

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1992-1993)

Heft: 40

Artikel: Blick über die Grenzen, diesmal ins Welschland mit Abstechern nach Zürich : das Diogenes-Syndrom

Autor: Chabert, M.J. / Kocher, Y.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790418>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Diogenes-Syndrom

M. J. Chabert, Y. Kocher*

Dieser Artikel wurde der Zeitschrift Krankenpflege 10/92, Seiten 9-15, entnommen und aus dem Französischen übersetzt von V. Schneider, gekürzt von A. Wettstein, der zusammen mit D. Michel die Fallbeispiele beige-steuert hat.

Diogenes - so lehrt uns die Geschichte - war ein Original. Er verachtete alle Konventionen und lebte in einer Tonne. Auf alles Überflüssige verzichtend, pries er das schlichte und natürliche Leben. - Diogenes' heutige Nachfahren sind ebenfalls Originale, am Rand der Gesellschaft lebend, irritieren sie uns. Weil sie die elementarsten Regeln des menschlichen Zusammenlebens missachten, zeigt man mit Fingern auf sie. Sind sie ein Problem für das öffentliche Gesundheitswesen? Ihnen zu helfen, ist jedenfalls nicht immer einfach.

Heute werden uns solche Fälle aufgrund von Klagen aus der Nachbarschaft oder von Liegenschaftsverwaltungen, von Sozialdiensten oder der Vormundschaftsbehörde gemeldet. Der angegebene Interventionsgrund ist soziale Not. Diese Menschen sind oft verschuldet, obschon sie selten arm sind.

Es ist oft Uebelkeit erregender Gestank aus der Wohnung und eine extreme Verwahrlosung, welche die Nachbarn aufmerksam machen. Das soziale Verhalten der Klienten, ihr ausgesprochener Wunsch, allein gelassen zu werden, stellt uns gleich zu Beginn eine ethische Frage: Genügen Unordnung, Dreck und Geruchsimmissionen, um uns mit Machtmitteln des Staates Zugang zu jemandem zu verschaffen, der nichts von uns wissen will? Ist es nicht eher ein Problem der Umgebung, welcher es an Toleranz mangelt?

Wir sind von seiten der Vormundschaftsbehörden zum Handeln verpflichtet. Aber wie bekommen wir Kontakt zu jemandem, der seine Probleme negiert und jedes Einschreiten ablehnt?

* M.J. Chabert-Ferlin ist Psychiatriseschwester mit Zusatzdiplomen in Gesundheitswesen und Onkologie, sie arbeitet zur Zeit an der Tagesklinik der Geriatriischen Poliklinik Genf und in der Gemeindecrankenpflege.

Yvonne Kocher ist Diplompsychologin mit Zusatzausbildung in Psychoanalyse und arbeitet zur Zeit an der Geriatriischen Poliklinik in Genf. Daneben betreibt sie eine private Psychoanalyse-Praxis.- Literaturhinweise bei den Verfassern.

Häufig handelt es sich um Personen, welche als Originale gelten und seit Jahren ohne Kontakt zu ihren Nachbarn sind. Nach der Pensionierung oder nach dem Tod ihres Partners haben sie sich immer mehr zurückgezogen, bis ihr Verhalten von der Umwelt nicht mehr akzeptiert wurde. Uebrigens schwankt die Toleranzgrenze je nach Milieu!

Der Zugang ist oft schwierig. Der Patient kommt den Anforderungen des Arztes zu einer Konsultation nicht nach, oder er richtet es ein, am angekündigten Besuchstermin abwesend zu sein. Wenn dann endlich ein Besucher die Wohnstätte des Patienten betritt, sei er nun Sozialarbeiter, Krankenschwester oder Arzt, ist er völlig überwältigt durch das unglaubliche Chaos: der Schmutz übersteigt jede Vorstellungsgrenze, die Möbel sind von Zeitungen und Papier völlig verdeckt, Abfall liegt verstreut auf dem Boden, auch verdorbene Esswaren; manchmal findet man eine Sammlung seltsamer Gegenstände. Der Spültrog ist mit dreckigem Geschirr überfüllt, das WC verstopft, das Bett ohne Leintuch, bedeckt mit dreckigen Lumpen, und mittendrin deuten Spuren von Urin und Stuhl eine Inkontinenz an. Manchmal wird das Grauen noch erhöht durch die Gegenwart eines Tieres.

Seltsamerweise stört sich die betroffene Person überhaupt nicht an diesem Zustand ihrer Wohnung. Sie zeigt keine Verlegenheit, verniedlicht die Situation und doch scheint sie, auf den ersten Blick, völlig normal zu sein... Sie weiss mit angebotener Hilfe nichts anzufangen. Bemerkenswert ist oft die Zurückhaltung von Spitexdiensten, wenn sie in solchen Fällen aufgebeten werden und in solch miesen hygienischen Verhältnissen zu arbeiten haben, umso mehr, als die betroffene Person nicht selber um Hilfe gebeten hat.

Was tun?

Obschon die Situation bereits über Monate, ja Jahre, andauert, erfordert der Druck der Umgebung unser rasches Eingreifen. Man kann jedoch Patienten, welche weder für sich noch für ihre Umgebung eine Gefahr darstellen, nicht einfach psychiatrisch hospitalisieren. Muss man wohl deshalb für eine kurze Zeit die Patienten anderweitig unterbringen, um ihre Wohnung zu reinigen, zu desinfizieren und um Ungebrauchtes aus der Wohnung zu entfernen? Oder soll man mit ihnen einen Vertrag abschliessen, den sie ohnehin nicht einhalten können? Braucht es nicht einfach eine geduldige Annäherung, einen langsamen Gewöhnungsprozess um jemandem in einer Situation zu helfen, die nicht mehr allein zu bewältigen ist?

Es folgen nun drei **Fallbeispiele** aus den Krankengeschichten des Stadtärztlichen Dienstes Zürich. (Details, die Rückschlüsse auf die betreffende Person ermöglichen, wurden verändert oder weggelassen.

Fall 1: "Der Wille, nicht das Wohl entscheidet"

Auszug aus dem Polizeirapport vom 20.11.:

"Der Polizei wurde gemeldet, die 87-jährige Frau S. sei seit einigen Tagen nicht mehr gesehen worden.

Frau S. öffnete uns die Türe nicht. Daher wurde die Wohnungstüre polizeilich geöffnet. Sofort verbreitete sich nach dem Öffnen der Türe ein Gestank. - In der Wohnung herrschte eine grosse Unordnung.

In der Küche stapelten sich Kehrrichtsäcke, Flaschen, Esswaren und Geschirr. Der Wohnungsgang war übersät mit Zeitungen, und an den Wänden hingen Spinnennetze von der Decke herunter. Im Schlafzimmer lag unbekleidet Frau S. Sie trank aus einer Mineralwasserflasche. Es herrschte ein unbeschreibliches Durcheinander. Die Betroffene lag lediglich auf einer halbverfaulten Matratze im Bett. Kissen und Decke waren beschädigt. Daunenfedern lagen verstreut umher. Auch im Schlafzimmer waren halb verfaulte Lebensmittel und weitere Gegenstände wahllos verstreut. Die ganze Wohnung war nicht geheizt. In den übrigen Zimmern herrschte ebenfalls ein Durcheinander.



Frau S. machte einen verwirrten und ängstlichen Eindruck. In der Folge stand sie auf und kam - nur mit einer Wolldecke behangen - in den Korridor. Dort wurde ihr erklärt, warum die Polizei bei ihr erschienen war. Sie glaubte jedoch, dass Einbrecher in ihrer Wohnung gewesen waren. - Frau S. war nicht zu bewegen, ihr Bett wieder aufzusuchen. Daher wurde ihr ein Stuhl hingestellt, auf dem sie Platz nahm. Nach einiger Zeit fiel sie vom Stuhl auf den Boden, offensichtlich aus Schwäche. Dies veranlasste uns, die Sanität beizuziehen. Bis zu deren Eintreffen erholte sich Frau S. wieder. Sie war nicht bereit, sich in Spitalpflege zu begeben. Daher weigerten sich die Sanitäter, die Frau mitzunehmen.

Der ausgerückte Notarzt konnte sich ebenfalls nicht entschliessen, die verwahrloste Frau gegen ihren ausdrücklichen Willen in ein Heim oder Spital einzuweisen. Frau S. wurde in der Folge in der Wohnung zurückgelassen.

Obwohl es augenfällig war, dass sie ihren Haushalt nicht mehr selber führen kann - die Toilette befindet sich zudem ausserhalb der Wohnung und die hygienischen Verhältnisse sind untragbar - kam der Betroffenen keine Soforthilfe zu.

Frau S. hat keine Angehörigen, welche sich ihr annehmen könnten. Eine dringliche Vornahme vormundschaftlicher Massnahmen drängt sich auf, damit solche peinlichen Vorkommnisse vermieden werden können".

Der Stadtärztliche Dienst wurde von der Vormundschaftsbehörden über diesen Fall orientiert. Am 16. Dezember unternahmen eine Sozialarbeiterin zusammen mit einer Stadtärztin gemeinsam den Versuch eines Hausbesuchs. Dieser scheiterte, da Frau S. auf wiederholtes Läuten und Klopfen die Wohnungstüre nicht öffnete.

Am 22. Dezember meldete sich der Nachbar, welcher die ersten Anzeige erstattet hatte, erneut, weil er Frau S. seit einer Woche nicht mehr gesehen und gehört hatte. Diesmal liessen die Mitarbeiterinnen des Stadtärztlichen Dienstes die Wohnungstüre nach vergeblichem Läuten polizeilich aufbrechen. Frau S. wurde hinter der Schlafzimmertüre halbbekleidet, auf Unrat liegend, neben einem Kübel von Exkrementen tot aufgefunden.

Fall 2: ... "Dabei ist die Belastung für die Umgebung zu berücksichtigen."

Frau A. ist 1895 als viertes von elf Kindern in Zürich aufgewachsen. Sie besuchte die regulären Schulen und war eine gute Schülerin. Kindheit und Jugendzeit waren unauffällig. Sie arbeitete in der Stoffbranche, blieb unverheiratet und kinderlos. Jahrelang lebte sie als Untermieterin bei einem Ehepaar, welches ins Ausland zog und ihr die Wohnung überliess. Sie sei psychisch nie auffällig gewesen. Wegen zunehmender Sehschwierigkeiten konnte sie nicht mehr selbständig haushalten. Sie liess jedoch niemanden in die Wohnung ausser einer Verwandten, welche ihr ab und zu Essen vorbeibrachte. Frau A. geriet deshalb in einen desolaten Zustand.

Der Hausbesitzer, ein sozial denkender ehemaliger Politiker, benachrichtigt den Stadtärztlichen Dienst erstmals 1986, nachdem Frau A. schon über 30 Jahre dieselbe Wohnung bewohnte.

Er hatte alle andern Wohnungen renovieren lassen, nur die von Frau A. bewohnte nicht, da sie schon nach kurzer Zeit wieder stark verdreckt gewesen wäre. Es ging ihm eigentlich um eine gründliche Reinigung der Wohnung. - Der Hausbesuch einer Sozialarbeiterin des Stadtärztlichen Dienstes zusammen mit dem Hausbesitzer ergab folgendes Protokoll:

"...Beim Eintritt in die Wohnung schlägt einem ein penetranter Kot-Küchen-Urin-Geruch entgegen. Frau A. selbst ist schmutzelig angezogen, man sieht, dass sie ausserstande ist, die Wohnung wieder in den Griff zu bekommen. Geistig ist sie noch äusserst rege. Sie hat schlicht auf jede Frage eine Antwort! Sogar mit unserem Putzvorschlag ist sie einverstanden. - Drei Wochen später begleitet die Sozialarbeiterin das Putzinstitut bei seinem Einsatz in der Wohnung von Frau A.: Frau A. öffnet uns zwar die Wohnungstüre, will jedoch - jetzt im Winter könne man doch nicht putzen! - nichts vom Einsatz wissen. Endlich, als der herbeigerufene Hausbesitzer persönlich erscheint, ist sie gewillt, die Putzequipe einzulassen.

Am Abend erstrahlt die Wohnung in neuem Glanz. Frau A. freut sich sogar! Eine kirchliche Mitarbeiterin erstellt noch eine Liste mit dringend gebrauchten Gegenständen. Auch der Hausbesitzer macht einen Besuch und äussert sich zufrieden. Wir verabschieden uns von einer dankbaren Frau A. und nehmen uns vor, gemeinsam die Nachbetreuung zu übernehmen, damit Frau A. nicht mehr verwahrlost."

In den folgenden zwei Jahren werden diese Einsätze jedoch immer schwieriger und ab 1989 unmöglich. Anfang Februar 1989 wird die Wohnung gekündigt. Im Kündigungsschreiben steht: "...Der Zustand ist nach wie vor unhaltbar. Sie sind verwahrlost und die Wohnung ist es auch. Sie selbst sind sich dessen nicht bewusst und wollen angebotene Hilfe nicht annehmen. Nachdem die sozialen Institutionen sich auf den Standpunkt stellen, sich könnten auch nichts unternehmen, und die Mieter des Hauses uns mindestens moralische Vorwürfe machen, sehen wir keinen andern Ausweg mehr für eine Veränderung, als das Mietverhältnis mit Ihnen zu kündigen."

Der Mieter der Wohnung direkt über derjenigen von Frau A. schreibt: "Vor drei Wochen bemerkte ich einen penetranten Gasgeruch in meiner Wohnung und in der Waschküche. Nachbarn haben ihn ebenfalls wahrgenommen. Zwar wollte ich meinen Vermieter darüber in Kenntnis setzen, aber ich dachte, das sei nicht so akut...Seit etwa einer Woche breitet sich nun aber zusätzlich auch noch der Gestank aus Frau A.'s Wohnung in meiner Wohnung aus. Es stinkt nach Kanalisation und Kot. Der Gestank kommt ganz klar aus den Ritzen am Boden, z.B. bei den Rohren der Heizung. Dies erklärt auch den "Gas-Vorgeschmack". - Es riecht nicht, es stinkt. - In meiner Wohnung zieht sich einem schon nach kurzer Zeit ob

diesem Geruch der Magen zusammen; ein Bewohnen ist nicht mehr möglich.

Aus diesem Grunde werde ich in der nächsten Zeit auswärts leben müssen, im Hotel oder bei Bekannten. Auch ist es möglich, dass sich der Geruch, wegen seiner Intensität, in Möbelstücken festsetzen wird. Bitte handeln Sie sofort und unbürokratisch!"

Nachdem wir diese Schreiben erhielten, erfolgte umgehend ein Hausbesuch durch einen Stadtarzt in Begleitung einer Sozialarbeiterin. Aus dem Hausbesuchrapport:

"Die meisten Räume der Wohnung sind mit halbflüssigem Kot bedeckt. Diese klebrige Masse macht das Gehen in der Wohnung mühsam. Die ganze Wohnung ist in einen so penetranten Gestank gehüllt, dass selbst abgebrühte Mitarbeiter gegen Brechreiz ankämpfen mussten. Die Folgen mangelnder Körperhygiene verstärken den Fäkaliengestank noch: ein Ekzem an beiden Unterschenkeln hat sich mit Eiter bedeckt und ist vollkommen eingehüllt in tropfenden, stinkenden gelblich-weissen Eiter. Frau A. bestreitet, irgendwelche Probleme mit ihren Beinen zu haben und lehnt jede Hilfe ab. - Eine Prüfung des Orientierungssinns ergibt eine genaue Orientierung örtlich, zeitlich und zur Person. Frau A. erkennt jedoch vollkommen die Verwahrlosung ihrer Wohnung und gibt an, sie sei gerade daran, die Wohnung zu besorgen. Sie lehnt es vehement ab, in einem Heim oder in einer somatischen Klinik hospitalisiert zu werden."

Der Stadtarzt gelangt zur folgenden Beurteilung: "Auch wenn keine Geisteskrankheit oder schwere Geistesschwäche vorliegt, ist die Urteilsfähigkeit der Patientin doch so schwer gestört, dass sie nicht in der Lage ist, die nötige Fürsorge sich selber angedeihen zu lassen oder die notwendige Hilfe zu akzeptieren. Da die Belastung für die Umwelt über das Zumutbare hinausgeht, ist eine Hospitalisation der Patientin, auch gegen ihren Willen, und zwar in einer Psychiatrischen Klinik, unabwendbar." Es wird ein fürsorglicher Freiheitsentzug angeordnet.

Ueber den Eintritt schreibt die Klinik:

"...Sie fühlte sich überrumpelt wegen ihrer Einweisung in eine psychiatrische Klinik, schimpfte anfänglich, glaubte an Intrigen. Doch schon am andern Tag sah sie ein, dass es für sie besser sei, hierzubleiben und sich behandeln zu lassen. Die Patientin merkt, dass es alleine nicht mehr geht und dass sie Hilfe braucht. Sie akzeptiert auch ihre Verbeiständung. Die Patientin ist eine wache, allseits orientierte, humorvolle Frau. Leichte Gedächtnisschwäche. Das Denken ist klar und geordnet, am Anfang leicht paranoid. Die Stimmung ist unauffällig."

Einen Monat später heisst es im Schlussbericht: "Im Verlaufe der Hospitalisation konnte der Zustand der beiden Unterschenkel mit entsprechender Therapie deutlich gebessert werden. Die Patientin hielt sich tagsüber im Rollstuhl auf der Abteilung auf. Ihr grösster Wunsch war, noch einmal in ihre Wohnung zurückkehren zu können."

Leider wurde ihr das nicht vergönnt. Die Patientin verstarb, wahrscheinlich als Folge einer dekompensierten Herzinsuffizienz bei Verdacht auf Bronchopneumonie; sie konnte sanft einschlafen.

Fall 3: Hilfe gegen den eigenen Willen zur Wahrung der Menschenwürde
Herr I., geboren 1922, hatte eine sehr enge Beziehung zu seiner früh verwitweten Mutter. Er lebte gemeinsam mit ihr in ihrer Wohnung bis zu ihrem Tod 1968.

Nachdem die Mutter gestorben war, wurde der Patient zunehmend absonderlich und entwickelte spezielle Rituale, indem er Nahrungsmittel in Büchsen in der Wohnung verteilte und sich zunehmend mangelhaft ernährte. Die Lebensmittel seien massiv von Ungziefer bevölkert gewesen und der Patient wurde 1968 wegen psychisch begründeter lebensgefährlicher Auszehrung und schwerster Verwahrlosung in einer Psychiatrischen Klinik hospitalisiert. Die damalige Diagnose lautete: "Schwere schizoid-autistische Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer Psychopathie, die zu einem völligen sozialen Versagen mit menschlicher Isolierung und Vernachlässigung der primitivsten Belange des Alltags geführt hat." Der Patient blieb während der nächsten 10 Jahre interniert.

Nach der Plazierung in einem Altersheim, wo er sich schlecht zurecht fand, organisierte er für sich selber eine Wohnung in der Stadt Zürich, wo er heute lebt. - Unter sehr lockerer Führung durch einen Vormund lebte er weitgehend selbständig, weshalb er 1981 wieder bemündigt werden konnte. Im Gutachten, das zur Wiederbemündigung führte, stellte man eine autistisch-verschrobene Persönlichkeitsvariante fest.

In der Folge blühte der Patient zunehmend auf, war kontaktfreudig, nahm an Laientheater teil und pflegte lockeren Kontakt in der Umgebung. Nachbarn beobachteten ihn oft an der Tramhaltestelle, Passanten in ein Gespräch verwickelnd. Man begegnete ihm oft im Quartier mit zwei vollbepackten Tragtaschen. - Die Wohnungseinrichtung sei schon immer kärglich gewesen. Der Patient habe seit Jahren niemanden mehr in die Wohnung gelassen und sehr eigenbrödlerisch gelebt. Bis vor kurzem hatte er jedoch Kontakt mit langjährigen Hausbewohnern und liess sich von ihnen Nahrungsmittel und Medikamente besorgen.

Im Sommer 1992 hatte er kaum mehr Kontakt und verliess die Wohnung nicht mehr. Einmal ging er völlig ungenügend bekleidet auf die Strasse. Die Hausbewohner waren zur Ueberzeugung gekommen, dass er ohne Nahrungsmittelversorgung und ohne sich ausser Haus zu bewegen vital gefährdet sei. Man machte sich Sorgen, dass er verhungern könnte. Seit er im Haus lebte, hatte er die Nachbarn nie belästigt. Verschiedenste Nachbarn bemühten sich, ihm ihre Hilfe anzubieten und wurden allesamt abgewiesen. Sämtliche Versuche seitens der Vormundschaftsbehörden, mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen, scheiterten. Ähnlich ging es auch dem Vermieter, als er den Patienten wegen Renovationsarbeiten sprechen wollte.

Da aufgrund der Vorgeschichte ein lebensbedrohlicher Zustand befürchtet werden musste, erfolgte ein gemeinsamer Hausbesuch durch einen Waisenrat und einen Stadtarzt.

Der Patient öffnete die Wohnungstüre nicht. Auf lautes Klopfen erschien er an der Türe und versuchte die beiden wegzuschicken. Von einer benachbarten Wohnung aus konnte visueller Kontakt mit ihm aufgenommen werden, als er in der Nähe des Fensters sass. Mittels Zeichensprache wurde mit ihm kommuniziert, er verweigerte jedoch auch so den Zutritt zur Wohnung.

Schon von aussen waren katastrophale Verhältnisse in der Wohnung sichtbar, so dass die polizeiliche Oeffnung der Wohnung verhältnismässig erschien und entsprechend vom Waisenrat angeordnet wurde.

Aus dem Hausbesuchsprotokoll: "Die Wohnungstüre kann nicht vollständig geöffnet werden. Der kleine Hausflur ist mit Zeitungen und Unrat verstellt. Der Patient ist lediglich mit einem Badeslip bekleidet. Er schimpft und protestiert gegen die Oeffnung seiner Wohnung und hält sich krampfhaft an der Eingangstüre fest. Um in die Wohnung zu gelangen, müssen beide an ihm vorbei über Beigen von Papier in das Wohnzimmer klettern. Die ganze Wohnung ist erfüllt von einem grauenhaften Gestank, der von einem Plastikeimer, gefüllt mit Urin und Kot herrührt, der seit Wochen dort stehen muss. In der Wohnung gibt es nur einen schmalen Pfad, der von der Eingangstüre zum Polstersessel führt. Die ganze übrige Wohnung ist hüfthoch mit Unrat verstellt, z.T. sauber aufgebeigtes Zeitungspapier, aufgeschnittene Milchkartons fein säuberlich aufgeschichtet. Es finden sich verschimmelte Nahrungsmittel und ein Berg grauer Menschenhaare in Griffnähe des Fauteuils. Es sind keine essbaren Lebensmittel sichtbar. Neben dem Sessel liegen drei Paar verfaulte, unbenützbare Schuhe, weshalb der Patient barfuss umhergeht. Mit grosser Mühe kann ein Kasten geöffnet und ein Anzug entnommen werden. Da hinter dem Fauteuil ein ausserordentlich starken Gestank ausströmender Fäkalienkübel steht, kann nicht beurteilt werden, ob auch der Fauteuil mit Urin und Kot vollgetränkt ist.

Eine genauere Untersuchung des Patienten ist unmöglich, da er sich an die Türe klammert. Er muss von den Sanitätsmännern mit Brachialgewalt von der umklammerten Türe gelöst werden und wird auf eine Bahre im Hausflur gebettet.

Der Patient ist voll mobil. Eine geordnete psychopathologische Untersuchung ist nicht möglich. Der Patient erscheint weder desorientiert, noch speziell psychotisch. Er insistiert, dass er keine Verbrechen begangen habe und dass die Polizei kein Recht habe, in seine Wohnung einzudringen. Er ist nicht bereit, die Rechtsmittelbelehrung über den erfolgten fürsorglichen Freiheitsentzug anzuhören und fragt gezielt nach Namen und Funktion der Eingedrungenen. Er will wissen, wer im Haus ihn angezeigt habe und vermutet dabei eine Nachbarin, die vorher versucht hat, ihn zum Oeffnen der Türe zu bewegen. Dieses Verhalten ist einfühlbar, situationsadäquat und nicht eindeutig paranoid. Auch sein lautes Geschrei bei der gewaltsamen Entfernung von der umklammerten Türe ist in Anbetracht

der Uebermacht von Sanität und Polizei verständlich und nicht als Hinweis auf psychotisches Geschehen zu interpretieren."

Aufgrund der Feststellungen erscheint dem Stadtarzt das psychiatrische Bild nicht wesentlich anders als 1968 und 1981. Die damalige Beschreibung als autistisch-verschrobene Persönlichkeitsvariante scheint 1992 immer noch zuzutreffen. Die dazugehörige Wohnsituation mit systematischem Stapeln von wertlosem Abfall und die exzentrischen Essgewohnheiten bis zu einer lebensgefährlichen Isolation, führte zur Einweisung des Patienten in eine Psychiatrische Klinik gegen seinen Willen. Der Patient ist durch die Auswirkungen der schweren autistischen Persönlichkeitsentwicklung zu einem völligen sozialen Versagen gekommen. Er kann sich nicht aus eigener Kraft daraus befreien und ohne Intervention von aussen wäre es binnen kurzem zu schweren somatischen Schäden gekommen. Der Zustand entspricht wohl in seinen schweren Auswirkungen einer Geisteskrankheit, weshalb der Patient auch im juristischen Sinn als nicht urteilsfähig beurteilt werden musste, die notwendigen Massnahmen abzulehnen.

In der Psychiatrischen Klinik war der Patient bis auf ein ausgeprägtes Misstrauen und eine nachvollziehbare schlechte Stimmung psychopathologisch nicht auffällig.

Nachdem der Patient in einem langen Gespräch mit dem einweisenden Stadtarzt und dem Waisenrat davon überzeugt werden konnte, dass die schnellste Möglichkeit entlassen zu werden darin bestand, einer Wohnungsreinigung zuzustimmen, wurde diese durchgeführt und der Patient eine Woche nach Eintritt beurlaubt und später definitiv entlassen.

Der Wohnungsreinigung stimmte der Patient nur zu unter der Bedingung, dass er ihr beiwohnen konnte. Obschon drei Pflegegehilfen des Zivilschutzes mithalfen, gelang es dem zuständigen Sozialarbeiter nicht, die Wohnung zu entrümpeln. Es klappte erst, als die Equipe durch den zuständigen Stadtarzt und einen tatkräftigen Assistenzarzt verstärkt wurde. Diese verwickelten den Patienten in ein Gespräch über ein Sammelobjekt, und dabei wurde hinter seinem Rücken Unrat weggetragen. Ein grosser Lastwagen voll Grümpel und Unrat konnte schliesslich aus der kleinen 1-Zimmerwohnung abtransportiert werden! Die grobgereinigte und entrümpelte Wohnung wurde durch ein Reinigungsinstitut sauber geputzt. Der Sozialdienst half dann, die Wohnung wieder gut bewohnbar herzurichten. Er begleitete den Patienten in den darauffolgenden Tagen.

Jede Art von vormundschaftlichen Massnahmen wurde vom Patienten strikte abgelehnt. Er akzeptierte jedoch eine weitere Betreuung durch den Sozialarbeiter, obwohl er sich gleichzeitig lauthals darüber beschwerte, dass sein kostbares Eigentum fortgeworfen wurde. Er zeigte auch Bedauern, als der Sozialarbeiter die weitere Betreuung der Pro Senectute-Haushilfe übergab. Da glücklicherweise eine sehr fähige Hilfe gefunden werden konnte, welche von I. akzeptiert wurde, geht es ihm seither zufriedenstellend gut.

Diogenes von Sinope

Welcher Platz hätte Diogenes von Sinope heute bei uns? Welche Abteilung des Sozialamtes würde sich mit ihm befassen?

Diogenes lebte im Alten Griechenland des 3. Jahrhunderts vor Christus, wo in den Städten die Philosophie den Ton angab. Die elementarste Hygiene vernachlässigend, dreckig, bärtig, die Haare lang und unordentlich, lebte er in einer Tonne ausserhalb der Stadt. Wie sein philosophischer Lehrmeister, Antisthenes, bezeichnete er sich gern als Hund (griechisch Zynos., daher "zynisch"). Wie ein Tier, ganz dem Prinzip der Lust ergeben, ass er in aller Öffentlichkeit, wann immer es ihm passte. Er nahm rohes Fleisch zu sich und pries - entgegen den heiligsten Regeln der Menschheit - den Kannibalismus. Er urinierte und stuhlte allen Blicken preisgegeben und war in seinen sexuellen Gewohnheiten kaum zurückhaltender. Jede Begierde erfüllte er augenblicklich, um nicht von ihr besessen zu werden und um so einen freien Geist zu behalten.

Begeistert von der Freiheit, einsam in der Masse, hielt er Vorbeigehenden erbauliche Reden, ohne an der Gesellschaft teilzuhaben. Die Anekdoten über Diogenes zeigen ihn auf der Suche nach menschlichen Beziehungen. So suchte er mit einer Laterne in der Hand, im hellen Tageslicht, einen Menschen. Für seine Mitbürger hatte er - stets in seinen Erwartungen enttäuscht - jedoch nur Verachtung übrig. Selbst Alexander der Grosse entging seiner Verachtung nicht. Auf das Angebot des Königs, er möge von ihm zu wünschen, was immer er wolle, antwortet Diogenes: "Geh mir aus der Sonne!"

Diogenes liebt die Provokation, er bringt alle Tabus durcheinander. Sich nur auf seine eigene innere Richtschnur verlassend, will er sich den Konventionen nicht unterwerfen.

Aber Diogenes ist Philosoph. Er macht sich Gedanken über das Glück, das darin besteht, so zu leben, wie es seiner Natur entspricht. Gesellschaftlichen Normen entsagend, lebt er am Rand der Gesellschaft und begründet eine philosophische Richtung: sowohl in Griechenland wie in Rom leben Menschen nach den von ihm gepredigten Richtlinien. Fröhlich und hemmungslos, scheinen sie ihre Lebenswahl getroffen zu haben.

Was aber haben unsere heutigen Diogenes-Patienten mit dem historischen, zynischen Diogenes zu tun? Führt sie dieser Weg zum Glück? Können sie ihr Benehmen wirklich frei wählen? Doch zunächst, wer sind sie?

Das Diogenes-Syndrom in der Literatur

1966 wurde in Nottingham von Macmillan und Shaw eine sehr ausgedehnte vierjährige Studie über 72 Personen publiziert, welche - als gemeinsamer Nenner - in einem unglaublichen Schmutz lebten, sowohl ihre Person als auch ihre Wohnungsverhältnisse be-

treffend. Ziel der Studie war das Erfassen von Faktoren, welche dazu führten, dass Menschen alle Hygienennormen über den Haufen warfen, bis sie von ihrer Umwelt abgelehnt wurden, obschon sie bis zu ihrer Pensionierung einen Beruf ausübten und Verantwortung trugen. Die Inzidenz dieser Art von Verhalten lag in Nottingham bei 0,6 Promille.

Die Autoren der Studie schlussfolgerten, dass diese Art des Verwerfens normaler Hygienegrundsätze ein aktives und keineswegs nur ein passives Verhaltensmuster sei. Auf diese Weise würden feindselige Gefühle gegenüber der Umgebung und deren Ablehnung durch das betreffende Individuum manifestiert.

Es handelt sich bei diesem Krankheitsbild um ein wirkliches Syndrom, denn man findet:

- typische Symptome
- eine eigentümliche Persönlichkeit
- ein sich der Umwelt Verweigern und Ablehnen von Hilfe
- das Verhalten ist nicht unbedingt an das Vorhandensein einer psychischen Krankheit gekoppelt.

1975 wurde von Clark und Mankikar in Brighton eine weitere Studie über 33 hospitalisierte Personen veröffentlicht, die sich und ihre Umgebung in sehr hohem Masse vernachlässigten. Die Schlussfolgerungen von Macmillan und Shaw wurden bestätigt, das Verhalten wurde als ein Syndrom betrachtet und "Diogenes-Syndrom" benannt.

Alle später erschienenen Arbeiten beziehen sich auf diese zwei Studien, sie fügen einige Fallbeispiele hinzu, welche die Beobachtungen der beiden bereichern, bestätigen jedoch deren Hypothese.

Gemäss diesen Arbeiten sowie aufgrund unserer eigenen Beobachtungen, ergibt sich folgende

Definition des Diogenes-Syndroms:

- Vernachlässigung von Körperhygiene und Lebensraum durch Schmutz und Unrat (oftmals auch mittels Urin und Kot), häufig über die Toleranzgrenze der Nachbarschaft hinaus.
- Fehlen von Schamgefühl und Negieren der Realität.
- Aeusserste Einsamkeit durch das Ablehnen der Umgebung, welche ihrerseits wieder mit Verweigerung reagiert.
- Spezieller Persönlichkeitstypus an der Grenze zum Kranksein: misstrauisch, schlau, anpassungsunfähig trotz normaler-, oft auch überdurchschnittlicher Intelligenz.
- Zumindest zu Beginn Verweigern aller angebotenen Hilfe, welche als Einmischung empfunden wird.
- Das Verhalten kann auch nicht allein mit Demenz und Alkoholismus - sofern vorhanden - erklärt werden.

Bei Paaren weisen hin und wieder beide Partner Symptome des Diogenes-Syndroms auf.

Nach Clark zeigt mehr als die Hälfte der Patienten Psychosen, ein Teil ist depressiv; die andern unterscheiden sich hingegen nicht vom Grossteil der Bevölkerung, wenn auch im Krankheitsbild nicht selten der Alkohol eine Rolle spielt.

Hypothese über die Persönlichkeitsstruktur von Diogenes-Patienten

Sowohl der entsprechenden Literatur als auch unseren Krankengeschichten kann entnommen werden, dass etwa die Hälfte der Patienten mit einem Diogenes-Syndrom zu den Geisteskranken gezählt werden muss, während die andern als "normal" bezeichnet werden können, obschon auch sie in ihrer Vorgeschichte zumindest als "speziell" gekennzeichnet wurden.

Um den Mechanismus der verschiedenen Verhaltensweisen besser zu verstehen, bedienen wir uns der Psychodynamik. Wir beziehen uns vor allem auf P. Bergeret, der mit seiner Zusammenfassung der Krankheitssymptome ein wertvolles Instrument geschaffen hat. Es handelt sich hier nicht um eine Stigmatisierung des Patienten und um sein Einzwängen in ein enges diagnostisches Umfeld, sondern um ein tieferes Verstehen der inneren Vorgänge dieser speziellen Menschen, um ihnen besser helfen zu können:

Das genetische Erbe und Umwelteinflüsse strukturieren die menschliche Persönlichkeit bereits ab den ersten Lebenstagen. Die entstandene Charakterstruktur kann in der Pubertät nochmals in Frage gestellt werden, sie bleibt dann jedoch bis ins hohe Alter stabil.

Auf der Beziehungsebene kann sich die Persönlichkeitsstruktur im Normalfall als Charakterbestandteil, aber auch als Symptom bei unangepasstem Verhalten, äussern. Der normale Mensch ist also einer, dessen Struktur funktioniert, d.h. dessen Abwehrmechanismen die Anpassung an äussere und innere Realitäten schaffen. Wenn diese Abwehrmechanismen sich versteifen oder von einem Uebermass an Angst überflutet werden, erfolgt gezwungenermassen, je nach Art der einzelnen Strukturen, die Dekompensation, zum Beispiel mit einer Geisteskrankheit, d.h. dem Konstrukt einer anderen Wirklichkeit bei Psychotikern oder aber bei neurotischer Charakterstruktur durch ein phobisches oder hysterisches Verhalten.

Die Charakterstrukturen beruhen auf vier Faktoren:

- der Art der Bewältigung von latenter Angst
- der Art der Beziehungen des Betreffenden
- der Art der hauptsächlichsten Abwehrmechanismen
- der Art, wie Symptome normalerweise ausgedrückt werden.

Da die misstrauischen Patienten mit einem Diogenes-Syndrom jede äussere Einwirkung sehr schlecht ertragen, haben wir keine projektiven Techniken bei ihnen angewandt. Allein ihre Krankengeschichte, ihr Verhalten, ihre Art Beziehungen (oder eben keine Beziehungen) zu uns zu unterhalten, erlauben uns die Aussage, dass die Mehrzahl der Patienten mit einem Diogenes-Syndrom folgende Krankheitssymptome aufweisen:

- Eine tiefe Angst als Furcht vor einer Zerstückelung, die sich gegen das drohende Eindringen Fremder richtet, oder darauf, Beziehungen zu kontrollieren.
- Ihre Art von Beziehungen ist das Verschmelzen, oder die Ablehnung aus Angst davor.
- Ihre Hauptabwehrmechanismen sind Verweigerung eines Teils der Realität, Einteilen von Gegenständen in gute und schlechte und die Projektion.
- Die Ausdrucksform der Symptome wäre das Paranoid, das jedoch nicht immer gegeben ist.

Diese Faktoren erlauben uns, Hypothesen über die Mehrzahl von Patienten mit einem Diogenes-Syndrom aufzustellen. Es handelt sich hier um Personen mit einer psychotischen Persönlichkeitsstruktur, meist vom paranoiden-, seltener auch vom schizo-paranoiden Typus.

Es gibt Menschen unter uns, welche von vornherein eine ärmere Persönlichkeit entwickeln und in einer regressiven Phase zurück zu archaischeren Formen der Abwehr finden. Das Alter, oft eine Anhäufung von angstmachenden Situationen - denke man nur an den Verlust von Bezugspersonen, Verlust der beruflichen Identität, Alterskrankheiten - fördert die Dekompensation und Regression solcher Persönlichkeiten, so dass sie dort enden, wo ihre Struktur herkommt: im analen Stadium.

Diese Hypothese lässt den Schluss zu, dass der heutige Diogenes - im Gegensatz zum Diogenes der Antike - keine wirkliche Wahl der Lebensform hat, sondern dass das regressives Verhalten als Reaktion auf Angst und Depression im höheren Alter wegen zu hoher Verluste zu verstehen ist.

Es ist noch anzumerken, dass sich manchmal Menschen finden, welche eine ähnliche Persönlichkeitsstruktur wie Diogenespatienten haben, sich jedoch gerade gegenteilig verhalten mit einem Uebermass an Reinlichkeit. Sie sitzen dann in leeren Räumen ohne jeden Kontakt tagelang allein auf einem Stuhl, damit sie keine Unordnung verursachen.

Aufnahme der Pflege durch die Equipe

Bis heute dauerte die Interventionszeit bei Patienten mit einem Diogenes-Syndrom drei- bis sechs Jahre. Eine Ausnahme bildet eine Dame, die während nunmehr 15 Jahren besucht wird, mit mehreren Unterbrüchen wegen Gefühlen der Ohnmacht!

Die Entwicklung:

- In acht Fällen hat das Eingreifen der Krankenschwestern, unterstützt von der Equipe, geholfen, dass Patienten ihre Wohnung behalten konnten, eine gewisse Unabhängigkeit bewahrten und es ihnen auch möglich war, ihren Lebensstil beizubehalten.
- Eine Dame und ein Ehepaar leben in einer der sozial-medizinischen Wohnungen und profitieren vom pflegerischen Angebot.
- Eine Dame hat den Arzt als Bezugsperson, der eine geduldige und sanfte Annäherung versucht.
- Zehn Personen wurden schliesslich in Pflegeheimen oder Pensionen untergebracht
- Sechs Personen sind verstorben.

Zur Zeit behandeln wir vier Patienten. Oft sind es kleine Tricks mit deren Hilfe nach und nach ein Kontakt zustande kommt: eine Sozialarbeiterin bringt das Pensionskassengeld oder die Krankenschwester verbindet eine Wunde. Um akzeptiert zu werden, bedarf es einer kleinen Lücke im Panzer, der richtigen Distanz, einer günstigen Gelegenheit, der Haltung, welche die hilfsbereite Person in einem guten Licht zeigt. Ein Punkt wird gesetzt, von dem aus sich der Patient in die Gesellschaft eingliedern kann, aus der er ausgestossen bliebe. Auf diese Weise bleibt ihm auch eine Heimversorgung erspart. Die Bezugsperson wird von der Equipe unterstützt, welche zur Hilfe bereit ist, selbst wenn ihr dann der Schwarze Peter zufällt.

Diese Unterstützung ist unabdingbar, denn die Beziehungsarbeit ist ebenso schwer wie undankbar; man kann sie nur leisten, wenn man sich getragen und ermutigt fühlt.

Schlussfolgerungen

Patienten mit einem Diogenes-Syndrom haben stets Beziehungsprobleme, deren Spuren bereits weit in der Vergangenheit ansetzen. Vielleicht dank ihren Angehörigen oder besonders günstigen Lebensumständen haben sie trotzdem ein normales Leben führen können, oftmals jedoch an der Grenze zum Normalen. Die Mehrzahl der Patienten hat während eines Lebensabschnittes Verantwortung in Familie und Beruf getragen. Altersbedingte Verlustsituationen und damit zusammenhängende Äengste führen zu regressivem und aggressivem Verhalten gegenüber den Angehörigen und der gesamten Gesellschaft. Dieses Verhalten wird nicht aus freien Stücken gewählt. Die Angst der Patienten vor Einmischung ist oft so stark, dass sie ihr noch die Hölle der Einsamkeit vorzie-

hen, umsomehr, als Fremde als Ergebnis der Projektionen als Bedrohung und Verfolger wahrgenommen werden.

Für uns geht es nicht darum, eine stigmatisierende Diagnose zu fällen. sondern um das Verstehen des einzelnen Patienten, um einen besseren Kontakt. Dann können wir eine Mittlerrolle zu ihrer unmittelbaren Umgebung übernehmen. Oft mischen wir uns tatsächlich ein. Könnte man da wohl von Einmischung im humanitären Interesse sprechen? Es bleibt ein Kunststück, intuitiv tastend den richtigen Abstand zu finden, die angemessene Haltung, um ein Verhältnis zu begründen, welches bestenfalls den Weg zu weiteren Beziehungen öffnet.

Wenn es zunächst auch notwendig ist, dass ein einzelnes Mitglied der Gruppe den Patienten allein aufsucht, so kann er seine Funktion nur dank der Unterstützung und Hilfe der ganzen Gruppe ausüben.

Hinter dem Unrat, hinter den Symptomen, steckt, was wir um der Klarheit willen das "Diogenes-Syndrom" benannt haben: ein Mensch mit seiner ganz persönlichen Geschichte und seinem Leiden. Und es ist dieser Mensch, den wir jedesmal in seiner Krankheit ernst nehmen müssen.

¹ Art 397 ZGB: Eine mündige oder entmündigte Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwere Verwahrlosung in einer geeignete Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann.

Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet.