, seit ich letztens krank war“, „Die Katzen waren krank und hatten Durchfall“, „Ich wollte gerade aufräumen, ehe Sie kamen“. Insgesamt werde eine große Hilflo-sigkeit deutlich.

Mögliche Unterstützungsangebote des SPDi für psychisch kranke Menschen, die das Messie-Syndrom aufzeigten, reichten von Motivationsarbeit, Einsicht in das Problem und Vermittlung von Perspektiven bis zur Herstellung von „Arbeitsbündnissen“, d.h. das Zulassen von Helfern und die Vereinbarung einer Zusammenarbeit. Externe Unter-stützungsangebote wie ärztliche oder psychotherapeutische Hilfen, Selbsthilfegrup-pen, ambulant betreutes Wohnen (bei einer psychiatrischen Diagnose), ggf. haushal-terische Unterstützung würden besprochen und die entsprechenden Kontakte vermit-telt.

Frau Spanier macht aufmerksam, dass es unabdingbar sei, dass die betroffenen Men-schen grundsätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen müssen: Problemeinsicht, Leidensdruck sowie den ernsthaften Wunsch/Willen, etwas ändern zu wollen. (Zu be-achten sei dabei, dass es auch Messies gebe, bei denen dies nicht der Fall sei. Zudem

seien nicht alle verwaahlerten oder vermüllten Wohnungen auf das Messie-Syndrom zurückzuführen.)

Es hätten sich für entsprechend einsichtige Betroffene die folgenden drei Faustregeln bewährt:

1. Du schaffst es nur selbst, aber (oft) nicht allein.
2. Mit vielen kleinen Schritten kommt man ans Ziel.
3. Ein großer Sprung, der Veränderung schafft, ist selten.

Zu Punkt 2.) erläutert die Referentin abschließend die praktischen Regeln der kleinen Schritte für Messies:

- Jeden Tag eine Stunde!
- „Vier Kisten“
 1. Kiste: Dinge, die weggeworfen werden können
 2. Kiste: zu verschenkende oder zu verkaufende Dinge
 3. Kiste: an einen anderen Platz zu räumende Dinge
 4. Kiste: „Weiß-noch-nicht“-Dinge (sollte möglichst klein sein).

Herr Visser dankt allen vier Referenten für die umfangreichen sachlichen Darstellungen der Themen „Menschen mit Messie-Syndrom“ und „Vermüllung der Wohnung“ aus verschiedenen Blickwinkeln. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass bestimmte Massenmedien aus Gründen der Sensationslust ein sehr einseitiges, oberflächliches Bild von Menschen in verwaahlerten Wohnungen vermittelten. Sein besonderer Dank geht an die Referentin, die als Angehörige ihre Situation dargestellt habe.

Auch Herr Dr. Lenssen dankt für die eindrucksvollen Vorträge. Er habe viel gelernt, u.a. auch, dass die meisten Menschen mit Messie-Syndrom alleine lebten. Er macht auf die mögliche Brandbelastungen in dem Zusammenhang, insbesondere bei Rauchen, aufmerksam machen. Ein frühzeitiges Erkennen sei, auch für mögliche weitere Hausbewohner, sehr wichtig.

Frau Hillmann spricht der Angehörigen ihre Hochachtung aus. Sie fragt, ob das Messie-Syndrom vereinbar sei. Herr Dr. Horn erinnert daran, dass noch keine umfassenden Forschungsergebnisse vorliegen. Zwar werde von Zwangsstörungen angenommen, dass sie ggf. vererbbar seien, aber die Genetik könne nie nicht als der alleinige Faktor für das Auftreten einer Krankheit angesehen werden. Bei der einen Person mit entsprechender genetischer Disposition entwickle sich eine bestimmte Krankheit, bei einer anderen mit der gleichen Disposition aber nicht. Er verweist auf gängige Studien mit eineiigen Zwillingen (mit identischen Genen) bzgl. des Auftretens psychischer Krankheiten. Man gehe von multifaktoriellen biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen aus.

Weiter möchte Frau Hillmann wissen, ob und wann ein Mieter seine Wohnung nach einer Entrümpelung wieder bewohnen könne. Herr Peeters erwidert, dass dieser dann nicht wieder in die Wohnung käme, wenn eine wirksame fristlose Kündigung des Mietverhältnisses seitens des Vermieters, wie sie in bestimmten Fällen zulässig sei, ausgesprochen worden sei. Sofern dies nicht der Fall sei und der Mieter seine Wohnung nach der ggf. einzuhaltenden Karenzzeit weiter nutzen könne, könne es aber vorkommen, dass seine Wohnung zum Teil oder komplett leer geräumt worden sei.

Herr Hoffmann erkundigt sich, ob Menschen mit Messie-Syndrom therapierbar seien. Herr Dr. Horn erläutert, dass hirnorganische Störungen nicht zu verändern seien, aber je nach Schweregrad der Symptome, etwa durch eine spezielle Psychotherapie, zur der die Rahmenbedingungen geschaffen werden müssten, eine Menge zu erreichen sei, um den Umgang des Betroffenen mit seiner Krankheit zu verändern. Frau Spanier weist auf begleitende mögliche Hilfen im lebenspraktischen Bereich (insbesondere ambulant betreutes Wohnen) hin, die auch langfristig sinnvoll sein könnten. Frau Neuhaus macht darauf aufmerksam, dass es in Krefeld nicht nur die Angehörigen-, sondern auch eine Betroffenen-Selbsthilfegruppe gibt. Herr Zange weist auf einen Krefelder Kollegen, den psychologischen Psychotherapeuten Burkhard Ciupka-Schön, hin, der auf Zwangserkrankungen spezialisiert sei. Oft sei eine Kombination mit Ergotherapie sinnvoll.

Herr Visser bekräftigt die Bedeutung der Kooperation/Vernetzung der betreffenden Stellen und Einrichtungen, damit den betroffenen Menschen, die Hilfe suchten, adäquate Unterstützung gewährleistet werden könne.

Zu TOP 8 Aktuelle psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgungssituation türkischer Migranten in und um Krefeld:

Herr Keskin, Oberarzt in der Klinik Königshof, referiert mit einer Powerpoint-Präsentation (kann bei Bedarf angefordert werden). Er beginnt mit der Vorstellung des Teams der türkischsprachigen Institutsambulanz für Menschen mit psychischen Problemen. Dazu gehören - neben ihm – der Chefarzt der Klinik Königshof, Herr Dr. Stuckstedte, zwei Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, drei Psychologische Psychotherapeuten, eine Sozialarbeiterin, eine pflegerische Stationsleitung, ein Krankenpfleger, eine Sekretärin und eine Arzthelferin.

Er skizziert die Ausgangssituation: Ca. ein Drittel aller in Krefeld lebenden Ausländer und Ausländerinnen hätten türkische Wurzeln, das seien etwa 10.000 Menschen. Er weist auf eine Analyse im Bundesgesundheitsurvey (von Dipl.-Psych. Bermejo, 2010) hin, die Hinweise auf höhere Raten des Auftretens psychischer Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zu Einheimischen speziell bei affektiven und somatoformen (= nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückzuführende) Störungen. Einzelne Migrantengruppen seien auch messbar häufiger in forensischen Einrichtungen vertreten und würden häufiger in psychiatrische Kliniken zwangseingewiesen. Migrantinnen und Migranten würden das Versorgungssystem teilweise erst am Ende der Versorgungskette erreichen. Es bestehe daher die Notwendigkeit, ihnen einen frühzeitigeren Zugang zur psychosozialen Versorgung zu schaffen.

Zur psychiatrischen Versorgungslage türkischsprachiger Patienten in Nordrhein-Westfalen teilt Herr Keskin mit, dass in NRW im Erwachsenenbereich etwa 12 Ärzte und 6,5 Psychologen im engeren Sinne muttersprachlich für eine Bevölkerungsgruppe von etwa 600.000 türkischstämmigen Menschen psychiatrisch tätig seien. Dazu sei zu beachten, dass jeder fünfte Türke Deutsch gar nicht oder nur mangelhaft spreche (siehe „Türken sind die Sorgenkinder der Integration“ in: Die Welt, 17.04.2010).

Kulturelle Barrieren und lückenhafte Kenntnisse der deutschen Sprache behinderten oft eine optimale Gesundheitsversorgung der türkischstämmigen Betroffenen. Viele Migranten hätten Schwierigkeiten, das Gesundheitssystem zu verstehen und für sich

zu nutzen, zudem sei ein Großteil nur unzureichend über Krankheiten und deren Therapiemöglichkeiten informiert.

Herr Keskin informiert darüber, dass seit dem Jahr 2007 türkische Migranten in der Klinik Königshof ambulant psychiatrisch in der Muttersprache betreut würden. Mit zunehmender Patientenzahl zeige sich ein größerer Anteil von schwersten und chronifizierten Störungen (chronifizierte Traumata, austherapierte Depressionen und Psychosen). Der Anteil der über 60-jährigen Migranten der Gastarbeitergeneration (1. Generation) mit altersspezifischen psychischen Störungen (Demenzen, Altersdepressionen) steige. Seinen Erfahrungen nach korreliere der Anteil der sozialmedizinischen Fragestellungen mit der gesamtdeutschen Entwicklung (Verdopplung der Arbeitsunfähigkeitstage AU wegen psychischer Krankheiten 2000-2010). Der Bedarf nach intensiver Psychotherapie sei mindestens bei einem Viertel der Patienten gegeben, wobei die Sucht nach einem geeigneten Therapeuten aufgrund sehr langer Wartelisten oft frustriert bleibe. Die behandelnden Mitarbeiter/innen der Ambulanz und die Patienten erlebten ambulante Hilfen (z.B. ambulant betreutes Wohnen) nach anfänglicher Ambivalenz als starke Entlastung vor allem bei Muttersprachlern.

Durch Vortragsveranstaltungen werde zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der türkischen Bevölkerung beigetragen. Vorträge durch türkischsprachige Referenten in lokalen Einrichtungen (z.B. Klinik Königshof, Volkshochschule) dienten der gegenseitigen Vernetzung.

Herr Keskin führt die Angebote der türkischsprachigen Ambulanz auf:

- therapeutische Gespräche (ca. alle vier Wochen, je 20 Minuten)
- Krisenintervention in akuten Notlagen (in Notfällen noch am selben Tag)
- Nachbehandlung von stationären Patienten
- Vermittlung von psychosozialen Hilfen – mithilfe von Sozialarbeitern
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen
- Psychoedukative Gruppengespräche
 - o Laufende Gruppen: eine Frauengruppe, eine Entspannungsgruppe.

In der Ambulanz nicht angeboten würde Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie). (Eine 50-minütige ambulante Psychotherapie-Sitzung würde wöchentlich erfolgen.) Dazu bemerkt er zum einen, dass viele seiner Patienten überhaupt nicht „psychotherapiefähig“ seien, zum anderen, dass nach dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Richter, die psychotherapeutische Versorgung für Migranten mangelhaft sei.

Bezüglich des Einzugsgebietes der Ambulanz-Patienten gibt er einen Überblick für die Jahre 2008 und 2011:

	2008:		2011:
Krefeld	57,1%	Krefeld	36,5%
Duisburg	12,5%	Duisburg	15,5%
Moers	8,9%	Kreis Wesel	12,4%
Neuss	5,4%	Moers	8,3%
Meerbusch	1,4%	Kreis Viersen	4,6%
Mönchengladbach	1,4%	Düsseldorf	3,9%
Willich	1,4%	Kreis Neuss	2,8%
Kamp-Lintfort	1,4%	Mönchengladbach	1,5%
Düsseldorf	1,1%	Willich	1,3%
Viersen	0,8%	Tönisvorst	1,3%
		Sonstige	12,9%

Aktuell seien 37,5% der Patienten der Ambulanz männlich und 62,5% weiblich. Die Inanspruchnahme sei kontinuierlich gestiegen, man verzeichne nun etwa 1.600 Fälle pro Jahr.

Herr Keskin konstatiert, dass die Arbeit der Ambulanz zeige, dass es auch weiterhin einen großen Bedarf für die erbrachten Leistungen im Krefelder Raum gebe. Dennoch fehlten muttersprachliche Psychotherapeuten in Krefeld und Umgebung, die Leistungen für die breite türkische Bevölkerungsgruppe anbieten sollten. Er habe erfahren, dass viele seiner Patienten Beratungsbedarf auch in anderen Angelegenheiten hätten und nicht wüssten, an wen sie sich wenden könnten (Familien-, Insolvenz-, Pflegeberater). Eine intensivere Vernetzung, auch mit der Stadt Krefeld, und Qualitätszirkel könnten zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung und Versorgung türkischer Mitbürger in Krefeld beitragen.

Herr Visser dankt Herrn Keskin für seinen Vortrag. Ergänzend weist Frau Paas auf das Integrationsbüro der Stadt Krefeld hin, wo Beratung zu migrationsspezifischen Problemen, Fragestellungen, Anliegen angeboten werde, und auf das Integrationsportal (www.krefeld-verbindet-menschen.de), das seit Frühjahr dieses Jahres online ist. Dort sei auch die vorgestellte türkischsprachige Ambulanz aufgeführt.

Auf Herrn Vissers Frage an Herrn Keskin, ob es sich bei der dargestellten Problematik um ein Generationenthema handele, antwortet Herr Keskin, dass Angehörige der ersten Generation oftmals sprachliche Schwierigkeiten hätten, aber auch Angehörige der zweiten Generation türkischsprachige Therapeuten bevorzugten. Er nennt Cannabis-Missbrauch als typisches Problem der dritten Generation.

Zu TOP 9 Verschiedenes:

Er liegen keine Meldungen vor.

Zu TOP 10 Termin der 26. Gesundheitskonferenz:

Die nächste Gesundheitskonferenz wird stattfinden am **Mittwoch, den 07.11.2012 von 17⁰⁰ Uhr bis ca. 19⁰⁰ Uhr**, im Raum C6 des Krefelder Rathauses.