

## Die Suicidgefahr beim Open-Door-System (ODS) in stationären psychiatrischen Einrichtungen

EHRIG LANGE

Neurologisch-Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, Dresden  
und

Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen/Bezirk Erfurt

*Summary.* The Open-door-system (ODS) in mental hospitals is no modern transitory fashion but a necessary improvement in curative conditions for the mentally ill. This report shows why a government mental hospital which must has to all patients referred to it could only achieve an 80—90% opening. During the past years the Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen, Bezirk Erfurt, and the Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden succeeded in transforming the traditional closed system into the ODS. Each case of suicide, that occurred during the time of transformation, is discussed, also the problem of suicide in mental hospitals in general. The recorded results confirm, that there is no increased tendency to suicide in the ODS. However it is necessary to prepare for the ODS systematically by therapeutic activity and by creating a new internal atmosphere. Occupational therapy, an extensive medico-social care-system, staff-patient-communication with increased patient-responsibility are effective preventive measures, more effective than the external restraints of the traditional closed system, which further reduces the limited liberty of the patients and produces a constrained atmosphere.

*Résumé.* Le système de la division ouverte dans les hôpitaux n'est pas une mode passagère, mais une amélioration nécessaire des conditions de traitement des malades mentaux. La présente publication démontre pourquoi les hôpitaux régionaux allemands avec obligation d'admission ne peuvent être ouverts qu'à 80 à 90%. Le Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen, Bezirk Erfurt et la Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden sont parvenus ces dernières années à transformer le système traditionnel de clôture en système de divisions ouvertes. Chaque cas de suicide survenu durant la transformation, de même que le problème des suicides dans les hôpitaux psychiatriques en général a été discuté.

Les résultats rapportés démontrent que le système de la division ouverte n'entraîne pas de tendance accrue au suicide.

Die anlässlich des Internationalen Symposions über psychiatrische Rehabilitation vom Mai 1963 in Rodewisch/Vogtland erarbeiteten Entwicklungsthesen sagen u. a. aus:

„Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen, aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken ‚anders‘ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation sind ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Pflegepersonals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muß einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.“

In vorbereitenden und nachvollzogenen Besprechungen wurde Übereinstimmung erzielt, daß die 100%ige Öffnung des psychiatrischen Krankenhauses, wie sie in einem regional aufnahmeständi-

Toutefois il est nécessaire de préparer méthodiquement l'ouverture par la thérapie et en créant une atmosphère nouvelle d'internat. La thérapie occupationnelle, un système étendu de cure médico-sociale, une relation personnel soignant — malades et une place importante accordée à la responsabilité personnelle des malades sont des mesures préventives efficaces, plus efficaces que le système limitatif traditionnel de clôture qui restreint la liberté des patients et produit une atmosphère de contrainte.

*Zusammenfassung.* Das Open-Door-System der stationären Psychiatrie ist keine moderne Welle, die vorüberziehen wird, sondern eine Notwendigkeit der Verbesserung der Heilbedingungen für psychisch Kranke. Die Arbeit begründet, warum die deutschen psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken (so weit sie regional aufnahmeverpflichtet sind) nicht die 100%ige Öffnung des Modellbeispiels „Mapperley Hospital“ Nottingham erreichen können. Das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen und die Psychiatrische Klinik der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik Dresden konnten in den vergangenen Jahren aus vorher geschlossener Führung in das ODS umgewandelt werden. Es wird unter exakter Angabe jedes Einzelfalles zu den aufgetretenen Suicidfällen des gleichen vorhergehenden Zeitraumes der „geschlossenen Epoche“ und der Einführung des ODS Stellung bezogen sowie zur Suicidproblematik in psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken überhaupt. Die eigene Übersicht bestätigt, daß im ODS keine erhöhte Suicidgefährdung liegt, wenn es unter therapeutischer Aktivität und nach vorhergehender Wandlung der inneren Heilatmosphäre vollzogen wird. Ob es im Einzelfall zum Suicid kommt oder nicht, ist nicht primär vom äußerlich abgesicherten Unterbringungsmodus abhängig. Aktive soziotherapeutisch abhängige Gruppendynamik, umfassendes Fürsorgeprinzip, Personal-Patientengemeinschaft mit wesentlicher Patientenselbstverantwortung sind wirksamere Maßnahmen zur Suicidverhütung als äußere, die bedingte Freiheit des Erkrankten ungewöhnlich einengende und eine Zwangsatmosphäre schaffende Absicherungen.

gen Fachkrankenhause in Großbritannien („Mapperley Hospital“, Nottingham) mit durchschlagendem Erfolg herbeigeführt werden konnte, in den deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit unausgesuchtem Krankengut und regionaler Aufnahmeverbindlichkeit insofern nicht möglich ist, als gewisse Unterschiede im Patientengut bestehen. Die 100%ige Öffnung war in Nottingham und anderen britischen Einrichtungen erreichbar, weil diese im Gegensatz zu unseren Krankenhäusern

a) keine Patienten mit angeborenen oder früh-erworbenen hochgradigen Schwachsinnszuständen aufnehmen,

b) keine gerichtlichen Unterbringungen (Beobachtungen mit Unterbringungsbeehl, Unterbringung nach § 42 b StGB) bei sich zu führen brauchen.

Zwar stellen Patienten mit erheblich ausgeprägtem Schwachsinn und solche, die gemäß § 42 b StGB zur Aufnahme kommen, keine absolute Kontraindikation gegen eine Öffnung des psychiatrischen

Fachkrankenhauses dar, aber doch eine nicht unbeträchtliche Einschränkung. Einige gemäß § 42 b StGB zugeführte Kranke können aus berechtigten Sicherheitsgründen vorübergehend nicht offen geführt werden. Für mit Unterbringungsbefehl zugeführte Beobachtungsfälle gelten die der Haft entsprechenden Bedingungen. Junge Menschen mit hochgradig ausgeprägtem, heil-pädagogisch nicht entscheidend angefähigem Schwachsinn, kombiniert mit kaum korrigierbaren erethisch-antisozialen Verhaltensweisen, bedürfen oft sogar langfristig einer geschlossenen Unterbringung. Auch für vereinzelte Kranke, die mit besonders ausgeprägten Unruhezuständen verbundene psychotische Krankheitszustände aufweisen, wird man auf eine kurzfristige, vorübergehende geschlossene Führung nicht verzichten können. Der Grundsatz offener und freiheitlicher Stationsführung darf nicht mit Engstirnigkeit bis zum — dann bitteren — Ende durchgepeitscht werden, sondern er ist sinnvoll zu entwickeln. Westdeutsche Fachkollegen stimmen mit uns darin überein, daß in den betont klinischen Einrichtungen 75 bis 80% und auf den mehr chronischen Abteilungen 80—85% aller psychisch Kranken bei optimal gestalteten Aufenthaltsbedingungen im Sinne der offenen Krankenstation, d. h. unter nicht verschlossenen Türen geführt werden können. Die erste Maßnahme kann nicht in dem dringend notwendigen Wegfall der Gitter oder in einer überstürzten Öffnung der Türen bestehen, zuerst ist die große Erziehungsaufgabe an der Gesamtheit des Personals zu bewältigen. Ein neuer Rhythmus — Integration von Klinik, „normalem“ Milieu, Personal-Patientengemeinschaft, weitgehender Patienten-Eigenverantwortung, Soziotherapie und Fürsorge — muß zuerst geschaffen werden. Dieser Rhythmus sprengt die Türen und läßt die Gitter fallen. Dann ist das Öffnen der Türen eine logische Konsequenz und nicht mehr ein beunruhigendes Wagnis. Es kann also nicht darum gehen, den Grundsatz der offenen und freiheitlichen Krankenbehandlung um jeden Preis und in kürzester Frist zu verwirklichen, sondern ihn soweit zu verlebendigen, wie es in der Gesamtheit und im Einzelfalle der Heilung unserer Kranken dienlich ist. Es darf vor allem keine Freiheit gegeben werden, wenn vorher nicht klar erkannt wird, was denn der psychisch Kranke nunmehr mit der ihm gegebenen Freiheit anfangen kann. Ein durchdachtes Heilregime, alles durchwirkende Maßnahmen der Rehabilitation und mit ihnen eine aktive soziale Verantwortungstherapie sind Voraussetzung, aus denen sich die freiheitliche Unterbringung psychisch Kranker als logische Konsequenz ergibt.

Die „neue Botschaft“ vom ODS — bei genauerem Betrachten ist sie gar nicht so neu, 1895 z. B. führten die Heil- und Pflegeanstalten Hildburghausen und Altscherbitz bereits 40—60% ihrer Patienten auf offenen Stationen — schreckte zunächst auf. Als WEIL 1956 seine begeisterten Mitteilungen über die „Freiheit im psychiatrischen Krankenhaus“ abgab,

von dem 100%ig erreichten ODS des Mapperlay Hospital, Nottingham, sprach, war ihm wahrscheinlich gar nicht bewußt, was für eine Bewegung er im Raum der deutschen Psychiatrie auslöste. Heute klingt das nicht mehr unreal, vor 10 Jahren aber forderte es noch gewaltigen Widerspruch heraus:

„Kein einziges Tor, keine einzige Tür ist von früh morgens bis spät abends geschlossen. Man kann ungehindert durch die weitläufigen Bauten des Krankenhauses mit seinen rund 1050 Betten gehen. Die Schlüsselbunde des Pflegepersonals sind verschwunden. Die Fenster haben weder Gitter noch sonstige Sicherungen, weder auf der Innen- noch auf der Außenseite. Die hohen, eisernen Zäune, welche die zu den einzelnen Stationen gehörigen hofartigen Gärten als Sicherungsmaßnahmen umgrenzten und ihnen ihr düsteres, gefängnisartiges Gepräge gaben, sind restlos entfernt worden. Jene Stationsgärten, vorwiegend mit Rosen angepflanzt, sind nunmehr in den das Krankenhaus umgebenden Gartenanlagen aufgegangen. Unser Krankenhaus kennt keine mechanischen Bewegungseinschränkungen mehr. Es gibt weder Bettnetze noch Zwangsjacken noch Polsterzellen, ja nicht einmal kurzfristig geschlossene Einzelräume. Weder die in- noch ausgehende Brief- und Paketpost unterliegt der Krankenhauszensur . . .“

Daß ein psychisch kranker Mensch, dessen Krankheitssymptome fast durchwegs in der Beunruhigung der menschlichen Umgebung und der Erschütterung des familiären und sozialen Gefüges die besonderen Auswirkungen haben, zur Beobachtung, zur Behandlung oder „Verwahrung“ in eine geschlossene stationäre Einrichtung der Psychiatrie einzuweisen war, galt in der allgemeinen und medizinischen Öffentlichkeit zum damaligen Zeitpunkt in unserem Raume als seit je erforderlich und damit selbstverständlich. Man bedauerte es, hielt es aber für unumgänglich und begründete eine solche Maßnahme mit bekannten, medizinisch-sozialen und juristischen Erfahrungen. Daß diese Erfahrungen unter früheren Umständen gesammelt worden waren, wurde ebenso wenig hinreichend bedacht wie die Möglichkeit, ob nicht doch in Folge der Weiterentwicklung von Medizin und Gesellschaft sich eben diese Umstände entscheidend geändert haben könnten. Die Wertung des psychiatrischen Krankenhauses in der Öffentlichkeit wurde relativiert durch die Kenntnis der angeblich zum Schutz des Kranken und der Öffentlichkeit unabdingbaren Verschließungs- und Beschränkungsmaßnahmen. Damit galten die stationären psychiatrischen Einrichtungen als Institutionen des Gesundheitswesens mit gefängnisähnlichem Charakter, wobei sich dieser gefängnisähnliche Charakter dann noch geradezu provozierend aufdrängt, wenn die Fenster der psychiatrischen Station durch Vergitterungen abgeschlossen sind und wenn das Pflegepersonal seine Macht mit dem ihm in die Hände gegebenen Schlüsselbund demonstriert. Die Bevölkerung sah im psychiatrischen Krankenhaus keineswegs den Ort der Zuflucht und der Geborgenheit.

Sind die Gesamtumstände heute aber wirklich noch so, daß wir uns mit dieser besonderen, unsere Kranken wie auch uns Psychiater und unser Pflegepersonal entwürdigenden Stellung abfinden müssen? Kann der psychisch kranke Mensch tatsächlich nicht unter den sonst üblichen Krankenhausbedingungen behandelt und „verwahrt“ werden? Müssen wir vor

der wenig berechenbaren Erregung des psychisch kranken Menschen, vor seiner angeblich dämonischen Unruhe derart kapitulieren, daß es für uns keinen anderen Weg gibt, als den der geschlossenen Unterbringung und Asylisierung? Man könnte schnell, aber voreilig, wie es seit Jahren beschwichtigend geschehen ist, diese Fragen mit Bedauern bejahen mit Hinweisen auf die in der Tat bestehende momentane Gemeingefährlichkeit im erregten Verhalten eines zur Zeit der Krankenhauseinweisung akut-psychotischen Menschen, auf die angeblich unkorrigierbare und gefährliche Gespanntheit alter „Anstaltsinsassen“, die bisher ihnen — allerdings unvorbereitet und unfreiwillig — gegebene Freiheiten benützten, indem sie diese mißbrauchten. Gewiß sind in allen psychiatrischen Einrichtungen in Einzelfällen Freiheiten gegeben worden, das Prinzip aber blieb das der geschlossenen Unterbringung. Nur wenige haben sich ernstlich bemüht, die Kranken systematisch auf den Gebrauch der Freiheit vorzubereiten und zu erziehen. Man könnte ebenso hinweisen auf die, so sagte man, trotz der geschlossenen Anstaltsordnung unvermeidlichen Lärm-, Krawall- und Protestreaktionen, auch die Zerstörungshaltung untergebrachter Patienten, auf die Gefahr der Schwängerung und der Selbsttötung. Mit solchen zunächst einleuchtenden Begründungen hat man immer wieder bis in die Gegenwart hinein die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung psychisch Kranker bejaht. Man hat aber nicht eingehend und unvoreingenommen untersucht, ob diese dafür angezogenen Denkvoraussetzungen stimmen, ob die Umstände, die zu früheren Erfahrungen führten, noch gültig sind und ob tatsächlich die Gemein- und Selbstgefährlichkeit eines psychisch kranken Menschen in seiner vermeintlich unbeeinflussbar-eigengesetzlich ablaufenden Krankheit liegen. So kam es, daß die Mehrzahl, auch die Mehrzahl der führenden Psychiater, den Mitteilungen von WEIL unter Hinweis auf publizistische Schönfärberei und anders zusammengesetztes Patientengut sehr skeptisch gegenüberstand, daß man zum Teil versuchte, diese revolutionären Veränderungen zu bagatellisieren. Dazu allerdings muß gesagt werden, daß der Gedanke, psychisch kranke und geistesschwache Menschen in völligem Gegensatz zu bisherigen und noch üblichen Gepflogenheiten auf offenen Krankenstationen zu behandeln, so unkonventionell, ja so revolutionär ist, daß man ihn als phantastisch und absurd belächeln müßte, wären nicht eben Beispiele seiner Verwirklichung überzeugend entwickelt worden. Das Imposante an den Mitteilungen über die Veränderungen in Nottingham bleibt, daß nichts aufgetragen, nichts durch verständlichen Enthusiasmus schöngefärbt ist. Davon konnten wir uns 1959 persönlich überzeugen, auch von dem gleichartigen Beispiel, daß G. B. BELL 1954 bereits mit seinem Dingleton Hospital in Melrose geschaffen hat.

In der Konfrontierung mit dem ODS beunruhigten uns die Fragen, ob es im ODS nicht zum Über-

handnehmen von Schwängerungen komme, ob nicht die Zahl der — u. a. kriminell entarteten — Entweichungen ansteige und ob solche Öffnungsmaßnahmen nicht eine Herausforderung der in vielen psychotischen Zuständen bereitstehenden Suicid-tendenz sei. Die Entweichungen würden geringer, sagte man uns. Harmloses Weglaufen zu dieser oder jener mehr oder minder sinnvollen Veranlassung steige an. Nicht immer liebsame amouröse Annäherungen würden beobachtet, Schwängerungen aber nähmen nicht evident zu. Und schließlich: Ein bedrohliches Ansteigen der Suicide sei nicht zu beobachten, die Suicidalität spiele keine andere Rolle als in den geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen. Dazu teilte WEIL noch mit:

„So sehr die ganz seltenen Selbstmordfälle von Kranken, die ohne ärztliche Erlaubnis oder gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen haben, zu bedauern sind, so muß man sich doch vor Augen halten, daß auch ordnungsgemäß beurlaubte oder entlassene Patienten ‚draußen‘ sich das Leben nehmen.“

Die meisten unserer Psychiater bringen die erhöhte Suicidgefahr als entscheidendes Argument gegen eine umfassende Einführung des ODS an. Es fällt schwer, sie davon zu überzeugen, daß in solchen Annahmen ein Irrtum liegt, so paradox das zunächst klingt. Mit beschwichtigenden Beteuerungen aber und optimistischen Erwartungen allein kann niemand überzeugt werden. Wir haben es daher für richtig gehalten, die Suicidfälle mitzuteilen und zu analysieren, die in den beiden stationären Einrichtungen aufgetreten sind, in denen wir das Open-Door-System eingeführt haben. Das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen (Bezirk Erfurt), vormals Krankenanstalten Pfafferoode, wurde von uns 1958 als geschlossen geführte vormalige Heil- und Pflegeanstalt übernommen. Es besteht regionale Aufnahmeverbindlichkeit für den Bezirk Erfurt und für zwei angrenzende andere Landkreise. Die Aufnahmeziffer betrug 1958 1011, 1963 1820. In den Jahren bis 1962 wurden die klinischen Stationen geöffnet, nur je ein Aufnahmehaus für Frauen und Männer behielt einen geschlossenen Flügel von 20—25 Betten. Die Stationen der psychiatrischen Pflege- und Fürsorge-Abteilung (chronischer Belegungscharakter) wurden untereinander entsprechend der jeweils profilierten Aufgabenstellung abgegrenzt. In ihrer Profilierung spiegelte sich das medizinisch-soziale Rehabilitationssystem für chronisch Kranke wider: Über je einer vorwiegend geschlossenen Station (besonderer Aufsichtscharakter) standen die offenen Übergangsstationen (pflegerisch durchschnittlich besetzt), über diesen die pflegerisch maximal verdünnten, nachtwachenfreien Stationen (50—70 Pat.) mit jeweils nur einer Schwester im Tagesdienst. Damit wurde in der Zeit von 1959 bis 1963 die nach deutschen Belegungsverhältnissen mögliche Einführung des ODS abgeschlossen. Anlässlich des 50jährigen Bestehens des Bezirkskrankenhauses konnte 1962 festgestellt werden:

„Die umfassendste, geradezu revolutionäre Veränderung, die sich in den letzten Jahren vollzogen hat, zeigt sich in der

erfolgreichen Einführung des Systems der offenen Tür (Open-Door-System). In zielstrebigem, wagemutiger und teilweise sehr aufreibender Entwicklungsarbeit wurde aus der vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalt das vorwiegend psychiatrisch-neurologische Fachkrankenhaus. In der psychiatrischen Klinik werden zum gegenwärtigen Entwicklungszeitpunkt nur ca. 10% der Patienten in geschlossenen Kleinabteilungen gehalten, in der psychiatrischen Pflege- und Fürsorge-Abteilung sind es ca. 25%. Es ist also gelungen, bis zum gegenwärtigen Entwicklungsstand das psychiatrisch-neurologische Fachkrankenhaus als zu 80% geöffnetes Krankenhaus umzugestalten.“

Wenn wir zu den in diesem Zeitraum der Einführung des ODS erfolgten Suiciden Stellung nehmen, dann begegnen wir den berechtigten Fragen nach zu befürchtender Suicidhäufung mit realen Werten, nicht nur mit möglichen Erwartungen. Um zu einem angemessenen Vergleich zu kommen, werden die Suicide des vorhergehenden gleichen Zeitraumes der „geschlossenen Epoche“ in den Bericht einbezogen.

Tabelle 1. *Suicide von 1954—1963*

geschlossen/ offen Zeitraum	geschlossen, nur zeitweilige Öffnung von 10—15%					Öffnung von				
	1954	1955	1956	1957	1958	20% 1959	40% 1960	60% 1961	80% 1962	80% 1963
Anzahl der Suicide	2	0	0	1	3	0	0	4	0 <sup>1</sup>	3

<sup>1</sup> 1 Suicid erfolgte 1962 in der Neurologischen Klinik, er wird nicht in die Beurteilung einbezogen.

Jeder Suicid hat eigene Motive und eigene Bedingungen, der Zahlenvergleich allein sagt nichts Entscheidendes aus. Daher soll jeder einzelne Suicidversuch in seinen Einzelheiten mitgeteilt werden. Die nachfolgend angegebenen Fälle 1—6 sind die Suicide des Zeitraumes 1954—1958 („geschlossene Epoche“), die Fälle 7—13 sind die Suicide des Zeitraumes 1959 bis 1963 (Einführung des ODS):

*Fall 1:* (1954), Emma L.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung, seit je etwas „nervös“. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung ungestört. Zweimal verheiratet, insgesamt 6 Kinder geboren. Zuletzt nach dem Tod des Ehemannes vereinsamt, stationäre Aufnahme Oktober 1953 wegen Depression mit ängstlicher Getriebenheit, Schlaflosigkeit und Suicid tendenz, mehrfach Suicidversuche vor der Krankenhauseinweisung. Im Krankenhaus schwerst depressiv, ängstlich-klagsam, voller Kleinheitsideen und pathologischer Schuldgefühle. Trotz entsprechender Therapie ständiges Jammern, Getriebenheit, nächtliche Unruhe. In der Nacht des 30. 12. 1954 gelang ihr der Suicid, sie sprang aus einem abgeschützten Fenster der 1. Etage der Krankenstation.

*Fall 2:* (1954), Mathilde Sch.: Vater war Alkoholiker, Mutter hat sich suiciidiert. Geburt, frühkindliche und schulische Entwicklung regelrecht, Eheschließung mit 21 Jahren, Ehemann verstarb. Pat. lebte mit ihrem Sohn allein. 1 Jahr vor der stationären Aufnahme soll sie mit einem „Nervenfieber“ 3 Wochen bewusstlos zu Hause gelegen haben. Wegen Arteriosklerosis cerebri stationäre Aufnahme 30. 6. 1954, bei Aufnahme neben allgemeiner Hirnleistungsschwäche und vegetativen Symptomen Ängstlichkeit und haptische Halluzinationen. Sie behauptete, es seien Motten in den Kleidern, Flöhe im Bett, und sie könne wegen eines Brennens auf der Haut nicht schlafen, saß mitunter lange weinend und betend im Bett, verweigerte das Essen, war mißtrauisch. Es gelang ihr am 6. 8. 1954 nachts mit einem schmalen Leinenstreifen, den sie vom Bettuch abgerissen hatte, der Suicid durch Aufhängen an einer Türklinke.

*Fall 3:* (1957), Max H.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung bis zum beginnenden Involutionsalter unauffällig. Nach Arbeitsstellenwechsel 1957 völliger Zusammen-

bruch, ausgesprochen depressive Erscheinungen, Schlaflosigkeit, Kleinheitsideen, pathologisches Schuldgefühl, Suicidgedanken. Am Tage der Krankenhausaufnahme warf er sich auf der Straße vor ein Auto. Während der stationären Beobachtung und Behandlung ausgeprägt depressives Syndrom, der pneumocephalographische Befund ließ auf atrophisierendes Hirn-geschehen schließen. Zunehmende ängstliche Erregung, Bettflüchtigkeit, stereotypes Vor-sich-Hinjammern, warf die Zahnprothese im Saal herum, zog sich das Hemd aus, stand nackt herum, offensichtlich Verwirrtheitszustände. Am 15. 5. 1957 lag er zunächst apathisch im Bett, wurde mutistisch und strangulierte sich in einem unbeobachteten Moment in der Toilette an der Kette der Wasserspülung, während sich der diensthabende Nachtpfleger mit längerem Zeitaufwand um einen anderen Kranken kümmerte.

*Fall 4:* (1958), Hans-Joachim K.: Asoziales Elternhaus, Geburt und frühkindliche Entwicklung sonst ungestört, sozial bedingter Schulversager, haltarm-unstetes Verhalten in der Jugendzeit, asozial-antisoziale Entwicklung, dabei gut aussehender und von Frauen begehrtter Männertyp. 1949 erstmalige stationäre Beobachtung: intellektuelle Unterentwicklung mit charakterlicher Abartigkeit — haltloser, asozialer Debiler. Mai 1950 2. Aufnahme unter gleicher Diagnose wegen jetzt zusätzlichen Alkoholmißbrauches. 1955 3. Aufnahme unter § 42 b StGB-Bedingungen, 1956 Entweichung, zu Hause Suicidversuch in betrunkenem Zustand. Aufnahme in der Nervenlinik der Medizinischen Akademie Erfurt, nach Entlassung wieder Alkoholmißbrauch, erneute Einlieferung nach Mühlhausen, 1957 bedingte Entlassung. Noch 1957 Wiedereinweisung, guter „Anstaltsarbeiter“, aber mehrfach erhebliche Disziplinschwierigkeiten, Oktober 1958 Entweichung mit „Freundin“, dabei Einbruchsdiebstahl, kam von selbst zurück. Es war ihm gelungen, sich auf nicht völlig zu kontrollierende Weise größere Mengen Schlafmittel zu besorgen, Suicid am 4. 11. 1959. Abschiedsbrief vom Vortage: „Wenn ich diesen Schritt getan habe, so nur aus lauter Verzweiflung, denn es ist mir nicht mehr möglich gewesen, noch länger auf dieser Abteilung zu verweilen. Ich leide unter einem dermaßen seelischen Druck, daß hier oder in einer anderen Anstalt ein Weiterleben für mich keinen Zweck mehr hat. Ich bin ja als Verbrecher bezeichnet worden und das lastet schwer auf meinem Gewissen. Wo ich die Tabletten her habe und wie ich sie besorgt habe, weiß kein Mensch, von hier sind sie nicht. Es ist besser für mich und meine Umgebung, mir hilft ja keiner mehr, so wie ich es wollte.“

*Fall 5:* (1958), Kurt L.: Ein Onkel soll psychotisch gewesen sein, sonst erbbiologisch o. B. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung unauffällig. Seit früher Jugend an Tuberkulose erkrankt, 1945 wegen starker Schmerzen nach Rippenresektion unzulänglich geplanter Suicidversuch. 1950 manisch gefärbte Symptomatik, Aufnahme auf psychiatrischer Tbc-Abteilung. Zeitweise leicht depressiv wirkende Züge. 1954 erneute manische Phase, entsprechende Behandlung. Nach Abklingen langfristiger Aufenthalt auf allgemeiner Tuberkulose-Abteilung. Anfang Juli 1958 fiel depressive Symptomatik auf, Mitkranken gegenüber wurden Suicidgedanken geäußert. Verlegung auf psychiatrische Tbc-Abteilung war vorgesehen, der Pat. erfuhr davon, ging in das Bad, holte sich Kresol und trank dies in einem unbeobachteten Moment aus, ging anschließend zur Stationschwester, um ihr mitzuteilen: „Ich habe einen kräftigen Schluck aus der Kresolflasche genommen, nun brauche ich nicht mehr in das andere Haus.“

*Fall 6:* (1958), Hilda S.: Mutter der Pat. galt als psychisch abwegig, sonst familiär o. B. Geburt, frühkindliche und schulische Entwicklung ungestört, 1946 Typhus abdominalis, seither Dauerausscheider. 1943 wegen manisch gefärbten Erregungszustandes stationäre Behandlung in Berlin. 1950 erneut exaltiertes Verhalten, übermäßiger Alkoholzuspruch, führte auf der Straße Spitzentänze auf, vergeudete Geld, wollte Bardame oder Tänzerin werden, fühlte sich zu Höherem berufen, März 1951 stationäre Einweisung. Hierbei trat mehr schizophrenieverdächtige Symptomatik auf: Fremdländisch anmutendes Gebärde, exaltiert-manieriertes Verhalten, es kam dann zu eindeutig katatonem Stupor. Entlassung in gebessertem Zustand, 1953 erneute Einweisung, beschuldigte ihre Mutter, Mörderin ihrer 23 Kinder zu sein (Pat. war kinderlos). Starke Kontaktstörungen, abnormes Bedeutungs- und Beziehungserleben, zerfahrenes Reden, akustische Halluzinationen. Auf entsprechende Behandlung relativ schnelle Rückbildung, Entlassung, aber Rezidiv mit Wiederaufnahme 1954. Diesmal stand religiös geprägtes depressiv-paranoides Syndrom im Vordergrund, das

erneut schnell abklang. Allerdings 1956 wiederum Rezidiv mit ausgesprochen bizarrer Haltung, halluzinierend, freundlich-gequälte Gefühlsambivalenz. Dezember 1957 Nahrungsverweigerung, nihilistische Ideen, erklärte sich als gestorben, wiederum schnelle Rückbildung, September 1958 letzte Aufnahme, ausgesprochen ängstlich-paranoide Symptomatik, starke Schlafstörungen, saß oder stand regungslos herum, starrte auf einen Fleck, vernachlässigte sich körperlich, verweigerte Nahrung. Während Zubereitung des Reinigungsbadens gelang es ihr, eine Flasche mit verdünntem Kresol an sich zu nehmen, wovon sie eine große Menge trank. Sie gab sofort hinterher an, sie habe schreckliche Angst gehabt, habe es nicht mehr aushalten können, ständig sei sie von bedrohenden und quälenden Stimmen verfolgt worden, man habe ihr schreckliche Todesarten angedroht und dem habe sie zuvorkommen wollen.

*Fall 7:* (1961), Eugenie Z.: Eltern unbekannt, Findel- und Heimkind, seit später Kindheit durchgehend in psychiatrischer Unterbringung. Annahme eines Schwachsinnigen mittleren Grades. Dissoziales Verhalten, welches sich allmählich nivellierte. 1956 Entweichung mit 2 anderen Patienten mit dem Ziel, nach Westdeutschland zu gelangen. 1958 Entweichung mit einem männlichen Freund mit gleichem Ziel. Als sie aufgegriffen wurde, versuchte sie sich durch Eröffnen der Pulsader zu suicidieren, am nächsten Tage mit einem Gürtel zu erdrosseln. In der Folgezeit gelang bessere soziale Adaptation, sie wurde in der Arbeitstherapie geschätzt, erhielt weitgehende Bewegungsfreiheiten. Umfassende Nachuntersuchungen ergaben deutliche intellektuelle Nachreife. 1960 vorübergehend in Familienpflege, mußte aber wegen kleiner Diebereien zurückgenommen werden. 1961 Anfreundung mit einem Patienten, der ihr aber bei seiner Entlassung mitteilte, er brauche sie nicht mehr. Am gleichen Tage wurde die Patientin vermißt und lange Zeit später als Leiche im Stadtwald aufgefunden. Man fand bei ihr eine Flasche mit der Aufschrift „Mixtura hypnotica“. Durch Obduktion konnte nicht mehr festgestellt werden, ob der Tod durch Vergiftung eingetreten ist oder im Zustand der Unterkühlung (Tiefschlaf, Selbstaussatzung?).

*Fall 8:* (1961), Babett K.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung ungestört, konstitutionell schwerblütiger, aber sozial gut angepaßter, leistungsfähiger Mensch. In ehelichem Zusammenleben depressive Verstimmung mit paranoider Eifersuchteinstellung. 1956 mehrwöchige Behandlung in Nervenambulanz Nordhausen, 1957 in Nervenambulanz der Medizinischen Akademie Erfurt. 1959 Einweisung nach Mühlhausen: Depressives Syndrom mit paranoider Eifersuchtsymptomatik. Entlassungsversuch scheiterte an Eifersuchthaltung der Patientin. 1960 lief sie weg, meldete sich in Untersuchungshaftanstalt Mühlhausen und bat um Bestrafung. Nach umfassender Nachbehandlung erfolgte auf Wunsch des Ehemannes Entlassung, der die Patientin im Juni 1960 erneut zur Aufnahme brachte, weil sie mehrfach zu Hause in suicidalen Absicht fortgelaufen sei. Im Januar 1961 lief sie von der Station weg und gab an, sie fühle sich überflüssig, keiner habe sie gern. Sie teilte uns mit, ihr werde es noch gelingen, sich das Leben zu nehmen. Im weiteren Verlauf wurde sie affektiv freier und aufgelockter, konnte in größerem Maße arbeitstherapeutisch eingesetzt werden, bezeichnete sich selbst aber als verloren und heimatlos und äußerte nach einem Besuch des Ehemannes: „Für einen solchen Mann danke ich, der mich immer wieder nach Pfaffenrode bringt.“ Anlässlich einer auf Wunsch des Ehemannes erfolgten Beurlaubung gleiche Schwierigkeiten zu Hause. Im Krankenhaus selbst weitgehend geordnetes Verhalten, konnte als Hauspflegerin eingesetzt werden, versah diese Arbeit recht gewissenhaft. Am 22. 8. 1961 verließ sie den Haushalt und stürzte sich in ein mehrere Meter tiefes Quelloch.

*Fall 9:* (1961), Irene F.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche und schulische Entwicklung ungestört. Mit 20 Jahren Eheschließung, 3 Kinder geboren, 1942 kurzfristiges paranoides Beobachtungssyndrom. 1944 bezichtigte sie die Schwiegermutter des versuchten Giftmordes, jeweils keine besondere psychiatrische Behandlung. Ihren Mann verdächtigte sie 1951 verschiedener Beziehungen zu anderen Frauen, sie selbst soll sich ehelich untreu verhalten haben. Sie blieb dann tagelang im Bett liegen, ließ alles stehen, vernachlässigte ihren Haushalt, wurde mit depressiv-paranoider Symptomatik 1951 eingewiesen. Das Krankenblatt vermutet einen schizophrenen Defektzustand, pneumocephalographisch erwies sich ein leichter Hydrocephalus internus und externus, neurologisch fanden sich positive Pyramidenzeichen und träge, wenig ergiebige Pupillenreaktionen, normale Liquorbefunde.

Sie wird als erstarrt, stumpf und antriebslos beschrieben, gab dann später Halluzinationen an, soll dabei still und vergnügt gewesen sein, auch zum Teil im Verhalten etwas maniert. Später fühlte sie sich von Männern belästigt, wurde immer autistischer. 1958 sprach sie häufig vom Sterben und versuchte einmal, sich mit einem Taschentuch zu strangulieren, ein zweites Mal mit einem Handtuch. Dann forderte sie das Personal auf, sie tot zu schlagen. Sie wurde immer agitatierter und voll dranghafter Unruhe, lief jammernd und stöhnend umher. 1960 kam es wieder zu mehrfachen Suicidversuchen. Dann wieder war sie über Monate teilnahmsarm-mutistisch, verrichtete aber fleißig und regelmäßig kleine Hausarbeiten, konnte auch über Stunden mit anderen zusammen beurlaubt werden. Die Angehörigen kümmerten sich gar nicht um sie. Anfang 1961 wurde sie wieder stark verstimmt, verweigerte die Nahrung, wollte sich vor ein vorüberfahrendes Auto werfen. Nach einem Besuch ihres Vaters wurde sie wieder aufgeschlossener, emotional freier, stimmungsmäßig gehobener. Sie konnte als langfristige Patientin mit chronischem Krankheitsbefund wieder zu mehrstündigen arbeitstherapeutischen Einsätzen herangezogen werden, verschwand aber am 18. 10. 1961 bei einem ihrer kleinen Geländespaziergänge, wurde nach einigen Monaten als Leiche im Stadtwald aufgefunden. Es konnte nicht mehr ermittelt werden, ob ein Verbrechen an ihr verübt worden ist oder ob sie sich — was wir auf Grund der Anamnese annehmen — suicidiert hat.

*Fall 10:* (1961), Werner E.: Einziges Kind eines Bürovorstehers, Superprotektion im Elternhaus, feinfühlig, empfindsamer Junge, kontaktarm entwickelter Außenseiter, gehemmt-selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung. 1940 Jugendgefängnis wegen Unzucht mit Kindern, Frontbewahrung. 1948 Eheschließung, keine anhaltende sexuelle Stabilität, Ehefrau verstarb, 1950 2. Eheschließung, ebenfalls keine anhaltende sexuelle Stabilität; nur nach Alkoholgenuß war er zu normalem Geschlechtsverkehr befähigt. 1951 erneut Unzucht mit Kindern, Haftstrafe, 1954 wiederum Unzucht mit Kindern, Zuchthausstrafe. Nach Haftentlassung Schwierigkeiten in der sozialen Wiedereingliederung. 1957 bemerkte er erneut den lästigen Drang der Annäherung an minderjährige Mädchen, es kam zur Rückfallsdelinquenz. Begutachtung Universitätsnervenklinik Jena: § 51 StGB Absatz 2 mit anschließender Unterbringung nach § 42 b StGB. Aufnahme in Mühlhausen 18. 2. 1960, zunächst auf geschlossener Abteilung, dann Übernahme zu arbeitstherapeutischen Außeneinsätzen in der Kfz.-Garage, dort sehr umsichtig und fleißig. Am 7. 3. 1961 kam der Verdacht auf, daß er sich erneut an 2 Kindern, die sich in Nähe des Krankenhauses aufhielten, unsittlich herangemacht habe. Er bestritt diese Handlungen, die objektive Klärung des Verdachtes war im Gange. Als er zu einer Aussprache zur behandelnden Ärztin bestellt wurde, verschwand er unmittelbar von der Station und wurde einige Stunden später am Waldrand stranguliert aufgefunden. Unter seinem Nachlaß fand sich der Entwurf eines Briefes an den Ärztlichen Direktor des Krankenhauses folgenden Inhaltes: „In der Vergangenheit habe ich das Vertrauen, das man mir trotz meiner Verfehlungen entgegenbrachte, wiederholt schwer enttäuscht. Immer wieder legte ich mir die Frage vor, warum versagst du auf diesem Gebiet immer wieder, warum kannst du nicht sein wie ein anderer Mensch. Heute weiß ich, daß all die Hemmungen nur Einbildungen waren. Wenn ich schon glaubte, mit mir ist etwas nicht in Ordnung, so hätte ich den Mut haben müssen, zu einem mir nahestehenden Menschen zu gehen und mit ihm offen über diese Dinge zu sprechen...“

*Fall 11:* (1963), Elfriede H.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung ungestört, galt als lebensstüchtige, „etwas nervöse“ Frau, seit 17. Lebensjahr Hyperthyreose. 1942 erstmals vegetativ-depressives Syndrom ohne Notwendigkeit psychiatrischer Behandlung. Februar 1953 schwere ängstlich-dysphorische Getriebenheit, Suicidversuch, Einweisung zur Behandlung. Bei der Aufnahme innere Unruhe, stark geizt und agitiert wirkend, mehr dysphorisch als vital-depressiv. Den Ärzten und den Angehörigen berichtete sie in den folgenden Tagen, ihr Suicidversuch sei von ihr nicht gewollt gewesen, sie habe sich in einem „Anfall“ befunden. Der Zustand besserte sich unter Behandlung, die Pat. wurde munterer, war sehr tätig in arbeitstherapeutischen Stationseinsätzen. Anfang April klagte sie wieder über Schlaf-, Appetitstörungen, gab eine innere Unruhe an, war aber sonst nicht gröber verändert. Am 7. 4. 1963 entfernte sie sich in Vereinbarung mit dem Ehemann und dem Pflegepersonal von der Krankenstation, weil sie ihren Besuch von der Straßenbahn abholen wollte. Sie wurde

einige Stunden später auf dem Friedhof stranguliert aufgefunden, hatte sich mit dem Gürtel des Nachthemdes an einem Baumast erhängt.

*Fall 12:* (1963), Maria G.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Bruder der Mutter Anfallsleiden. Geburt, frühkindliche, schulische und berufliche Entwicklung ungestört bis zum 18. Lebensjahr, dann ohne erkennbare Begründung Umhervagabundieren, Wechseln der Arbeitsstellen. 1960/61 in Burghölzli: subakut verlaufende paranoide Schizophrenie. 1961/62 stationäre Behandlung im hiesigen Krankenhaus. Wegen eines unmittelbar vorausgehenden Suicidversuches, der in allen Zusammenhängen sehr merkwürdig erschien, zunächst geschlossene Stationsführung, nach einigen Wochen Übernahme auf offene Station. Entlassung unter der Annahme einer erreichten Teilremission bei allerdings erkennbarer affektiver Defektbildung. Sie arbeitete dann in der Landwirtschaft, im August 1962 aber kam es zur Wiederaufnahme. Ausgesprochen schizophrene Symptomatik, unheimliche Umgebungsveränderung, die Angehörigen hatten Vogelstimmen, die Kühe sprachen wie Menschen zu ihr, sie schmeckte laufend Samen von Tieren im Essen und glaubte, eine Ratte oder Maus sei in ihrem Unterleib. Im Oktober 1963 lief sie nur im Schlafanzug bekleidet von der Station weg, wurde deshalb auf der geschlossenen Abteilung geführt, in eine große Insulinkur genommen. Auf dem Weg vom geschlossenen Flügel zum Insulinbehandlungsraum machte sie sich von der begleitenden Schwester frei, rannte von der Krankenstation weg und warf sich vor einen Eisenbahnzug. In ihrem Nachlaß fand sich ein Brief, den sie 2 Tage vor dem Suicid an die Eltern geschrieben hatte, worin es heißt: „Der Gedanke an meine Krankheit quält mich sehr und macht mich sehr unglücklich. Ich habe immer das Gefühl, ich sei nicht mehr zu heilen und diese Gedanken beunruhigen mich sehr, da ich noch so jung bin, aber auch das Schicksal hat manchmal seinen Weg.“

*Fall 13:* (1963), Kurt G.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche, schulische und beruf-

liche Entwicklung bis 1920 ungestört. Ging dann auf Wanderschaft, wechselte wiederholt sein Arbeitsverhältnis, kam aber nicht in psychiatrische Behandlung, stabilisierte sich dann wieder. 1957 stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik Westdeutschlands, Schizophrenieverdacht mit blander Symptomatik. Wegen „Kopfstecherei und Entstromung“ kam er dann in weitere Behandlung, wurde in der Nervenlinik der Medizinischen Akademie Erfurt unter der Annahme einer paranoiden Schizophrenie 6 Wochen stationär in Therapie genommen, fühlte sich wieder wohl, kam aber bereits 4 Wochen später unter der gleichen Symptomatik zur Behandlung in die Universitätsnervenlinik Jena, wurde in gebessertem Zustand entlassen, mußte im Juli 1960 bei uns aufgenommen werden, wurde zunächst geschlossen geführt. Massive akustische und haptische Halluzinationen, erkennbar umfassendes Beeinträchtigungswahnsystem. Alle somatischen Behandlungsverfahren brachten keinen anhaltenden Erfolg. Arbeitstherapeutischer Einsatz in der Tischlerei, dort traten die psychotischen Phänomene in den Hintergrund. Pat. wurde nach mehr als einem Jahr geschlossenen Aufenthaltes in die offene Abteilung übernommen, hatte nach wie vor seine akustischen und haptischen Trugserlebnisse, zeitweise hielt er den Kopf unter heißes oder kaltes Wasser, umwickelte ihn mit Hosenträgern, mit Gummistreifen oder mit nassen Tüchern, war aber sonst zugänglich und verrichtete alltäglich seinen mehrstündigen Einsatz in der Tischlerei. Anfang Mai 1963 traten seine Beeinträchtigungserlebnisse wieder stärker hervor. Am 10. 5. 1963 kehrte er am Abend nicht zu gewohnter Zeit auf Station zurück, wurde am folgenden Tag in der Spänekammer der Tischlerei stranguliert aufgefunden.

Nach den wesentlichen Aspekten zusammengestellt, ergibt sich also folgende Suicidstatistik:

Tabelle 2. Aufschlüsselung der Suicidfälle nach Diagnose und besonderen Suicidmerkmalen und -Zusammenhängen. Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Mühlhausen (Bez. Erfurt)

Fall	männl. (m) weibl. (w)	Diagnose	offene oder geschlossene Stationsführung	stationäre Aufenthaltsdauer	Suicidart	Besonderheiten, Motive, Bedingungen
1 (1954)	w	Involutionsdepression	geschlossen	15 Monate	Sprung aus dem Fenster	depressive Suicidgetriebenheit, psychosebedingt
2 (1954)	w	Paranoid-halluzinatorische Psychose bei Arteriosklerosis cerebri	geschlossen	6 Wochen	Aufhängen an einer Türklinke	in arteriosklerotischem Verwirrheitszustand, keine erkennbaren Motive, psychosebedingt
3 (1957)	m	agitierte Depression	geschlossen	20 Tage	Strangulation	depressive Suicidgetriebenheit, psychosebedingt
4 (1958)	m	haltlos-assoziiale Psychopathie	geschlossen	18 Monate, § 42 StGB 6. Aufenthalt	Schlafmittel	Bilanzsuicid
5 (1958)	m	depressive Phase bei Cyclothomie	offen	4 Wochen, 3. Aufenthalt	Kresol getrunken	Angst vor geplanter Verlegung auf geschlossene Station, trotzdem wahrscheinlich im wesentlichen psychosebedingt
6 (1958)	w	Schizophrenie	geschlossen	3 Monate, 5. Aufenthalt	Kresol getrunken	Suicidgetriebenheit unter dem Einfluß massiver Halluzinationen, psychosebedingt
7 (1961)	w	Schwachsinn	offen	Heim-Anstaltspat. seit frühester Kindheit	Schlafmittelaufnahme? Selbstaussetzung?	Verzweiflung nach Liebesverlust, Kurzschlußreaktion einer Schwachsinnigen
8 (1961)	w	teilremittierte Depression mit überwertigem Eifersuchtsinhalt	offen	18 Monate, 5. Aufenthalt	Ertrinken	Angst vor dem Leben außerhalb des Krankenhauses, fragl. psychosebedingt

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Fall	männl. (m) weibl. (w)	Diagnose	offene oder geschlossene Stationsführung	stationäre Aufenthalts- dauer	Suicidart	Besonderheiten, Motive, Bedingungen
9 (1961)	w	halluzinatorisches Syndrom bei atrophisierendem Hirnprozeß ungeklärter Genese	offen	10 Jahre	unbekannt, Selbst- aussetzung?	Suicid nicht hin- reichend nach- gewiesen, aber wahr- scheinlich, psychose- bedingt
10 (1961)	m	Neurotische Ent- wicklung, selbst- unsicher, gehemmt, triebgestört, Rück- falldelinquenz, Un- zucht mit Kindern	offen	13 Monate § 42 b StGB	Strangulation	normalpsycho- logische Bilanz nach erneuten sexuellen Fehlhandlungen
11 (1963)	w	depressiv- dysphorischer Zustand bei Hyperthyreose	offen	6 Wochen	Strangulation	depressive Suicid- getriebenheit, psychosebedingt
12 (1963)	w	paranoide Schizophrenie	geschlossen	7 Monate, 3. Aufenthalt	vor einen Eisenbahn- zug geworfen	Lebensüberdruß wegen gefühlter Unheilbarkeit, im wesentlichen doch psychosebedingt
13 (1963)	m	Schizophrenie	offen	3 Jahre, 4. Aufenthalt	Strangulation	Qual unter haptischen Halluzinationen, psychosebedingt

Im Zeitraum von 5 Jahren der geschlossenen Krankenhausführung waren also 6 Suicide nicht zu vermeiden, im gleichen 5jährigen Zeitraum der Einführung des ODS sind 7 Suicidfälle aufgetreten. Bedenkt man — was in Rechnung gezogen werden muß —, daß im Zeitraum 1954—1958 im Jahre durchschnittlich 1200 Zugänge aufgenommen worden sind, im Zeitraum 1959—1963 hingegen 1600 (bei gleicher Raum- und Personalkapazität und bei erniedrigter Exitusquote), dann ist die Suicidquote im ODS gegenüber derjenigen der geschlossenen Krankenhausführung tatsächlich unverändert geblieben.

Daß die gleichen positiv zu wertenden Erscheinungen für eine psychiatrische Hochschulklinik mit akut-klinisch betontem Krankengut zutreffen, unterstreicht das Ergebnis der 1964—1965 in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, Dresden, vorgenommenen Umwandlung der bis 1963 völlig geschlossen geführten Klinik. Als J. Suckow auf den Lehrstuhl nach Dresden berufen wurde, hatte er zunächst keine Klinik. Ein geplanter Neubau mußte auf ungewisse Zukunft verschoben werden. Die Psychiatrische Klinik fand schließlich ihren Platz im Bereich der Orthopädischen Klinik. Es ergaben sich daraus raum- und baumäßige Schwierigkeiten, mehr noch psychologische. Bis dahin war man gewohnt, sich im Gelände des vormaligen Krankenhauses Dresden-Johannstadt für psychisch Kranke unzuständig zu erklären, man verlegte sie nach Löbtau oder Arnsdorf. Psychisch Kranke unmittelbar im engeren Raum des Klinikums zu wissen, in irgendwie gefürchteter täglicher Berührung, dieser Gedanke war verständlicherweise unkonventionell. So beruhigte nur der Umstand, daß man — traditionellen Erwägungen folgend — das Sonder-

dasein der Psychiatrischen Klinik als abgeschlossener und vergitterter stationärer Einrichtung als notwendige Gegebenheit voraussetzte. Unter den damals vorhandenen Gesamtbedingungen bestand keine andere Möglichkeit des Aufbaus dieser Klinik. Der geschlossene und auf weitgehende Sicherung bedachte Betreuungsmodus sowie die äußere Begitterung der Klinik schienen unabdingbar. Gutes Arztum, Sammlung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Bemühen um pflegerische Sorgfalt, moderne medikamentöse Behandlung und soziotherapeutische Impulse blieben durch diese grundsätzlich den Heilungsprozeß hemmenden äußeren Bedingungen begrenzt. 1963 wurde mit der Wandlung zum ODS begonnen, 1964 wurde diese Wandlung vollzogen. Die Gitter sind entfernt mit Ausnahme der kleinen Räume, in denen Untersuchungsgefangene zur Beobachtung geführt werden müssen. Eine Führungsgruppe der Patienten („Patientenrat“), die entsprechend von Aufnahme und Entlassung ständig in der Zusammensetzung wechselt, trägt bei zur erforderlichen Personal-Patientengemeinschaft. Differenzierte Formen der Heilbeschäftigung sind binnen kurzer Zeit geschaffen worden, Gruppentherapie ist erkennbar, die Eßkultur gleicht der jeder anderen Klinik. Ein rehabilitatives System der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge schlägt die Brücken zur gesellschaftlichen Umwelt, zu Heim und Familie. Das Milieu wird zum bewußt eingesetzten therapeutischen Faktor. Die pflegerische Führung der psychiatrischen Männerstation liegt in den Händen von Krankenschwestern, es ist also auf der psychiatrischen Männerstation sogenannt gemischtes Personal. Die Aufnahmekapazität wurde wesentlich erhöht, was aus den folgenden Ziffern bezügl. prozentualer Betten-

auslastung und durchschnittlicher Verweildauer her- vorgeht:

Tabelle 3. *Aufnahmekapazität, prozentuale Bettenbelegung und Verweildauer*

Aufnahme	prozentuale Bettenauslastung	Fall-, Verweil- dauer
1962	341 87,5%	82,4 Tage
1963	637 97,8%	65,3 Tage
1964	937 93,0% <sup>1</sup>	44,0 Tage
1965	1008 90,6% <sup>1</sup>	35,0 Tage

<sup>1</sup> mehrere Wochen Teilbelegung wegen Renovierungs- arbeiten.

In der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden zeigt sich bezügl. des Suicidvorkommens folgendes Bild:

Tabelle 4. *Suicidvorkommen 1962—1965*

geschlossen/ offen	geschlossen	Übergang zum ODS	ODS (75% der Bettenzahl, 25% geschlossene Kleinabteilung)	
Zeitraum	1962	1963	1964	1965
Anzahl der Suicide	0	1 <sup>1</sup>	0	1 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> 1 Suicidfall ereignete sich in der Neurologischen Klinik, er wird bei der Bearbeitung nicht erfaßt.

<sup>2</sup> Der einzige Suicid in der Umwandlungszeit zum ODS erfolgte auf der geschlossenen Kleinabteilung.

Die beiden angegebenen Suicidfälle, die sich in der Zeit von 1962—1965 ereignet haben, zeigen folgende Einzelheiten:

*Fall 1:* (1963), Günter K.: Keine familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche und schulische Entwicklung regelrecht, stand vor dem Abitur. Berufsziel: Sport- lehrer. Hatte in den letzten Wochen vor der Klinikeinweisung Konzentrationsschwäche, meinte den Stoff nicht zu beherrschen, das Abitur nicht zu schaffen (seine Durchschnittsleistungen waren gut), wurde menschenscheu, meinte, es drücke auf die Augen, blieb viel allein, fand keine Freude, keine Ruhe, ging nicht mit zum Tanz, ließ seine Freunde allein, wurde wort- karg, vergrub sich in Beschäftigung mit Philosophie und Kunst (ohne daß Überwertigkeiten erkennbar wurden), meinte sterben zu müssen, beschäftigte sich viel mit Fragen nach Leben und Tod („wie ist das, wenn man nicht mehr lebt, wie geht dann das Leben weiter“). Alles Denken ging besser, sobald er

etwas Alkohol getrunken habe. Er sprach lebhaft, reagierte auf Gegenargumente feinempfindend, antwortete gut durchdacht, sichere Symptome einer beginnenden Schizophrenie konnten nicht erfaßt werden, lediglich Anhalt für pubertätskritisch durchwobene depressive Verstimmung. Stationäre Aufnahme am 21. 12. 1963. Am 22. 12. 1963 vormittags nach hinreichen- dem Nachtschlaf unter leichter schlaffördernder Medikation angeregtes Gespräch mit einem Pfleger über allgemeine Tages- und Sachfragen, dabei waren keine Anzeichen eines besonders stark ausgeprägten depressiven Verstimmungszustandes oder anderweitiger psychotischer Besonderheiten zu beobachten. Gegen 10.15 Uhr wurde Pat. im strangulierten Zustand in der Toilette aufgefunden. Die Strangulation erfolgte mit der Schlafanzughose des Patienten.

*Fall 2:* (1965), Klaus G.: 26jähr. Laborant ohne familiäre Suicid- oder Psychosebelastung. Geburt, frühkindliche, schuli- sche und berufliche Entwicklung ungestört, lebt mit 12 Jahre älterer Frau in Lebensgemeinschaft. Seit wenigen Tagen vor der Aufnahme (25. 12. 1964) auffallend unruhig-erregtes Ver- halten, zerschlug Geschirr und Mobiliar, war sehr gesprächig, dabei laut, hatte bereits 4 Wochen vorher einen unerklärlichen Arbeitseifer entwickelt, hat für insgesamt 2000 MDN Werk- zeuge bestellt für eine Kunstgewerbewerkstatt, die er in der Wohnung errichten wollte, kaufte verschiedene Kameras, machte 5000 bis 6000 MDN Schulden, verkündete am 1. Weih- nachtsfeiertag, daß er für 25 Millionen die Berliner „Mauer“ an die Bundesrepublik verkaufen wolle und daß er dringend seine Chefin, die Mitglied des Staatsrates ist, sprechen müsse. Wegen akut-manischer Psychose erfolgte Einweisung und Auf- nahme am 25. 12. 1964. Auf Station war er sehr umtriebig, laut und ideenflüchtig, insgesamt deutlich manisch-enthemmt. Er konnte nicht auf offener Station gehalten werden, sondern wurde in die kleine abgeschlossene Abteilung genommen. Er- hielt hohe Dosen neuroleptischer Medikation. Am 6. 1. 1965 nachmittags Besuch der Lebenskameradin, seine anhaltend über- höhte gute Stimmung steigerte sich. Er scherzte abends mit anderen Patienten, kam in seinem Rededrang wieder vom Hundertsten ins Tausendste, wurde dadurch den anderen Pat. lästig, kam deswegen vorübergehend für die Einschlafzeit in ein abgesondertes Einzelzimmer, aus dem heraus laut seine Scherze zu hören waren. Das Pflegepersonal bereitete die Pat. für den Nachtschlaf zu, teilte die Abendmedikation aus und bemerkte, daß der Pat. in seinem Einzelzimmer auffallend ruhig geworden war. Man sah nach ihm und fand ihn mit dem Kopf in einer Schlinge des Bettlakens hängen, das er über der Tür an einem Heizungsrohr befestigt hatte. Ob es innerhalb eines cyclothymen Geschehens zu einem ungewöhnlich plötz- lichen depressiven Umschlag gekommen ist oder ob — was nach dem Verhaltenseindruck wahrscheinlicher ist — der Pat. gar keinen ernstgemeinten Suicid geplant hat, sondern nur einen „Jux“ machen wollte, wie er das auch mit anderen sonst ernst zu nehmenden Dingen in diesen Tagen tat, bleibt un- geklärt.

Für die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden sieht also die Suicidstatistik nach wesentlichen Aspekten zu- sammengestellt wie folgt aus:

Tabelle 5. *Aufschlüsselung der Suicidfälle nach Diagnose und besonderen Suicidmerkmalen und -Zusammenhängen. Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, Dresden*

Fall	männl. (m) weibl. (w)	Diagnose	offene oder geschlossene Stationsführung	stationäre Aufenthalts- dauer	Suicidart	Besonderheiten, Motive, Bedingungen
1 (1963)	m	Depressive Ver- stimmung in der Pubertät	geschlossen	2 Tage	Strangulation	Motive und end- gültige diagnostische Zuordnung unklar
2 (1965)	m	Manie (Cyclo- thymie?)	geschlossen	12 Tage	Strangulation	Motive und nähere Bedingungen nicht zu eruieren, psychosebedingt

Interessanterweise ist es also zu dem einzigen Suicidfall, der sich in der Dresdner Klinik in der Zeit der Entwicklung des ODS ereignet hat, nicht in der offenen Station selbst gekommen, sondern in

dem verbliebenen kleinen geschlossenen Stations- anteil, dazu in einem Einzelraum, den das Pflege- personal für besonders „sicher“ hielt. Der Vorfall, daß im „sichersten Raum“ ein Suicid erfolgte, hat

entscheidenden Anstoß dazu gegeben, das Pflegepersonal von der Brüchigkeit der Sicherungsmaßnahmen alten Stils überzeugen zu können.

Wir können somit bestätigen, daß im Open-Door-System psychiatrischer Krankenhäuser und Kliniken *keine* Erhöhung des Suicidvorkommens zu erwarten ist, wenn die Öffnung der Stationen keine formale Maßnahme bleibt, sondern ein sinnvoller Abschluß der inneren Wandlung. Es ist nicht schwer, das „alte Personal“ zu dieser grundsätzlichen Wandlung zu begeistern, denn — mit Ausnahme der trägen Wärterfiguren — sind unsere Schwestern und Pfleger der Gitter, des Schlüsselbundes und der damit gegebenen negativen Sonderstellung der psychiatrischen Klinik überdrüssig. Wer aber meint, daß er unter geöffneten Türen die alte klinisch-pflegerische Tagesordnung fortsetzen kann, der allerdings dürfte u. E. erhebliche Komplikationen zu erwarten haben. Milieu- und Soziotherapie müssen alles durchwirken, die alte Abhängigkeit des Patienten vom beherrschenden Personal wird durch echte Personal-Patienten-Gemeinschaft ersetzt unter weitgehender Patienten-Selbstverwaltung, Fürsorge ist voll zu integrieren.

Hierzu bleiben am Ende noch zwei Fragen:

1. Wird nicht doch — aus entschuldbarer Reformbegeisterung — die Suicidgefahr verniedlicht?

2. Haben wir uns früher getäuscht mit der Einbeziehung einer primären Suicid tendenz in die unberechenbare Symptomatik der Psychosen?

Wir sind nicht in der Lage, die beiden Fragen umfassend zu beantworten. Es soll eingeräumt werden, daß die Reformmaßnahmen der Psychiatrie von so viel Begeisterung getragen werden, daß selbst eine vorübergehende leichte Erhöhung der Suicidquote kein grundsätzliches Hindernis wäre. Nur der nüchterne Austausch von Erfahrungen und deren sachliches Bedenken wird uns die Grenzlinien erarbeiten helfen.

Was die Suicid tendenz der Psychose betrifft, so meinen wir tatsächlich, daß wir sie früher im Stellenwert nicht unbedingt zu hoch angesetzt, aber nicht in den richtigen Bedingungen gesehen haben. Traten unter früheren Auffassungen Suicide auf geschlossenen Abteilungen auf, so stellte man mit Hinweis auf die umfassenden Sicherungsmaßnahmen ihre Unvermeidbarkeit fest. Kam es aber zu Suiciden auf offenen Abteilungen oder bei Aufhalten der Kranken außerhalb der geschlossenen Absicherung, so suchte man die erste Begründung dafür, daß es überhaupt zum Suicid kommen konnte, in den fehlenden Sicherungsmaßnahmen. Hörte man davon, daß sich ein vor kurzer Zeit aus dem Krankenhaus bzw. der Klinik entlassener Kranker zu Hause suicidiert hat, so war man wohl betroffen, zugleich aber erleichtert, daß der Suicid nicht im Krankenhaus bzw. in der Klinik erfolgt war. Im Einzelfall verwies man auf den Revers, den man sich „klugerweise“ von den Angehörigen hatte unterschreiben lassen, man war

damit „gedeckt“. Sind das nicht eigentlich unwürdige Haltungen, die in der Psychiatrie Raum genommen haben? Verlagert nicht der Psychiater mit solchen Reversunterschriften unzulässigerweise seine Verantwortung auf die Schultern von Menschen, die mit dieser Verantwortung und bereits mit der geleisteten Unterschrift überfordert sind? Die Suicide von Kranken nach Kliniks- oder Krankenhausentlassung sind letztlich auch „unsere“ Suicide, die wir aus unseren Überlegungen nicht ausklammern dürfen. Eine nach gegenwärtigen Bestrebungen sich öffnende klinische Psychiatrie wird also den Mut haben und das erhöhte Risiko tragen müssen, sich unter Umständen durch Hereinnahme der Suicide, die früher nach Entlassung aus geschlossener Einrichtung außerhalb der Klinik erfolgt sind, „belasten“ zu lassen.

Man hat aber doch die Frage nicht eindringlich genug gestellt, ob es nicht andere wesentliche Bedingungen sind als fehlende oder vorhandene Sicherungsmaßnahmen herkömmlicher Art, unter denen ein psychotisch Kranker zur Suicidausführung kommt oder nicht. Hat man zulänglich überprüft, ob nicht die Suicidausführung dann zu Wege kommt, wenn man den depressiv Erkrankten mit seiner schwermütigen Lebenssicht und seiner quälenden Symptomatik allein läßt im Krankenbett, in seiner Stationsecke oder in der distinguierten Vornehmheit des Einzel- oder Zweibettzimmers einer Privatstation? Sicher wird uns immer in einigen Fällen eine unbegreifliche primäre Suicid getriebenheit gegenüberstehen, gegen die unsere abwehrenden Fürsorgebedingungen weniger mächtig sind. Es ist aber nicht zu verantworten, daß wir von den Verhaltensbesonderheiten dieser weniger Kranken die Aufenthaltsbedingungen der vielen anderen dem Grundsatz nach bestimmen lassen. Vom Gros der suicidgefährdeten Patienten der Psychiatrie her gesehen kann u. E. die Frage der Suicidverhütung nicht mit der Alternativstellung „geschlossene Unterbringung — offene Stationsführung“ beantwortet werden. Der suicidgefährdete psychisch Kranke darf nicht mit seiner Symptomatik, in der die Tendenz zum Suicid als Fehllösung bereitsteht, allein gelassen werden. Er braucht bei Wahrung seiner individuellen Bedürfnisse ein stationäres Heilregime, das ihn kontinuierlich im Tagesablauf der therapeutischen Gruppeneinwirkung zuführt, das ihm Kontakte und zwischenmenschlich wirksame Impulse schafft, selbst wenn er sich anfänglich aus seinem psychotischen Erleben heraus dagegen wehren sollte.

Literatur: LANGE, E.: Die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR — Grundsätze, Ziele, Konsequenzen. Dtsch. Gesundheitswesen (Zur Zeit in Druck). — WEIL, L. P.: Freiheit im psychiatrischen Krankenhaus. Fortschr. Neurol. Psychiat. 24, 568 (1956).

Prof. Dr. med. habil. E. LANGE  
Neurologisch-Psychiatrische Klinik und Poliklinik  
der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“  
X 8019 Dresden, Fetscher-Straße 74