

Gelungene Suicide im Psychiatrischen Krankenhaus¹

H. Koester und G. Engels

Aus der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland
(Leiter: Landesrat Professor Dr. H.-W. Müller)

Aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf – Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf
(Leitender Direktor: Professor Dr. C. Kulenkampff)

Artikel eingegangen am 9. Juni 1969

Zusammenfassung

Die in den sechs Rheinischen Landeskrankenhäusern Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Süchteln von 1962 bis 1968, also in einem Zeitraum von sieben Jahren, beobachteten Suicide ergeben bei 164 000 stationär behandelten Fällen eine Selbstmordziffer, die mit 57,4 über dreimal so hoch ist als bei der Durchschnittspopulation der Bundesrepublik. Unter den Suicidanten befanden sich allein 51 Schizophrene, die bis weit in den chronischen Verlauf hinein gefährdet erschienen. So waren 21 Schizophrene schon über zwei Jahre hospitalisiert. Mehr als die Hälfte aller Suicide ereigneten sich bei Patienten, die nicht auf Wachstationen untergebracht waren. Die Selbsttötung wurde dementsprechend auch bei diesen Fällen als überraschend und nicht vorhersehbar registriert. Dessen ungeachtet fanden sich bei diesen Kranken alle ungünstigen peristatischen Faktoren, die gemeinhin das Suicidrisiko erhöhen.

Das psychiatrische Krankenhaus als Institution kann zur Reduzierung der Selbstmorde entscheidend beitragen, nicht durch möglichst lückenlose, technisch perfektionierte Überwachung, sondern durch weitere Humanisierung und Liberalisierung, durch Förderung der Öffnung nach innen und außen, durch eine dynamische Strukturierung der Stationen mit einer Gruppenkultur des Füreinander, des Trainierens sozialer Interaktion, der Toleranz und des Ausagierens und Duldens von Ansprüchen sowie durch Überwindung sozialer Isolierung, Vereinsamung und Resignation und durch Schaffung von Möglichkeiten gestufter Arbeitsbelastung und planvoller und sinnerfüllter Lebensgestaltung.

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung ist trotz aller diagnostischen und therapeutischen Fortschritte selbst bei bestmöglicher Beaufsichtigung und verständnisvollster Betreuung auch heute noch mit einer Reihe von Risiken belastet. So wurden von 1962 bis 1968, also in einem Zeitraum von 7 Jahren, an den sechs Rheinischen Landeskrankenhäusern Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Süchteln mit einer Bettenzahl von zusammen etwa zwölftausend 1488 Zwischenfälle registriert. Hierzu zählen Entweichungen gefährdeter oder gefährlicher Kranker, Unfälle mit tödlichem Ausgang

¹ Nach einem Vortrag auf der Tagung der nord- und nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen am 26. und 27. April 1969 in Lübeck.

oder langdauerndem oder bleibendem Körperschaden, Aggressionshandlungen, die nach ihrer Natur oder nach ihrem Ausmaß als ernsthaft zu betrachten waren, und schließlich Selbstbeschädigungen, Suicidversuche und geglückte Selbstmorde. Die gravierendsten Vorkommnisse, die Suicide, bei denen sich die Frage nach der Motivation, nach persönlichem Verschulden oder institutionellem Versagen immer wieder ganz besonders nachdrücklich stellt, sind Ereignisse, die mit Recht nicht nur die Sorge und die Aufmerksamkeit der unmittelbar Betroffenen und Verantwortlichen beanspruchen, sondern die auch das oft bitter beklagte gestörte Verhältnis zwischen Psychiatrie und Öffentlichkeit stark belasten. Jeder unkritische Optimismus, daß in dieser Hinsicht in absehbarer Zeit ein Wandel eintreten könnte, wäre verfehlt, wenn man zum Beispiel nachliest, was *Pelman*, der erste Direktor der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg, in einer Publikation über 14 Suicide, die sich in den ersten zehn Jahren des Bestehens der Anstalt ereigneten, im Jahre 1886 schrieb. Er äußerte seinerzeit folgendes: «In der Stellung der Anstalten zum Publikum vollzieht sich eine Änderung, ein Umschwung zum Guten, den wir meines Erachtens durch volles Entgegenkommen fördern sollten. Die Anstalt verliert mehr und mehr ihre Schrecken, und das Vorurteil, man müsse, um hineinzukommen, erst ganz verrückt sein, ist – wenn auch noch vorhanden – doch entschieden in der Abnahme begriffen.» Soweit das Zitat von *Pelman*, das fast mit denselben Worten und der gleichen Fortschrittsgläubigkeit auch aus dem Jahre 1969 stammen könnte.

Wenden wir uns nun den Fakten zu, die sich uns aus einigen Zahlen ergeben und die wir wohl auch in näherer Zukunft noch weiter in Rechnung stellen müssen. Beobachtet wurden insgesamt in dem angeführten Zeitraum von 7 Jahren 94 Suicide (Tab. 1). Nur eines der Landeskrankenhäuser, nämlich Düren,

Diagnosen Fallgruppe	Anzahl
Schizophrenie	51
Depressionen	20
Organische Hirnleiden	12
Sonstige	11
Zusammen	94

Tab. 1 Gelungene Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

zeigte eine aus dem Rahmen fallende niedrige Selbstmordziffer. Da sich im übrigen statistisch sicher signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten nicht ergaben, sollen die Ergebnisse in der Folge für die genannten sechs Rheinischen Landeskrankenhäuser zusammengefaßt dargestellt werden. Aufgeführt sind nur absolute Zahlen. Korrelationsstatistische Berechnungen zur Krankbewegung, zur Geschlechts- und Altersverteilung, zur Diagnose, zum Krankheitsverlauf und zum sozialen Feld würden den hier gegebenen Rahmen sprengen. Die folgenden Tabellen bitten wir daher nur unter diesem Vorbehalt zu werten.

Die erste Aufstellung erlaubt einen Einblick in die diagnostische Zuordnung. Die Schizophrenen sind hinsichtlich des prozentualen Anteils an den Aufnahmen und am Bestand deutlich überrepräsentiert, unter ihnen überwiegen — was aus dieser Tabelle nicht hervorgeht, aber wie es zu erwarten war — mit etwa zwei Dritteln der Fälle die paranoiden Unterformen.

Daß Depressiven trotz der gefürchteten Suicidneigung die Ausführung der Selbstmordhandlung in 20 Fällen gelang, zeigt die Intensität der auto-aggressiven Impulse bei dieser Erkrankung.

Die Tab. 3 bestätigt im wesentlichen die vorliegenden Untersuchungen über die Geschlechtsverteilung mit einem größeren Anteil der Männer und über die Altersgruppe-

Diagnose	Relative Häufigkeiten der Suicide				
	Stationär behandelte Fälle 1962-68 = Anfangsbestand + Zugänge		Suicide 1962-68		Relative Häufigkeit innerhalb d. Diagnose
	abs.	%	abs.	%	
Schizophrenie	52 429	31,92	51	54,26	0,10
Depressionen	9 625	5,86	20	21,28	0,21
Organische Hirnleiden	71 285	43,40	12	12,76	0,02
Sonstige	30 912	18,82	11	11,70	0,04
Zusammen	169 25	100,00	94	100,00	0,06

Tab. 2 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Gleichfalls deutlich zeigt sich die hohe Gefährdung der Depressiven, aber auch der Schizophrenen auf der Tab. 2. Hier wurde über den ganzen Untersuchungszeitraum der Jahre 1962-68 die Gesamtzahl der behandelten Fälle in Beziehung gesetzt zu den Suiciden. In der zweiten Spalte ist die bei gleicher prozentualer Verteilung zu erwartende Anzahl der Selbstmorde eingesetzt. Die letzte Spalte weist mit statistisch abgesicherter Signifikanz den relativ hohen Anteil der Depressiven, geringer, aber auch noch eindrucksvoller der Schizophrenen aus.

Geschlecht und Alter

Gesamtzahl der Suicide	94		
davon			
Männer	58		
Frauen	36		
im Alter			
von	bis unter	Jahre	
		21	
		21	2
21	bis	30	16
31	bis	40	20
41	bis	50	25
51	bis	60	22
61	bis	65	3
66	bis	70	4
71 und älter			2

Tab. 3 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Die Zentralwerte x der Altersverteilung			
x in Jahren			
Diagnose	Männer	Frauen	Insges.
Schizophrenie	37,8	42,5	39,6
Depressionen	55,0	51,4	52,7
Organische Hirnleiden und sonstige	45,0	47,5	45,6
Zusammen	42,0	46,0	43,6

Tab. 4 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

zung mit einem Gipfel bei den Vierzig- bis Sechzigjährigen.

Daß — wie die Tab. 4 zeigt — bei Schizophrenen jüngere Jahrgänge Suicid begingen als bei depressiv und hirnorganisch Erkrankten, war gleichfalls zu vermuten.

Aufenthaltsdauer		
Aufenthaltsdauer von bis unter		Anzahl
	bis 3 Monate	28
3 Monate	bis 1 Jahr	29
1 Jahr	bis 2 Jahre	12
2 Jahre	und länger	25
Zusammen		94

Tab. 5 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Die Zusammenstellung über die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus auf der Tab. 5 weist aus, daß sich offenbar die Suicidgefährdung nicht auf die akuten psychischen Störungen beschränkt, sondern bis lange in den chronischen Verlauf hinein bestehen bleibt, ein Tatbestand, der vor allem die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die diesen Personenkreis beherbergen, angeht.

Versucht man dieses Phänomen anhand der Diagnosen auf der Tab. 6 präziser zu fassen, so ergibt sich vor allem bei langfristig hospi-

Aufenthaltsdauer nach Diagnosen						
Diagnose	Aufenthaltsdauer					
	weniger als 3 Monate	3 Monate bis 1 Jahr	1 Jahr bis 2 Jahre	2 Jahre und länger	Insges.	
Schizophrenie	12	10	8	21	51	
Depressionen	8	9	3	—	20	
Organische Hirnleiden	1	6	1	4	12	
Sonstige	7	4	—	—	11	
Zusammen	28	29	12	25	94	

Tab. 6 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

talisierten Schizophrenen ein relativ hoher Anteil an den Suiciden. Von den 51 Schizophrenen waren allein 21 über zwei Jahre in stationärer Behandlung.

Abteilungscharakter	
Charakter	Anzahl
offen	36
halboffen	8
geschlossen ohne Wache oder mit Pendelwache	9
geschlossene Wachabteilung	39
besonders gesicherte Abteilung oder Bewahrungshaus	2
Zusammen	94

Tab. 7 Die gelungenen Suicide in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Wie schwierig die Abschätzung der Suicidalität zu sein scheint, zeigen die beiden nächsten Tabellen. Über die Hälfte der Selbstmorde — nämlich 53 — ereigneten sich bei Patienten, die nicht auf Wachstationen untergebracht waren.

Dementsprechend war dann auch die Selbsttötung in fast der Hälfte der Fälle überraschend und wurde als nicht vorhersehbares Ereignis registriert. Hier zeigen sich sicher-

<i>Suicidneigung</i> zur Zeit der Selbsttötung Fallgruppe	Anzahl
erkennbar	26
nicht ganz auszuschließen	24
nicht erkennbar	44
Zusammen	94

Tab. 8 Die gelungenen Suicid in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

lich Auswirkungen der Psychopharmaka-Therapie, die gelegentlich trügerisch zu glätten und auszugleichen vermag, aber das Weiterschwellen des Krankheitsprozesses und eruptive Ausbrüche nicht immer verhüten kann.

<i>Tötungsart</i> Fallgruppe	Anzahl
Vergiftung	14
Überfahren lassen	14
Sturz aus der Höhe	15
Ertränken	12
Strangulieren	36
Schneiden oder stechende Werkzeuge	1
Sonstige	1
Nicht mehr festzustellen	1
Zusammen	94

Tab. 9 Die gelungenen Suicid in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Bei der Tötungsart überwiegt entsprechend den sonstigen Erfahrungen das aktive Vorgehen. Vergiftungen wurden nur in 14 Fällen registriert, der Rest fällt auf harte Methoden. Dies gilt durchgehend für alle Diagnosegruppen, wobei übereinstimmend hier in Spalte 5 die Strangulation bei Schizophrenen, Depressionen und organischen Hirnleiden die häufigste Suicidform war.

Bei dem Versuch, die Suicid in vorwiegend psychotisch oder reaktiv zu unterteilen, wie es auf der nächsten Tabelle geschieht, muß

Diagnose	<i>Tötungsart</i> nach <i>Diagnosen</i>								Insges.
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Schizophrenie	8	5	7	9	20	1	1	-	51
Depressionen	1	5	4	3	7	-	-	-	20
Organische									
Hirnleiden	3	-	2	-	7	-	-	-	12
Sonstige	2	4	2	-	2	-	-	1	11
Zusammen	14	14	15	12	36	1	1	1	94

Tab. 10 Die gelungenen Suicid in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

Erläuterungen:

Tötungsart:	5 Strangulieren
1 Vergiftung	6 Schneidende und stechende Werkzeuge
2 Überfahren lassen	7 Sonstige
3 Sturz aus der Höhe	8 Nicht mehr festzustellen
4 Ertränken	

<i>Motivation</i> zum Suicid Fallgruppe	Anzahl
Vorwiegend psychotisch	38
Vorwiegend reaktiv	56
Zusammen	94

Tab. 11 Die gelungenen Suicid in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

man sich der Problematik dieses Vorgehens bewußt bleiben. In der kleineren Gruppe der vorwiegend psychotischen Suicid sind mit-erfaßt die der Dynamik des Krankheitsgeschehens ausgelieferten Depressionen sowie die Schizophrenen, die vermutlich unter unmittelbarem Einfluß imperativer Stimmen oder in einer ängstlich-agitierten Wahnstimmung Selbstmord begingen, aber auch Fälle, bei denen nach *H. Jantz* nicht mehr die Verknüpfung und Auseinandersetzung des Individuums mit den verschiedenen Umweltfaktoren vorzuherrschen schien, sondern bei weitgehender Lösung von Milieueinflüssen offenbar die Eigengesetzlichkeit des Krankheitsprozesses dominierte, der Suicid dem-

nach nach *Bochnik* als Ausdruck einer schizophrener Persönlichkeitsveränderung zu werten war.

Besonderes Interesse verdient die zweite Gruppe der vorwiegend reaktiven Suicid. Wieder finden wir alle Diagnosegruppen, besonders häufig aber chronifizierte Schizophrenien. Hier bedeutet der Suicid aber noch weniger als in der ersten Gruppe unabwendbares Schicksal. Aktiver, auf soziale Integration und Stärkung der Ich-Funktionen gerichteter therapeutischer Einsatz und verstärkte Rehabilitationsbemühungen – und sei es auch nur bis zur Eingliederung in ein Wohnheim mit beschützender Werkstatt, ja noch um einen Schritt weniger, lediglich bis zu einer dauerhaften Geborgenheit und berufliche Befriedigung vermittelnden Ansiedlung innerhalb des Krankenhauses – können bei dieser Gruppe sicherlich die Zahl suicidaler Katastrophen reduzieren.

Betrachten wir auf Tab. 12 die wichtigsten, hier nur pauschal angedeuteten Faktoren, die für eine reaktive Auslösung in unserem Material zu eruieren waren, so ergibt sich, daß dieser vorsichtige Optimismus durchaus berechtigt erscheint, zeigen sich doch Probleme, Konflikte und Schwierigkeiten, die einer Konfrontation und Lösung durchaus zugänglich erscheinen, und das in einer Situation, in der der Kranke ja nicht auf sich

allein gestellt ist, sondern in der ihn Betreuer, Mitpatienten und therapeutische Atmosphäre tragen und ihm weiterhelfen sollten.

Verdeutlichen läßt sich das eben Gesagte an der Gruppe der Schizophrenen, die in Tab. 13 nochmals kurz näher untersucht werden sollen. Je zur Hälfte waren die Suicid Schizophrener als vorwiegend psychotisch oder

<i>Motivation zum Suicid und auslösende Faktoren für den reaktiven Selbstmord</i>	
<i>Motivation</i>	Anzahl
vorwiegend psychotisch	26
reaktiv	25
<i>Auslösende Faktoren für den reaktiven Suicid</i>	
vorwiegend Einsicht in die ungünstige Prognose	4
vorwiegend persönliche Konflikte	9
vorwiegend familiäre, Ehe- und Liebeskonflikte	5
vorwiegend berufliche und wirtschaftliche Konflikte	1
vorwiegend rechtliche Konflikte	1
vorwiegend Stationswechsel	2
vorwiegend sonstige Faktoren	3

Tab. 13 Suicid schizophrener Patienten in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968. Gesamtzahl: 51

reaktiv einzuordnen. Eine therapeutisch sinnvolle Einwirkung auf die auslösenden Faktoren für die reaktiven Suicid erschien hier durchaus möglich.

Wie sehr die sozialen Bezüge bei diesen Patienten den tragischen Ausgang des Krankheitsbildes bestimmen, zeigen die folgenden Tabellen.

Die Faktoren, die gemeinhin das Suicidrisiko erhöhen, finden wir in weitgehender Übereinstimmung bei den Schizophrenen wieder. Gefährdet sind besonders Geschiedene und Ledige, die alleinstehen; solche, deren Kontakte zur Familie, zur Berufswelt und zu sonstigen Beziehungspersonen außerhalb des Krankenhauses gestört sind oder die im Krankenhaus nicht mehr in der Lage waren

<i>Auslösende Faktoren für den reaktiven Suicid</i>	
Gewichtigster Faktor	Anzahl
Einsicht in die ungünstige Prognose	7
Persönliche Konfliktsituation	22
Familiäre, Ehe- und Liebeskonflikte	14
Berufliche und wirtschaftliche Konflikte	4
Rechtliche Konflikte	2
Stationswechsel	2
Sonstige	5
Summe der reaktiven Suicid	56

Tab. 12 Die gelungenen Suicid in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968.

<i>Soziale Bezüge außerhalb des Krankenhauses</i>		<i>Zwischenmenschliche Beziehungen</i>		Anzahl
nach dem Familienstand	Anzahl	<i>1. Vor der letzten Aufnahme</i>		
ledig	32	<i>1.1 Kontakte zur Familie</i>		
verheiratet	7	hat keine Familienangehörigen		4
verwitwet	1	gute Kontakte		22
getrennt lebend	1	zeitweise gestört oder beeinträchtigt		15
geschieden	10	geringe Kontakte		9
nach der Kinderzahl		keine Angaben		1
keine Kinder	37	<i>1.2 Kontakte zur sonstigen Umwelt</i>		
1 Kind	7	gute Kontakte		16
2 Kinder	7	zeitweise gestört oder beeinträchtigt		29
3 und mehr Kinder	–	geringe Kontakte		5
Wohnaufenthalt zur Zeit der letzten Aufnahme		keine Angaben		1
allein lebend	27	<i>2. Während der stationären Behandlung</i>		
mit Herkunftsfamilie	13	<i>2.1 Bindungen zur Außenwelt (Besuche und Beurlaubungen)</i>		
mit eigener Familie	7	sehr häufig		10
Heim	–	weniger oft, aber noch regelmäßig		6
Krankenhaus	2	unregelmäßig		8
Haftanstalt	–	selten		6
ohne festen Wohnsitz	2	keine Besuche und keine Beurlaubungen		21

Tab. 14 Suicide schizophrener Patienten in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968. Gesamtzahl: 51

oder durch uns nicht befähigt wurden, enge mitmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten oder neu aufzubauen. Einschränkend darf allerdings vermerkt werden, daß die Solidarität vermittelnden, ungünstige peristatische Faktoren neutralisierenden gruppendynamischen Vorgänge auch nicht überschätzt werden sollten. In einer als «therapeutische Gemeinschaft» kooperierenden gemischten offenen Abteilung hatten wir in Düsseldorf im letzten Jahr allein drei Patienten durch Suicid verloren, sei es durch Fehleinschätzung der Auswahlkriterien bei für diese besondere Therapieform geeigneten Kranken, sei es im Zuge der nicht selten schwierig zu bewältigenden Ablösung von der Gruppe, vielleicht auch durch die bewußte Einschränkung des Individualkontaktes zum Therapeuten, möglicherweise aber auch allein durch der Kontrolle entglittene, dem Gruppenprozeß inhärente Kräfte. Jeder,

<i>2.2 Kontakte zu den Mitpatienten</i>		
isoliert, ablehnend		5
einigermaßen angepaßt		24
gut angepaßt		22
<i>2.3 Kontakte zu Ärzten und Pflegepersonal</i>		
isoliert, ablehnend		5
einigermaßen angepaßt		32
gut angepaßt		14

Tab. 15 Suicide schizophrener Patienten in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968. Gesamtzahl: 51

der an Selbsterfahrungsgruppen teilgenommen hat, weiß, wie aufwühlend und beunruhigend passager die Bewußtseinserweiterung in der Gruppe erlebt werden kann. Die letzte Tabelle schließlich, die persönliche Konfliktsituationen aufzeigen soll, scheint uns vor allem insoweit aufschlußreich, als sie auf die Schwierigkeiten der nachträglichen Auswertung der Krankengeschichten Verstorbener hinweist, Krankenblätter, die zwar minutiöse psychopathologische Schilderungen enthalten mögen, in

Konfliktkonstellationen	Anzahl
1. Wirtschaftliche Lage	
gut	5
ausgeglichen	26
angespannt	17
schlecht	3
2. Familiäre, Ehe- und Liebeskonflikte	
nicht vorhanden	30
vorhanden	21
davon in geringer Ausprägung	12
erheblich ausgeprägt	9
3. Entwurzelungsprobleme (Vertriebener, Flüchtling, Ausländer)	
nicht zutreffend	27
zutreffend, ohne Probleme	12
zutreffend, mit geringen Problemen	9
zutreffend, mit erheblichen Problemen	3
4. Vereinsamungsprobleme	
keine Angaben	32
geringe Ausprägung	5
deutlich ausgeprägt	9
stärker ausgeprägt	3
sehr erheblich	2
5. Berufliche Probleme	
keine Angaben	40
geringe Ausprägung	4
deutlich ausgeprägt	3
stärker ausgeprägt	1
sehr erheblich	3

Tab. 16 Suicide schizophrener Patienten in den Rheinischen Landeskrankenhäusern 1962 bis 1968. Gesamtzahl: 51

ihrer Dokumentation über die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur des erkrankten Menschen, über seine latenten und aktuellen Konflikte und seinen sozialen Kontext dagegen manches Wissenswerte vermissen lassen.

Bei dem vorsichtigen Versuch, die vorgelegten Daten und Fakten zusammenfassend zu interpretieren, ist zunächst festzustellen, daß die Zahl der Selbstmorde im Psychiatrischen Krankenhaus relativ hoch erscheint. Die mitgeteilten 94 Suicide bedeuten bei rund

164 000 stationär behandelten Fällen eine Selbstmordziffer von 57,4. Der entsprechende Wert für die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens beträgt dagegen nur etwa 17.

Stellt man eine Beziehung zu den Pflegetagen her, ergibt sich allerdings ein wesentlich günstigeres Bild, das zur Annahme berechtigt, daß die Psychiatrischen Krankenhäuser offenbar ihren Aufgaben gerecht zu werden vermögen, entfällt doch auf 324 000 Behandlungstage nur *ein* Suicid. Von einem institutionellen Versagen der Psychiatrischen Krankenhäuser kann daher nicht die Rede sein. Dessen ungeachtet wird man sich immer wieder fragen müssen: Wenn ein Suicid nicht nur eine Selbstvernichtung darstellt, sondern auch als Impuls einer Anklage, einer Aggression gegen eine sich versagende oder als versagend empfundene Gesellschaft verstanden wird, wenn beim Selbstmord nicht der impulshafte Drang zum Tod die Motivation bestimmt, sondern die Selbsttötung eine Flucht vor oder aus dem Leben darstellt, sei es als Abschluß einer Entwicklung (*Ringel*), einer Bilanz oder einer Kurzschlußreaktion, dann muß sich das Psychiatrische Krankenhaus in hohem Maße angesprochen fühlen. Sind nicht bei vielen unserer chronisch Kranken alle Kriterien einer disponierenden Umweltsituation zum Suicid, wie sie von *Pöldinger* zusammengefaßt wurden, erfüllt, nämlich: gestörtes häusliches Milieu, reduzierte mitmenschliche Kontakte, Verlust der Arbeit und Fehlen eines Aufgabenkreises? Fühlen sich nicht viele Kranke vereinsamt, isoliert und diskriminiert? Sehen sie nicht die Sinnlosigkeit ihrer Existenz, sind sie nicht vielfach frustriert, ohne Hoffnung und Zukunftsaussichten, ungenügend gefördert, gelangweilt und entlastet von allen unmittelbaren existentiellen Sorgen, mit denen sie sich auseinandersetzen könnten? Bietet ihnen das Krankenhaus als Institution genügend Entfaltungsmöglichkeit? Gibt es ihnen Verantwortung,

bringt es Anforderungen und ein Angebot ausfüllender, befriedigender Tätigkeit? Erhält jeder Patient, der aus eigener Schwäche unfähig zur planvollen und sinnerfüllten Lebensgestaltung in unsere Behandlung kam, die notwendigen aktivierenden und stärkenden Impulse, oder wirken sich das Festhalten an einem überfürsorglichen kustodial-einengenden Behandlungsstil, der den Kranken in der Rolle des passiven Objektes unserer Bemühungen beläßt, und die bei der derzeitigen personellen Besetzung durchaus verständliche, sicherlich zum Teil unbewußte, resignierende Einstellung der Ärzte und des Pflegepersonals nicht sogar eher lähmend aus? Haben wir die größere äußere Freiheit, die wir den Kranken durch das Öffnen der Abteilungen gegeben haben, genügend fundiert durch innere Strukturierung der Stationen, durch Ausbildung tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen und durch eine Gruppenkultur des Füreinander, des Trainierens sozialer Interaktionen, der Toleranz und des Ausagierens und Duldens von Ansprüchen? Hier gibt es für uns alle noch viel zu tun. Aber selbst wenn die dringenden personellen Forderungen der Psychiatrischen Krankenhäuser erfüllt sind, wenn wir die Liberalisierung vorantreiben, die Öffnung nach außen und innen weiter fördern, Restriktionen immer wieder auf ihre Notwendigkeit überprüfen und gegebenenfalls abbauen, das Krankenhaus bis in den Bereich der chronischen Psychosen und der anderen langdauernden psychischen Störungen mit einer intensivierten Sozio- und

Gruppentherapie durchdringen, mit vereinzelt Suiciden werden wir trotz allem weiter konfrontiert bleiben. Ein Trugschluß wäre es, zu glauben, die Lösung könnte in einer Rückkehr zu totaler lückenloser, technisch perfektionierter Überwachung und Kontrolle liegen. Wir sollten uns auf dem Wege zur weiteren Humanisierung und zur möglichst freizügigen, die Eigenverantwortung stärkenden Behandlung nicht beirren lassen. Lassen Sie hierzu zum Schluß nochmals den eingangs zitierten *Pelman* zu Wort kommen: In einem Bericht über einen Suicid an seine vorgesetzte Behörde hatte er damals, Ende des vorigen Jahrhunderts, geschrieben: «Eine Anstalt, in der nichts passiert, ist tot, an der möchte ich nicht tätig sein.» — Man wird dieses wagemutige, aber im besten Sinne humanitäre, um Fortschritt ringende Wort nur unterstreichen können.

Literatur

- Bochnik H. J.:* 6. Psychiater-Tagung des Landschaftsverbandes Rheinland. 21, Rheinland-Verlag 1965.
Jantz H.: Nervenarzt 22, 126 (1951).
Koester H.: Nervenarzt 40, 421 (1969).
Pelman C.: Der Irrenfreund 27, 149 (1886).
Pöldinger W.: Die Abschätzung der Suicidalität. Huber Bern und Stuttgart 1968.
Ringel E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Hollinek Wien 1961.
Ringel E.: Z. Präventivmed. 10, 516 (1965).

Adresse der Autoren:

Ltd. Landesmedizinaldirektor Dr. H. Koester,
Düsseldorf, Bergische Landstraße 2.
G. Engels, Landschaftsverband Rhld., Köln-Deutz,
Kennedy-Ufer 2.