

Selbsttötungen in Wiener Krankenhäusern

St. Pollak und J. Missliwetz

Institut für gerichtliche Medizin der Universität Wien, Sensengasse 2, A-1090 Wien, Österreich

Suicides in Hospitals of Vienna

Summary. An analysis of the autopsies ordered by the Viennese Forensic and Health Authorities between 1967 and 1976 has shown that 2.3% of all suicides were committed in hospitals. Two thirds of the 77 examined cases were carried out by males. Thirty-five patients were in stationary psychiatric treatment; their average age was 50.7 years. In all other kinds of hospitals 42 (mostly male) patients committed suicide at an average age of 65.3 years. Preferred methods of performance were jump and fall from height (44.1%) and hanging (40.3%). Rare methods used were one case of abdominal incisions (harakiri), one self-strangulation, and one case of suffocation in plastic bags. The act was usually accomplished early in the morning or in the late afternoon. Among the suicidal patients who were hospitalized because of organic diseases those with malignant neoplasms [18] and cardiovascular diseases [12] were predominant. Also taking the suicides outside hospitals into consideration the numerical ratio between natural deaths due to cancer and the suicides of cancer patients is about 1:1,000. Among the suicides in psychiatric institutions schizophrenics [11] and endogenous depressives [7] were the most numerous. In 4 cases the suicide was preceded by acts of injury or homicide.

Key words: Suicide, in hospitals – Abdominal incisions, suicidal

Zusammenfassung. Eine Analyse des Wiener gerichtlichen und sanitätspolizeilichen Obduktionsmaterials der Jahre 1967—1976 ergab, daß 2,3% aller Suizide in Krankenanstalten verübt wurden. Von den 77 autoptisch untersuchten Patientenselbstmorden entfielen zwei Drittel auf Männer. 35 Suizidanten standen zum Zeitpunkt der Tat in stationärer psychiatrischer Behandlung; ihr Alter belief sich im Mittel auf 50,7 Jahre. In den übrigen klinischen Einrichtungen nahmen sich insgesamt 42 (in der Mehrzahl männliche) Patienten mit einem Durchschnittsalter von 65,3 Jahren das Leben. Bevorzugte Suizidmethoden waren der Sturz aus großer Höhe (44,1%) und das Erhängen (40,3%). Als seltene Begehungarten sind ein Suizid durch Bauch-

schnitte („Harakiri“), eine Selbsterdrosselung und eine Erstickung in übergestülpten Plastikbeuteln hervorzuheben. Am häufigsten wurde die Tat in den Morgenstunden und am späten Nachmittag ausgeführt. Unter den Selbstmörtern, die wegen eines organischen Leidens aufgenommen waren, dominierten die Patienten mit malignen Neoplasmen [18] und kardiovaskulären Erkrankungen [12]. Berücksichtigt man auch die Suizide außerhalb von Spitäler, dann beträgt das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den natürlichen Todesfällen an Krebs und den Selbstmorden von Malignomträgern etwa 1000 : 1. An den Suiziden in psychiatrischen Anstalten hatten Schizophrene [11] und endogen Depressive [7] den größten Anteil. In 4 Fällen war dem Selbstmord ein Verletzungs- oder Tötungsdelikt vorausgegangen.

Schlüsselwörter: Selbstmord, in Krankenhäusern – Bauchschnitte, suizidale

Die bahnbrechenden Arbeiten Ringels (1953) über das „präsuizidale Syndrom“ haben neue Wege einer aktiven Selbstmordprophylaxe aufgezeigt. Für den klinisch tätigen Arzt erwächst daraus die Verpflichtung, das Suizidrisiko der ihm anvertrauten Patienten abzuschätzen. Die in jedem Einzelfall notwendige Abwägung der Selbstgefährlichkeit kann durch statistisch gewonnene Erfahrungen wesentlich erleichtert werden (Pöldinger, 1968). Eine solche Entscheidungshilfe soll auch die nachstehende Zusammenstellung von 77 vollendeten Patientenselbstmorden bieten.

Statistische Übersicht

Zwischen 1967 und 1976 wurden am Wiener Institut für gerichtliche Medizin die Leichen von 3337 Suizidanten einer behördlichen Obduktion zugeführt. Damit betrug die Autopsierate bei den Selbstmorden der Bundeshauptstadt mehr als 85%. Patienten in stationärer Behandlung stellten mit 77 Suizidfällen 2,3% des Gesamtmaterials. Schwarz (1969) bezifferte die entsprechende Quote — ausgehend von den Verhältnissen in Schleswig-Holstein — mit 3—4%. In den Wiener Alters- und Pflegeheimen nahmen sich im Berichtszeitraum 11 Menschen (8 Frauen und 3 Männer) das Leben. Die genannten Zahlen berücksichtigen allerdings nur Ausführungshandlungen innerhalb des Krankenhaus- bzw. Anstaltsgeländes.

Bei der Unterteilung der Suizidfälle nach dem *Geschlecht* zeigt sich, daß die männlichen Patienten gegenüber den weiblichen im Verhältnis von 2 : 1 überwiegen. Dieses Ergebnis erscheint bemerkenswert, da der Überhang der Männer in der Selbstmordstatistik Wiens weitaus geringer ist (nach Strauss und Sonneck, 1978; 56%). Das Suizidrisiko männlicher Patienten liegt aber nur bei somatischen Grundleiden deutlich über dem der Frauen; bei psychischen Krankheiten sind beide Geschlechter annähernd gleich stark gefährdet (Tabelle 1).

Die *Altersverteilung* der Selbstmörder variiert in Abhängigkeit von der Art des Patientenguts (Abb. 1). Im Kollektiv der psychiatrisch behandelten Patienten erreicht die Selbstmordrate bei den 30—60jährigen die höchsten Werte. In nicht-psychiatrischen Kliniken und Abteilungen nehmen sich überwiegend Menschen

Tabelle 1. Methoden der Selbsttötung bei stationär behandelten Patienten und in der Wiener Gesamtpopulation

Suizidart	Männliche Patienten (n ₁)	Weibliche Patienten (n ₂)	n ₁ +n ₂ (%)	Gesamt-population
Sturz aus großer Höhe	24	10	34 (44,1%)	11,2%
Erhängen	20	11	31 (40,3%)	33,9%
Medikamentenvergiftung	1	2	3 (3,9%)	27,1%
Erschießen	3	—	3 (3,9%)	6,5%
Halsschnitte	2	—	2 (2,6%)	0,2%
Cyanidvergiftung	1	—	1 (1,3%)	0,5%
Ersticken in übergestülptem Plastikbeutel	1	—	1 (1,3%)	0,3%
Selbsterdrosselung	—	1	1 (1,3%)	<0,1%
Bauchschnitte („Harakiri“)	—	1	1 (1,3%)	<0,1%
Summe	52	25	77 (100,0%)	

höherer Altersstufen das Leben. Das Durchschnittsalter aller männlichen Suizidanten (58,7 Jahre) entspricht etwa jenem der weiblichen (58,8 Jahre). 57,7% der Männer und 48,0% der Frauen haben zum Zeitpunkt der Tat das 60. Lebensjahr überschritten.

Für die allgemeine Suizidprävention in Krankenanstalten ist es von Interesse, wie sich die Selbsttötungen über den *Tagesablauf* verteilen. Schollmeyer und Michaelis (1966) sowie Schwarz (1969) haben bereits darauf hingewiesen, daß die meisten Patienten ihr Vorhaben in den Stunden geringerer Beaufsichtigung verwirklichen. In unserem Material ließen sich 75 Fälle zeitlich einordnen: Besonders hoch war die Suizidfrequenz am Morgen zwischen 03.00 und 09.00 Uhr [26] und am späten Nachmittag zwischen 15.00 und 18.00 Uhr [14].

Methoden der Selbsttötung

An der Spitze der Selbstmordmethoden rangieren erwartungsgemäß der Sturz aus großer Höhe (44,1%) und das Erhängen (40,3%). Alle anderen Begehungarten folgen erst mit großem Abstand, angeführt von der Medikamentenvergiftung und dem Erschießen (je 3,9%; Tabelle 1).

Die gerichtsmedizinische Problematik des suizidalen *Sturzes aus großer Höhe* wurde zuletzt von Smerling (1977) ausführlich dargestellt. In Spitäler wird er — wie überhaupt im städtischen Bereich — vorwiegend als Fenstersturz realisiert. In Übereinstimmung mit Ringel (1972) sind wir der Meinung, daß gerade diese Selbsttötungsform Ausdruck eines amentiellen Zustands im Rahmen einer symptomatischen, organisch begründeten Psychose sein kann. Nur in 3 von 34 Fällen unseres Untersuchungsgutes war der Absprung nicht aus Fenstern oder von Balkonbrüstungen erfolgt: Zwei Patienten stürzten sich von der Treppe des Stiegenhauses in die Tiefe, ein weiterer wurde am Boden des Aufzugsschachtes

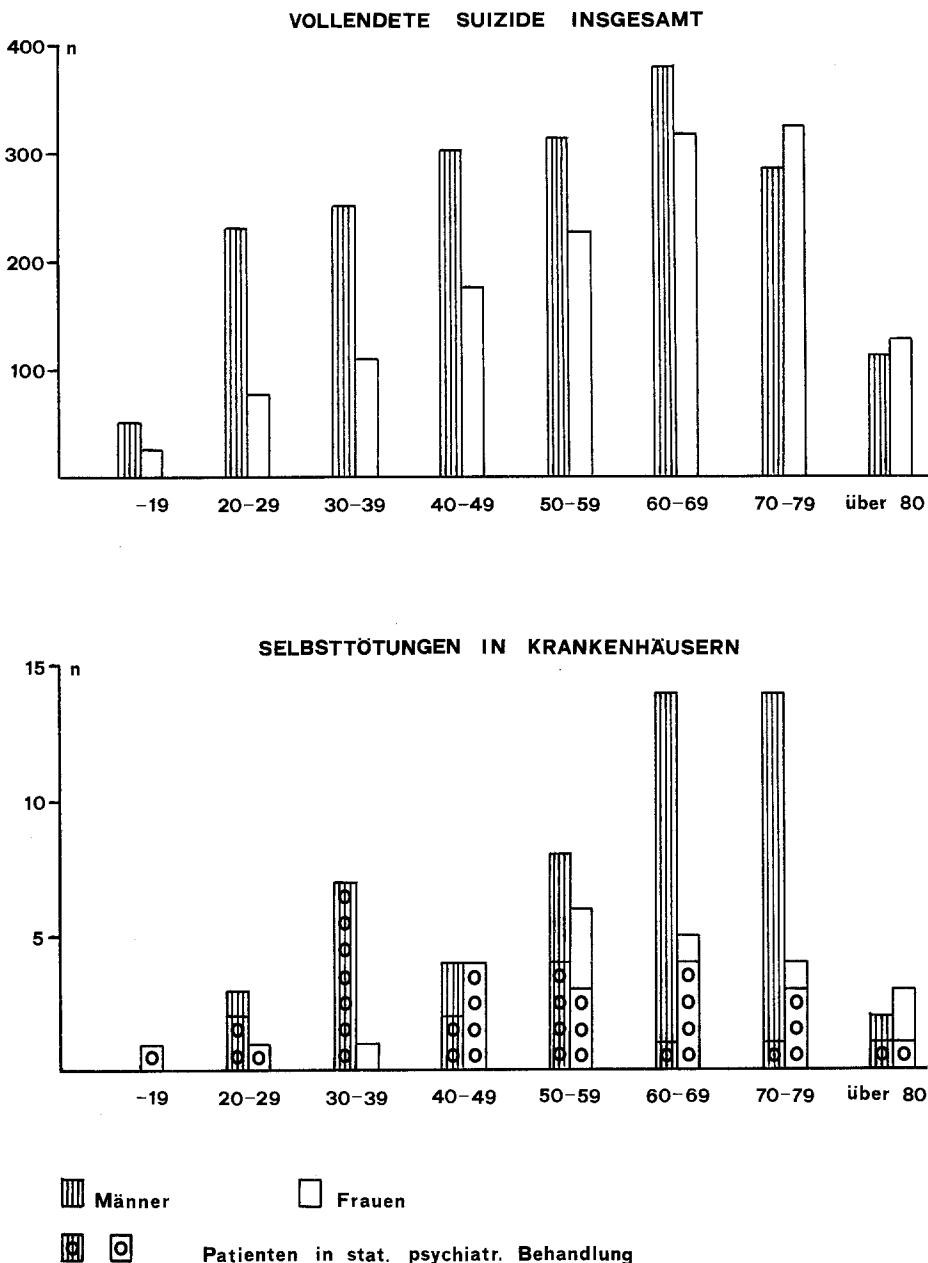


Abb. 1. Behördlich obduzierte Suizidfälle (Wien: 1967—1976). Altersverteilung des Gesamtmaterials ($n = 3337$) im Vergleich zu den Selbsttötungen in Krankenanstalten ($n = 77$)

gefunden. Auf die immer wieder erhobene Forderung, depressive Patienten im Erdgeschoß unterzubringen, soll nur am Rande verwiesen werden.

Fenstersturz und Erhängen werden zu den „harten“ Suizidarten gezählt. Daß Krankenhausinsassen diese beiden Methoden bevorzugen, scheint aber eher situativ als psychologisch bedingt zu sein. Durch die laufenden Kontrollen des Pflegepersonals sieht sich der entschlossene Selbstmörder veranlaßt, eine Vorgangsweise mit raschem Wirkungseintritt zu wählen.

Die *Erhängungsakte* wurden am häufigsten in Klosterräumen vollzogen (in 15 von 31 Fällen). Neun Suizidanten ist es gelungen, sich während der Nachtstunden im Krankenzimmer zu erhängen; dabei wurde die Schlinge entweder am Bettgestell [6] oder am Fenster [3] befestigt. Fünf gehfähige Patienten begingen die Tat in anstaltseigenen Gartenanlagen, zwei weitere in Nebenräumen. Als Strangwerkzeuge kamen nicht nur verschiedene Stricke [18] zur Anwendung, sondern auch Kleidergürtel [6], Strümpfe und andere Wäschestücke [3], Teile des Bettzeugs [2] und Elektrokabel [2].

Bei Patienten, die schon vor der stationären Aufnahme medikamentös behandelt wurden, muß mit der Möglichkeit einer suizidalen *Vergiftung* durch heimliche Einnahme mitgebrachter Pharmaka gerechnet werden. In zwei derartigen Fällen fanden wir Intoxikationen mit Barbiturataten bzw. Neuroleptika. Ein 37jähriger Alkoholiker mit Eifersuchtwahn hortete während des Spitalaufenthalts unbemerkt die ihm verabreichten Tabletten, um sie auf einmal in toxischer Dosierung einnehmen zu können. Auf die Verantwortlichkeit bei der Aufbewahrung und Verabreichung von Medikamenten sind besonders Malherbe und Uzel (1970) eingegangen. Der in Tabelle 1 angeführte Selbstmord mit Kaliumcyanid wurde von einem 21jährigen Häftling verübt, den man wegen eines Lymphogranuloms ins Inquisitenspital gebracht hatte.

Mitunter benützen Patienten *Faustfeuerwaffen* als Selbsttötungsmittel. Es handelt sich meist um Menschen, die den Verlauf ihres Leidens kritisch verfolgt haben und das Spital ohne Hoffnung auf Genesung aufzusuchen. Die drei von uns untersuchten Suizide ereigneten sich in privaten Krankenanstalten und wurden von Männern aus gehobenen sozialen Schichten begangen. Als somatische Grundkrankheit lag in allen Fällen ein inoperables Karzinom vor. Die Tat wurde entweder in Einzelzimmern oder am Klosett ausgeführt. Zwei Selbstmörder richteten die Waffe gegen ihre rechte Schläfe, während der dritte einen Schuß in den Mund abgab. Daß neben typischen Trefferlokalisationen auch ganz ungewöhnliche vorkommen können, beweist eine Beobachtung von Friedrich-Schöler aus jüngster Zeit (1978): Ein 55jähriger Patient mit metastasierendem Harnblasenkrebs brachte sich am frühen Abend in einem vollbelegten Krankenzimmer mit einer kurzläufigen Pistole einen angesetzten Schuß in die rechte Hinterhauptsregion bei.

Halsschnitte gehören außerhalb von Krankenhäusern zu den seltenen Suizidarten. Relativ häufig werden sie im Rahmen kombinierter Selbsttötungen zusammen mit anderen Verletzungen angetroffen (Pollak, 1978). Als Tatwerkzeug diente in einem unserer Fälle eine Rasierklinge, im anderen ein Küchenmesser.

Das *Ersticken* in übergestreiften Plastiksäcken hat als Selbstmordmethode erst seit einigen Jahren Bedeutung erlangt (Knoch und Neubauer, 1966; Kashima et al., 1970). Tatumstände und Auffindungssituation erlauben meist eine sichere Abgrenzung von den gleichartigen Unfällen bei autoerotischer Betätigung (Irro,

Maresch, Prokop, Weimann, Holzhausen und Hunger). Im Bereich der Wiener Spitäler schied erst ein Patient auf diese Weise aus dem Leben: Ein 74jähriger, voll entmündigter Schizophrener stülpte sich im Park der Krankenanstalt drei Kunststoffbeutel über den Kopf und dichtete sie am Hals mit einem Schuhriemen ab.

Das Phänomen der *Selbsterdrosselung* ist zwar Gegenstand zahlreicher Literaturberichte (Weimann und Spengler, 1956; De Bernardi und Tappero, 1969; Bonte, 1974; Dirnhofer, 1976; u. a.), zählt aber in der gerichtsmedizinischen und kriminalistischen Praxis zu den Raritäten. Der hier erwähnte Suizid wurde von einer 28jährigen Patientin verübt, die klinisch die Symptomatik einer Mischpsychose bot. Nach zwei fehlgeschlagenen Selbsttötungsversuchen erdrosselte sie sich während der Nachtstunden im Bett, indem sie den Gürtel ihres Frotteebademantels über dem Hals zu einer Schlinge verknotete und zusammenzog. Da der Körper bis zum Kinn zugedeckt war, entdeckte man die Tat erst am nächsten Morgen (Beobachtung von Herbich). Schollmeyer und Michaelis (1966) publizierten einen ähnlichen Patientenselbstmord durch Erdrosseln; als strangulierendes Werkzeug hatte die mit einem Stock zusammengedrehte Schlafanzugjacke gedient.

Die suizidale Zufügung von *Bauchschnitten* wird — nicht ganz zu Recht — mit dem rituellen japanischen Harakiri verglichen. Im europäischen Schrifttum sind nur wenige kasuistische Mitteilungen über diese Todesart veröffentlicht worden (Lit. bei Schollmeyer, 1961; Schumann, 1971; Beckmann und Hauck, 1974). Ähnlich wie Schumann (1971) sind wir der Auffassung, daß sich die Gemeinsamkeiten mit dem fernöstlichen Harakiri meist auf das äußere Erscheinungsbild der Verletzung beschränken. Wie bei allen atypischen Selbsttötungsformen stellt sich die Frage, ob besonders brutal erscheinende Vorgangsweisen nicht Ausdruck psychotischer Erlebnisinhalte sind. Mit Rücksicht auf den im folgenden skizzierten Fall soll daran erinnert werden, daß manche Suizidanten einen Begehungsmodus wählen, der den (krankhaften) anatomischen Eigentümlichkeiten ihres Körpers angepaßt ist. So schilderte Schumann (1971) den Selbstmord einer 62jährigen depressiv verstimmten Frau, die während eines Klinikaufenthalts die Bauchhaut im Bereich einer fußballgroßen Nabelhernie aufgeschnitten hat. Von Baur (1977) wurde ein Suizid durch Schnittverletzung einer oberflächlichen Venenplastik beschrieben. Unser Beitrag kann als ein weiteres Beispiel für die Ausnutzung vorgegebener körperlicher Besonderheiten gelten:

Eine 59jährige Frau, die zur Strahlenbehandlung eines metastasierenden Mammakarzinoms stationär aufgenommen war, fügte sich gegen vier Uhr morgens eine perforierende Bauchschnittwunde zu und wurde etwa eine Stunde später in ihrem Bett tot aufgefunden. Die Patientin war wegen tumoröser Destruktion des 5. Brustwirbels querschnittgelähmt und unterhalb des Schwerfortsatzes schmerzunempfindlich. Das verwendete Messer — es gehörte zum privaten Eßbesteck — hatte sie in der bluterfüllten Bauchhöhle zurückgelassen. Konkrete Suizidankündigungen gingen der Tat nicht voraus, doch war sich die Frau über die infauste Prognose im klaren.

Die 28 cm lange Schnittverletzung erstreckte sich vom Epigastrium über den rechten Mittelbauch bis in die Inguinalregion. Zwischen ihren mehrfach eingekerbten, weit klaffenden Rändern waren einige Dünndarmschlingen und das Coecum vorgetreten. Vom unteren Wundwinkel zogen einige kratzerförmige Ausläufer zur Schamgegend (Abb. 2). Aus tiefen Einschnitten in der Leber und eröffneten Mesenterialgefäßnen war es zu massiven Blutverlusten gekommen. Das Colon transversum war an zwei Stellen quer durchtrennt, so daß sich Kot in die

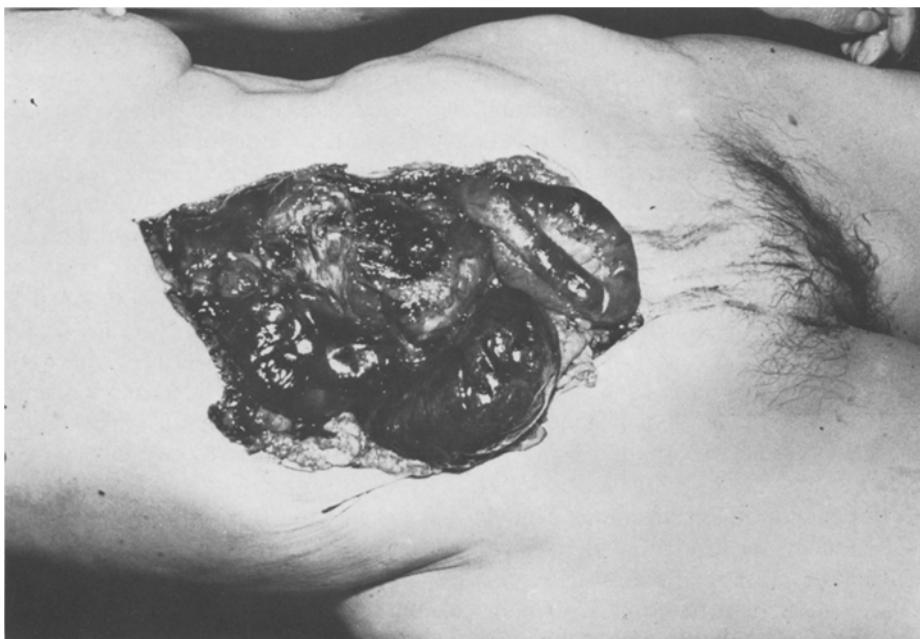


Abb. 2. Selbstmord durch Bauchschnitte („Harakiri“); 59jährige Patientin mit Querschnittslähmung bei metastasierendem Mammakarzinom

freie Bauchhöhle entleeren konnte. Metastasen des operativ entfernten Primärtumors fanden sich nicht nur in der gibbusartig deformierten Wirbelsäule, sondern auch in den axillären Lymphknoten und in der Leber.

Selbstmorde im nichtpsychiatrischen Krankengut

Eine Unterteilung der suizidalen Patienten nach der Klinikzugehörigkeit ist nur aus systematischen Gründen gerechtfertigt. In der Praxis liegen oft gleichzeitig organische und psychische Leidenszustände vor, die einander wechselseitig bedingen oder verstärken können. Im allgemeinen wird man aber davon ausgehen dürfen, daß die Selbstmörder der hier besprochenen Gruppe primär somatisch erkrankt sind. Zusätzliche psychopathologische Veränderungen tragen allerdings wesentlich zum Suizidentschluß bei. Die Bandbreite der organisch verursachten geistig-seelischen Störungen reicht von ängstlich-depressiven Verstimmungen bis zur Psychose des exogenen Reaktionstyps. In Anbetracht des hohen Alters vieler Patienten muß auch damit gerechnet werden, daß akute oder chronische körperliche Krankheiten während des stationären Aufenthalts eine latente Involutionss-depression auslösen. Im Senium können schließlich — unabhängig vom aktuellen Einweisungsgrund — nächtliche Verwirrtheitszustände mit Orientierungsstörungen auftreten, die zu scheinbar suizidalen, tatsächlich aber unbeabsichtigten Abstürzen aus großer Höhe führen.

Statistische Untersuchungen am gerichtsmedizinischen Obduktionsgut haben ergeben, daß auch außerhalb von Krankenhäusern Selbstmorde in hohem Maß mit schweren Organveränderungen korreliert sind (Beckmann und Eisenmenger, 1976). In einer früheren Arbeit konnten wir zeigen, daß gemeinschaftliche Suizide mehrheitlich mit körperlichen Krankheiten begründet werden. Die 42 Patientenselbstmorde unseres Materials ($m = 34$, $w = 8$) sind in Tabelle 2 nach nosologischen Gesichtspunkten aufgeschlüsselt.

Die *Malignome* nehmen in der Häufigkeitsskala der organischen Grundkrankheiten vor den chronischen und akuten Kreislauferkrankungen die erste Position ein. Die insgesamt 18 bösartigen Neubildungen verteilen sich auf Karzinome des Magens [4], der Lungen [3], der Speiseröhre [2], der Brustdrüsen [2], des Dickdarms [1], der Prostata [1], der Mundhöhlenschleimhaut [1] und des Kehlkopfs [1]; Lymphogranulom, Lymphosarkom und Retothelsarkom waren mit je einem Fall vertreten. Die meisten Tumoren befanden sich in einem inoperablen Stadium und verursachten aufgrund ihres lokalen oder metastatischen Wachstums heftige Schmerzen.

Gemessen an der absoluten Zahl der jährlichen Krebstodesfälle erscheint das Suizidrisiko der Malignomträger relativ gering. Nach der offiziellen österreichischen Mortalitätsstatistik starben 1976 in Wien 5822 Menschen (21,7%) an malignen Neoplasmen (einschließlich Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes). Im gleichen Zeitraum ereigneten sich in der Bundeshauptstadt 360 Selbstmorde, von denen 319 (88,6%) Gegenstand einer gerichtlichen oder sanitätspolizeilichen Obduktion waren. Bei diesen am Institut für

Tabelle 2. Selbstdötungen im *nichtpsychiatrischen* Patientengut: Aufgliederung nach den klinisch oder autoptisch diagnostizierten Grundkrankheiten

Diagnose	Männliche Patienten (n_1)	Weibliche Patienten (n_2)	$n_1 + n_2$
Malignome	16	2	18
Chronische kardiovaskuläre Erkrankungen	6	3	9
Akuter Myokardinfarkt	2	1	3
Diabetes mellitus	2	—	2
Prostatahypertrophie	2	—	2
Folgeschäden nach SMV	1	1	2
Urämie	1	—	1
Floride Tuberkulose	1	—	1
Leberzirrhose	1	—	1
Trigeminusneuralgie	1	—	1
Unklare (hypochondrische?) Schmerzzustände	1	—	1
Partus incip.	—	1	1
Summe	34	8	42
Durchschnittsalter ($\bar{x} \pm s_{\bar{x}}$)	$65,4 \pm 12,1$	$64,9 \pm 17,1$	

\bar{x} Mittelwert

$s_{\bar{x}}$ Standardabweichung des Mittelwerts

gerichtliche Medizin durchgeführten Leichenöffnungen wurden nur 5 maligne Tumoren festgestellt. Demnach beträgt das Verhältnis zwischen den natürlichen Krebstodesfällen einerseits und den Suiziden von Malignomträgern andererseits etwa 1000 : 1.

Krebskranke verfassen häufiger als andere Patienten vor ihrem Selbstmord Abschiedsbriefe. Immerhin wurden dreimal, also in einem Sechstel der Fälle, Mitteilungen für die Angehörigen hinterlassen. Jeweils ein Suizidant kündigte seine Tat verbal oder durch einen mißglückten Versuch an.

Menschen mit chronischen und akuten Erkrankungen des *kardiovaskulären* Systems tendieren in hohem Maß zu ängstlich-depressiven Verstimmungen. Diese potentiell suizidauslösenden Affektzustände werden vor allem bei schwerer Dyspnoe, Angina pectoris und ganz allgemein bei Ischämieschmerzen beobachtet. Die Wichtigkeit einer ausreichenden analgetischen Therapie läßt sich am Beispiel von drei Patienten zeigen, die im akuten Stadium des Myokardinfarkts Selbstmord begehen (Tabelle 2). Bei weniger dramatischem Krankheitsverlauf wird man den Suizidentschluß nicht ausschließlich auf die körperliche Beeinträchtigung zurückführen können. Besonders bei alten Menschen spielen neben der psychischen Disposition auch die situativen Verhältnisse im Krankenhaus eine entscheidende Rolle. Unter den traumatisierenden „Außenfaktoren“ sind die Ver einsamung und der abrupte Milieuwechsel hervorzuheben. 3 von 12 Selbstmörtern mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen kündigten ihr Vorhaben in mehr oder minder versteckter Form an. Die übrigen Patienten scheinen nach den verfügbaren Informationen eher verschlossen und ängstlich gewesen zu sein.

Auch zahlreiche andere somatische Krankheiten (Diabetes mellitus, Tuberkulose, Trigeminusneuralgie etc.) können in Verbindung mit einer entsprechenden persönlichen Disposition Mitursache oder Teilmotiv eines Selbstmordes sein. Der in Tabelle 2 angeführte Patient mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz stürzte sich im Rahmen eines akuten Verwirrtheitszustands aus dem Fenster seines Krankenzimmers. Eine 37jährige Frau, die im Kreißsaal unmittelbar vor ihrer sechsten Entbindung stand, tötete sich gleichfalls durch einen Sprung in die Tiefe. Sie hatte zwar schon einmal an einer Wochenbettpsychose gelitten, war aber während der gesamten letzten Schwangerschaft unauffällig gewesen.

Große Wiederholungsgefahr besteht bei jenen mißlungenen Suizidversuchen, die eine länger dauernde chirurgische oder internistische Behandlung erforderlich machen. Gerade in solchen Fällen sollte frühzeitig mit einer konsequenten psychiatrischen Therapie begonnen werden, um einer neuerlichen Selbstbeschädigung nach Möglichkeit vorzubeugen. Die beiden von uns untersuchten Suizide wurden von Patienten verübt, die sich nach dem Abklingen der akuten Vergiftungssymptomatik aus dem Fenster stürzten.

Selbstmorde im psychiatrischen Krankengut

Die Suizidtendenz bei Psychosen und seelischen Störungen ist seit langem Thema eingehender Untersuchungen. Die meisten Autoren sind sich einig darüber, daß der Anteil der Geisteskranken an den vollendeten Selbstmorden höher ist als an den mißlungenen Versuchen. Nach Schätzungen von Ringel (1966) sowie Berner und Sonneck (1975) entfällt ein Drittel aller tödlich ausgehenden Suizidhand-

Tabelle 3. Selbsttötungen im *psychiatrischen* Patientengut: Aufgliederung nach den klinisch diagnostizierten Grundkrankheiten

Diagnose	Männliche Patienten (n ₁)	Weibliche Patienten (n ₂)	n ₁ + n ₂
Schizophrener Formenkreis	8	3	11
Endogene Depression	3	4	7
„Mischpsychose“ (atypische Psychose)	—	2	2
Neurotisch-psychopathische Zustandsbilder	—	2	2
Reaktive Depression	1	1	2
Arteriosklerotische Demenz (mit paranoiden Zügen)	1	2	3
Epileptische Wesensänderung	2	—	2
Organische Depression (nach SHT)	1	—	1
Multiple Sklerose	—	1	1
Chronischer Alkoholismus und metalkoholische Psychosen	2	2	4
Summe	18	17	35
Durchschnittsalter ($\bar{x} \pm s_x$)	$45,9 \pm 16,2$		$55,9 \pm 18,9$

lungen auf Menschen mit endogenen Psychosen; an den Selbstmordversuchen sind sie mit etwa 15% beteiligt. Körperlich begründbare Psychosen spielen vor allem im Alter unter den zum Suizid disponierenden Faktoren eine wichtige Rolle (Böcker, 1975). Die in der Gesamtbevölkerung so häufigen erlebnisreaktiven Selbstmordhandlungen kommen innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser — der Zusammensetzung des Patientenguts entsprechend — relativ selten vor. Über den Einfluß des Open-door-Systems auf die Suizidfrequenz scheint zur Zeit noch keine einhellige Meinung zu herrschen (Petri, 1970; Ritzel, 1974; Ernst und Kern, 1974).

Die Aufschlüsselung der Patientenselbstmorde nach klinischen Diagnosen (Tabelle 3) ergibt eine Dominanz der endogenen Psychosen. Die führende Stellung der *Schizophrenie* im besonderen resultiert einerseits aus ihrer Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung und unter den Hospitalisierten, andererseits aus ihrem oft chronischen Verlauf. Schüttler et al. (1976) haben aufgrund von spätkatasthetischen Untersuchungen errechnet, daß 4% aller ehemals stationär behandelten Schizophrenen durch Selbstmord sterben. Auf die psychodynamischen Hintergründe, die am Beginn und im weiteren Verlauf der Erkrankung zur Selbstvernichtung drängen können, sind Ringel (1953), Virkkunen (1974), Werner (1974) sowie Berner und Sonneck (1975) eingegangen.

Patienten mit *endogenen Depressionen* neigen bekanntlich besonders stark zum Suizid. Von den meisten Untersuchern wird die Selbstgefährlichkeit der endogen Depressiven noch höher eingeschätzt als die der Schizophrenen (Ringel, 1953; Werner, 1974; Berner und Sonneck, 1975; anders: Schüttler et al., 1976). Weitere Risikogruppen mit potentieller Suizidalität sind Suchtkranke (Alkohol-

und Drogenabhängige); neurotische und psychopathische Persönlichkeiten sowie Patienten mit hirnorganischen Psychosen.

Bedingt durch den prozeßhaft-chronischen oder periodisch rezidivierenden Charakter vieler Geisteskrankheiten gehen der aktuellen Selbstmordhandlung oft mehrere Krankenhausaufenthalte voraus. Einen engen zeitlichen Konnex zwischen letzter Einlieferung und Suizid konnten wir ähnlich wie Ritzel (1974), Ernst und Kern (1974) nur in einigen Fällen nachweisen. In den ersten Tagen nach der stationären Aufnahme töten sich nach unseren Erfahrungen vornehmlich Menschen mit reaktiven, symptomatischen und agitierten endogenen Depressionen.

Von 35 psychiatrisch behandelten Patienten, die sich im Berichtszeitraum das Leben nahmen, hatten 9 schon früher zumindest einen *Suizidversuch* unternommen. Dieser Anteil ist bemerkenswert hoch, da psychotische Selbstmordhandlungen wegen ihrer konsequenten Durchführung nur relativ selten überlebt werden.

Daß sich die angestaute *Aggression* des Präsuizidalen auf andere entladen kann, ehe sie gegen die eigene Person gerichtet wird, zeigt sich deutlich am Beispiel des Mitnahmemords. Manchmal stellt ein solcher Akt der Fremdaggresion den unmittelbaren Anlaß für eine psychiatrische Untersuchung oder Behandlung dar. Von den hier besprochenen Patientenselbstmorden wurden vier im Anschluß an ein Verletzungs- oder Tötungsdelikt verübt. Zwei der Täter litten an Schizophrenie, die beiden anderen an einer epileptischen Wesensänderung.

Literatur

- Baur, C.: Selbstmord unter Nutzung postoperativer Gegebenheiten. Arch. Kriminol. **160**, 148—150 (1977)
- Beckmann, G., Eisenmenger, W.: Suizid und natürliche patho-morphologische Befunde. Beitr. Ger. Med. **34**, 155—160 (1976)
- Beckmann, G., Hauck, G.: Tod durch „Harakiri“ oder Benzindämpfe? Arch. Kriminol. **154**, 77—82 (1974)
- Berner, P., Sonneck, G.: Psychotische Suizidhandlungen. Münch. Med. Wochenschr. **117**, 193—196 (1975)
- Böcker, F.: Suizidhandlungen alter Menschen. Münch. Med. Wochenschr. **117**, 201—204 (1975)
- Bonte, W.: Selbsterdrosseln mit dreifacher Verknotung des Strangwerkzeugs. Kriminalistik **28**, 412—414 (1974)
- Bundesmin. f. Gesundheit u. Umweltschutz und Österr. Statist. Zentralamt (Hrsg.): Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1976. Wien: Ueberreuter 1978
- De Bernardi, A., Tappero, P.: Del suicidio mediante strangolamento; revisione critica della letteratura ed apporto di casistica inedita. Minerva Med.-Leg. (Torino) **89**, 173—248 (1969)
- Dirnhofer, R.: Selbsterdrosseln? Arch. Kriminol. **158**, 80—86 (1976)
- Ernst, K., Kern, R.: Suicidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900—1972. Arch. Psychiat. Nervenkr. **219**, 255—263 (1974)
- Friedrich-Schöler, E.: Persönliche Mitteilung
- Herbich, J.: Persönliche Mitteilung
- Holzhausen, G., Hunger, H.: Unfälle mit Todesfolge bei autoerotischer Betätigung. Arch. Kriminol. **125**, 164—167 (1960)
- Irro, F.: Autoerotischer Unfall oder Selbstmord? Kriminalistik **12**, 158 (1958)
- Kashima, T., Fukui, M., Masuda, Y., Wakasugi, Ch., Hayama, R.: Report of five cases where ordinary vinyl bag was used for suicidal purpose. Suffocation, CO-poisoning and "Thinner"-poisoning. Ref. in: Zentralbl. Ges. Rechtsmed. **2**, 87 (1970)
- Knoch, E., Neubauer, H.: Ein nicht alltäglicher Selbstmord. Kriminalistik **20**, 31—32 (1966)

- Malherbe, J.: Suicides et responsabilité médicale dans les hôpitaux psychiatriques et maisons de santé. Bull. Méd. lég. **5**, 264—271 (1970)
- Maresch, W.: Todesfälle bei autoerotischer Betätigung. Kriminalistik **13**, 33—35 (1959)
- Petri, H.: Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen Kliniken. Z. Psychother. Med. Psychol. **20**, 10—19 (1970)
- Pöldinger, W.: Zur Beurteilung der Suizidalität. Fortschr. Med. **87**, 1139—1143 u. 1162—1164 (1968)
- Pollak, St.: Statistik und Phänomenologie kombinierter Selbsttötungen und anderer suizidaler Mehrfachschädigungen im urbanen Bereich. Arch. Kriminol. **161**, 20—30 u. 68—81 (1978)
- Pollak, St.: Gemeinschaftliche Selbstmorde. Beitr. Gerichtl. Med. **36**, 53—59 (1978)
- Prokop, O.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, S. 261—262. Berlin: Volk u. Gesundheit 1960
- Ringel, E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien-Düsseldorf: Maudrich 1953
- Ringel, E.: Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. **57**, 113—124 (1966)
- Ringel, E.: Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmordprophylaxe. Therapiewoche **22**, 2199—2214 (1972)
- Ringel, E.: Angst und Suizid. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. **110**, 143—150 (1972)
- Ritzel, G.: Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken. Fortschr. Neurol. Psychiat. **42**, 38—50 (1974)
- Schollmeyer, W.: Selbstmord durch Harakiri. Kriminalistik **15**, 162—164 (1961)
- Schollmeyer, W., Michaelis, K.: Selbstmorde von Krankenhauspatienten. Z. Ärztl. Fortbild. (Jena) **60**, 153—154 (1966)
- Schumann, U.: „Harakiri“-Suizid. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. (Leipzig) **23**, 304—308 (1971)
- Schüttler, R., Huber, G., Gross, G.: Suizid und Suizidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen. Psychiat. Clin. (Basel) **9**, 97—105 (1976)
- Schwarz, J.: Suicid im Krankenhaus. Beitr. Gerichtl. Med. **26**, 100—103 (1969)
- Smerling, M.: Rechtsmedizinische und kriminalistische Aspekte beim Sturz aus der Höhe. Arch. Kriminol. **160**, 39—50, 65—77 u. 176—187 (1977)
- Strauss, F., Sonneck, G.: Statistische Untersuchungen über die Selbstmorde in Österreich aus den Jahren 1971 bis 1975. Mitt. österr. San.-Verw. **79**, 82—90 (1978)
- Uzel, M.: Les suicides en milieu hospitalier. Bull. Méd. Lég. **5**, 271—280 (1970)
- Virkkunen, M.: Suicides in schizophrenia and paranoid psychoses. Kopenhagen: Munksgaard 1974
- Weimann, W.: Todesfälle bei autoerotischer Betätigung mit Plastikbeutel. Arch. Kriminol. **129**, 16—22 (1962)
- Weimann, W., Spengler, H.: Der Selbstmord durch Erdrosseln und seine Unterscheidung vom Mord. Arch. Kriminol. **117**, 23—35 u. 75—91; **118**, 71—74 u. 110—118 (1956)
- Werner, W.: Selbstmord(versuch) und Psychose. Dtsch. Med. Wochenschr. **99**, 583—584 (1974)

Eingegangen am 23. Februar 1979