

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen  
(Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. E. Kretschmer)

## **Sozial-psychiatrische Aspekte bei Zwangseinweisung in Klinikbehandlung**

Von  
**D. LANGEN**

*(Eingegangen am 11. April 1958)*

Die soziale Adaptationsfähigkeit des Menschen kann als eine komplexe Leistung angesehen werden, an deren Zustandekommen seine seelischen, geistigen und charakterlichen Eigenschaften ebenso sehr beteiligt sind wie sein familiärer, beruflicher und sonstiger Lebensraum. Auch bei ärztlichen Aussagen über einen Menschen pflegt man die soziale Anpassungsfähigkeit mitzubeurteilen. Dabei ist im Bereich der Norm folgende Einteilung möglich:

1. In eine Gruppe lassen sich die zusammenfassen, die immer sozial bleiben, auch wenn sie unauffällig und still im Schatten ihrer Umwelt leben oder überdurchschnittlich aktiv ihrem Milieu ihr spezifisches Gepräge verleihen.

2. Dann gehören zusammen diejenigen, die öfters oder ständig in Gefahr schweben, mit sich oder anderen in Kollision zu geraten, und dadurch Unruhe und Spannung hervorrufen.

3. Schließlich sind hierher noch zu zählen die Personen, die durch Schwierigkeiten, Zusammenstöße und Vergehen die Umwelt herausfordern.

Die sozialen Maßstäbe spielen aber nicht nur für den Normalen eine Rolle, sondern auch für den von der Norm Abweichenden. Sie werden bei Einteilungsversuchen von Menschen mit abnormen Charaktervarianten mit berücksichtigt.

Hierbei beansprucht gerade die unter 2 aufgeführte Gruppe wegen des fluktuierenden Ineinandergreifens mehrerer Faktoren ein besonderes Interesse. Dies gilt vor allem für einen bestimmten Kreis von Psychopathen, deren Charaktervariante nicht so ausgeprägt ist, daß sie sich immer antisozial auswirkt. Gerade sie sind es, von denen E. KRETSCHMER sagt: „In den kühlen Zeiten begutachten wir sie und in den heißen beherrschen sie uns.“

Auch im Krankengut des Psychiaters finden sich Patienten der Gruppe 2. Es handelt sich hier um die Kranken, die wegen ihrer psychischen Auffälligkeit eine Gefahr für sich und andere darstellen. Sie bilden

mit ihren quantitativen und qualitativen Besonderheiten der Symptomatik sowie der meist fehlenden Krankheitseinsicht eine charakteristische Gruppe, die in fast allen zivilisierten Ländern zur Verhinderung von Unheil gesetzliche Vorkehrungen nötig machen. Wenn diese auch in der speziellen Handhabung im einzelnen differieren, so haben sie doch vieles gemeinsam. Immer muß ein Antrag zur zwangsweisen Einweisung gestellt werden, eine ärztliche, evtl. psychiatrische Untersuchung ist nötig und schließlich ein ablehnender oder annehmender Entscheid einer juristischen Instanz.

Da diese Sondergruppe von Kranken in der üblichen nervenärztlichen Praxis und in psychiatrischen Kliniken nur unvollständig zu erfassen ist, dagegen aber auf den zuständigen Gesundheitsämtern registriert wird, haben wir von einem solchen Amt die notwendigen Unterlagen erbeten<sup>1</sup>.

Es handelt sich um 306 Anträge auf Zwangseinweisung aus den Jahren 1945 bis 1955, wovon 206 angenommen und 100 abgelehnt wurden, was einem Verhältnis von 2 : 1 entspricht.

Zwischen 1945 und 1951 wurden im Durchschnitt 11 Anträge pro Jahr gestellt und von 1952—1955 durchschnittlich 56 pro Jahr. Die Bevölkerung des Betreuungsbereiches stieg dagegen in diesen ganzen 10 Jahren gleichmäßig um etwa 30 % an. Einweisungsanträge stellten in 45 % Behörden, in 40 % nahe Verwandte und in 15 % Mitbewohner, Arbeitgeber, Ärzte, der Vormund oder ein bestellter Pfleger. Während die von Verwandten gestellten Anträge weit über dem Durchschnitt liegend abgelehnt wurden, kamen die von einer offiziellen Stelle überwiegend zur Annahme.

Die 306 Fälle wurden nach folgenden Gesichtspunkten zusammengestellt:

1. Geschlecht, Alter und Personenstand.
2. Beruf.
3. Dauer der Erkrankung, die zur Antragstellung Veranlassung war.
4. Gründe der jetzigen Einweisung: Wenn hier, wie nicht selten, mehrere Gründe angegeben waren, griffen wir die markantesten heraus und führten sie an. (Daraus erklärt es sich, daß in dieser Rubrik die Zahlen höher sind als den 306 Ausgangsfällen entspricht.)
5. Gründe der Ablehnung bei den abgewiesenen Fällen.
6. Abschlußdiagnosen. Bei den 206 Eingewiesenen handelt es sich um die Abschlußdiagnose der psychiatrischen Klinik bzw. der Anstalt. Bei den 100 abgelehnten Fällen stammt sie entweder von dem zugezogenen Psychiater oder bei den klareren Krankheitsbildern von dem ja auch psychiatrisch geschulten Amtsarzt. Trotzdem enthalten die Diagnosen in der Gruppe der abgelehnten Fälle einen gewissen Unsicherheitsfaktor, der schon durch das Fehlen der stationären Beobachtung bedingt ist. Da aber gerade die Patienten dieser Gruppe in amtsärztlicher Nachbetreuung bleiben und auf diese Weise über längere Zeit häufiger gesehen werden, ist die Möglichkeit zu Fehldiagnosen geringer.

Zur statistischen Verarbeitung war es notwendig, unter den Diagnosen eine gewisse Gruppierung vorzunehmen, auf die der Wichtigkeit wegen etwas eingegangen

<sup>1</sup> Auf Anregung von Herrn Professor HIRSCHMANN hat Frau Dr. URSULA GORALCZYK das Material des Gesundheitsamtes Würzburg gesammelt, ausgewertet und in einer Dissertation zusammengestellt. Für die Überlassung dieses Ausgangsmaterials möchte ich dem Gesundheitsamt Würzburg und Frau Dr. GORALCZYK herzlich danken.

werden soll. Bei Vergleich der verschiedenen psychiatrischen Lehrbücher wird man neben leichten Variationen doch immer ähnliche Einteilungen beobachten können. Die von uns gewählte stimmt am ehesten mit der aus dem Lehrbuch von E. BLEULER überein. Wir sind uns darüber im klaren, daß jedes typisierende Ordnungsprinzip die Gefahr vermeiden muß, dem Einzelfall zu viel Gewalt anzutun. Wir unterscheiden die Patienten mit endogenen Psychosen aus dem schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis von der genuinen Epilepsie. Unter der Diagnose „Schwachsinn“ erscheinen nur alle erheblich intellektuell Reduzierten, bei denen eine äußere Ursache der Störung nicht zu finden war. Unter der Sammeldiagnose „cerebralorganisch“ sind alle Patienten mit angeborenen, frühkindlichen oder später erworbenen cerebralen Schädigungen aufgeführt, die durch Traumen verschiedener Art, cerebrale Intoxikation (außer Alkohol- und anderen Süchten) oder Altersveränderungen (z. B. Cerebralsklerose) bedingt sein können. Die abnormen Charaktervarianten erscheinen unter „Psychopathie“ ohne eine weitere Differenzierung. Diejenigen, bei denen eine Konfliktsituation einen abnormen seelischen Zustand auslöste, der die Veranlassung zur Antragstellung bildete, wurden unter der Diagnose „reaktiv“ zusammengefaßt. Eine für unsere Untersuchung besonders wichtige Gruppe stellen die Kranken mit der Diagnose „Alkoholismus und andere Süchte“ dar.

Datum der Entlassung.

Diese Rubrik entfällt bei den abgelehnten Anträgen.

7. Katamnesen: Sie beziehen sich hauptsächlich auf Erhebungen am Ende des Jahres 1955 und beruhen zum großen Teil auf persönlicher Exploration.

Um eine statistische Auswertung zu ermöglichen, waren auch hier Gruppenbildungen nötig, wobei wir uns an die üblichen Einteilungen (M. MÜLLER, M. BLEULER u. a.) hielten:

a) Vollremittiert sind die Patienten, bei denen keine psychisch auffallenden Symptome „mehr nachweisbar sind, auch Berufsfähigkeit und volle Krankheitsansicht besteht und speziell auch die affektive Ansprechbarkeit und Modulationsfähigkeit restlos wiederhergestellt ist“ (M. MÜLLER);

b) teilremittiert sind die Kranken, bei denen der krankhafte Zustand (vor allem schizophrenen Prozeß) zum Stillstand kommt, krankhafte Denkinhalte nicht mehr in Erscheinung treten oder beim Auftauchen mit teilweiser kritischer Einsicht beurteilt werden. Die Persönlichkeit ist jedoch meist leicht verändert, ihre beruflichen Leistungen erreichen nicht mehr ganz den früheren Stand. (Diese Gruppe entspricht im wesentlichen den „sozial Remittierten“.)

c) Gebessert sind Kranke, bei denen die Krankheit mit einem gewissen Persönlichkeitsdefekt abgeklungen ist, eine Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und eine eingeschränkte berufliche Tätigkeit möglich ist. Der Alkoholiker zum Beispiel ist zwar von seiner Sucht nicht frei, sie tangiert aber seine berufliche Leistungsfähigkeit weniger.

d) Ungebessert zu Hause: Hierunter fallen alle Patienten mit noch deutlich sichtbaren krankhaften Symptomen mit einer erheblich reduzierten oder vollkommen erloschenen beruflichen Leistungsfähigkeit (also invalide im Sinne der Sozialversicherung). Darunter fallen auch diejenigen, die bei Weiterbestehen der Pflegebedürftigkeit sich dem häuslichen Milieu sozial angepaßt haben.

e) Ungebessert in Anstalten sind die Patienten, bei denen auch eine soziale Anpassungsfähigkeit an ein Milieu außerhalb der psychiatrischen Klinik nicht erreicht wurde.

Weniger als 10% der 306 Ausgangsfälle waren nicht zu katamnestizieren, weil sie

f) verzogen und dadurch nicht erreichbar, oder weil sie

g) verstorben waren.

Bei der Auswertung dieses Krankengutes soll jedesmal eine Gegenüberstellung der abgelehnten und angenommenen Anträge auf Zwangseinweisung erfolgen. Bei den 306 bearbeiteten Anträgen verhält sich die Zahl der Zwangseingewiesenen mit 206 zu der der Abgelehnten wie 2 : 1. Durch entsprechende Verhältnisbildung bei den einzelnen Rubriken ist schnell ein Vergleich mit dem Durchschnitt möglich. Liegt die Verhältniszahl unter 2, so heißt dies, daß die Ablehnungen gegenüber dem Durchschnitt überwiegen. Ist umgekehrt die Verhältniszahl größer als 2, so ist daraus ein relatives Überwiegen der Zwangseinweisungen abzulesen. Durch diese Verhältnisbildung ist eine schnellere Orientierung möglich als durch Umordnung auf Prozentzahlen. In den nachfolgenden Tabellen gibt die erste Rubrik Auskunft über die Gesamtzahl der Anträge, die zweite über die angenommenen und die dritte über die abgelehnten Anträge. Die vierte Rubrik enthält die oben erwähnten Verhältniszahlen (z. B. 2,0 : 1), wobei der Übersicht halber nur die erste Ziffer (z. B. 2,0) fixiert, der Teil „1“ aber weggelassen wird.

1. *Geschlecht, Alter und Personenstand der Patienten.* Es wurden für 180 Männer und 126 Frauen Anträge zur Einweisung gestellt, was einem Verhältnis von 1,4 Männern zu 1,0 Frauen entspricht. Der statistisch signifikante Unterschied zeigt, daß männliche Patienten häufiger aus krankhaften Ursachen sich selbst und anderen gefährlich zu werden drohen. Das Verhältnis der zwangsweise Eingewiesenen zu den Abgelehnten beträgt

bei den Frauen 2,4 : 1,

bei den Männern 1,9 : 1.

Somit zeigt sich, daß bei Frauen dem Antrag zur zwangsweisen Aufnahme etwas häufiger stattgegeben wird als bei Männern.

Bei der Gesamtzahl der Anträge ist ein gleichmäßiges Ansteigen bis zum 5. Lebensjahrzehnt festzustellen, wonach ein gleichmäßiger Abfall zu beobachten ist. Auffallend ist, wie das Verhältnis der angenommenen

Tabelle 1. Altersvertretung der Patienten

Jahre	Gesamtzahl der Anträge	Zahl der Einweisungen	Zahl der Ablehnungen	Verhältniszahl von Angenommenen zu Abgewiesenen
1—10	2	2	—	—
10—20	8	6	2	3
20—30	36	28	8	3,5
30—40	55	44	11	4
40—50	81	42	39	1,3
50—60	57	41	16	3,2
60—70	43	29	14	2
70—80	17	11	6	1,8
80—90	7	3	4	0,75

zu den abgelehnten Anträgen bis zum 4. Lebensjahrzehnt zugunsten der Angenommenen ansteigt, um dann aus nicht erklärbaren Gründen im 5. Jahrzehnt wieder gleichmäßig abzufallen.

Die Verteilung des Personenstandes unserer Patienten entspricht im wesentlichen der Gesamtbevölkerung. Gemessen am Durchschnitt (2 : 1) fällt bei den Ledigen der besonders hohe Prozentsatz von angenommenen

 Tabelle 2. *Personenstand der Patienten*

Personenstand	Gesamtzahl der Untersuchten	Zahl der Einweisungen	Zahl der Ablehnungen	Verhältniszahl	Personenstand der Gesamtbevölkerung nach der Volkszählung im Okt. 1950
Ledige . . . . .	137	103	34	3,3	68 183 = 47%
Nichtledige . . .	169	103	66	1,5	77 052 = 53%
davon verheiratet	127	80	45	1,7	
verwitwet . . .	28	15	13	1,3	
geschieden . . .	14	8	6	1,2	

 Tabelle 3. *Berufliche Verteilung*

Beruf	Gesamtzahl der Anträge	Zahl der Einweisungen	Zahl der Ablehnungen	Verhältniszahlen von Einweisungen zu Ablehnungen
Selbständige, akadem. und leitende Berufe . . . . .	53	44	9	4,8
Beamte, Angestellte . . . . .	43	30	13	2,3
Facharbeiter . . . . .	26	21	5	4,2
Arbeitslose, Haustöchter, Hausangestellte . . . . .	51	44	7	4,3
Ungelernte Arbeiter, landwirtschaftl. Arbeiter, Hilfsarbeiter . . . . .	45	18	27	0,6
Hausfrauen . . . . .	54	33	21	1,5
Rentner . . . . .	32	14	18	0,9
Noch nicht Berufsfähige . .	2	2	—	

gegenüber den abgelehnten Anträgen mit einem Verhältnis von 3,3 : 1 auf; demgegenüber liegt das Verhältnis bei den Verheirateten mit 1,7 : 1 unter dem Durchschnitt. Dies dürfte wohl überwiegend soziologische Ursachen haben, da Ledige im allgemeinen schlechter in einem sozialen Lebensraum eingebettet sind als Verheiratete.

2. Geht man bei der Aufschlüsselung des Ausgangsmaterials von dem *Beruf der Patienten* aus, so ist eine Gruppenbildung nötig, um eine bessere Übersicht zu erhalten. Es lag uns bei der Gruppierung daran, sowohl die Differenziertheit der ausgeübten Tätigkeit als auch die soziologische Sonderstellung zum Ausdruck zu bringen. Eine gewisse Großzügigkeit in der Handhabung ist dabei vor allem dann nicht zu

umgehen, wenn man die Aufteilung nicht zerpfücken will. Arbeitslose und Haustöchter wurden zusammen aufgeführt, weil es sich hierbei erfahrungsgemäß um eine Gruppe von Menschen mit verringerter Vitalität handelt. Auch die Hausangestellten haben wir hier eingeordnet, da sie bei gesonderter Zählung nur 10 Fälle ausgemacht hätten und soziologisch gesehen eine lose Verwandtschaft zu den „Haustöchtern“ besteht. Eine besondere Gruppierung der Rentner erschien notwendig.

Beim Lesen der Tab. 3 fällt auf, daß bei Menschen aus gehobeneren geistigen Schichten ein Antrag relativ häufig, dagegen bei einfachen Berufen und bei Hausfrauen erstaunlich selten gestellt wurde. Setzt man diese Feststellung mit den verschiedenen rein medizinischen Gesichtspunkten in Beziehung (z. B. nach Art der Diagnose, Schwere der Erkrankung, Charakterstruktur der Erkrankten), so wird man nirgends eine ganz befriedigende Erklärung hierfür finden. Vielmehr zeigt gerade diese Tatsache, wie ausschlaggebend soziologische Faktoren sein müssen, wenn bei einem psychisch Kranken mit der von uns herausgestellten Symptomtrias ein Antrag auf Zwangseinweisung gestellt wird. Die durch den Beruf bedingte Exponiertheit scheint nicht ohne Bedeutung für Grad und Auswirkung psychischer Auffälligkeiten zu sein. Diese ist bei gehobenen und öffentlichen Berufen wesentlich größer als bei den weniger differenzierten Beschäftigungen, die auch zahlenmäßig gering bei den Antragstellungen vertreten sind. Bei den Hausfrauen handelt es sich noch dazu um eine Gruppe von Menschen, die innerhalb der Familie, also in einem in sich geschlossenen kleinen Kreis, leben und nach außen oft nur wenig in Erscheinung treten.

Beachtet man ferner, daß den Anträgen bei Menschen aus selbständigen und leitenden Berufen häufig (Verhältniszahl 4,8), unter dem Durchschnitt stehend dagegen bei Hausfrauen (Verhältniszahl 1,5) und noch seltener bei der Gruppe der ungelernten, landwirtschaftlichen- und Hilfsarbeiter (Verhältniszahl 0,6) stattgegeben wurde, so wird auch dadurch die große Bedeutung der sozialen Faktoren bei der Entstehung so ausgeprägter Krankheitssymptome deutlich. Zu der gleichen Feststellung kommt man, wenn man die allerdings zahlenmäßig nur kleine Gruppe der 10 Hausangestellten betrachtet. Bei ihnen wurden die Anträge in 9 Fällen angenommen und nur in einem Fall abgelehnt. Die besonders geartete soziale Stellung dieser Menschen innerhalb eines geschlossenen Kreises ist oft von besonderen Spannungen erfüllt, so daß beim Auftreten schwerer psychischer Auffälligkeiten das Verbleiben in dem Familienmilieu, in dem sie nicht tiefer verankert sind, unmöglich wird.

Auch bei Personen mit wenig differenzierter beruflicher Tätigkeit lassen sich die Überschneidungen von inneren psychodynamischen Gesetzmäßigkeiten und äußeren peristatischen Faktoren gut beobachten. Solche Menschen sind wohl vor allem dadurch summarisch zu charak-

terisieren, daß sie eine geringere intellektuelle oder allgemeine Vitalkraft als der Durchschnitt haben. Bei Entwicklung krankhafter psychischer Auffälligkeiten sind sie ebenfalls meist stiller, gegebenenfalls passiv antisozial. Erreichen die Auffälligkeiten ein Ausmaß, daß Antrag auf Zwangseinweisung nötig wird, so kommt es durchschnittlich viermal häufiger zur Ablehnung. Da diese Kranken dazu noch im Vergleich zu den Menschen aus den gehobenen Berufen sozial meist weniger exponiert sind, wird auch von dieser Sicht her der hohe Ablehnungsquotient verständlich.

Für die Gruppe selbständiger und leitender Berufe lassen sich folgende korrespondierende Ergebnisse ableiten: Die hier anzutreffenden Menschen mit durchschnittlich gesteigerter geistiger oder allgemeiner Vitalkraft werden durch Krankheitsvorgänge oder Zunahme von Abartigkeiten psychisch so auffällig, daß sie eine Gefahr für sich, ihre Umgebung und das öffentliche Leben darstellen. *Die Vitalkraft der Persönlichkeit wirkt sich in einem solch exponierten Milieu pathoplastisch so aus, daß es bei Erkrankung leichter zur Produktion aktiv antisozialer Symptome kommt.* Dadurch erklärt sich ohne weiteres, daß dem Antrag auf Zwangseinweisung  $2\frac{1}{2}$  mal häufiger als dem Durchschnitt entsprechend stattgegeben wird.

Von dieser Sicht her wird auch anschaulich, wie stark bei einer psychischen Dekompensation die der Krankheit zugehörige Eigengesetzlichkeit und konstitutionell-charakterogene Faktoren mit den aus dem gesamten Lebensraum kommenden peristatischen Einflüssen zusammenfließen. Diese Tatsache muß auch bei einer praktisch betriebenen „mehrdimensionalen Diagnostik“ bei der Untersuchung und Begutachtung einer sozial besonders auffälligen Gruppe von psychisch Kranken entsprechend berücksichtigt werden.

 Tabelle 4. *Dauer der Erkrankung*

Dauer der Erkrankung	Gesamtzahl der Anträge	Zahl der Einweisungen	Zahl der Ablehnungen	Verhältniszahl von Einweisungen zu Ablehnungen
Seit Geburt . . . . .	15	9	6	1,5
akut . . . . .	80	54	26	2,2
seit 1—5 Jahren . . . . .	109	63	46	1,4
seit 5—10 Jahren . . . . .	54	39	15	2,6
seit 10 und mehr Jahren . . .	48	41	7	5,8

3. Die Verteilung der Patienten in Bezug auf die Dauer der Erkrankung bis zur Antragstellung zeigt Tab. 4.

Danach wurden die meisten Anträge bei akut Erkrankten und bei solchen, die 1—5 Jahre lang krank waren, gestellt. Bei zunehmender

Erkrankungsdauer fällt die Häufigkeit der Antragstellung, es kommt aber öfters zu einer Einweisung und seltener zu einer Ablehnung.

4. Bei psychischen Auffälligkeiten sind zur Antragstellung auf Zwangseinweisung häufig mehrere Gründe vorhanden; deshalb erscheint es hier nicht sinnvoll, nur einen einzelnen herauszugreifen. Ebenso ist es für einen Überblick zweckmäßig, von den zwangsweise Eingewiesenen und den Antragsablehnungen getrennt auszugehen, wodurch allerdings der Bezug auf die Gesamtzahl der Antragstellungen wegfällt und auch eine Verhältnisbildung zwischen angenommenen und abgelehnten Anträgen nicht möglich ist.

Tabelle 5. *Gründe der Einweisung*

Gründe der Einweisung	Zahl der Eingewiesenen	Zahl der Abgelehnten
Gewalttätigkeit . . . . .	129	18
Selbstmordgefahr . . . . .	71	7
Verwahrlosung . . . . .	38	13
Wahnideen . . . . .	38	8
Erregung und Umherirren . . . . .	27	3
Alkoholsucht . . . . .	20	33
Eifersucht und Ehestreit . . . . .	13	23
Unverträglichkeit, Ruhestörung, u. a. . . . .	6	22
Rauschgift u. andere Süchte . . . . .	3	—

Verständlicherweise sind Gewalttätigkeiten die weitaus häufigste Ursache zur Zwangseinweisung. Dann folgt, in größerem Abstand, die Selbstmordgefahr, während Verwahrlosung, Wahnideen, Erregung und planloses Umherirren sowie Alkoholsucht, ohne besondere Auswirkung, nur relativ selten Anlaß zu einer derartig drastischen Maßnahme geben. Gerade hier entscheidet oft der Grad der Ausprägung der Symptome die Anordnung einer Zwangseinweisung.

Wie zu erwarten, verteilten sich die Einweisungsgründe in charakteristischer Weise auf die einzelnen Krankheitsbilder, wobei Gewalttätigkeiten und Erregungszustände mit planlosem Umherirren am häufigsten bei Schizophrenen zu beobachten waren, während die Selbstmordgefahr bei den Manisch-Depressiven überwog. Bei den „Verwahrlosungen“ rangierten die Alkoholiker an erster Stelle. Demgegenüber war unter der Rubrik „Eifersucht und Ehekonflikt“ eine Schwerpunktbildung bei den Gruppen reaktiver und psychopathischer Störungen zu erkennen. Die „Wahnideen“ waren als Einweisungsgrund fast ausschließlich bei den Schizophrenen zu finden.

Bei den abgelehnten Anträgen ist eine deutliche Verschiebung der Einweisungsgründe zu sehen. „Eifersucht und Ehekonflikt“ sowie „Unverträglichkeit“ stehen hier an erster Stelle, wonach erst die „Gewalttätigkeiten“ in gewissem Abstand folgten. Die „Sucht“ selbst wurde



bei der Antragstellung, wie man sieht, 15 mal abgelehnt, so daß bei ihr noch ein anderer Einweisungsgrund dazukommen muß, um wirklich zur Zwangseinweisung zu führen.

5. Bei den *Gründen für die Ablehnung* eines Antrages zur Zwangseinweisung stehen 47% wegen zu geringfügiger Ausprägung der Erscheinungen an der Spitze, während eine spontane Beruhigung nur in 19% der Fälle vorkam. Eine relativ kleine Gruppe stellen auch die 15% nicht bewiesener Angaben. Bei dem Überwiegen peristatischer Faktoren an der Entwicklung der störenden Symptomatik konnte durch entsprechende Umweltbeeinflussung bei 11% eine Zwangseinweisung verhindert werden. Ausgesprochen selten, nämlich nur bei 6%, war die „freiwillige Anstaltsbehandlung“ ein Grund zur Ablehnung.

6. Über die *Verteilung der einzelnen Krankheitsbilder* gibt Tab. 6 Auskunft.

Tabelle 6. *Verteilung der Diagnosen*

Diagnose	Gesamtzahl der Untersuchten	Zahl der Einweisungen	Zahl der Ablehnungen	Verhältniszahl der Einweisungen zu den Ablehnungen
Schizophrenie . . . . .	109	90	19	4,7
Alkoholismus . . . . .	55	25	30	0,9
Cerebralorganisch . . . . .	35	19	16	1,2
Psychopathie . . . . .	31	19	12	1,5
Reaktiv . . . . .	31	21	10	2
Schwachsinn . . . . .	18	12	6	2
Manisch-depressives Irresein	15	12	3	4
Epilepsie . . . . .	7	5	2	2,5
andere Süchte . . . . .	2	3	—	—
ohne Diagnose . . . . .	3	—	2	—

Wie zu erwarten, stellen die Schizophrenen mit 109 Anträgen das höchste Kontingent der Kranken dar. Dies wird nicht wundern, wenn man bedenkt, daß gerade diese Psychose ganz besonders zu plötzlichen und schweren Krankheitserscheinungen neigen kann. Auch die hohe Verhältniszahl von 4,7 zeigt, daß die durchgeführten Zwangseinweisungen mit 90 Fällen gegenüber den Ablehnungen mit 19 Fällen bei weitem überwiegen. Ablehnungen erfolgen hier nur bei spontaner Beruhigung und günstigen familiären Verhältnissen. Die Zwangseinweisung mußte hier aber immer durchgeführt werden, wenn der Lebensraum des Erkrankten sich zusätzlich ungünstig auswirkte.

An zweiter Stelle stehen die Suchtkranken mit 58 Antragstellungen. Es sind vor allem 55 Alkoholiker, während Morphium- und Schlafmittelmißbrauch nur in 3 Fällen zu dieser Gruppe gehören und somit kaum ins Gewicht fallen. Wie auch die Erfahrung lehrt, geben Süchtige so gut wie nie Anlaß, auf dem Wege einer derartigen Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik einer Behandlung zugeführt zu werden. Die

Alkoholiker tun dies sehr häufig, wobei sie sich ziemlich gleichmäßig in den einzelnen Gruppen der Einweisungsgründe finden.

Im Gegensatz zu den Schizophrenen wurden aber bei den Alkoholikern die Anträge viel seltener angenommen und häufiger abgelehnt, so daß ein Verhältnis von 0,9 : 1 errechnet werden konnte. Da bei diesen Kranken viele Auffälligkeiten unter Einwirkung des Alkohols auftreten, ist dies verständlich. Hier gibt dann das Ausmaß der krankhaften Reaktionen und die Chronizität des Leidens die Entscheidung dafür ab, ob eine Einweisung erfolgt.

Zahlenmäßig eng beieinander liegen dann die cerebraloorganischen Kranken, die Psychopathien und die reaktiv ausgelösten abnormen seelischen Reaktionen. Während die ersten beiden Gruppen in annähernd gleichem Verhältnis eingewiesen oder abgelehnt werden, erfolgt die Aufnahme bei den abnormen seelischen Reaktionen etwas häufiger, aber dem Durchschnitt entsprechend. Das gleiche gilt für die angeborenen Schwachsinnsformen, für die 18mal ein Antrag gestellt wurde.

Bei den Manisch-Depressiven wurde 15mal ein Antrag gestellt, der ebenso wie bei den Epilepsien (7 Anträge) wieder weit über dem Durchschnitt liegend angenommen wurde. Man sieht aus dieser Zusammenstellung, daß der Gutachter sich bei den endogenen Psychosen einschließlich genuiner Epilepsie in eindeutig höherem Verhältnis zur zwangsweisen Einweisung entschließt als bei allen anderen Krankheitsgruppen, was aus der Natur dieser endogenen Erkrankungen verständlich wird. Die die Lebenskontinuität unterbrechende und schicksalsmäßig auftretende Psychose bewirkt so schwere und von der Persönlichkeit nicht zu beeinflussende Katastrophen, daß im Durchschnitt Sicherheitsmaßnahmen hier in einem viel größeren Maße notwendig werden als bei allen anderen Erkrankungen.

7. Von besonderem Interesse schien es, das weitere Schicksal der Personen, die einmal einen Grund zur Antragstellung auf Zwangseinweisung gegeben haben, durch *Katamnesen* zu verfolgen. Bei der von uns besonders herausgestellten Sondergruppe handelt es sich um Kranke, die in Gefahr schweben, sich und anderen Schaden zuzufügen. Dadurch stehen sie zwischen den zwar psychisch Auffälligen, aber Ungefährlichen, und denen die schon wegen ihres abnormen Verhaltens kriminell wurden. Zu einer klaren prognostischen Beurteilung wäre man nur in der Lage, wenn man die Weiterentwicklung der Kranken dieser drei Gruppen miteinander vergleichen könnte. Obwohl uns dies zur Zeit noch nicht möglich ist, soll die zahlenmäßige Wiedergabe bei der katamnesticen Beurteilung erfolgen, wobei wieder die Gegenüberstellung der angenommenen und abgewiesenen Anträge aufschlußreich ist.

Wie zu erwarten, überwiegen die Vollremissionen bei den abgelehnten Anträgen ganz erheblich. Auch bei den Teilremissionen bzw. Besserungen

ist ein leichtes Überwiegen feststellbar. Nimmt man die Vollremittierten, Teilremittierten und Gebesserten — also diejenigen, die wieder arbeitsfähig werden — in eine Gruppe zusammen und vergleicht die Zwangseingewiesenen mit den abgelehnten Anträgen, so wird der Unterschied der beiden Gruppen noch deutlicher. Während nämlich die Zwangseingewiesenen nur zu 45% wieder arbeitsfähig werden, gelingt den abgelehnten Fällen die Resozialisierung in 67%.

 Tabelle 7. *Katamnesen*

Katamnese	Gesamtzahl der Anträge %	Zahl der Einweisungen %	Zahl der Ablehnungen %
Vollremittiert . . . . .	74 = 24,0	40 = 20	34 = 34
Teilremittiert . . . . .	36 = 12,0	20 = 10	16 = 16
Gebessert . . . . .	47 = 15,0	30 = 15	17 = 17
Ungebessert zu Hause . . .	30 = 10,0	15 = 7,5	15 = 15
Ungebessert in der Anstalt .	74 = 24,0	68 = 34	6 = 6
Verzogen . . . . .	29 = 9,4	24 = 12	5 = 5
Verstorben. . . . .	16 = 5,3	9 = 4,5	7 = 7

Daraus kann der Schluß gezogen werden, daß — wie auch aus den bisherigen Zusammenstellungen zu ersehen war —, es sich bei der Gruppe der abgelehnten Anträge um die leichteren bzw. prognostisch günstigeren Fälle handelt. Umgekehrt kann hieraus ersehen werden, daß zwangsweise eingewiesene Patienten ohne Rücksicht auf die spezielle Diagnose eine besonders ungünstige Prognose haben.

Dies ist auch aus dem Prozentsatz der ungebessert zu Hause Lebenden zu ersehen, der bei den abgelehnten Anträgen doppelt so hoch ist wie bei den zwangsweise Eingewiesenen. Diese wieder leben in einem vielfach höheren Prozentsatz ungebessert in der Anstalt als die Patienten, bei denen ein Antrag zur Zwangseinweisung abgelehnt wurde. Immerhin halten sich aber 6% von ihnen ebenfalls ungebessert in der Anstalt auf, in deren Behandlung sie sich freiwillig begeben haben. Der hohe Prozentsatz von 34 der einmal zwangsweise eingewiesenen und ungebessert in der Anstalt Lebenden zeigt ebenfalls sehr deutlich, daß es sich bei diesem Krankengut um eine besonders ungünstige Auslese handelt.

### Zusammenfassung

Die große Gruppe psychisch Auffälliger läßt sich zwanglos nach dem Ausmaß unterteilen, in dem die Patienten je nach dem Grad ihrer abartigen Symptome sich oder der Umwelt Schaden zufügen können. Zwischen den psychisch Auffälligen, aber Ungefährlichen, und den kriminell Gewordenen können die Personen eingeordnet werden, welche in Gefahr schweben, sich oder anderen zu schaden, so daß zu ihrem

Schutz ein Antrag auf zwangsweise psychiatrisch-klinische Behandlung gestellt werden muß. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Würzburg wurden 306 Fälle ausgewertet, indem die Gruppe der zwangsweise Eingewiesenen (206 Patienten) und die der abgelehnten Anträge (100 Patienten) unter verschiedenen Gesichtspunkten verglichen wurde.

Dabei wurde das Material in bezug auf Alter, Geschlecht, Personenstand, Beruf, Dauer der Erkrankung, Gründe der Einweisung und eventuellen Ablehnung, Verteilung auf die einzelnen Krankheitsbilder und prognostische Beurteilung ausgewertet.

Bei der durch quantitative und qualitative Besonderheiten der Symptomatik bei fehlender Einsicht klassifikatorisch herausgestellten Gruppe von Kranken war ein inniges Ineinandergreifen mehrerer psychodynamischer Faktoren zu beobachten. Diese wurzeln in der Krankheit, in der Persönlichkeit und in der speziellen soziologischen Stellung des einzelnen. Hieraus ergeben sich interessante sozial-psychiatrische Aspekte für die Prophylaxe und Betreuung psychisch Auffälliger. Gleichzeitig wird die große praktische Bedeutung einer mehrdimensionalen Diagnostik im Sinne E. KRETSCHMERS für die Beurteilung des Einzelfalles besonders vor Augen geführt.

#### Literatur

Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 14, 1952. — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 9. Auflage, Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer Verlag 1955. — BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit, Verwandtschaft Schizophrenen und ihre geistigen Beziehungen. Sammlung psychiatr. neurolog. Einzeldarstell. 1941. — KRETSCHMER E.: Geniale Menschen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer Verlag, 5. Auflage 1958. — MÜLLER, M.: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1949. — NITSCHKE, P.: Allgemeine Therapie und Psychotherapie der Geisteskrankheiten. Handb. d. Psych. Bd. IV, Berlin: Springer 1929.

Dozent Dr. D. LANGEN, Tübingen, Universitäts-Nervenklinik