

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Abteilung für Klinische Neurophysiologie

Leiter: Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

**Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“
Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven
Programms nach 12 Monaten Laufzeit**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dipl.-Psych. David Althaus

aus

München

2004

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

2. Berichterstatter: Prof. Dr.Dr. W. Bender

Mitberichterstatter: Prof. Dr. A. Danek
Prof. Dr. W. v. Suchodoletz
Prof. Dr. J. Hasford

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Klaus Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 27.04.2004

Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Ulrich Hegerl für die große Unterstützung, das Vertrauen und die Förderung, die er mir zuteil werden ließ.

Zudem bedanke ich mich bei unseren Kooperationspartnern in Nürnberg und Würzburg, die mir stets mit großer Offenheit und Hilfsbereitschaft begegnet sind. Ein besonderer Dank geht dabei an Dr. Dr. Günter Niklewski und Prof. Dr. Armin Schmidtke.

Mein Dank geht zudem an den Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, für die Möglichkeit, in seinem Hause zu arbeiten und zu promovieren.

Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen für ihre Unterstützung, Geduld und Ermutigung. Namentlich möchte ich mich bei Anja Ziervogel, Jörg Kunz, Jan Stefanek und Tim Pfeiffer bedanken, die mir viele Anregungen gaben.

Ein besonderer Dank geht an Herrn Michael Rehaag, der es verstand, mir immer wieder aufs Neue zu vermitteln, wie unersetzlich eine gute Struktur ist.

Ich danke meinen Eltern, die mir viele Türen öffneten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Depression und Suizidalität: aktueller Forschungsstand	6
2.1	Symptomatik und Diagnose depressiver Störungen	6
2.2	Epidemiologie depressiver Störungen	8
2.3	Ätiologie depressiver Störungen	9
2.4	Behandlungsmöglichkeiten	11
2.4.1	Medikamentöse Therapie	11
2.4.2	Psychotherapeutische Behandlung	12
2.4.3	Sonstige Verfahren	13
2.5	Die gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen	14
2.5.1	Defizite bei Diagnose und Therapie	16
2.6	Einstellungen der Öffentlichkeit zu Depression	18
2.7	Suizidalität	20
2.7.1	Begriffsbestimmung	22
2.7.2	Ursachen und Risikofaktoren	23
2.7.3	Phasen suizidalen Verhaltens	25
2.7.4	Epidemiologie suizidaler Handlungen	25
2.7.4.1	Suizide	26
2.7.4.2	Suizidversuche	29
3	Suizidprävention und deren Evaluation	32
3.1	Strategien in der Suizidprävention	33
3.2	Maßnahmen für Hochrisikogruppen	35
3.2.1	Medikamente	35
3.2.1.1	Antidepressive Medikation	35
3.2.1.2	Lithium	37
3.2.1.3	Atypische Neuroleptika	37
3.2.2	Psychologische und psychosoziale Strategien	38
3.3	Auf die Gesamtbevölkerung bezogene Maßnahmen	40
3.3.1	Restriktion des Zugangs zu häufigen Suizidmethoden	40
3.3.2	Berichterstattung über Suizid	40
3.3.3	Optimierung der Primärversorgung	41
3.3.4	Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen	42
3.3.5	Sozioökonomische Aspekte	44
3.3.6	Schlussfolgerungen für die Suizidprävention	45
4	Ziel der Studie	46
5	Methode	48
5.1	Der 4-Ebenen-Ansatz	48

5.1.1	Ebene 1: Kooperation mit Hausärzten	48
5.1.2	Ebene 2: Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit	50
5.1.3	Ebene 3: Einbeziehung von weiteren Multiplikatoren	52
5.1.4	Ebene 4: Angebote für Betroffene und Angehörige	54
5.2	Zeitplan.....	54
5.3	Projektdurchführung und Projektressourcen.....	55
5.4	Evaluation.....	56
5.4.1	Primäres Erfolgskriterium	56
5.4.2	Sekundäre Erfolgskriterien	56
5.5	Erfassungsinstrumente	57
5.6	Fragestellungen und Hypothesen	58
5.6.1	Haupthypothese zur Entwicklung der Suizidalität	58
5.6.2	Zusatzhypothesen	58
5.7	Beschreibung der untersuchten Städte.....	60
5.8	Datenerhebung	61
5.8.1	Suizide.....	62
5.8.2	Suizidversuche	62
6	Ergebnisse	64
6.1	Häufigkeit suizidaler Handlungen in 2000 und 2001	64
6.1.1	Häufigkeit von Suizidversuchen in 2000 und 2001	65
6.1.2	Suizidraten von Nürnberg und Würzburg im Vergleich.....	67
6.1.3	Suizide in Nürnberg von 1989 bis 2001	69
6.1.4	Rückgang harter Suizidversuche	70
6.1.5	Relativer Anteil von Suizidversuchen im engeren Sinn.....	71
6.1.6	Erfassungsqualität von Suizidversuchen	72
6.2	Weitere Analysen zu suizidalen Handlungen in Nürnberg.....	73
6.2.1	Häufigkeiten und Raten.....	73
6.2.2	Methoden bei Suizidversuchen in Nürnberg	77
6.2.3	Frühere Suizidversuche	80
6.2.4	Veränderungen der Diagnosen	80
6.2.5	Zugrundeliegende Motive (Feuerleinskala).....	83
6.3	Suizide in Nürnberg 2000 und 2001	84
6.3.1	Veränderungen nach Alter und Geschlecht	84
6.3.2	Suizidmethoden in Nürnberg (2000 versus 2001).....	85
6.3.3	„High-risk“-Methoden und „low-risk“-Methoden.....	87
6.3.4	Hochrisikomethoden in den verschiedenen Altersgruppen.....	89
6.3.5	Letalität suizidaler Handlungen für die verschiedenen Altersgruppen.....	90
7	Diskussion.....	91
7.1	Hauptergebnisse	91
7.2	Das Design der Evaluation.....	93

7.3	Praktische Umsetzung der Kampagne	96
7.4	Ergebnisse der Zusatzanalysen.....	98
7.4.1	Suizidversuche: Häufigkeiten nach Alter und Geschlecht	98
7.4.2	Veränderungen bei Methoden und Diagnosen	101
7.5	Der Rückgang der Suizide	103
7.6	Die Letalität einzelner Methoden	105
7.6.1	Gesundheitsökonomische Aspekte.....	107
7.7	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	111
8	Zusammenfassung	113
9	Verzeichnisse	116
9.1	Tabellenverzeichnis	116
9.2	Abbildungsverzeichnis	117
9.3	Literatur	118
10	Anhang	127

1 Einleitung

Alle Menschen erleben Schwankungen in ihren Stimmungen. Die Moderierung unseres Erlebens durch Emotionen ist dabei aus evolutionsbiologischer Sicht sinnvoll. Gefühle haben eine handlungsregulierende Funktion und beeinflussen Entscheidungsprozesse. Sie erleichtern die Anpassung an veränderte situative Bedingungen und haben somit letztlich eine adaptive arterhaltende Funktion (Schneider, 1990). Stimmungen der Trauer und Niedergeschlagenheit folgen vor allem erlebten Verlustsituationen. Damit einhergehend kommt es zu Gefühlen der Hilflosigkeit, oft auch des zwischenzeitlichen Kontrollverlusts. Der Betroffene zieht sich meist zurück; er nimmt sich eine Auszeit, verliert kurzfristig vielleicht jegliches Interesse an seinen sonstigen Lebensinhalten und grübelt über den Verlust. Dieser Rückzug hilft ihm aber auch, den belastenden Anforderungen des Alltags kurzzeitig zu entgehen. Seine Körpersprache signalisiert den Mitmenschen eine deutliche Abweichung vom „Normalzustand“. Die typische Reaktion liegt in tröstendem und beschützendem Verhalten von Seiten der Bezugspersonen bis -nach einiger Zeit- eine Neuregulierung und -orientierung auf psychischer, physischer und zwischenmenschlicher Ebene stattgefunden hat. Trauer und Niedergeschlagenheit haben so betrachtet einen erheblichen adaptiven Wert für das Individuum und das soziale System.

Aus evolutionstheoretischer Sicht könnte eine Depression als ein „Überschiessen“ dieses im Prinzip sinnvollen Mechanismus begriffen werden. Bei einer Depression im klinischen Sinne finden sich zwar viele der oben beschriebenen Merkmale ebenfalls wieder (Trauer, sozialer Rückzug, Veränderung der Körpersprache, Interessensverlust etc.), dennoch scheinen die damit verbundenen intrapsychischen und sozialen Prozesse keinen dauerhaften Anpassungswert zu haben. Depression bringt tiefen psychischen Schmerz mit sich und lässt die Aufrechterhaltung eines „normalen Lebens“ meist nicht mehr zu (Whybrow, 1997). Sie erleichtert im Gegensatz zur Trauer keine Anpassungsleistungen, sondern blockiert den Betroffenen und seine Angehörigen nachhaltig. Der Betroffene erfährt auch von Seiten seiner Umwelt mit zunehmender Dauer der Störung keine Zuwendung mehr, sondern wird als Last erlebt. Er löst bei seiner Mitwelt Hilflosigkeit und in der Folge davon oft auch Wut aus. Die Depression wird so zur Belastung für die ganze Familie und Mitwelt. Die dysfunktionalen Aspekte verfestigen sich. Gefühle der völligen

gen Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit und inneren Lähmung können extrem werden. Gedanken an den eigenen Tod werden zum ständigen Begleiter. Suizid ist das drastischste Ende eines schweren Krankheitsverlaufs. Jedes Jahr töten sich Tausende von Betroffenen in Deutschland. Die verheerenden psychischen und wirtschaftlichen Folgen depressiver Erkrankungen (sowohl für den einzelnen als auch für die Gesellschaft) sind erst in der jüngeren Vergangenheit stärker ins Bewusstsein getreten.

Gleichzeitig bestehen wie bei kaum einer anderen Erkrankung in der Öffentlichkeit Missverständnisse darüber, was eigentlich eine Depression ist. Gerade weil das Erleben von unangenehmen Gefühlen zum Lebensalltag des Menschen gehört, findet häufig eine Verwechslung von normaler „Befindlichkeitsstörung“ und depressiver Erkrankung statt. „Depression“ glaubt jeder zu kennen, der Begriff ist ein Modewort geworden, das in allen gesellschaftlichen Bereichen, sei es Politik, Kultur oder Sport, inflationär verwendet wird. Dieser Umstand trägt - durch eine unzulässige Verharmlosung – wesentlich zur Stigmatisierung der Betroffenen bei: „Depressionen haben wir doch alle mal; das ist doch halb so schlimm“.

In dieser Arbeit sollen die Zwischenergebnisse eines Projekts beschrieben werden, das sich zum Ziel gesetzt hat, über die Krankheit Depression aufzuklären, die Versorgungssituation der Betroffenen zu verbessern und somit letztlich auch einen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten.

2 Depression und Suizidalität: aktueller Forschungsstand

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zu Phänomenologie, Epidemiologie, Ätiologie und Therapie von Depression und Suizidalität dargestellt.

2.1 Symptomatik und Diagnose depressiver Störungen

Depressionen werden unter die affektiven Störungen subsumiert. Sie gehören zu den komplexesten Störungen menschlichen Daseins, weil sie gleichzeitig so viele unterschiedliche Bereiche des Lebens beeinträchtigen. Zu den Kernsymptomen zählen depressive Stimmung, Verlust an Interesse und Freude sowie eine rasche Ermüdbarkeit. Daneben kann eine Vielzahl weiterer Zusatzsymptome auftreten. Bei Depression ist nicht nur das emotionale Erleben des Betroffenen beeinträchtigt (z.B. durch Gefühle der Niedergeschlagenheit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Angst). Es kommt meist auch zu körperlichen Beschwerden (z.B. Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Unruhe, Libidoverlust, Schmerzen), zu Veränderungen im Verhalten (z.B. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, sozialer Rückzug, Vermeidungsverhalten) und im Denken (Konzentrationsprobleme, Grübeln, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Gedanken an Tod und Suizid, selten auch Wahnvorstellungen) und zu Störungen der Motivation (Antriebsverlust, Misserfolgsorientierung) (Hautzinger, 1998).

„Depression“ umfasst dabei kein einheitliches Erscheinungsbild, sondern vereint verschiedene Subklassifikationen. Zudem wird der Begriff innerhalb der Psychopathologie auch auf symptomatologischer und syndromaler Ebene verwendet. Im Rahmen der derzeit gültigen ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM IV (1994) Klassifikationen wurde versucht, die Einordnung verschiedener Ausprägungen von Depression ausschließlich nach klar operationalisierbaren deskriptiven Faktoren zu gewährleisten. Damit wurden die Begriffe der endogenen und der neurotischen Depression weitgehend fallengelassen, wenngleich sie im klinischen Alltag nach wie vor eine große Rolle spielen.

Da es kein Schlüsselsymptom zur sicheren Diagnosestellung einer Depression gibt, erfordert das Erkennen depressiver Störungen eine sorgfältige Diagnostik

(Goldberg et al., 1988). Depressive Syndrome können im Rahmen unterschiedlicher Diagnosen auftreten. In Tab.1 sind die wichtigsten mit depressiven Syndromen einhergehenden ICD-10-Diagnosen (Dilling et al., 1991) genannt. Für die Behandlung und Rezidivprophylaxe ist die Unterscheidung unipolar (nur depressive Phasen, häufigste Form, ICD-10: F.32, F.33, F.34) oder bipolar (manische und depressive Phase, seltener, ICD-10: F.31) wichtig. Dysthymie beschreibt eine minder schwere chronische Ausprägung depressiver Symptome und ersetzt weitgehend den Begriff der neurotischen Depression.

Tabelle 1: ICD-10 Diagnosen der wichtigsten mit Depression einhergehenden Störungen

F.31	Depressive Phase im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (manisch/depressiv)		
F.32	Depressive Phase, monophasisch (unipolare Depression)		
F.33	Depressive Phase, rezidivierend (unipolare Depression)		
	Leicht:	2 Haupt-Symptome + 2 Zusatz-Symptome	≥ 2 Wochen
	Mittelgradig:	2 Haupt-Symptome + 3-4 Zusatz-Symptome	≥ 2 Wochen
	Schwer:	3 Haupt-Symptome + 4 Zusatz-Symptome	≥ 2 Wochen
F.34	Dysthymie	milde (nicht rezidivierende), im jungen Erwachsenenalter beginnende, über mindestens 2 Jahre anhaltende depressive Verstimmung	
F.06.32	Organische depressive Störung		

Depressive Syndrome können darüber hinaus im Rahmen weiterer Diagnosen, wie z. B. einer Anpassungsstörung (ICD-10: F 43), einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F 25), einer Schizophrenie (ICD-10: F 20) oder als organische depressive Störung (ICD-10: F 06.32), im Rahmen nicht-psychiatrischer Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen oder eines Parkinson-Syndroms, auftreten. Auch Medikamente können depressive Syndrome induzieren (z.B. Cortison, β -Blocker, Interferon, Antibiotika wie Gyrasehemmer).

Aus diagnostischer Sicht ist die Unterscheidung von erstmaligen depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Episoden wichtig. Wie naturalistische Studien zeigen, erholen sich innerhalb von 6 Monaten die meisten Patienten häufig auch ohne medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung (Keller et al., 1992). Unipolare Depressionen verlaufen unbehandelt in der Mehrzahl jedoch phasenhaft. In ca. 50% der Fälle folgt eine zweite depressive Episode; 80-90% der

Patienten mit zwei Episoden erkranken ein weiteres Mal. Mit Fortschreiten der Erkrankung werden die Krankheitsphasen länger und die beschwerdefreien Intervalle kürzer (Übersicht: Laux, 2003).

Von besonderer Bedeutung innerhalb der Symptomatologie ist die mit Depression verbundene Suizidalität. Quälende Suizidideen bis hin zu Suizidversuchen und vollendeten Suiziden sind bei depressiv Erkrankten häufig. Bei Patienten mit der Diagnose einer Depression ist die Mortalität deutlich erhöht. Harris und Barracough (1997) errechneten in einer Metaanalyse, dass für Menschen mit affektiven Störungen die Zahl der Todesfälle insgesamt 1,7fach erhöht ist. Das Risiko eines unnatürlichen Todes zu sterben war 7,9fach erhöht, das Risiko durch Suizid ums Leben zu kommen 20fach. Angst et al. (1999) weisen darauf hin, dass einige Studien ihre Daten auf hospitalisierte Patienten mit Depression beschränkt hätten und daher die Exzessmortalität überschätzen würde. Dennoch kommen auch sie für depressive Patienten auf ein 12- bis 20fach erhöhtes Risiko an einem Suizid zu versterben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Wulsin und Kollegen (1999) analysierten Daten von 1966-1996 und fanden 35 Studien, die über Suizidraten bei depressiv erkrankten Menschen berichten. Sie schwankten zwischen 0 und 64% bei einem Durchschnittswert von 10,8%. Die 23 Studien, die sich ausschließlich auf frühere stationäre Patienten stützten, errechneten im Mittelwert für 16% der Erkrankten Suizid als Todesursache.

Damit gehören depressive Störungen zu den schweren und mitunter lebensbedrohlichen Erkrankungen. Im Vergleich zu anderen (somatischen) Erkrankungen wird dies jedoch nicht ausreichend zur Kenntnis genommen.

2.2 Epidemiologie depressiver Störungen

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt. Verschiedene Untersuchungen in Industrienationen kommen unter Berücksichtigung operationalisierter Diagnostik (DSM IV oder ICD-10) zu einer durchschnittlichen 6-Monats-Prävalenz von rund 5% (Wittchen et al., 1992; Kessler et al., 1994; Lepine et al., 1997).

In allen sozialen Schichten treten Depressionen offenbar ähnlich häufig auf. (Weissman et al., 1991). Depressionen kommen zudem in jedem Lebensalter vor

(Wittchen 2000). Frauen sind meist doppelt so häufig betroffen wie Männer, wobei die Ursachen dafür kontrovers diskutiert werden (Nolen-Hoeksema, 1987). Laut Ergebnissen der Münchner Follow-up Studie (Wittchen et al., 1992) machen 18,7% der Frauen, aber nur 6,4% der Männer im Laufe ihres Lebens eine Depression durch. Das Morbiditätsrisiko beträgt insgesamt rund 13%. Bei bipolaren Verläufen sind Männer und Frauen in etwa gleich häufig betroffen. Hier wird das Morbiditätsrisiko für bipolare Störungen im engeren Sinn auf ca. 0,8% geschätzt (Weissman et al., 1991). Manche Autoren zählen hier allerdings auch mildere Ausprägungsformen und Mischformen hinzu und errechnen so eine Lebenszeitprävalenz von bis zu 6,4% (Judd und Akiskal, 2003).

2.3 Ätiologie depressiver Störungen

Die Frage, welche Faktoren unter welchen Bedingungen bei welchem Menschen zu einer affektiven Störung führen, kann pauschal nicht beantwortet werden und ist Gegenstand intensiver Forschungsaktivitäten. Es besteht dennoch ein breiter wissenschaftlicher Konsens darüber, dass die Genese von depressiven Störungen innerhalb eines multifaktoriellen Modells gesehen werden sollte. Dabei ergänzen sich psychologische und kognitionstheoretische Modelle auf der einen und somatisch-biologische bzw. genetische Modelle auf der anderen Seite. Bei der Auslösung von Depression spielen offenbar vorhergehende belastende Ereignisse eine wichtige Rolle: bei mindestens 30% der Betroffenen scheinen gehäufte Belastungssituationen im Vorfeld nachgewiesen (Paykel et al., 1996).

Innerhalb der psychologischen Erklärungsversuche sind Persönlichkeitsaspekte wie beispielsweise interpersonelle Dependenz und Perfektionismus wichtig. Psychodynamische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass es bei einer Depression zu einer Introjektion verlorener Objekte kommt. Im Rahmen einer regressiven oralen Verarbeitung richten sich Wut und Aggression, die ursprünglich dem verlorenen Objekt gelten, auf die eigene Person. Die Folge sind Selbsthass, negative Stimmung, Selbstvorwürfe, Suizidfantasien etc.

Behavioral orientierte Psychologen sehen die Auslösung von depressiven Episoden dagegen in engem Zusammenhang mit einem Mangel an positiver Verstär-

kung. (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1985) Das depressive Verhalten wird dabei funktional gesehen und ist ein (letztlich unzureichender) Versuch, vermehrte Zuwendung anderer zu erreichen und somit den Verstärkerentzug zu kompensieren. Langfristig kommt es dabei durch zunehmenden Rückzug der Umwelt jedoch zu einem chronischen Verstärkerentzug. Im Konzept der gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) wird der Unkontrollierbarkeit von Ereignissen und inadäquaten Attributionen wesentliche Bedeutung zugemessen. Beck (1974) als Vertreter der kognitiven Psychologie sieht Depression dagegen vor allem im Zusammenhang mit kognitiven Verzerrungen und irrationalen Gedanken, die im Rahmen depressiver Episoden bei Patienten zu beobachten sind. Ausgehend von ungünstigen Erfahrungen bei der (frühkindlichen) Persönlichkeitsentwicklung werden Situationen in problematischer Weise verarbeitet. Mit dem Entstehen der depressiven Schemata setzt ein zirkuläres Feedback-Modell ein, wodurch es zu Verfestigung, Vertiefung und Aufrechterhaltung der Depression kommt. Zentral ist dabei der Begriff der „kognitiven Triade“ (negative Sicht von sich, der Welt und der Zukunft; vgl. Beck et al., 1996). Die empirische Evidenz für die vermuteten zugrunde liegenden kognitiven Mechanismen (z. B. Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit) ist allerdings empirisch noch nicht ausreichend gut gesichert (Henkel et al. 2002).

Den psychologischen Ansätzen stehen die biologischen gegenüber. Die Rolle biologischer Faktoren ergab sich aus Familienstudien und aus Untersuchungen, die depressive Störungsmuster mit biochemischen Störungen in Verbindungen brachten. Zwillingsstudien sprechen für eine genetische Mitbedingtheit der Depression. Der Anteil hierdurch erklärter Varianz dürfte jedoch bei max. 25% liegen (Lipp et al., 1999). Dass eine veränderte Neurotransmitteraktivität, insbesondere von Noradrenalin und Serotonin, bei Depressionen eine Rolle spielt, ist seit langem bekannt. Der genaue biologische Wirkmechanismus ist dagegen weiterhin umstritten und Gegenstand intensiver Forschung (Shelton et al., 1991). Neben der Veränderung der Neurotransmitter im Gehirn sind bei Depression auch neuroendokrinologische Besonderheiten festzustellen; insbesondere die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) spielt hier eine wichtige Rolle (Holsboer, 2001). Ein Neuropeptid, das Corticotropin-Releasing Hormon (CRH), kontrolliert über ACTH die Cortisolausschüttung der Nebennierenrinde. Hier scheint es bei depressiven Patienten zu Veränderungen in Regulations- und Ge-

genregulationsvorgängen zu kommen, die zum einen durch Stress und zirkadiane Rhythmik ausgelöst werden können, zum anderen aber wiederum Auswirkung auf Stressverarbeitung haben.

In multifaktoriellen Modellen geht man derzeit von einem Zusammenspiel von Vulnerabilitäts- und Diathesefaktoren auf der einen Seite und auslösenden bzw. Stressfaktoren auf der anderen Seite aus (Kanfer et al., 1996). Dabei dürften pathologische psychologisch-kognitive Prozesse mit hirnrorganischen Veränderungen eng verknüpft sein. Die Frage, ob veränderte hirnrphysiologische Prozesse einer Depression vorausgehen oder ob sie letztlich Folge von Depression sind, ist dabei kaum zu klären. Vermutlich stellen psychologisch-behaviorale Variablen auf der einen und somatisch-biologische Variablen auf der anderen Seite je nach Sichtweise verschiedene Ausformungen des selben Phänomens dar. Beide Ebenen sind nicht voneinander zu trennen, sondern beeinflussen sich stets gegenseitig und hängen voneinander ab.

2.4 Behandlungsmöglichkeiten

Ausgehend von dem multifaktoriellen Entstehungsmodell depressiver Erkrankungen ist die Therapie von Depression sowohl auf psychotherapeutischer und psychosozialer Ebene möglich als auch durch eine direkte Beeinflussung physiologischer Prozesse.

2.4.1 Medikamentöse Therapie

Als erste zentrale Stütze zur Behandlung depressiver Erkrankungen gilt die Pharmakotherapie. Insbesondere bei schweren depressiven Störungen ist dies die Therapie der ersten Wahl. Als wesentlichste Medikamentengruppen sind die trizyklischen Antidepressiva, die neueren Antidepressiva (v.a. selektive Wiederaufnahmehemmer), Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) sowie die Phasenprophylaktika zu nennen (Möller et al., 2000, 51ff.). Grundsätzlich können dabei Substanzen unterschieden werden, die eher sedierend oder eher antriebsfördernd wirken. Die Verschreibung richtet sich auf der einen Seite nach dem Symptombild des Patienten, auf der anderen nach dem Nebenwirkungsprofil (Schmauss, 1996).

Gerade in der Anfangsphase der Medikamenteneinnahme und bei Dosissteigerungen können verschiedene unerwünschte Begleiterscheinungen auftreten. Typisch sind z.B. bei den Trizyklika Mundtrockenheit, Obstipation, Miktionsstörungen, Blutdruckveränderungen, Gewichtszunahme, Akkomodationsstörungen etc. Meist lassen diese Beschwerden jedoch nach kurzer Zeit nach (Möller et al., 2000, S.81ff). In schweren Fällen sollte das Medikament gewechselt werden. Bei korrekter Anwendung und Dosierung kann 60-80% der Betroffenen geholfen werden (a.a.O., S. 51- 89). Metaanalysen größerer randomisierter Studien zeigen dagegen unter Berücksichtigung der Drop-outs bei rund 50% der Betroffenen einen Therapieerfolg (Engel, 2002). Ein erheblicher Teil von Pharmakotherapien scheitert allerdings aufgrund mangelhafter Compliance. Wenn Patienten unzureichend über Nebenwirkungen aufgeklärt werden und sie beispielsweise nicht über die Wirklatenz des Medikaments (2-6 Wochen) informiert werden, kann dies dazu führen, dass viele ohne ärztliche Absprache die Medikamenteneinnahme nach kurzer Zeit beenden (Lin et al. 1995). Zudem ist bei Antidepressivabehandlung zu berücksichtigen, dass eine Dauer von 6 Monaten nicht unterschritten werden sollte, um Rückfälle zu vermeiden. Bei rezidivierenden Depressionen senkt die Einnahme von Antidepressiva über mehrere Jahre hinweg das Wiedererkrankungsrisiko deutlich (Kupfer et al., 1992).

Bei leichten und mittleren Depressionen konnten auch einige Johanniskrautpräparate Wirksamkeit zeigen (Whiskey et al., 2001). Dies gilt allerdings nur für Mittel, bei denen der Wirkstoff Hyperforin in höherer Konzentration enthalten ist.

2.4.2 Psychotherapeutische Behandlung

Im Rahmen psychotherapeutischer Ansätze hat sich insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie (KBT, Hautzinger et al., 1988) bewährt. Zentrale Inhalte sind dabei gezielter Verstärkeraufbau, kognitive Umstrukturierung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenz. In zahlreichen kontrollierten Studien hat sich diese Behandlungsmethode als erfolgreich gezeigt (Gloaguen et al., 1998; Hautzinger, 1993). Die in den 70er Jahren von Klerman und Weissmann entwickelte interpersonale Psychotherapie (IPT) zeigt sich in zahlreichen Studien ebenfalls als wirksam (Weissman et al., 1981). Im Zentrum dieser Therapieform steht die Bearbeitung zentraler interpersonaler Problembereiche. Der Fokus wird dabei auf Trauer-

reaktionen, interpersonale Rollenkonflikte, interpersonale Rollenwechsel und interpersonale Defizite gelegt. Die IPT ist als ambulante Kurzzeittherapie (12-20 Sitzungen) angelegt. Am häufigsten dürften in Deutschland derzeit immer noch psychodynamische Psychotherapien zur Behandlung depressiver Erkrankungen zum Einsatz kommen. Galt hier bis vor kurzem eine antidepressive Wirksamkeit als zweifelhaft, so deuten neuere Vergleiche zwischen analytischer Kurzzeittherapie und KBT auf Effizienz hin. Leichsenring (2001) untersuchte in einer Metaanalyse die Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie im Vergleich zu kognitiv-behavioraler Therapie. Gestützt auf die Analyse von 6 Studien fand er keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen den beiden Verfahren. Allerdings waren die Fallzahlen insgesamt niedrig.

2.4.3 Sonstige Verfahren

Neben den zentralen Verfahren von pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung haben sich einige weitere Methoden für spezifische Zielgruppen etabliert, die im Einzelfall gute Behandlungsergebnisse zeigen können. Zu nennen sind hier die Schlafentzugstherapie, Lichttherapie und die Elektrokrampftherapie. Bei sehr schweren behandlungsresistenten Depressionen ist die Wirksamkeit von Elektrokrampftherapie durch methodisch sorgfältige Evaluationsstudien belegt. Heute gilt EKT bei einer Anwendung entsprechend den Richtlinien (intravenöse Kurznarkose und Muskelrelaxaktion) als relativ sichere Behandlungsform (Überblick: Frey et al., 2001). Der exakte Wirkmechanismus der Elektrokonvulsionstherapie ist allerdings noch immer ungeklärt. Als problematisch gelten nach wie vor die hohen Rückfallquoten, die eine medikamentöse Anschlussbehandlung erforderlich machen.

Einige innovative Behandlungsmethoden werden derzeit intensiv erforscht. Dazu gehört beispielsweise die transkranielle Magnetstimulation (TMS), die in ersten Studien erfolgversprechende Erfolge zeigte. Eine Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit transkranieller Magnetstimulation bei der Behandlung depressiver Störungen (Holtzheimer et al., 2001). Mittels einer random-effect-analysis errechnete er durchschnittlich gewichtete Effektgrößen von 0,81-0,89. Allerdings zeigte keine der Studien eine durchschnittliche Abnahme auf Depressionsskalen von mehr als 50% und infolgedessen war die Anzahl von Respondern in den unter-

suchten Studien relativ klein (13,7% im Vergleich zu 7,9% in der Placebo-Bedingung). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich TMS statistisch einem Placebo überlegen zeigt und eine mittlere bis große Effektstärke aufweist. Auf der anderen Seite halten sie die klinische Signifikanz dieser Resultate für begrenzt. Martin et al. (2002) beurteilen in ihrem aktuellen Cochrane Review nach meta-analytischer Auswertung von 14 Studien die Evidenz für TMS bei der Behandlung von Depression als schwach und betonen, dass weitere Forschung mit größeren Stichproben notwendig sei.

Die Vagusnerv-Stimulation, die ursprünglich bei therapieresistenten Epilepsien zum Einsatz kam, wird seit einiger Zeit auch für die Behandlung depressiv erkrankter Patienten untersucht. Allerdings liegen derzeit noch keine aussagekräftigen placebokontrollierten Studien vor, die Rückschlüsse auf die Wirksamkeit zulassen würden (George et al., 2002).

Die Frage, ob die Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie wirksamer ist als eine von beiden Therapieformen allein, konnte bislang nicht endgültig geklärt werden. Thase und Kollegen (1997) fanden bei einer Metaanalyse, dass bei schweren rezidivierenden Depressionen eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie wirksamer war als Psychotherapie alleine. DeRubeis et al.(1999) fanden dagegen für die Population der ambulant behandelten Patienten mit schweren Depressionen keinen zusätzlichen Effekt durch antidepressive Medikation. Diese Metaanalyse stützte sich auf 4 große randomisierte Studien, in denen sowohl Antidepressiva als auch kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt worden waren. Um über den Nutzen einer Kombinationstherapie wissenschaftlich entscheiden zu können, sind weitere Studien nötig (Plattner et al., 2001).

2.5 Die gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen

Im Rahmen des „Global Burden of Disease“- Projektes (Murray und Lopez, 1997) wurde mit Unterstützung durch die Weltbank und im Rahmen der WHO ein zentraler Orientierungsrahmen zur Beurteilung der medizinischen und gesundheitspolitischen Bedeutung verschiedener Erkrankungen geschaffen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen die herausragende Bedeutung depressiver Erkran-

kungen. Gemessen an einem Indikator YLD (Years Lived with Disability), ein nach Schwere der Beeinträchtigung und Erkrankungsdauer gewichtetes Maß, kommt in den westlichen Ländern mit weitem Abstand der unipolaren majoren Depression die größte Bedeutung zu. Bemerkenswert ist, dass in diesem Vergleich nicht nur andere psychiatrische Erkrankungen, sondern auch nicht-psychiatrische Krankheiten wie Diabetes melitus, kardiovaskuläre Erkrankungen und AIDS enthalten waren. Berücksichtigt man zudem die durch vorzeitigen Tod verlorenen Jahre (DALY: Disability Adjusted-Life-Years), so steht auch hier die Depression nach den kardiovaskulären Erkrankungen bereits an zweiter Stelle.

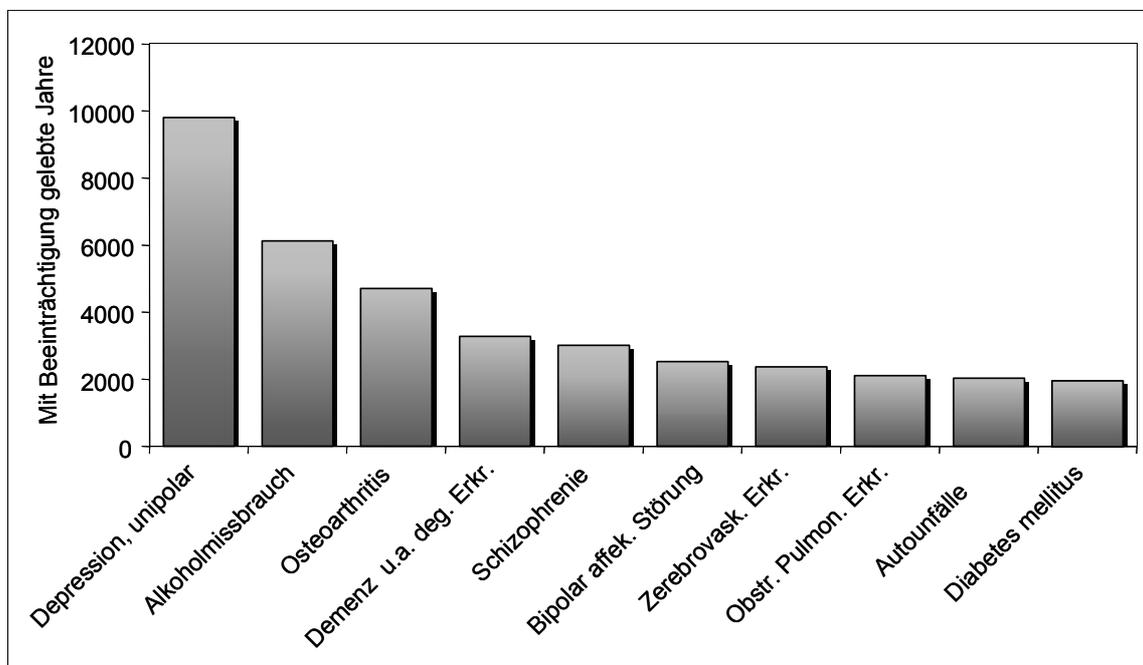


Abbildung 1: Murray and Lopez 1997: the Global Burden of Disease

Die große Bedeutung depressiver Störungen ergibt sich - wie bereits oben dargestellt - auf der einen Seite aus ihrer Häufigkeit. Keine andere psychiatrische Erkrankung kommt so oft in der Allgemeinbevölkerung vor.

Auf der anderen Seite ist Depression auch eine schwere und manchmal sogar lebensbedrohliche Erkrankung. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität sowie der sozialen, körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ist bei Depression so fundamental, dass gerade bei schweren Krankheitsverläufen eine hohe Exzessmortalität besteht (Wulsin et al., 1999).

Doch Depression geht nicht allein mit erheblichem Leid von Betroffenen und Angehörigen einher, sondern verursacht auch einen erheblichen sozioökonomischen Schaden. Bereits 1993 schätzten Greenberg et al.(1993) für die USA jährliche Kosten von 43 Milliarden \$, die etwa zur Hälfte auf direkte Behandlungskosten und Folgekosten von Suiziden zurückzuführen ist, zur anderen Hälfte auf Sekundärkosten, die beispielsweise durch Arbeitsausfälle entstehen.

2.5.1 Defizite bei Diagnose und Therapie

Die gesundheitspolitische Dimension des Problems gewinnt dadurch an Brisanz, dass innerhalb der derzeitigen Versorgungssituation von einer erheblichen Unterversorgung depressiv erkrankter Menschen ausgegangen werden muss (Davidson und Meltzer, 1999). Zwar liegen, wie oben gezeigt, mit antidepressiver Medikation und verschiedenen Psychotherapien Behandlungsmöglichkeiten vor, die bei der Mehrheit der Patienten erfolgreich zur Anwendung kommen könnten, auf der anderen Seite erhält derzeit nur ein kleiner Teil depressiv erkrankter Menschen eine Therapie lege artis (Lepine et al., 1997). Zu den Hauptgründen hierfür zählen Defizite in der Diagnostik von Depressionen.

Ein großer Teil depressiv erkrankter Menschen sucht Hilfe nicht bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten, sondern wendet sich an seinen Hausarzt. Unter der Berücksichtigung, dass viele Betroffene selbst gar nicht in der Lage sind, zu erkennen, dass sie unter Depressionen leiden, wird dies verständlicher. Viele Patienten wenden sich auch aufgrund körperlicher Symptome wie rascher Ermüdbarkeit, Energielosigkeit und Schlafstörungen an ihren Hausarzt und bringen diese Symptomatik keineswegs mit einer affektiven Erkrankung in Verbindung (Wittchen et al., 2000b). Auf der anderen Seite sind Hausärzte oft mangelhaft ausgebildet, Depressionen zu erkennen. Zudem können sie häufig vor dem Hintergrund des Kostendrucks nicht ausreichend Zeit für eine genauere Exploration aufwenden. Wenn sich der Patient nicht selbst mit typisch depressiven Symptomen wie starker Niedergeschlagenheit an den Arzt wendet, wird meist nicht nach Depression gefragt und statt dessen eine Behandlung auf symptomatologischer Ebene begonnen, z.B. mit Analgetika oder Schlafmitteln. Die Schätzungen, wie häufig Depres-

sion in der hausärztlichen Praxis erkannt wird, schwankt je nach Untersuchung zwischen 30 und 60%.

Doch selbst bei der korrekten Diagnose einer Depression kommt in vielen Fällen keine adäquate Behandlung zum Einsatz. Hier können starke Ängste der Patienten vor Medikamenten oder Psychotherapie eine Rolle spielen, aber auch Wissensdefizite auf Seiten der Ärzte. So kann auch auf professioneller Ebene eine Bagatellisierung depressiver Störungen stattfinden, die zur Verschreibung von unwirksamen Beruhigungsmitteln (z.B. Baldrian) oder zum Ratschlag, doch einmal „auszuspannen“, führen. Werden Antidepressiva verschrieben, liegt ein weiteres Problem darin, dass sie häufig unterdosiert eingesetzt werden (Davidson und Meltzer, 1999). Selbst bei optimistischer Schätzung ist davon auszugehen, dass derzeit bei höchstens 20% der Betroffenen eine halbwegs adäquate Behandlung begonnen wird. Berücksichtigt man nun noch Compliance-Probleme, die vor allem während der Frühphase der Behandlung auftreten und häufig zu Therapieabbrüchen führen, nimmt diese Zahl weiter auf ca. 10% ab (Abb. 2). Unzureichende Aufklärung der Patienten über Nebenwirkungen und Wirksamkeit oder aber auch lange Wartezeiten auf ambulante Psychotherapieplätze sind eine der Ursachen, warum wirkungsvolle Behandlungsansätze frühzeitig scheitern (Lin et al. 1995).

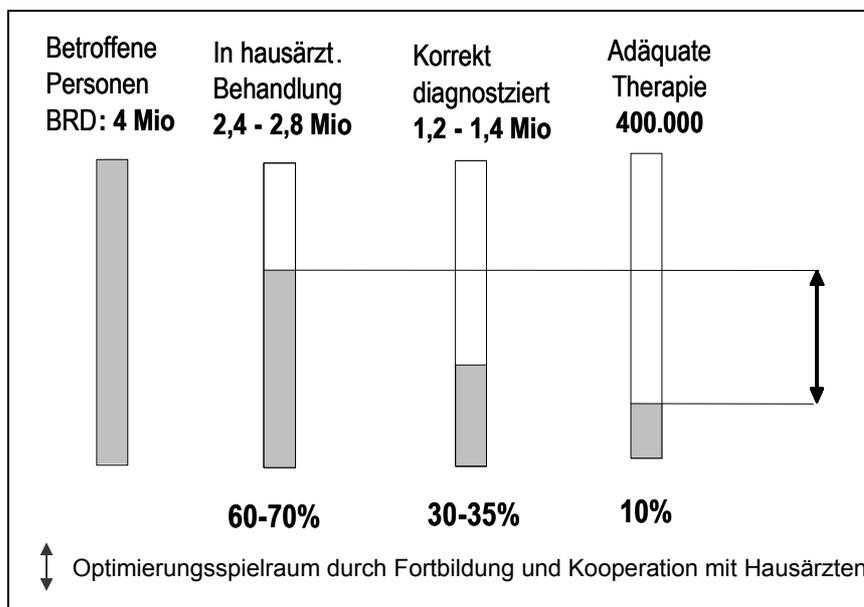


Abbildung 2: Optimierungsspielraum in der hausärztlichen Praxis

All diese Defizite gewinnen besondere Brisanz dadurch, dass ein erheblicher Teil

der Suizide auf unzureichend behandelte Depressionen zurückgeführt werden kann (Lönnqvist, 2000; Wulsin et al., 1999). In Anbetracht der inzwischen zur Verfügung stehenden effektiven und ökonomisch vertretbaren Interventionsmöglichkeiten ist der status quo nicht tolerierbar.

2.6 Einstellungen der Öffentlichkeit zu Depression

Eine mangelhafte Aufklärung der Bevölkerung bezüglich affektiver Erkrankungen ist ein wesentliches Hindernis für Fortschritte in der Erkennung und Behandlung von Depressionen. Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu depressiven Erkrankungen haben zudem einen wichtigen Einfluss auf das Hilfe-suchverhalten Betroffener. Obwohl die Fragestellung von großer Relevanz ist, liegen nur wenige Studien vor, die sich mit Einstellungen der Öffentlichkeit zu Depression befassen haben. 1990 wurden rund 3000 Personen in Deutschland mit Hilfe von Fallvignetten zu Depression befragt (Angermeyer et al., 1993; Angermeyer und Matschinger, 1996; 1999). Bei der Frage nach geeigneter Behandlung wurde eindeutig Psychotherapie vor Pharmakotherapie genannt. Psychopharmaka wurden häufig als Mittel zur Ruhigstellung betrachtet und stellten für die meisten keine Kausaltherapie dar. In einer Befragung von 2176 Personen durch das Allensbach Institut für Demoskopie (Hillert et al., 1999) im Jahr 1992 gab ein Drittel der Befragten an, depressive Symptomatologie aus eigener Erfahrung (Familie, Freunde oder selbst) zu kennen. Wenn jemand als „sehr traurig, hoffnungslos und lebensmüde“ vorgestellt wurde, sahen nur 4% der Befragten Medikamente als hilfreich an. 65% nannten Psychotherapie als empfehlenswert und 26% glaubten, dass Behandlung entweder nicht möglich oder nötig sei. Jorm et al. (1997a; 1997b) befragten 2031 erwachsene Australier mit Fallvignetten zu Depression. 28% der Befragten erkannten nicht das Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung, sondern betrachteten den Fall innerhalb der Grenzen von „Normalität“. Während 57% der Befragten Vitamine, Mineralien und Naturheilmittel als sinnvolle Behandlung ansahen, empfahlen nur 29% Psychopharmaka; 42% sahen sie als schädlich an. Als Ursachen von Depression wurden vor allem soziale Umstände und Stress gesehen. Genetische oder biologische Faktoren wurden nur von der Hälfte der Befragten genannt. Priest und Kollegen (1996) führten eine Haustürbefragung von

2003 Menschen in Großbritannien zur Thematik „Depression“ durch. Als Auslöser einer Depression wurden auch hier vor allem „Life-Events“ gesehen. 60% gaben ihren Hausarzt als mögliche Hilfe im Falle einer Depression an. Als wichtigste Behandlung wurde von 91% der Befragten „Beratung“ genannt und nur 16% hielten Antidepressiva für sinnvoll.

2.7 Suizidalität

Der Akt der Selbsttötung eines Menschen ist so alt wie die Menschheitsgeschichte. Die ganze Antike hindurch wurde Suizid kontrovers diskutiert. Gibt es ein Recht oder gar eine Pflicht auf Selbsttötung? Im Alten Testament werden Suizide berichtet, ohne dass es zu einer eindeutigen Bewertung kommt. Für die Stoiker und die Epikuräer hatte jedes Individuum das Recht, Mittel und Zeitpunkt des eigenen Todes selbst zu bestimmen. (Übersicht in Jamison, 2000). In Athen dagegen wurde einem Menschen, der sich selbst getötet hat, eine Bestattung entsprechend dem Ritus verweigert und ihm die Hand, die die Tat beging, abgehackt. Aristoteles sah im Suizid einen Akt der Feigheit, der die Pflicht des einzelnen gegenüber der Gesellschaft verletzte (Mischler 2000, S.36). Die christliche Kirche kodifizierte im 5. Jahrhundert ein Suizidverbot bei Strafe der Exkommunikation und der Verweigerung einer kirchlichen Bestattung. Suizid galt als Todsünde, die ewige Höllenqualen nach sich zog. In Dantes "Inferno" wurden Menschen, die Suizid begangen hatten, in Bäume verwandelt und von Raubvögeln in Frauengestalt gemartert (a.a.O., 2000, S.46 ff.). Suizid wurde meist ähnlich stark sanktioniert wie der Mord an einer anderen Person. Selbst den Leichen machte man öffentlich den Prozess, schändete sie, warf sie in Fässern ins Wasser oder verscharrte sie außerhalb der Friedhöfe. Erst zur Zeit der Aufklärung trat langsam ein Wandel der Bewertung ein. Suizid wurde in der Folge verstärkt unter medizinischen und soziologischen Gesichtspunkten diskutiert (Durkheim, 1897; 1973), moralische und religiöse Bewertungen traten in den Hintergrund. Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich zunehmend eine medizinisch/psychologische Betrachtung von Suizidalität durchgesetzt. Dabei wird vor allem in Rechnung gestellt, dass sich die meisten Suizide im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen ereignen. Daher gilt, dass der gefährdete Mensch geschützt werden muss; notfalls auch gegen dessen Willen.

Dies ist aus soziologischer und philosophischer Sicht nicht ohne Kritik geblieben. Ein zentraler Vorwurf lautet, dass ein multidimensionales Phänomen (Suizid) einseitig und ohne gesellschaftliche Bezüge abgehandelt würde. Unter dem Deckmantel von Wissenschaftlichkeit würde eine kontroverse Diskussion über die Freiheit des selbstbestimmten Sterbens im Keime erstickt (Feldmann, 2001). In seinem „Diskurs über den Freitod“ verneint Améry (1976) das Recht der Medizin und Psychologie, über die Rechtmäßigkeit von Suizid zu entscheiden. Seine Intention

ist es, den „Freitod“ zu rehabilitieren als „Privileg des Humanen“. Er sieht ihn zu Unrecht „verunglimpft“ und in eine Ecke der Pathologie gedrängt (a.a.O. S. 62). Seiner Auffassung nach zwingt eine funktionalistische Gesellschaft menschliches Dasein in eine enge Norm und untersagt dem Individuum, die ihm immanente Depression oder Melancholie zu erleben. Für ihn ist Suizid ein ebenso natürlicher Tod wie jede andere Todesart; gleichzeitig sieht er ihn als legitime und würdige Antwort auf ein drohendes Scheitern im Leben und einen umfassenden „(Welt)Ekel“. Das Argument, dass die meisten Suizidenten, die gerettet werden konnten, nachträglich darüber froh sind und weiterleben wollen, lässt er mit dem Hinweis nicht gelten, diese Menschen hätten sich nur schnell einer herrschenden Meinung gebeugt und der allgemeinen „Logik des Lebens“ unterworfen, die ihnen gewissermaßen anderes Erleben und Empfinden untersagt. In seinen Augen geschieht dem Menschen durch Unterdrückung von Melancholie und Depression und erst recht durch die Verhinderung von Suizid übleres Leid als dies „trübste Seelenverfassung es jemals“ tun könnte. (a.a.O. S. 67). Die Tatsache, dass sich Menschen auf der Basis äußerster Verzweiflung und Ausweglosigkeit im Rahmen schwerer psychiatrischer Erkrankungen das Leben nehmen, negiert er weitestgehend. Er betont vielmehr die souveräne Entscheidung, die einem jeden möglich sei. Damit heroisiert er den Suizid und zieht ihn auf ein philosophisch-spekulatives Podest. Er verschließt vor der Tatsache die Augen, dass der Suizident in aller Regel keinerlei Freiheitsgrade mehr für sich erlebt, sich vielmehr in den Tod getrieben fühlt. Was von Améry zudem nicht diskutiert wird, ist der oft als grundlos erlebte massive Leidensdruck des jeweiligen Depressiven. In vielen Fällen gibt es gar nicht das „Scheitern“, das wie auch immer reflektiert und abgewogen werden kann, sondern lediglich ein Gefangensein inmitten depressiver Symptomatik. Was quält, ist beispielsweise die Schlaflosigkeit, die Energielosigkeit, die Angst, der mangelnde Antrieb und die fehlende Hoffnung, dass sich dieser Zustand jemals wieder ändern könnte. Die Sicht der Welt ist eingefärbt von Depression; alles erscheint negativ. Genau dieser pessimistischen Sicht, die nach Abklingen der Depression schlagartig beendet ist, misst Améry aber größere Wahrfähigkeit bei, als jedem Zustand der Lebensbejahung. Darüber hinaus ist seine Sichtweise streng individualistisch. Die Situation der Angehörigen und Hinterbliebenen besitzt für ihn keine Relevanz in seiner Legitimation des Suizids.

Für Ärzte und klinische Psychologen ist es meist ein selbstverständliches und

sinnvolles Ziel, Suizide zu verhindern, sie stehen aber – wie obige Ausführungen verdeutlichen - nur für einen Teil der öffentlichen Meinung; außerhalb klinischer Fachliteratur werden permissive Einstellungen deutlich häufiger und „lauter“ artikuliert (z.B. Mischler 2000). In Anbetracht des Leides von Betroffenen und Angehörigen muss dem aber aus klinischer Sicht deutlich widersprochen werden.

2.7.1 Begriffsbestimmung

Definitionen:

Suizidalität als das „Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, die auf Selbstvernichtung tendieren.“(Haenel und Pöldinger, 1986)

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“ (Wolfersdorf, 2000)

Eine parasuizidale Handlung ist „eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Stelle eine Selbstschädigung bewirken würde oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, durch die aktuellen und erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken.“ (WHO, Bille Brahe, 1997)

In der Alltagssprache wird häufig von „Selbstmord“ oder auch „Selbstmordversuch“ gesprochen. Dieser Begriff wird von fachlicher Seite, aber auch von Angehörigen von Suizidopfern, meist abgelehnt, impliziert der Begriff „Mord“ doch Heimtücke, Vorsatz und Hinterhältigkeit und zeigt die enge Assoziation zu „Sünde“, die Jahrhunderte lang bestand. Der lateinische Begriff Suizid (aus dem Lateinischen von cadere: töten, fällen; suis: selbst) oder Selbsttötung beinhaltet dagegen kein moralisches Urteil.

Bei Haenel und Pöldinger (1986) ist die Frage offengelassen, ob der Suizident bewusst oder unbewusst den Tod anstrebt. Bei dieser Definition könnte beispielsweise auch lebensgefährliches Essverhalten im Rahmen von Anorexia nervosa und Drogenkonsum den suizidalen Handlungen zugeordnet werden. Wolfersdorf

(2000, S.18) fasst den Begriff dagegen enger und setzt das Sterbenwollen oder die bewusste Inkaufnahme des Todes voraus. Er unterscheidet Risikoverhaltensweisen von suizidalem Verhalten. Bei der Arbeitsdefinition der WHO von Suizidversuch (Bille-Brahe; 1997) spielt die akute Todesgefahr keine Rolle. Die Handlung muss zwar absichtlich erfolgen, die Intention jedoch keineswegs das Versterben sein, sondern lediglich eine - wie auch immer geartete- Veränderung der derzeitigen Situation zu erreichen (z.B. eine Unterbrechung). Ob ein Versuch zu medizinischen Komplikationen geführt hat und ob die angewandte Methode real gefährlich war (oder nur in der Vorstellung des Betroffenen) spielt dabei keine Rolle. Wurde eine suizidale Handlung begonnen und von außen unterbrochen, so wird dies ebenso klassifiziert wie ein vollendeter Suizidversuch. Wenn die Polizei eine Person vom Hausdach holt, so liegt demnach ein Suizidversuch vor, auch wenn es zu keiner Selbstschädigung kam.

Suizidalität ist nicht per se als Krankheit zu sehen, sondern ein grundsätzlich allen Menschen mögliches Phänomen (Wolfersdorf, 2000, S.19). Todeswünsche und Suizidideen erlebt auch ein erheblicher Anteil nicht psychiatrisch erkrankter Menschen im Laufe des Lebens (z.B. im Rahmen von schweren Verlusterlebnissen oder Krisensituationen). In einer schwedischen Studie zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz von 52% (Renberg, 2001). Andererseits wurde wiederholt gezeigt, dass suizidales Handeln im engeren Sinn (Suizidversuche und Suizide) meist im Kontext von schweren psychosozialen Krisen und vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen stattfinden (Lönqvist, 2000).

2.7.2 Ursachen und Risikofaktoren

Über die Ursachen von Suizid besteht wenig Klarheit. Verschiedene Disziplinen (Medizin, Psychologie, Soziologie, Biologie) haben sich um Erklärungen bemüht. Suizidale Handlungen werden häufig in speziellen Krisensituationen begangen. In der Mehrzahl der Fälle findet man im Vorfeld des Suizids kritische äußere Ereignisse wie Schulden, Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankungen oder Trennungen (Heikkinen et al., 1992). Der Annahme, dass schwierige äußere Bedingungen allein ein hinreichender Grund für Suizide sind, muss jedoch wider-

sprochen werden. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen reagiert suizidal, während die große Mehrheit in der Lage ist, diese „Schicksalsschläge“ zu verarbeiten. Offenbar bestehen biologische (genetische) und psychologische Prädispositionen. Eine zentrale Rolle bei Suiziden scheinen psychiatrische Erkrankungen zu spielen. In einer Literaturübersicht kommt Lönnqvist (2000) zum Ergebnis, dass bei 90% der vollendeten Suizide eine psychische Erkrankung im Vorfeld nachzuweisen ist. In 40-70% der Fälle handelte es sich dabei um eine depressive Erkrankung. Ein erhöhtes Suizidrisiko haben zudem Menschen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte sowie ältere Männer. Besonders gefährdet sind dabei Patienten nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Geddes et al. (1997) ermitteln für die sechs Monate nach Entlassung durchschnittlich ein 27- bis 40fach erhöhtes Mortalitätsrisiko. Goldacre et al. (1993) errechnen für die ersten 4 Wochen nach Entlassung sogar ein bis zu 200 mal höheres Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung. Als zusätzliche Risikofaktoren gelten Alter, akute Krisensituationen, mangelndes soziales Umfeld und chronische körperliche Beschwerden. Das Risiko eines Suizidversuchs ist im Besonderen bei jungen Frauen erhöht (Schmidtke et al., 1996b).

Wassermann (2001) hat ein Stress-Vulnerabilitäts-Modell vorgestellt, in das auf der einen Seite Risikofaktoren wie genetische Disposition, psychiatrische Erkrankung, Drogen und Alkoholmissbrauch sowie körperliche Erkrankungen und allgemeine Stresssituationen eingehen. Demgegenüber stehen protektive Faktoren wie soziale Eingebundenheit, günstige Denk- und Attributionsstile, aktives Hilfsuchverhalten, positive Umweltfaktoren etc. Dabei sind passive Todeswünsche, die Entwicklung von Suizidideen und Suizidplänen passagere Stadien innerhalb eines Entwicklungsprozesses hin zur tödlich suizidalen Handlung. Suizidalität umfasst somit eine breite Spanne von Verhaltens- und Denkweisen. Sie reicht von sporadisch auftretenden passiven Todeswünschen, die im Rahmen belastender Situationen auftreten können, bis zur Durchführung einer ernsthaften suizidalen Handlung.

Die Vorstellung eines Freitods oder eines Bilanzsuizids auf der Basis rationaler Entscheidung ist mit den Erkenntnissen aus psychologischen Autopsiestudien (Harris und Barraclough, 1997) nicht vereinbar. Menschen, die sich das Leben nehmen, tun dies im allgemeinen unter schwerstem Leidensdruck und bei subjek-

tiv erlebtem Verlust jeglicher Wahlmöglichkeiten. Die Vorstellung des kühl den eigenen Tod planenden Menschen stellt -falls überhaupt existent- die seltene Ausnahme dar.

2.7.3 Phasen suizidalen Verhaltens

Pöldinger (1980) skizziert verschiedene Stadien der Entwicklung suizidalen Verhaltens. Er unterscheidet eine Erwägungs-, eine Ambivalenz- und eine Entschlussphase. Abb.3 zeigt schematisch die verschiedenen Ausprägungen von Suizidalität, die sich auch unter dem Gesichtspunkt der Akutizität einordnen lassen. Die Frage, inwieweit es ein Kontinuum von ersten Suizidgedanken bis hin zum vollendeten Suizid gibt, ist allerdings umstritten. Für diagnostische Überlegungen spielt eine Einordnung in verschiedene Risikokategorien jedoch eine wichtige Rolle.

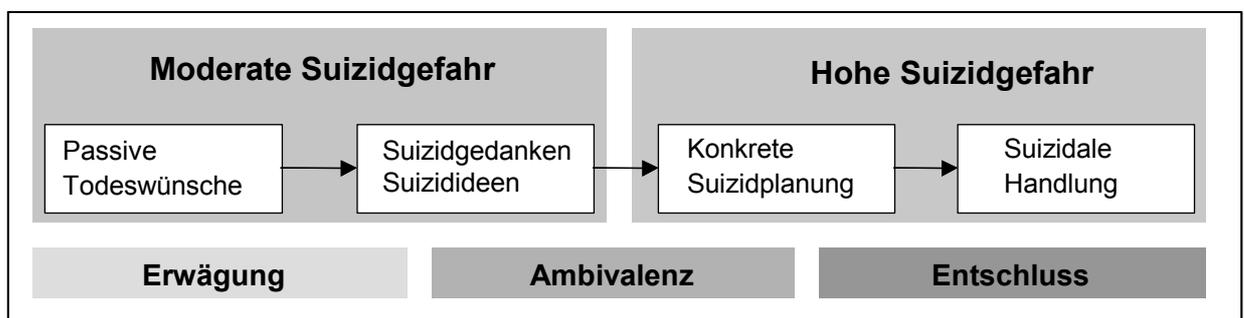


Abbildung 3: graduelle Ausprägungen von Suizidalität

2.7.4 Epidemiologie suizidaler Handlungen

Suizide und Suizidversuche werden in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen, auch von Experten werden sie in ihrer Häufigkeit häufig unterschätzt. Derzeit sterben jährlich weltweit rund 1 Mio. Menschen durch Suizid. Im Jahr 2020 werden es nach Schätzungen über 1,5 Mio. sein. Damit sterben weltweit mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Unfälle, Krieg und Mord zusammen (Bertolote, 2001). In Deutschland verlieren 50% mehr Menschen durch Suizid ihr Leben als durch Verkehrsunfälle.

2.7.4.1 Suizide

In Deutschland wurden 2000 11.110 Suizide amtlich registriert. Dies sind 13,6 Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahr. Unklar ist die Dunkelziffer von nicht aufgeklärten Selbsttötungen. Bis ein Suizid amtlich registriert ist und in die offiziellen Statistiken eingeht, vergeht viel Zeit, und die potentiellen Fehlerquellen sind beträchtlich. Der Suizident selbst kann die Absicht haben, den Suizid zu vertuschen. Insbesondere bei den Fällen mit ungeklärter Todesursache und bei Unfällen mit Todesfolge dürfte ein Teil auf Suizid zurückzuführen sein (Schmidtke, 1995). Aber auch die Hinterbliebenen können versuchen, den Suizid zu verheimlichen. Die Ursachen für die Vertuschung können vielfältig sein: versicherungstechnische Gründe (Lebensversicherungen werden bei Suizid nicht immer problemlos ausgezahlt), religiöse Gründe, Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung. Auch auf Seiten des Arztes, der den Totenschein ausstellt und behördlicherseits kann es zu Fehlern bei der korrekten Erfassung von Suiziden kommen. Die tatsächlichen Suizide in Deutschland dürften daher höher sein, als es offizielle Statistiken zeigen. Deutschland liegt im internationalen Vergleich bei den Suizidraten im Mittelfeld. Die ehemaligen Sowjet-Republiken zeigen derzeit die höchsten Suizidraten (Abb.4). Besonders dramatisch ist die Lage in den baltischen Staaten. In Litauen beispielsweise lag die Suizidrate 1996 laut WHO Angaben (Bertolote, 2001) bei 47,2 pro 100.000 Menschen, also mehr als dreimal so hoch wie in Deutschland.

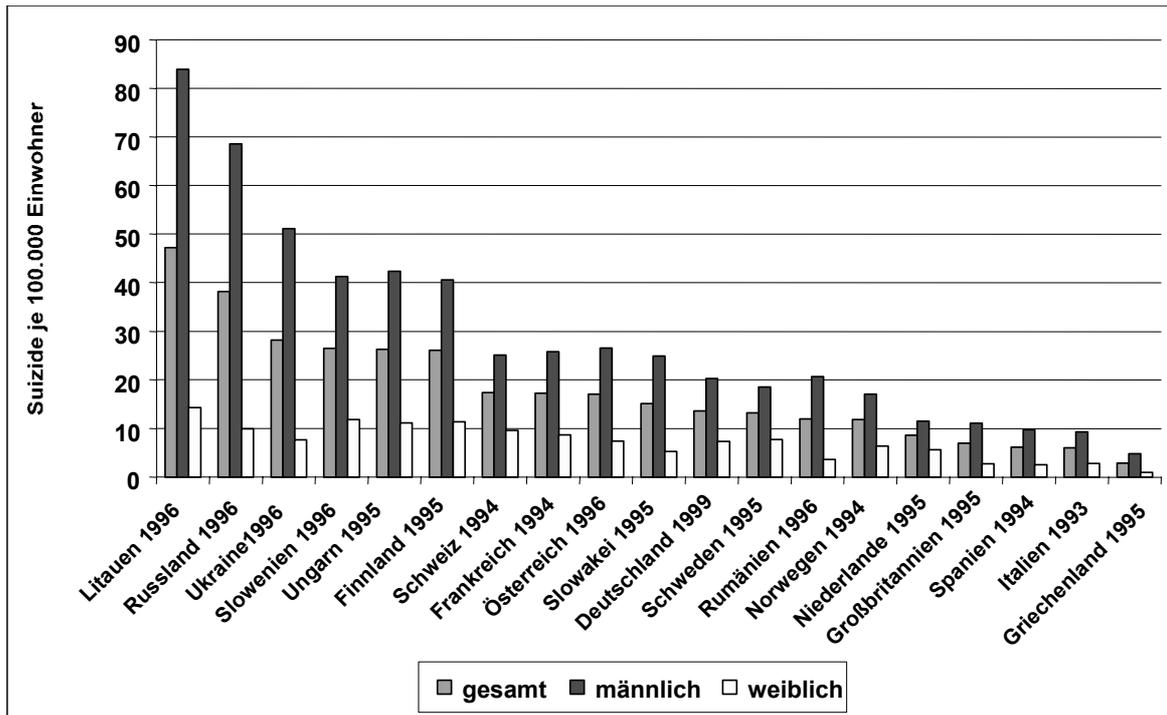


Abbildung 4: Die weltweiten Suizidraten pro 100.000 Einwohner

In Deutschland ist laut Angaben des statistischen Bundesamtes die Zahl der Suizide in den letzten Jahren rückläufig. Abb.5 zeigt den Trend von 1990 bis 2000, der eine Abnahme um fast 3000 Suizide nach sich zog. Der Großteil der Suizide wird von Männern verübt. Während in Deutschland früher das Verhältnis Männern/Frauen bei 2:1 lag, liegt es heute fast bei 3:1.

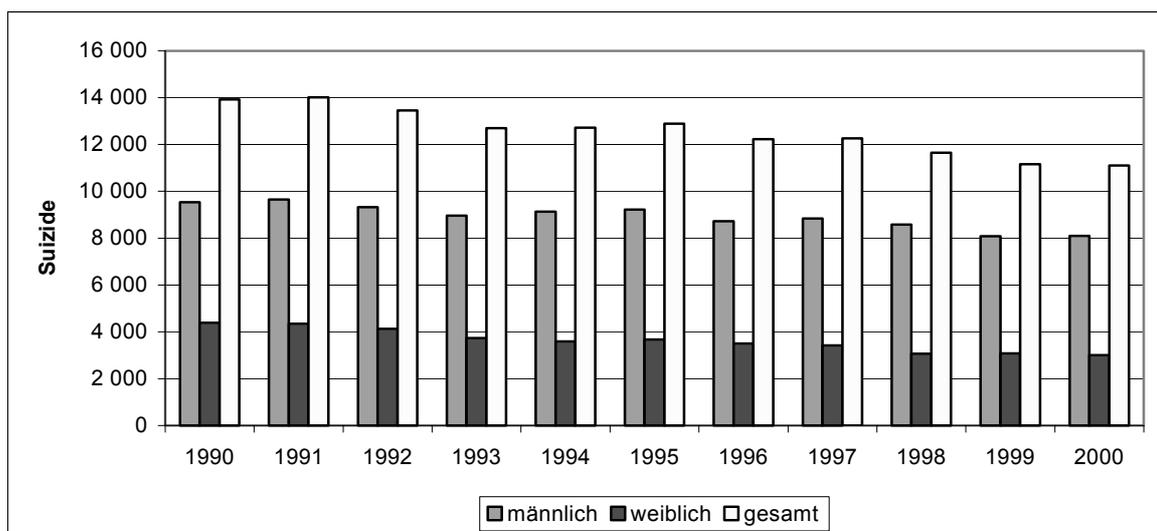


Abbildung 5: Suizide in Deutschland nach Geschlecht (1990-2000)

Schmidtke berechnete die Wahrscheinlichkeit eines Suizids über die gesamte Lebensspanne. Für die alten Bundesländer errechnete er für Männer ein Risiko von 1,41 %, für Frauen von 0,67%. Dies heißt, jeder 71. Mann und jede 149. Frau in Deutschland stirbt durch Suizid (Schmidtke et al., 1996b). Laut Angaben des statistischen Bundesamtes war im Jahr 2000 Suizid in 1,3% aller Todesfälle die Ursache. Bei den Todesursachen der unter 40-Jährigen liegt Suizid an zweiter Stelle. In jedem vierten Todesfall in dieser Altersgruppe sind die Betroffenen durch Suizid gestorben. Rein zahlenmäßig wird fast jeder zweite Suizid von Männern zwischen 30 und 65 Jahren begangen (Abb.6). Suizidale Handlungen von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren sind hingegen sehr selten. Erst ab dem Alter von 15 Jahren steigen die Suizidzahlen deutlich an. Bei jungen Frauen sind Suizide vergleichsweise selten. Fast die Hälfte aller weiblichen Suizide werden von Frauen über 60 Jahren begangen.

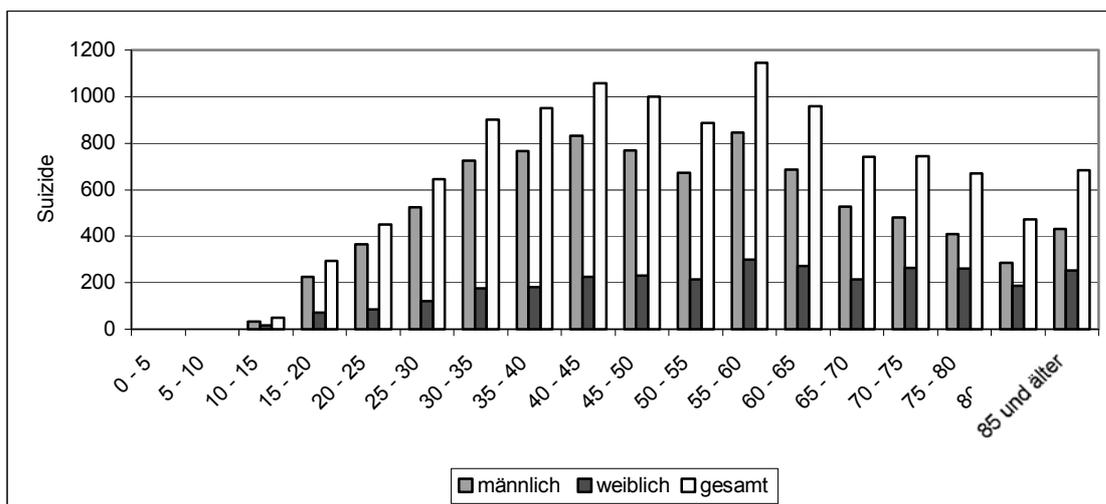


Abbildung 6: Suizide in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht (1998)

Betrachtet man die je nach Größe der zugrunde liegenden Population adjustierten Raten ergibt sich ein deutlich anderes Bild. Hier zeigt sich, dass insbesondere bei den über 70-Jährigen das Suizidrisiko deutlich zunimmt (Abb.7). Bei Männern ist diese Entwicklung deutlicher als bei Frauen. Männer über 80 Jahren haben ein 6-9 mal höheres Suizidrisiko als die Durchschnittsbevölkerung und stellen somit eine Risikogruppe per se dar.

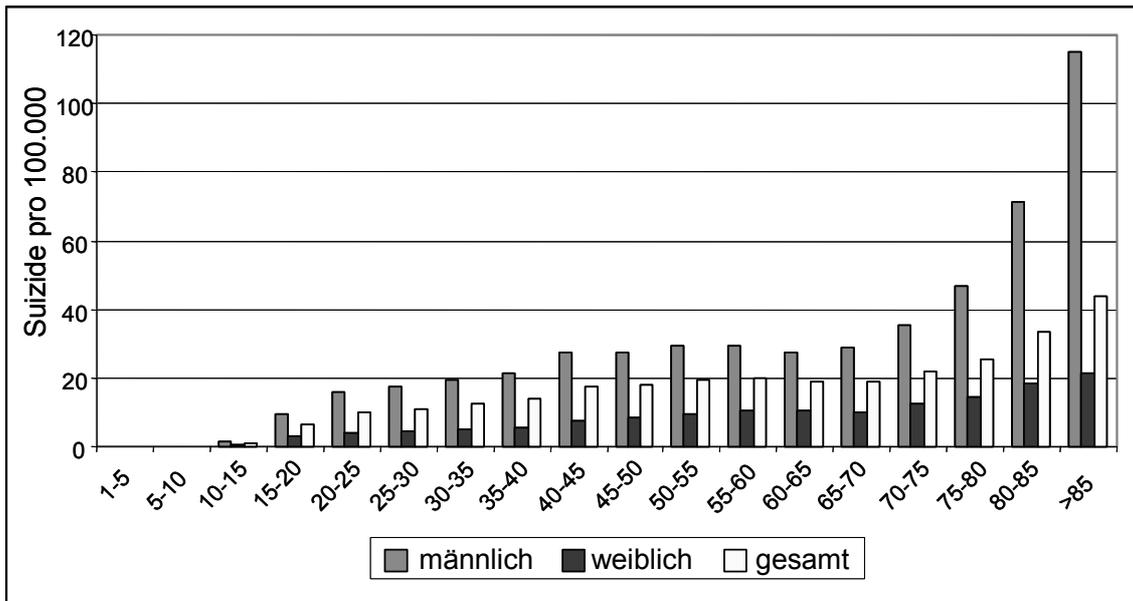


Abbildung 7: Suizide je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht (1998)

2.7.4.2 Suizidversuche

Während über die Anzahl vollzogener Suizide zumindest halbwegs verlässliche Daten vorliegen, ist die Lage bei den Suizidversuchen anders. Hier werden nur wenige Fälle aktenkundig und die tatsächliche Zahl der Suizidversuche kann nur geschätzt werden. Als sicher gilt jedoch, dass die Zahl von Suiziden und Suizidversuchen eng miteinander korreliert (Diekstra, 1993; Hawton et al., 1998). Epidemiologische Studien, die sich mit der Suizidversuchshäufigkeit beschäftigt haben, sind vergleichsweise selten. Abb.8 stellt die in verschiedenen europäischen Studien gefundenen Häufigkeiten von Suizidversuchen zusammen.

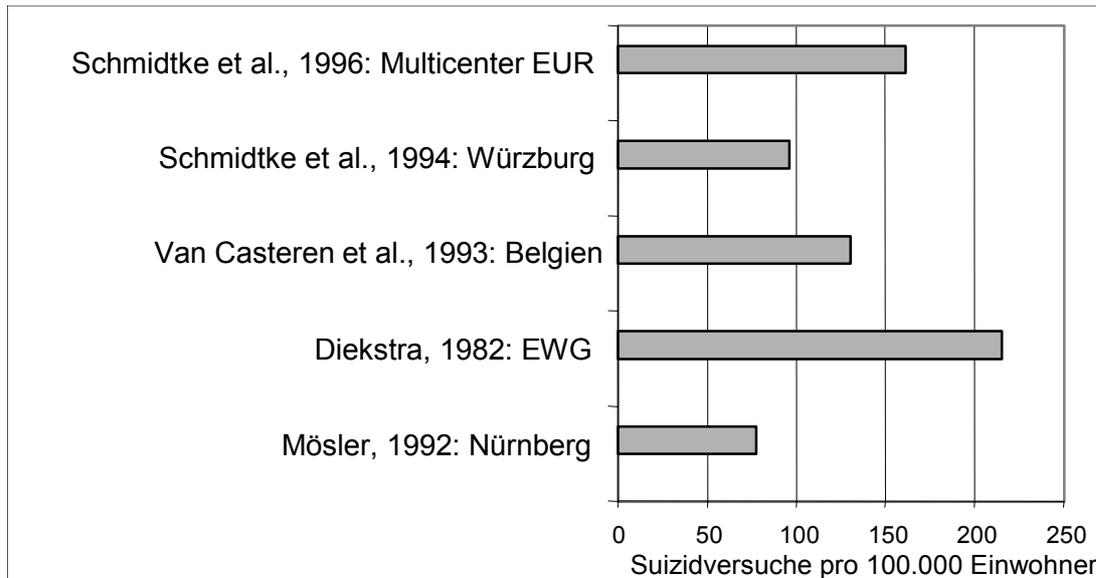


Abbildung 8: In verschiedenen Studien ermittelte Suizidversuchsraten

Möslers (1992) fand in Nürnberg für 1979-85 eine durchschnittliche Suizidversuchsrates von 77/100.000. Die Erfassungsquote lag aus methodischen Gründen in einem niedrigen Bereich. Die Relation von Suizidversuchen zu Suiziden betrug nur 3:1. Mehr als zwei von drei Versuchen wurden von Frauen verübt. Eine Studie innerhalb der damaligen Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (Diekstra, 1982) errechnete für die sieben teilnehmenden Staaten eine Durchschnittsrates von 215 Fällen pro 100.000 Einwohner pro Jahr über 15 Jahre. Die Schwankungen zwischen den teilnehmenden Regionen waren beträchtlich und lagen teilweise in methodischen Problemen begründet. Van Casteren et al. (1993) ermittelten in Belgien durch Erfassung über Hausarztpraxen eine Suizidversuchsrates von ca. 130/100.000. Die Gruppe der Frauen zwischen 20 und 40 Jahren hatte das größte Risiko: Frauen waren fast doppelt so häufig betroffen wie Männer. Über 30% der Personen hatten noch in der Woche vor dem Versuch Kontakt zu einem Allgemeinarzt. Seit 1989 werden im Rahmen der European Study on Parasuicide durch die WHO die Suizidversuchsrates für 16 Untersuchungsregionen erfasst. Schmidtke und Weinacker (1994) stellten 1994 die Zahlen für Würzburg (1989-1992) vor. Insgesamt wurden 595 suizidale Episoden für 533 Personen ermittelt. Der Anteil der Männer betrug 39,5%. Für die Bevölkerung ab 15 Jahre wurde für Männer eine Suizidversuchsrates von 81/100.000 geschätzt, für Frauen von 112/100.000. Innerhalb der Personengruppe mit Suizidversuchen wurde bei 44% der Frauen und bei 23% der Männer anamnestisch ein Suizidversuch in der Vor-

geschichte bekannt. Die europaweiten Ergebnisse zeigen für die verschiedenen Zentren sehr unterschiedliche Suizidversuchshäufigkeiten (Schmidtke et al., 1996a). Für Frauen reichte die Rate von 69/100.000 (Guipuzcoa) bis 462/100.000 (Cergy-Pontoise); bei den Männern von 45/100.000 (Guipuzcoa) bis 314/100.000 (Helsinki). Der Durchschnittswert aller Zentren betrug für Frauen 186/100.000, für Männer 136/100.000. Mit Ausnahme von Helsinki überwog stets der Anteil der Frauen; der Unterschied fiel in vielen Zentren jedoch moderater aus als in früheren epidemiologischen Studien angenommen. Singles und Geschiedene waren innerhalb des Samples überrepräsentiert. Andererseits konnten bei der Auswertung der Häufigkeiten der Suizidversuche der einzelnen Zentren kaum signifikante oder relevante Korrelationen mit vermuteten soziodemografischen Einflussfaktoren (Einkommen, Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum) gefunden werden (Bille Brahe et al., 1997).

3 Suizidprävention und deren Evaluation

Aus ärztlicher und therapeutischer Sicht erscheint die Notwendigkeit von Suizidprävention unbestreitbar. Innerhalb der Medizin, der klinischen Psychologie und der Suizidologie herrscht große Übereinstimmung, dass es angesichts der weltweiten Suizidraten dringend erforderlich ist, geeignete Maßnahmen einzusetzen, die Menschen vor der Selbsttötung bewahren können. Entsprechend der Forderungen der WHO wurden in den vergangenen Jahrzehnten auf unterschiedlichen Ebenen eine Vielzahl an Interventionen erprobt. In der Primärprävention strebt man beispielsweise an, Suizidalität über Verbesserung der Lebensbedingungen oder durch Psychoedukation bereits im Vorfeld zu verhindern. In der Sekundärprävention versucht man, suizidalen Patienten notwendige Unterstützung zukommen zu lassen. Tertiäre Prävention wendet sich vor allem an Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben.

Der Vielfalt suizidpräventiver Ansätze steht jedoch eine mangelhafte Evidenz der Wirksamkeit gegenüber (Gunnell und Frankel, 1994; Althaus und Hegerl, 2001). Ein wesentlicher Grund für die Zweifel an der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen ist der Mangel an gut validierten, kontrollierten Studien. Ursache dafür sind spezifische methodische Probleme, mit der die Suizidologie zu kämpfen hat. Dazu gehören insbesondere mangelnde Randomisierung (eine experimentelle Randomisierung scheidet in den allermeisten Fällen aus ethischen Gründen aus), zu kleine Stichprobengrößen (Suizid ist mit 10-20 Fällen im Jahr pro 100 000 Menschen ein relativ seltenes Ereignis) und zweifelhafte Outcome-Kriterien. Das einzig harte Kriterium wären Veränderungen bei suizidalen Handlungen. Erhoben wurden aber meist kurzzeitige Veränderung in den Einstellungen Betroffener. Dies besagt jedoch wenig über tatsächliche Auswirkungen auf späteres suizidales Verhalten.

3.1 Strategien in der Suizidprävention

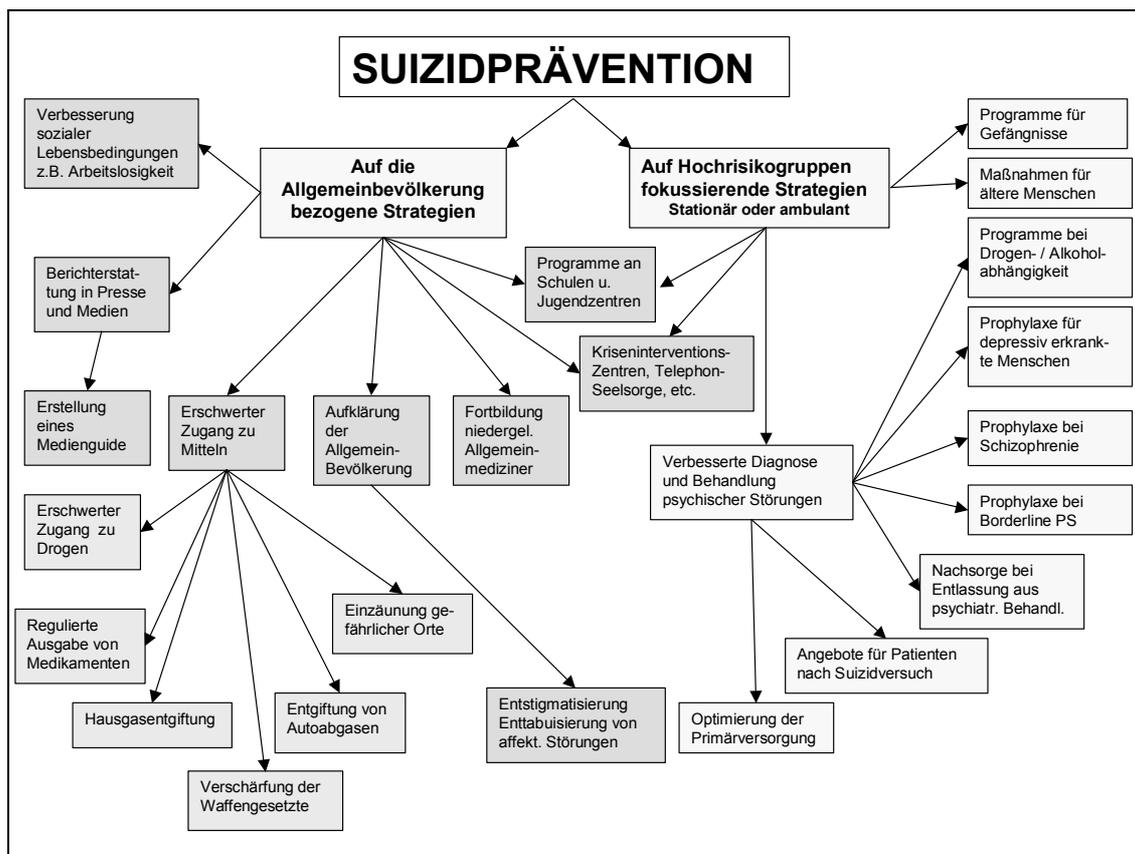


Abbildung 9: Verschiedene Ansätze in der Suizidprävention

Bei Suizidalität wäre, wie z.B. bei Hypertonus, eine trennscharfe Identifizierung gefährdeter Personen wünschenswert, denen man anschließend eine geeignete Behandlung zukommen ließe. Einen verlässlichen Prädiktor, der anzeigt, wie stark ein Mensch gefährdet ist, gibt es jedoch nicht. Im Zweifelsfall muss von Suizidalität ausgegangen werden, denn im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen kann eine falsche Einschätzung hier tödliche Folgen haben. Die meisten Skalen haben versucht, die akute Suizidalität eines Menschen über seine sprachlichen Äußerungen einzuschätzen. Eine exakte Bestimmung tatsächlicher Gefährdung ist damit aber nicht möglich. Wenn die genaue Bestimmung der Suizidalität einzelner Menschen unmöglich ist, kann man zwei Wege eingeschlagen (Lewis et al., 1997): entweder werden suizidpräventive Maßnahmen eingeleitet, die sich auf die Gesamtbevölkerung richten, oder der Fokus wird auf Personengruppen gerichtet, bei denen empirisch ein erhöhtes Suizidrisiko gefunden wurde (Abb.9). Für Tab.2 wurden Studien ausgewählt, die die Veränderung der Häufigkeit von Suiziden oder Suizidversuchen nach spezifischen Interventionen untersucht haben.

Tabelle 2: Unterschiedliche suizidpräventive Ansätze: ausgewählte Studien:

Autor	Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse	Bewertung
Bagley	1968	Einfluss von „Samaritans“ auf Suizidrate in England und Wales.	Städte mit und ohne „Samaritans“ wurden gematcht und der Verlauf der Suizidraten verglichen.	Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.	Kein experimentelles Design. Auswahl der Städte wurde kritisiert.
Kreitmann & Platt	1984	Reduktion der Suizide in England und Wales durch CO-Vergiftung nach Detoxifikation des Hausgases.	Vergleich der Anzahl der Suizide mit und ohne CO-Vergiftung vor und nach der CO-Entgiftung.	Zahl der Suizide sinkt um über 20% ohne Kompensation durch andere Suizidmethoden.	Keine Kontrollgruppe, kein experiment. Design. Andere Einflussfaktoren denkbar.
Jennings et al.	1978	Einfluss von „Samaritans“ auf Suizidrate in England und Wales	Replikation der Studie von Bagley; Zusammensetzung der Stichprobe wird verändert.	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Städten mit und ohne Samaritans.	Kein experimentelles Design. Auswahl der Städte wurde kritisiert.
Motto et al.	1976 2001	Suizidpräventive Wirksamkeit von regelmäßiger Kontaktaufnahme mit Hochrisiko-Patienten nach Suizidversuch.	Kontrollierte, randomisierte Studie (N=862), Pat. werden über 5 Jahre anfangs monatlich, später ¼ jährlich kontaktiert. Survival-Analysen.	Während der Kontaktphase signifikant weniger Suizide (1,7% versus 3,5%, p=0,043). Später keine Unterschiede.	Kurzzeitige Effekte ermutigend. Replikation an größerer Stichprobe erforderlich.
Schmidtké & Häfner	1986	Eisenbahnsuizide nach Ausstrahlung einer Sendung über den Suizid eines jungen Mannes (Tod eines Schülers).	Analyse der Zahl der Eisenbahnsuizide vor und nach Ausstrahlung der Sendung. Vergleich zu Vorjahren.	Signifikante Erhöhung der Eisenbahnsuizide in den Wochen nach der Sendung.	Ob nur Zeit-/ Methodenverschiebung stattgefunden hat ist schwer beurteilbar.
Rutz et al.	1989	Suizidpräventive Wirksamkeit postgraduierter Fortbildungen von niedergelassenen Allgemeinärzten.	Zwei Schulungen, je 1 Tag zu Diagnose und Behandlung von Depression und Suizidalität auf der Insel Gotland. Prä / Postvergleiche der Suizidraten.	Die Suizide sinken von 13 Fällen auf 4 Fälle pro Jahr (p=0,02). 2 Jahre später Wiederanstieg auf Ausgangsbasis.	Stichprobe klein, keine Kontrollgruppe, Suizidversuche nicht erfasst, keine Replikation.
Salkovskis et al.	1990	Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie (EG) auf suizidales Verhalten bei Patienten nach Suizidversuch.	20 Patienten, Randomisierung, Kontrolle mit Routinebehandlung, 6 und 12 Monats Follow-up.	Signifikant weniger Suizidversuche nach 6 Monaten (p=0,049), keine Unterschiede nach 12 Monaten.	Geringe Fallzahl. Keine Langzeitwirkung. Dringend Replikation notwendig.
Coppen et al.	1991	Senkt Lithium-Prophylaxe die Mortalitätsrate bei rezidivierenden affektiven Störungen?	Follow-up über 11 Jahre von 103 Patienten unter Lithium. Vergleich mit den altersjustierten Werten der Allgemeinbevölkerung.	Mortalität unterscheidet sich nicht von Allgemeinbevölkerung (tendenziell niedriger p=0,052), keine Suizide bei Lithiumpatienten.	Kleine Stichprobengröße, keine echte Kontrollgruppe, dennoch Hinweis auf Wirksamkeit von Lithium.
Müller-Oerlinghausen et al.	1992	Suizidpräventive Wirksamkeit von Lithium-Prophylaxe bei affektiven Störungen nach Suizidversuch.	68 Patienten, 8 Jahres Follow-up, Vergleich der Suizidalität unter Lithium und nach Lithium-Diskontinuation.	Unter Lithium (n=55) nur ein Suizidversuch. Nach Absetzung von L. (n=13) 11 Suizide oder Parasuizide.	Keine Randomisierung, andere unspezifische Einflussvariablen möglich.
Lester	1993	Die Effektivität von Suizidpräventionszentren in den USA.	Korrelation der Suizidraten und der Anzahl von Zentren in einzelnen US-Staaten. Multiple Regressionsanalysen.	Mäßiger, konsistenter, signifikanter Einfluss auf die Suizidrate.	Methodisch originell, jedoch keine differenzierte Wirkanalyse möglich.
Morgan et al.	1993	Evaluation einer Krisenkarte, die für Patienten nach Suizidversuch unkomplizierte stationäre Aufnahme garantiert.	Randomisierte, kontrollierte Studie an Patienten nach Suizidversuch.	Die Patienten aus der Experimentalgruppe hatten weniger suizidale Handlungen, ohne dass Signifikanz vorliegt (p=0,053).	Geringe Fallzahl, Langzeitwirkung unklar,
Sonneck et al.	1994	Können U-Bahn Suizide in Wien durch enge Kooperation mit Medien und Medienguide gesenkt werden?	Analyse der Berichterstattung über Suizid in Zeitungen im Zusammenhang mit U-Bahn Suiziden in Wien 84-89.	Nach Veränderung der Berichterstattung über Suizide in Medien weniger Suizide.	Unkontrollierte, naturalistische Studie, die den Werther-Effekt aufzeigt. Methodenverschiebung?
Shearin & Linehan	1994	Suizidpräventive Wirksamkeit von dialektisch behavioraler Therapie (DBT) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).	44 Frauen mit BPS, Randomisierung, DBT versus Routinebehandlung; 6 und 12 Monats-Follow-up	Signifikant weniger Suizidversuche während DBT und im 6-Monats Follow-up. Keine Gruppenunterschiede im 12-Monats Follow-up.	Geringe Fallzahl, keine Langzeitwirkung, Replikation erforderlich.
Meltzer & Okayli	1995	Wirkt Clozapin bei therapieresistenter Schizophrenie bzw. schizoaffektiver Störung suizidpräventiv?	Prä/Postvergleich hinsichtlich Suizidalität (N=88) vor und während Clozapin-Therapie	Unter Clozapin weniger Suizidalität; riskante Suizidversuche sinken von 5 auf 0	Prä / Post-Vergleich ohne experimentelles Design
De Leo et al.	1995	Suizidpräventive Wirksamkeit eines Programms für ältere Menschen, durch Aufrechterhaltung von Kontakt.	N=12135, zweimal wöchentlich kurze Anrufe bei Teilnehmern. Ausstattung mit Sendern für Hilferuf.	Deutlich weniger Suizide (1) als in der altersjustierten Allgemeinbevölkerung (9).	Naturalistische Studie, keine echte Kontrolle. Vielfältige Ursachen für Ergebnisse möglich.
Evans et al.	1999	Replikation der « Greencard-Study » von Morgan et al. (1993)	827 Patienten nach Suizidversuch wurden Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe zugelost	Intervention hatte keinen Einfluss auf Gesamtzahl suizidaler Handlungen. "Erstversucher" scheinen zu profitieren	Ergebnisse für die Subgruppen müssen weiter geprüft werden

3.2 Maßnahmen für Hochrisikogruppen

Bei Hochrisikostراتيجien geht man davon aus, dass nach der Identifikation besonderer Risikogruppen ein spezifisch auf diese Patienten zugeschnittenes Vorgehen große präventive Wirkung zeigen müsste.

3.2.1 Medikamente

Pharmakologisch orientierte Maßnahmen basieren auf richtiger Diagnose der Patienten und entsprechender medikamentöser Behandlung. Ausschlaggebend für den Erfolg sind die (antisuizidale) Wirksamkeit des Präparats und die Compliance des Patienten.

3.2.1.1 Antidepressive Medikation

Suizide werden in der Mehrzahl der Fälle im Zuge akuter depressiver Syndrome verübt. Wiederholt konnte ein Zusammenhang zwischen Suizidgefährdung und niedrigen Werten für 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), dem Hauptmetaboliten des Serotonins in der Rückenmarksflüssigkeit, gezeigt werden (Asberg, 1997). Ein direkter antisuizidaler Effekt von Antidepressiva, wie er aus theoretischen Gründen insbesondere für serotoninagonistische Antidepressiva wie die SSRIs erwartet werden könnte, ist empirisch jedoch nicht nachgewiesen. Es gibt dennoch verschiedene Hinweise für die suizidpräventive Wirksamkeit von Antidepressiva. Bei Untersuchungen in den USA und Schweden wurde deutlich, dass nur 12-16% der Suizidopfer Antidepressiva erhalten hatten, obwohl psychologischen Autopsiestudien zufolge den meisten Suiziden Depressionen vorausgehen. In einer weiteren Studie zeigten Isacson et al. (1996) mittels der Analyse pharmakoepidemiologischer Daten den potentiellen Nutzen einer verbesserten Versorgung mit Antidepressiva und kommen zur Einschätzung, dass die Suizidrate in Schweden dadurch um 20% gesenkt werden könnte. Diese Hypothese wird durch die Ergebnisse der Gotland-Studie (Rutz et al., 1990; Rutz et al., 1989) gestützt. In dieser vom „Schwedischen Komitee zur Prävention und Behandlung von Depression“ initiierten Studie wurde den Allgemeinärzten der Insel Gotland ein edukatives Programm angeboten und dieses sorgfältig evaluiert. Es konnte gegenüber den Werten vor

Beginn des edukativen Programms eine annähernde Halbierung der Suizidziffern beobachtet werden (Rutz et al., 1989). Zudem kam es zu einer Abnahme der Zahl der Krankschreibungstage, einer 30%igen Abnahme stationärer Aufnahmen wegen depressiver Störung, einer deutlichen Abnahme stationärer Behandlungstage wegen depressiver Störungen (von 1138 auf 338) und einer häufigeren Verschreibung von Antidepressiva bei Abnahme der Verschreibung von Neuroleptika, Sedativa und Tranquilizern. Diese Veränderungen waren drei Jahre nach Beendigung des edukativen Programms wieder rückläufig, was den postulierten kausalen Zusammenhang mit dem durchgeführten edukativen Programm weiter erhärtet (Rutz et al., 1992). Bei Folgestudien ist zu berücksichtigen, dass das Programm offensichtlich kaum Auswirkungen auf die Suizidraten von Männern hatte, sondern im Wesentlichen nur die Suizidrate von Frauen verringert werden konnte (Rutz et al., 1995). Gegen eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der Gotlandstudie sind die kleine Stichprobengröße, die mangelnde Kontrollgruppe sowie die sehr spezifische Struktur der untersuchten Region einzuwenden.

Die Ergebnisse von Khan et al. (2000) stellen einen antisuizidalen Effekt von Antidepressiva in Frage. Bei einer Auswertung der Daten der „Food and Drug Administration“ wurden Suizide und Suizidversuche sowie die Reduktion depressiver Symptomatik in 7 klinischen Studien mit neueren Antidepressiva untersucht. 34 der insgesamt 19.639 Patienten begingen Suizid und 130 mindestens einen Suizidversuch. Die Suizid- und Suizidversuchsrate der Patienten, die mit Placebos behandelt worden waren und derjenigen, die ein Antidepressivum erhalten hatten, unterschieden sich dabei nicht signifikant voneinander. Die Autoren selbst schränken kritisch ein, dass es schwierig sei, diese Ergebnisse zu interpretieren, weil die untersuchten klinischen Studien nicht unter der Fragestellung von Suizidprävention geplant und durchgeführt worden waren. Zudem ist anzumerken, dass Patienten in klinischen Antidepressiva-Studien eine hoch selektierte Gruppe darstellen, die keineswegs repräsentativ für die Gesamtheit depressiv erkrankter Menschen ist. So ist in der Regel akute Suizidalität ein Ausschlusskriterium. Das gleiche gilt für eine Komorbidität hinsichtlich physischer oder anderer psychischer Erkrankungen. In die Auswertung scheinen zudem Studien mit Placeboarm und solche ohne Placeboarm einbezogen worden zu sein. Für Placebo-kontrollierte Studien dürfte der Ausschluss suizidaler Patienten noch strikter gehandhabt worden sein. Dies könnte zu einer Unterschätzung des Suizidrisikos unter Placebo geführt haben.

Zudem ist unbekannt, wie viele der Suizidenten möglicherweise die antidepressive Behandlung frühzeitig abgebrochen hatten. Demnach kann diese Studie keine abschließenden Aussagen zur suizidpräventiven Wirkung von Antidepressiva machen.

Die zwischenzeitliche Hypothese, dass die Gabe von Antidepressiva suizidfördernd sein könnte (vgl. Teicher et al., 1993), hat sich nicht erhärten lassen (Möller, 1992).

3.2.1.2 Lithium

Es liegen zahlreiche Hinweise für suizidpräventive Effekte von Lithium als Phasenprophylaktikum bei affektiven Störungen vor. Dabei wird die serotoninagonistische Wirkung als zentraler Faktor angesehen (Coppen et al., 1991; Müller-Oerlinghausen et al., 1992; Müller-Oerlinghausen et al., 1994). Im Vergleich zu gematchten (nicht randomisierten) Kontrollgruppen affektiv erkrankter Patienten fand sich ein erheblich geringeres Suizidrisiko für Patienten mit Lithiumdauerbehandlung (Modestin und Schwarzenbach, 1992). Wiederholt zeigte sich, dass Patienten unter Lithiumbehandlung ein deutlich geringeres Suizidrisiko aufwiesen als Patienten, die die Lithiumbehandlung abgebrochen hatten. Nach Absetzen von Lithium ist mit Rebound-Effekten zu rechnen. Das zwischenzeitlich um den Faktor 20 erhöhte Suizidrisiko ist dabei offenbar nicht nur auf die Zunahme von depressiver Morbidität zurückzuführen (Baldessarini und Jamison, 1999). Die Mortalität für Patienten unter dauerhafter Langzeitbehandlung mit Lithium war nicht größer als in der Normalbevölkerung (Baldessarini und Jamison, 1999; Müller-Oerlinghausen et al., 1992). Möglicherweise tragen jedoch Patienten, die einer langfristigen Lithium-Prophylaxe zustimmen, von vornherein ein geringeres Risiko (Selektionseffekte).

3.2.1.3 Atypische Neuroleptika

Wenige Studien haben sich mit dem suizidpräventiven Effekt von Neuroleptika befasst. In einem unkontrolliertem Prä-Post-Vergleich (Meltzer und Okayli, 1995) wurde frühere Suizidalität bei neuroleptikaresistenten Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung erfasst. 88 von ihnen wurden mit Clozapin behandelt

und prospektiv hinsichtlich Suizidalität evaluiert. Clozapinbehandlung während der Follow-Up-Periode resultierte in einer signifikant niedrigeren Suizidalität und die Anzahl besonders gefährlicher Suizidversuche nahm von 5 auf 0 ab. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Medikation einen spezifischen antisuizidalen Effekt gehabt haben könnte. Walker et al. (1997) untersuchten die Daten von 67.072 Patienten, die zu irgendeinem Zeitpunkt mit Clozapin behandelt worden waren. Das Suizidrisiko der Patienten unter augenblicklicher Clozapin-Medikation war 83% niedriger als das derjenigen, die ihre Behandlung unterbrochen hatten. Einschränkung muss darauf hingewiesen werden, dass es problematisch ist, diese Ergebnisse zu interpretieren, weil es weder eine Randomisierung noch eine Kontrollgruppe gab und daher auch andere Variablen das Ergebnis beeinflusst haben könnten. Erst kürzlich (Khan et al., 2001) wurde die Symptomreduktion und das Suizidrisiko von Patienten untersucht, die entweder mit Placebo oder mit antipsychotischer Medikation im Rahmen klinischer Studien behandelt wurden. Die Datenbasis umfasste 10.118 Patienten. Die Suizidraten und die Suizidversuchsrate der placebobehandelten und antipsychotisch behandelten Gruppen unterschieden sich dabei nicht signifikant von einander. Dabei zeigten sich auch keine Unterschiede zwischen traditionellen Antipsychotika und neueren Antipsychotika. Für diese Studie gelten allerdings die gleichen Einschränkungen wie in der oben beschriebenen von Khan et al. (2001) hinsichtlich der antisuizidalen Effekte von antidepressiver Medikation. In einem aktuellen Review kommen Tondo und Kollegen (2001) zum Schluss, dass ein antisuizidaler Effekt von antipsychotischen Medikamenten ungewiss ist.

3.2.2 Psychologische und psychosoziale Strategien

Die Zahl der Studien, die als Hauptkriterium die Reduktion von Suiziden untersucht haben, ist gering. Hier tritt das Problem kleiner Stichprobengrößen noch deutlicher zu Tage. Von Shearin und Linehan (1994) wurde die Wirksamkeit dialektisch-behavioraler Therapie bei Borderline Persönlichkeitsstörungen evaluiert. In einer randomisierten Studie (N=44) wurden während DBT signifikant weniger Suizidversuche registriert ($p < 0,01$). Im 6-Monats Follow-Up bestätigte sich diese Überlegenheit von DBT, nach einem Jahr konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Salkovskis (1990) untersuchte in

einer kontrollierten Studie die Wirksamkeit von kognitiv-behavioralem Problemlösestraining bei Patienten nach Suizidversuch (N=22). Die Häufigkeit der Suizidversuche war sechs Monate nach Behandlung niedriger als in der Kontrollgruppe ($p=0,049$). Ein Jahr nach Behandlung war hingegen kein signifikanter Unterschied mehr nachzuweisen ($p=0,19$).

Einige Programme für Hoch-Risiko-Gruppen zielen in erster Linie auf die Aufrechterhaltung des Kontakts zu potentiell gefährdeten Personen. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden 862 Patienten nach Suizidversuch in zwei Gruppen aufgeteilt (Motto, 1976; Motto & Bostrom, 2001). Die einen wurden nach Entlassung regelmäßig kontaktiert, Patienten der Kontrollgruppe blieben ohne aktive Kontaktaufnahme. Die Patienten der Experimentalgruppe wurden über fünf Jahre insgesamt 24-mal angeschrieben und in diesem Zeitraum kam es zu signifikant weniger Suiziden als in der Kontrollgruppe. Nach Auslaufen des Programms glichen sich die Suizidraten allerdings langsam wieder an.

Morgan et al. (1993) randomisierten 212 Patienten nach Suizidversuch und händigten der Experimentalgruppe eine „Green Card“ aus, eine Art Notfallkarte, in der dem Patient zugesagt wurde, dass bei weiteren Krisen jederzeit ein Arzt in einer angegebenen Klinik bzw. unter einer Telefonnummer für ihn erreichbar sei. Patienten mit Green Card hatten in der Folgezeit weniger Suizidversuche als die der Kontrollgruppe, wobei (infolge der kleinen Stichprobe) Signifikanz verfehlt wurde ($p= 0,053$). Eine Replikation konnte allerdings dieses Ergebnis nicht bestätigen und zeigte keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Evans et al., 1999). In einer unkontrollierten Studie von De Leo et al.(1995) wurden ältere Menschen mit einem Sender ausgestattet, der es ihnen ermöglichte, im Zweifelsfall durch Knopfdruck jederzeit Hilfe zu rufen. Außerdem wurden die Teilnehmer zweimal wöchentlich telefonisch kontaktiert. Während des Untersuchungszeitraums waren im Vergleich zur altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung weniger Suizide (einer statt sieben) zu verzeichnen.

In England wurde der Versuch gemacht, die Wirksamkeit von kommunalen Kriseninterventionsdiensten (Samaritans) zu evaluieren. Ein suizidpräventiver Effekt ist dabei sehr umstritten. Die Ergebnisse lassen keine klaren Schlussfolgerungen zu (Bagley, 1968; Barraclough und Jennings, 1977). Lester (1993) konnte mittels multipler Regressionsanalysen für die USA einen signifikanten, wenn auch schwachen Effekt auf die Suizidrate nachweisen. Der Einfluss von Kriseninterventions-

zentren auf die Suizidrate kann bestenfalls als moderat eingestuft werden.

3.3 Auf die Gesamtbevölkerung bezogene Maßnahmen

Hier sind Aktivitäten gemeint, die zunächst auf die Gesamtbevölkerung abzielen und erst sekundär Auswirkungen auf einzelne gefährdete Menschen haben.

3.3.1 Restriktion des Zugangs zu häufigen Suizidmethoden

Ein wichtiger suizidpräventiver Ansatz ist die Erschwerung des Zugangs zu potentiell geeigneten Mitteln für Suizid. Kreitman und Platt (1984) konnten zeigen, dass die Zahl der Suizide mit der Entgiftung des Hausgases in England in den sechziger Jahren trotz zunehmender Arbeitslosigkeit zurückgegangen ist. Unbestreitbar ist die Tatsache, dass erschwerter Zugang zu einer Methode deren Häufigkeit für Suizid verringert. Ob und wieweit es mittel- und langfristig zu einem Wechsel zu einer anderen Methode kommt, ist dagegen schwer zu bewerten. Die empirischen Zahlen deuten darauf hin, dass dies wenigstens kurz- bis mittelfristig bei einem Teil der Betroffenen der Fall ist. Lester (1998) vermutet, dass durch Restriktion ein suizidpräventiver Effekt wahrscheinlich ist, wenn die Methode zuvor eine übliche sowie sicher tödliche war. Eine besondere Rolle spielen Suizide durch Medikamente. Fast 10% aller Suizide in England werden mit Analgetika verübt. Henry (1997) weist darauf hin, dass das Risiko eines Suizids mit Antidepressiva kurz nach der Verschreibung des Medikaments besonders hoch ist; daher sollte dabei die Toxizität des Präparats berücksichtigt werden.

3.3.2 Berichterstattung über Suizid

Es gibt eine Reihe empirischer Befunde zur Wirkung der Massenmedien auf Suizidalität (Phillips, 1974). Ausführlich dargestellte Suizide in Printmedien wie in Film und Fernsehen haben modellhaften Charakter und können zur Nachahmung führen. Schmidtke und Häfner (1986; 1988) konnten einen steilen zwischenzeitlichen Anstieg der Eisenbahn-Suizide in Deutschland Anfang der 80er Jahre mit der Ausstrahlung eines Fernsehfilmes („Tod eines Schülers“) in Verbindung bringen.

Sie kamen zum Schluss, dass der dargestellte Suizid eines Jugendlichen einer beträchtlichen Zahl junger Menschen den entscheidenden Anstoß zur Selbsttötung gegeben hat. Dieser „Werthereffekt“ zeigte sich auch in Wien, wo nach der effektheischenden Darstellung von U-Bahn-Suiziden eine erhöhte Zahl von solcher Selbsttötungen verzeichnet wurde (Sonneck et al., 1994). Nachdem in enger Kooperation mit den lokalen Medien die öffentliche Darstellung dieser Suizide eingeschränkt werden konnte, nahm auch deren Zahl wieder deutlich ab. Die Frage, ob bei Nachahmungssuiziden lediglich eine Zeit- und Methodenverschiebung stattgefunden hat, ist schwer zu klären (Ziegler und Hegerl, 2002).

3.3.3 Optimierung der Primärversorgung

Die DEPRES-Studie (Depression Research in European Society, Lepine et al., 1997) macht nachdrücklich auf den großen Anteil depressiv erkrankter Menschen in der Allgemeinbevölkerung aufmerksam (17%). Für etwa die Hälfte von ihnen ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Jedoch längst nicht alle Depressionen werden korrekt diagnostiziert, und nur ein Bruchteil der Erkrankten erhält antidepressive Medikation; ähnliche Zahlen liegen für Deutschland vor (Wittchen et al., 2000a; Wittchen et al., 2000b). Etwa die Hälfte der Menschen, die sich suizidiert haben, war nie in Kontakt mit psychiatrischen Stellen. Andererseits waren ca. 40% der Suizidopfer in den vier Wochen vor ihrem Suizidversuch in allgemeinärztlicher Behandlung (Vassilas und Morgan, 1993). Wenn es gelingen würde, einen Teil dieser Patienten zu identifizieren und geeignete Maßnahmen einzuleiten, müsste eine Reduktion der Suizide möglich sein. Ein Beispiel dafür ist die oben zitierte Gotland Studie, bei der durch Fortbildung von Allgemeinärzten zum Thema „Depression“ eine signifikante Reduktion der Suizide erreicht werden konnte.

Die Befunde zur Bedeutung der primärärztlichen Versorgung für die Suizidprävention sind jedoch heterogen. Callahan et al. (1994) untersuchten in einer randomisierten und kontrollierten Studie, wie sich intensives Screening und spezifische Therapieempfehlungen bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen (N=103) auf die Behandlung älterer depressiver Patienten auswirkte. Zwar wurden Depressionen in der Experimentalgruppe öfter diagnostiziert und häufiger Antidepressiva verschrieben als in der Kontrollgruppe (Routinebehandlung), dennoch zeigten sich zu keinem Zeitpunkt (0-9 Monate) signifikante Gruppenunterschiede bei den De-

pressionswerten (HAM-D). Dies entspricht den Ergebnissen einer aktuellen Studie von Thompson et al. (2000), die in einer kontrollierten randomisierten Stichprobe (N=60) von Allgemeinarztpraxen ein Fortbildungsprogramm zu Diagnose und Behandlung von Depressionen durchgeführt haben. Es zeigte sich jedoch, dass die geschulten Praxen weiterhin nicht öfter Depressionen erkannten als diejenigen in der Kontrollgruppe. Zudem unterschieden sich die Patienten beider Gruppen hinsichtlich klinischer Verbesserungen nicht voneinander. Die Autoren kommen zum Schluss, dass eine Reduktion der Suizidrate durch edukative Maßnahmen in der Primärversorgung unwahrscheinlich ist.

3.3.4 Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Die Befunde darüber, ob öffentliche Aufklärungskampagnen im Gesundheitswesen effektiv sind, müssen als heterogen bezeichnet werden. Insbesondere die Frage, inwieweit derartige Kampagnen tatsächlich Einstellungen und Verhalten verändern können, ist schwer zu beantworten. Bis heute gibt es keinen allgemein akzeptierten Standard, was überhaupt eine effektive Kampagne ist. Teilweise ist dies auf einen allgemeinen Mangel an Evaluation zurückzuführen, insbesondere auf einen Mangel an klaren Erfolgskriterien von Effektivität und fehlenden Kosten-Nutzen-Analysen. In einer Metaanalyse untersuchten Snyder et al. (2000) 48 öffentliche Kommunikationskampagnen. Die durchschnittlichen Effektstärken lagen in einem niedrigen Bereich. Insgesamt zeigte sich, dass es einfacher war, neues Verhalten zu fördern (beispielsweise den Gebrauch von Sicherheitsgurten, regelmäßige Zahnarztbesuche und ähnliches) als Menschen dazu zu bewegen, ein kritisches Verhalten zu beenden (beispielsweise Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum, gefährliche Sexualpraktiken etc.). Interventionskampagnen, z.B. Antirauherkampagnen bei Jugendlichen, waren ebenfalls weniger erfolgreich als Kampagnen, die auf aktives neues Verhalten abzielten (z.B. Anlegen des Sicherheitsgurtes). Verschiedene Studien zeigten, dass es erheblich einfacher ist, das allgemeine Bewusstsein von Menschen für ein bestimmtes Thema zu wecken als diesbezüglich ihre Einstellungen oder gar ihr Verhalten zu verändern. Während sich in Kampagnen kurzfristige Awareness-Effekte bei der Mehrzahl der Befragten innerhalb der Zielgruppe zeigten, konnten Veränderungen im Wissen bei nur etwa jedem Fünften nachgewiesen werden. Einstellungen und Verhalten ließen sich

durchschnittlich nur mehr bei 8-13% der Befragten kurzfristig verändern. Aufgrund des Mangels an validen Follow-Up-Studien gibt es darüber hinaus wenige Hinweise über die Langzeiteffekte dieser Veränderungen.

Beim Durchblick der Literatur wird deutlich, dass insgesamt nur sehr wenige Kampagnen sich auf die Förderung psychischer Gesundheit beziehen. Die große Mehrheit der Kampagnen befasste sich mit Themen wie Kondomgebrauch, Brustkrebsvorsorge, Raucherentwöhnung etc. Trotz des WHO-Appells für Awareness-Kampagnen (Rutz, 2001), die insbesondere auf die Entstigmatisierung und frühe Intervention im Bereich psychischer Störungen abzielen, hat sich an der gegenwärtigen Situation nichts geändert. Zum Teil ist dies sicherlich auch auf methodische Probleme zurückzuführen. Eine Kampagne, die beispielsweise auf Depression abzielt, hat größere Probleme, klare Zielgruppen zu definieren; auch die Effektivitätsmessung gestaltet sich komplexer als auf anderen Gebieten. Es ist einfacher, den Erfolg einer Raucherentwöhnungskampagne zu messen als reliable Veränderungen psychischer Gesundheit innerhalb eines Gemeinwesens. In Großbritannien wurde zwischen 1991 und 1996 eine Aufklärungskampagne („Defeat Depression Campaign“, Paykel et al., 1997) durchgeführt mit dem expliziten Ziel, den Kenntnisstand über Depression in der Bevölkerung zu heben und bis zum Jahr 2000 die Suizide um 20% zu senken. Durch Präsenz in den Medien, Flugblätter, Bücher und Selbsthilfevideos sollte über Symptomatik, Ursachen und Behandlung depressiver Störungen informiert werden. Evaluiert wurde das Programm durch repräsentative Umfragen (Paykel et al., 1998; Rix et al., 1999) der Bevölkerung zu drei Messzeitpunkten (1991; 1995; 1997). Bei der Befragung von jeweils durchschnittlich 2000 Personen zeigte sich u.a. ein signifikanter Wissenszuwachs bezüglich der biologischen Bedingtheit und dem Krankheitsverständnis von Depression. Von 60% der Befragten (versus 46% vor der Kampagne) wurden Medikamente als erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit bewertet. Dennoch glaubten auch nach der Kampagne noch 74% (versus 78% vorher) der Bevölkerung, dass antidepressive Medikation süchtig machen könnte. Kritisch anzumerken ist, dass unklar bleibt, ob tatsächlich die Kampagne zum Wissenszuwachs beigetragen hat oder andere unspezifische Faktoren dafür verantwortlich sind. Über Auswirkungen auf versorgungsrelevante Merkmale (Diagnosen, Verschreibungsverhalten, Überweisungsverhalten etc.) liegen bislang keine Ergebnisse vor. Die Suizidrate in GB nahm über einem Zeitraum von 5 Jahren um 11,7% ab

(Paton et al., 2001).

Als größtes Manko dieser Studie ist allerdings zu nennen, dass keine Kontrollgruppe einbezogen wurde, so dass letztlich unklar bleibt, inwieweit es sich bei den Effekten tatsächlich um Auswirkungen der Kampagne handelte.

3.3.5 Sozioökonomische Aspekte

Die Hypothese von Durkheim (1897), dass die Suizidalität mit dem Grad der strukturellen Stabilität und Bindungsfähigkeit einer Gesellschaft zu- und abnehme, wird seit mehr als 100 Jahren diskutiert. Die Gültigkeit der These, dass Prozesse, die zu gesellschaftlichen Krisen und Instabilität führen, die Suizidrate ansteigen lassen, konnte nicht nachgewiesen werden. Die deutliche Abnahme der Suizide in den Neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung (trotz Massenarbeitslosigkeit) um über 25% ist ein prägnantes Beispiel, das gegen eine solche Verknüpfung spricht. Insbesondere die Vorhersage, dass Gesellschaften mit größerem Wohlstand und individuellem Besitz einen Anstieg der Suizide verzeichnen würden, hat sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil konnte gezeigt werden, dass höherer sozioökonomischer Standard innerhalb einer Gesellschaft mit niedrigeren Suizidzahlen korreliert (Ferrada-Noli, 1997; Lewis und Sloggett, 1998). Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Prosperität und Suizidrate ist für Deutschland nicht zu belegen (Häfner, 1998).

Arbeitslose sind bei den Suiziden stark überrepräsentiert (Platt, 1984; Lewis und Sloggett, 1998). Lewis et al. (1997) halten sogar sozial- und wirtschaftspolitische Maßnahmen zur Verringerung der Arbeitslosenquote für wirksamere Mittel zur effizienten Suizidprävention als die Konzentration auf Hochrisikogruppen. Die meisten Studien ermitteln zwar einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidrisiko, das Zustandekommen und die Wirkungsweise des Zusammenhangs ist allerdings offen. So vermutet Platt, dass in vielen Fällen Menschen arbeitslos geworden sind, weil sie unter psychischen Störungen litten (Selektionsparadigma). Dem entspricht der Befund einer Untersuchung von 811 Suiziden in Dänemark (Mortensen, 1999). Bei statistischer Kontrolle des Einflusses des Merkmals „psychische Störung“ wurden nur mehr 3% der Varianz durch Arbeitslosigkeit erklärt. Dennoch könnte Arbeitslosigkeit auch beim Vorliegen einer psychischen Störung zu einer zusätzlichen Vulnerabilität führen, die – beispielsweise moderiert über

den Wegfall wichtiger Protektoren - das Risiko einer suizidalen Handlung erhöht.

3.3.6 Schlussfolgerungen für die Suizidprävention

Die Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen ist schwer zu beweisen. Die meisten Studien zu einzelnen Maßnahmen weisen diesbezüglich eklatante methodische Schwächen auf und sind somit wenig aussagekräftig. Insbesondere der Einfluss unspezifischer Variablen und die mangelnde Kontrolle von Selektionseffekten stellen große Probleme für einen Wirksamkeitsnachweis dar. Es stehen einige psychopharmakologische wie auch psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung, denen eine Wirksamkeit unterstellt werden kann. Beispielsweise scheint mittels Lithium-Prophylaxe bei vielen affektiv erkrankten Menschen das Suizidrisiko deutlich gesenkt werden zu können. Bei gegenwärtigem Wissensstand ist der Einsatz von Lithium vor allem bei Patienten mit uni- und bipolaren affektiven Störungen zur Rückfallverhinderung indiziert. Bezüglich der suizidpräventiven Wirkung von Antidepressiva stehen keine aussagekräftigen Originaldaten zur Verfügung. Ein indirekter präventiver Effekt durch die antidepressive Wirkung erscheint plausibel, ist aber nicht belegt. Die Befundlage zur suizidpräventiven Wirksamkeit von Psychotherapie ist zu dünn, um Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Das Konzept der Suizidprävention durch Hoch-Risiko-Strategien blieb auch über die methodischen Schwachpunkte hinaus nicht ohne Kritik (Lewis et al., 1997). Ein großer Anteil der Menschen, der potentiell in eine Hoch-Risiko-Gruppe fällt, hat keinen Kontakt zu Institutionen, die wirksame Maßnahmen einleiten könnten. Viele Patienten bleiben mit ihrer Problematik allein und vermeiden Kontakte zu psychiatrischen Einrichtungen. Mit Hoch-Risiko-Strategien sind nur bei einem begrenzten „kooperativen“ Personenkreis Erfolge zu erzielen, so dass der Einfluss auf die Gesamtsuizidrate relativ gering bleiben wird. Um eine mögliche antisuizidale Wirkung der Antidepressiva besser zu nutzen, wäre es nötig, die Diagnose und Behandlung in der Primärversorgung zu verbessern, da ein großer Teil der unterbehandelten Patienten gegenwärtig nur dort erreichbar ist. Aber nicht nur bei den Behandlern sind Veränderungen notwendig. Auf Seiten der Bevölkerung erschweren Unwissenheit, Ängste und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten eine Verbesserung der Versorgung. Hier erscheint eine breite Aufklärung dringend erforderlich.

4 Ziel der Studie

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (NBgD) hat das Ziel, neue Wege der Depressions- und Suizidprävention zu erproben und im Vergleich zu einer Baseline sowie einer Kontrollregion zu evaluieren.

Vor dem Hintergrund verschiedener internationaler Studien (z.B. „Gotland-Studie“, Rutz et al., 1989; „Green Card Study“, Morgan et al., 1993; „Defeat Depression Campaign“, Paykel et al., 1997) integriert das NBgD unterschiedliche Interventionsansätze zu einem 4-Ebenen-Aktionsprogramm, das die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen nachhaltig verbessern soll. Wie in Kapitel 3 gezeigt, scheinen einfache lineare Modelle und einseitige Strategien keine wesentlichen nachweisbaren Einflüsse auf die Suizidrate zu haben. Das NBgD setzt deshalb gleichzeitig auf unterschiedlichen Ebenen an. Durch das 4-Ebenen-Konzept sollen Synergieeffekte erreicht werden, die über die Summe der Einzelmaßnahmen hinausgehen.

Von zentraler Bedeutung ist dabei eine Optimierung der hausärztlichen Versorgung. Patienten wenden sich bei Schwierigkeiten zuallererst an ihren Hausarzt und suchen in der Regel keine psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe auf. Die diagnostische und therapeutische Kompetenz des Hausarztes ist somit entscheidend, ob im Einzelfall eine Depression erkannt wird und geeignete Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können.

Eine Verbesserung der Primärversorgung allein scheint jedoch nicht ausreichend, um substantielle Fortschritte zu erzielen. Solange Betroffene, Angehörige sowie die Allgemeinbevölkerung unzureichend über Depression und ihre Zusammenhänge aufgeklärt sind, liegt ein entscheidender Hemmfaktor vor. Bagatellisierung der Erkrankung, mit der Erkrankung verbundene Ängste und Scham, unzureichendes Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und allgemeine Vorbehalte gegen Psychotherapie und Psychiatrie können dazu führen, dass trotz vorhandener guter Versorgungsangebote ein erheblicher Teil der Betroffenen ohne professionelle Unterstützung bleibt.

Neben der Gruppe der Ärzte sollte eine Einbeziehung aller weiteren Berufsgruppen stattfinden, die bereits heute in die Versorgung depressiver Menschen mit eingebunden sind. Dies sind unter anderem Altenpflegekräfte, Lehrkräfte, Beratungsstellen, Psychotherapeuten usw. Eine weitere Ebene befasste sich mit speziellen Maßnahmen für Betroffene und Angehörige.

Innerhalb eines kontrollierten Designs (Vergleiche zu Baselinewerten und einer Kontrollregion) werden als zentrales Erfolgskriterium Veränderungen in der Häufigkeit suizidaler Handlungen ausgewertet.

5 Methode

Das NBgD ist ein Subprojekt des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“. Das Kompetenznetz, seit 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert, besteht aus 25 Einzelprojekten, die unterschiedlichen Fragestellungen zum Thema Depression nachgehen. Eingebunden in das Netzwerk sind 18 Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken, ferner Bezirks- und Landeskrankenhäuser, psychosomatische Kliniken, niedergelassene Ärzte und Praxisnetze, Krankenkassen und weitere wichtige Partner im Versorgungssystem. Das Zentrum des bundesweiten Netzes befindet sich an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Zunächst werden die Aktivitäten innerhalb der verschiedenen Ebenen (Abb.11) des NBgD detaillierter vorgestellt. Anschließend werden der Zeitplan, die Projektdurchführung und Evaluation erläutert.

5.1 Der 4-Ebenen-Ansatz

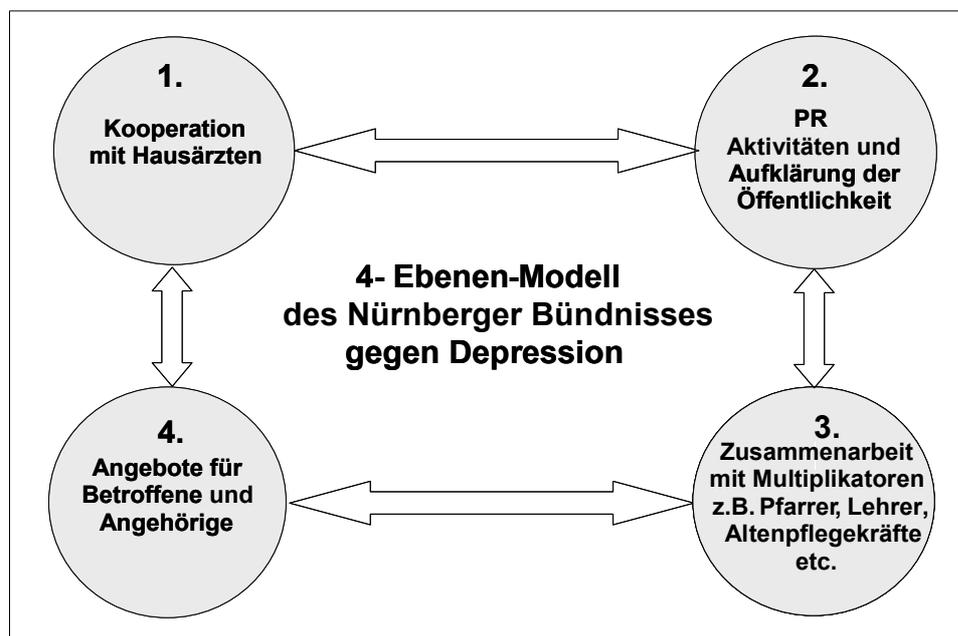


Abbildung 10: Der 4-Ebenen-Ansatz

5.1.1 Ebene 1: Kooperation mit Hausärzten

Niedergelassene Hausärzte befinden sich in einer schwierigen Situation. Zum einen steigt der Kostendruck innerhalb des Versorgungssystems, und die Ärzte sind gezwungen, zunehmend ökonomisch mit ihren Ressourcen umzugehen. Zum an-

deren sind die Entwicklungen in den Teildisziplinen der Medizin rasant und erfordern vom Hausarzt ständige Weiterbildung, um jeweils auf dem neuesten Stand der Forschung zu sein. Dabei konkurrieren nicht zuletzt verschiedenste Pharmafirmen um die Gunst der Hausärzte und versuchen, diese von ihrem Medikament zu überzeugen. Hausärzte erhalten ständig Angebote, sich fortzubilden, haben jedoch gleichzeitig einen Praxisbetrieb mit hohen laufenden Kosten, bei dem jeder Fehltag erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen mit sich bringt. Um Hausärzte für das NBgD gewinnen zu können, war es daher notwendig, ein stark auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe abgestimmtes Angebot zu machen. Im Einzelnen war dies:

- **Entwicklung eines Fortbildungscurriculums für die Hausärzte** (Gliederung siehe Anhang). Die Basisfortbildung mit dem Titel „Die Behandlung von depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis“ zielt auf eine Verbesserung der diagnostischen wie auch therapeutischen Fähigkeiten der Ärzte. Neben einem besseren Erkennen depressiv erkrankter Patienten und der Einleitung einer pharmakologischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Eigenschaften antidepressiver Medikamente (Wirklatenz, Nebenwirkungen, Pharmakokinetik etc.), gab die Veranstaltung auch Hinweise auf Abrechnungsmöglichkeiten innerhalb der antidepressiven Behandlung von Patienten. Die Ärzte wurden zudem intensiv auf Hauptursachen des Scheiterns antidepressiver Behandlungen aufmerksam gemacht; hier standen Probleme der Compliance an erster Stelle. Basisfertigkeiten zu Diagnostik und Umgang mit akuter Suizidalität wurden vermittelt.
- **Durchführung von 7 Fortbildungen mit 78 Teilnehmern** im Jahr 2001. Die Veranstaltungen wurden in Kooperation mit dem Ärztlichen Kreisverband angeboten und waren von der Landesärztekammer offiziell mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert. Darüber hinaus wurden die Fortbildungsveranstaltungen über die beiden großen Praxisnetze Nord und Süd in Nürnberg beworben.
- **Erstellung und Verteilung eines Lehrvideos für Hausärzte**, in dem Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen skizziert werden. Auch hier findet der Aspekt „Umgang mit akuter Suizidalität“ seinen Platz. Das Video soll Hausärzte ermutigen, häufiger und öfter eine antidepressive Behandlung zu beginnen bzw. zu einem fachärztlichen Kollegen zu überweisen.

- **Erstellung eines Aufklärungsvideos für Patienten und Angehörige**, um den Hausarzt bei der Aufklärung seiner Patienten zu unterstützen. Das 15-minütige Video, informiert über Ursachen, Symptome und medikamentöse Therapiemöglichkeiten bei Depressionen. Es konnte von jedem Hausarzt kostenlos beim „Nürnberger Bündnis“ bezogen werden und leihweise an den Patienten weitergegeben werden, um so eine vertiefte Aufklärung über das Behandlungsgespräch hinaus zu ermöglichen.
- Den Hausärzten wurden verschiedene **Sreening-Instrumente** zur Verfügung gestellt, mittels derer mit sehr geringem Zeitaufwand eine Vorselektion potentiell depressiver Patienten möglich ist. Insbesondere der WHO-5 (WHO 1998) wurde hierbei den Ärzten empfohlen. Er war im Rahmen einer weiteren Studie des Kompetenznetzes „Depression“ hinsichtlich seiner psychometrischen Qualitäten untersucht worden und zeigte sich als sensibles Instrument, das aufgrund seiner nicht psychiatrisierenden Fragestellung auch durch die Sprechstundenhilfen im Wartezimmer eingesetzt werden kann (Henkel et al. 2003).
- Den Ärzten wurden **Informationsflyer und Poster und Ratgeberbroschüren** kostenlos für ihre Patienten angeboten. Die ausführlichen Ratgeber „Depression“ wurden vom „Forum für seelische Gesundheit“ (Mainz) erstellt und gemeinsam mit dem Kompetenznetz „Depression“ für das Projekt in Nürnberg gedruckt (Auflage: 25.000).
- Es wurde eine eigene **Telefonhotline für die Beratung niedergelassener Ärzte** in Nürnberg eingerichtet, bei der ärztliche Kollegen im Falle von spezifischen Fragen einen Kollegen aus der Universitätsklinik in München werktags zu den üblichen Berufszeiten kontaktieren konnten.

Alle niedergelassenen Ärzte in Nürnberg wurden im Laufe des ersten Kampagnenjahres 4-6 mal angeschrieben, um auf verschiedene Angebote des „Nürnberger Bündnisses“ aufmerksam zu machen und um über den aktuellen Projektstand zu informieren.

5.1.2 Ebene 2: Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

Gemeinsam mit einer Nürnberger Werbeagentur wurde eine Informationskampagne für das NBgD erarbeitet. Die zentralen Botschaften, die über verschiedene Medien in hoher Frequenz und Dichte verbreitet wurden, lauteten folgendermaßen:

„Depression kann jeden treffen“

„Depression hat viele Gesichter“

„Depression ist behandelbar“

Damit sollten 3 wesentliche Aspekte depressiver Erkrankungen auf einfache Weise vermittelt werden: zum einen ihr großer Verbreitungsgrad, der sie zur Volkskrankheit macht, zum zweiten die Vielfalt bei der Ausgestaltung depressiver Erkrankungen, die für den Laien die Diagnose oft sehr schwierig macht und schließlich die guten pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, die gegenwärtig zur Verfügung stehen. Zur Vermittlung dieser Inhalte wurden folgende Aktivitäten umgesetzt:

- Eine **Plakatserie wurde** entworfen, die unterschiedliche Menschen (Junges Paar, Geschäftsmann, alter Mann, Mutter mit Kind etc.) mit Depression in Verbindung bringt und auf Hilfsmöglichkeiten aufmerksam macht (Motive siehe Anhang). Die Motive wurden sowohl als Groß- als auch als Kleinplakate gedruckt; Werbeflächen an stark frequentierten öffentlichen Plätzen wurden angemietet.
- **100.000 Informationsflyer** wurden entworfen, produziert und in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in den verschiedenen Versorgungseinrichtungen verteilt. **25.000 Ratgeberbroschüren** zum Thema „Depression“ (Umfang 60 Seiten) wurden ebenfalls auf diesem Wege weitergegeben. Bei allen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit entstandenen Materialien wurde darauf geachtet, dass stets dieselbe „Handschrift“ zu erkennen war.
- Ein **Kinospot** mit den zentralen Botschaften (siehe oben) zum Thema „Depression“ wurde gemeinsam mit einer Werbeagentur erstellt und lief seit Kampagnenbeginn im Multiplexkino von Nürnberg (alternierend in 2 von 10 Sälen).
- Eine **intensive Kooperation mit den lokalen Medien** (Printmedien, Hörfunk, Lokalfernsehen) wurde begonnen. Im ersten Kampagnenjahr fanden in Nürnberg 2 Pressekonferenzen und ein Pressegespräch zum Thema „Depression“ statt. Regelmäßig wurden die Medien mit Hintergrundinformationen zur Thematik versorgt; Experten und Betroffene wurden für Interviews oder Hintergrundgespräche vermittelt. Über sämtliche öffentliche Veranstaltungen wurden

Pressemitteilungen weitergegeben.

- Zahlreiche **öffentliche Veranstaltungen** rund um das Thema „Depression“ wurden organisiert, die die Thematik unter verschiedenen Blickwinkeln vorstellten und diskutierten. Im Laufe des ersten Kampagnenjahres fanden knapp 20 derartige Veranstaltungen statt, die jeweils von durchschnittlich über 100 Menschen besucht wurden.
- Die **Einbindung von ehrenamtlichen Helfern** in das NBgD hat sich sehr bewährt. Über das „Zentrum aktiver Bürger“ hat sich eine Aktionsgruppe „Depression“ gebildet, die die verschiedenen Veranstaltungen der Öffentlichkeit mit betreut hat sowie Informationsstände in der Nürnberger Innenstadt organisierte.
- Mit dem bayerischen Staatsminister Günther Beckstein und der heutigen Bundesministerin Renate Schmidt übernahmen zwei prominente Bürger Nürnbergs die **Schirmherrschaft** und gaben dadurch der Kampagne im Rahmen der öffentlichen Diskussion größeres Gewicht. Darüber hinaus bestand eine enge Kooperation mit dem Nürnberger Oberbürgermeister, der mehrmals für die Kampagne Stellung bezog und an öffentlichen Veranstaltungen teilnahm.

5.1.3 Ebene 3: Einbeziehung von weiteren Multiplikatoren

Die verschiedenen Aktivitäten wurden innerhalb des bereits bestehenden und gut ausgebauten Versorgungssystems in Nürnberg etabliert. Eine intensive Zusammenarbeit mit entsprechenden medizinischen und nicht-medizinischen Stellen erschien als wichtig, um auch langfristig die Versorgungssituation für depressiv erkrankte Patienten in Nürnberg zu verbessern. Neben der Gruppe der Hausärzte erschien es sinnvoll, auch diejenigen Berufsgruppen mit einzubeziehen, die bereits in die Versorgung depressiver Menschen mit eingebunden waren. Dies galt in erster Linie für Nervenärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter von Beratungsstellen, jedoch auch für Altenpflegekräfte, Pfarrer, Lehrer, Apotheker, Medienvertreter und Mitarbeiter der Telefonseelsorge (Abb.10).

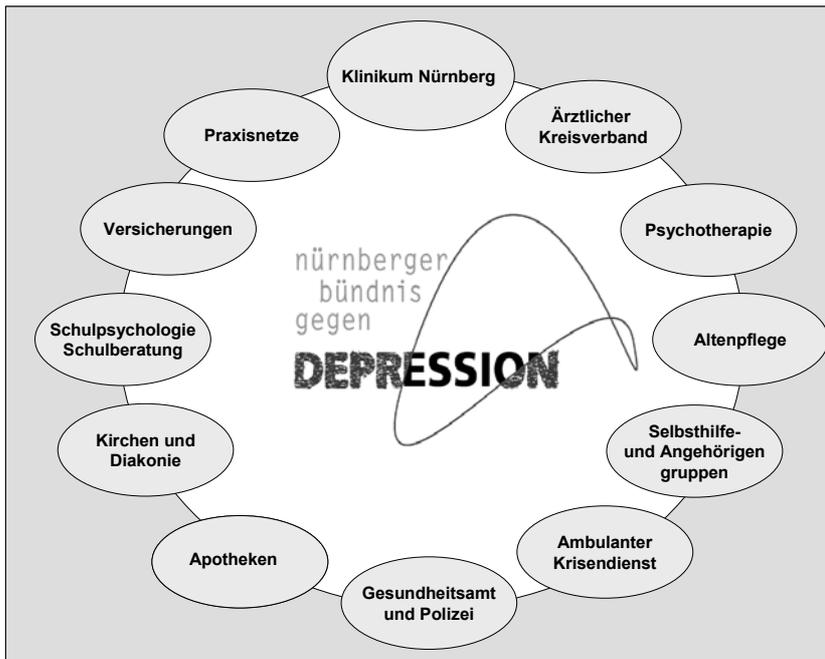


Abbildung 11: Kooperationspartner innerhalb des NBgD

- Im Jahr 2001 fanden insgesamt **62 Fortbildungsveranstaltungen mit 1553 Teilnehmern** zu den Themen Depression und Suizidalität statt. Das vorrangige Ziel war, das Erkennen depressiver Erkrankungen zu verbessern und im Zweifelsfalle eine Überweisung zu einem geeigneten Behandler einleiten zu können. Auch Diagnose und Umgang mit akuter Suizidalität waren Fortbildungsschwerpunkte. Das Interesse der entsprechenden Institutionen an einer Teilnahme am Projekt war groß. Allein im Bereich der Altenpflege wurden in Nürnberg mehr als 25 Fortbildungen durchgeführt.
- Den Multiplikatoren wurden zudem obengenannte **Informationsmaterialien** (Flyer, Broschüren, Aufklärungsvideo) zur Verfügung gestellt.
- Ein **Wegweiser „Depression“**, der das Angebot für depressiv erkrankte Menschen in Nürnberg transparent macht und die Vernetzung der verschiedenen Institutionen förderte, wurde gemeinsam mit den Multiplikatoren erstellt.
- Ein **„Medienguide“ zur Berichterstattung über Suizid** wurde entwickelt und allen lokalen Redaktionen der Nürnberger Printmedien persönlich vorgestellt. Zentrale Inhalte des Medienguides (siehe Anhang) sind Empfehlungen, Suizide möglichst nicht in dramatisierender Form darzustellen, auf Einzelheiten zu verzichten und Beschreibungen des Suizidenten, seiner Motive sowie seines persönlichen Hintergrundes zu vermeiden.

5.1.4 Ebene 4: Angebote für Betroffene und Angehörige

- Eine sogenannte „**Notfallkarte**“ wurde ab Sept. 2001 Patienten nach Suizidversuch angeboten, die in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt wurden. Auf der Notfallkarte war eine Telefonnummer notiert, über die rund um die Uhr ein Arzt der Klinik für Psychiatrie erreichbar war. Patienten wurden explizit ermutigt, im Falle einer weiteren Krise bzw. bei neuer Suizidalität in Akutsituationen davon Gebrauch zu machen und sich an die Klinik zu wenden. Ziel war eine Krisenintervention mit der Option einer unbürokratischen und raschen stationären Aufnahme im Bedarfsfall.
- Ein weiterer wichtiger Bereich war die **Stärkung des Selbsthilfebereichs** bei Depression. Verglichen mit anderen psychischen Krankheitsstörungen gibt es im Bereich von Depression bislang in der Bundesrepublik Deutschland wenig Selbsthilfeaktivitäten. Mit Unterstützung des Schweizer Selbsthilfevereins „Equilibrium“ und deren Erfahrungen ist es gelungen, Betroffenen eine Plattform zur Verfügung zu stellen, um sich besser zu organisieren. Bei einem sogenannten „Selbsthilfegruppen-Gründungsabend“ ist es gelungen, 8 Selbsthilfegruppen zu gründen (jeweils ca. 8-10 Teilnehmer), von denen sich mittelfristig 6 erhalten haben. Die Selbsthilfeaktivitäten wurden vom Regionalzentrum für Selbsthilfe unterstützt und supervidiert. Enge Kooperation bestand zudem mit dem „Verein der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.“, mit denen gemeinsame öffentliche Veranstaltungen durchgeführt wurden.

5.2 Zeitplan

Das Projekt wurde im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression“ im Jahre 1999 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung genehmigt. Die Erfassung der Baseline fand im Jahre 2000 in Nürnberg sowie Würzburg statt. Ebenfalls im Jahr 2000 wurden gemeinsam mit den Kooperationspartnern die Aktivitäten für die 2-jährige Interventionsphase (2001-2002) vorbereitet. In den Jahren 2003 und 2004 findet eine weitere begleitende Evaluation in Nürnberg und Würzburg statt.

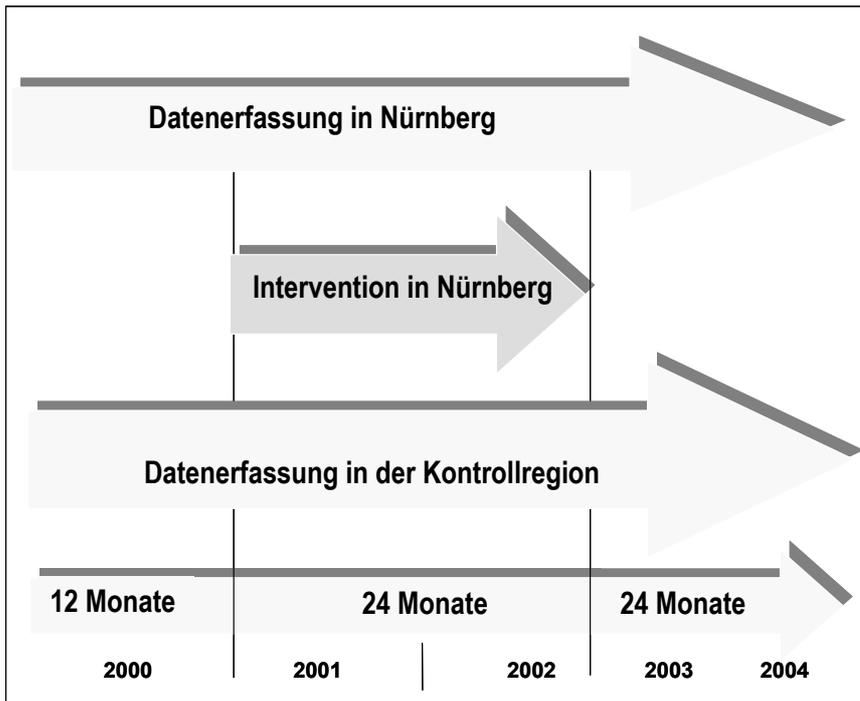


Abbildung 12: Zeitlicher Ablauf der Studie

5.3 Projektdurchführung und Projektressourcen

Das NBgD wurde wissenschaftlich von Prof. Dr. Ulrich Hegerl (LMU München) geleitet. Wichtigste Kooperationspartner sind die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Klinikum Nürnberg Nord) sowie die Universitätsklinik Würzburg für die Kontrollregion. Für die Projektorganisation und Durchführung stand eine BAT II a-Stelle zur Verfügung. Zudem wurde die Öffentlichkeitsarbeit von der Zentrale des Kompetenznetzes „Depression“ mitgestaltet. Ein Mitarbeiter konnte zudem im Rahmen einer Strukturmaßnahme für administrative Tätigkeiten innerhalb des Projekts gewonnen werden. Der Bereich der Altenpflegefortbildungen sowie Betreuung von Ärzten und Kooperationspartnern wurde von einer Gerontopsychologin übernommen. Für die Evaluation der Suizidversuche in Nürnberg stand dem Klinikum Nürnberg Nord eine $\frac{3}{4}$ BAT II a-Stelle zur Verfügung. Über die Personalkosten hinaus wurden vor allem Mittel zur Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen sowie zur Durchführung der Evaluation im ambulanten Bereich verwendet. Teile der kostenintensiven Öffentlichkeitsarbeit wurden über sonstige Drittmittel finanziert. Als wichtige Partner sind hier die AOK Bayern, der Caritas-Verein Nürnberg sowie die Sparda-Bank Nürnberg zu nennen. Das Gesamtvolu-

men des Projekts beträgt über eine Laufzeit von 5 Jahren insgesamt ca. 1 Million Euro.

5.4 Evaluation

5.4.1 Primäres Erfolgskriterium

Zentrales Evaluationskriterium zur Wirksamkeitsmessung des Programms sind Veränderungen bei Suiziden und Suizidversuchen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg.

5.4.2 Sekundäre Erfolgskriterien

Die Auswertung der sekundären Erfolgskriterien wird nicht in dieser Arbeit dargestellt, sondern geschieht an anderer Stelle. Der Vollständigkeit halber werden die wichtigsten dennoch kurz beschrieben:

- Veränderungen des Wissens und der Einstellungen der Öffentlichkeit zum Thema „Depression“ (u.a. Symptome; Ursachen; Behandlungsmöglichkeiten; Medikamente). Dazu wurden zu verschiedenen Zeitpunkten (Prä/post) repräsentative computergestützte Telefoninterviews mit je 1400 Befragten aus Nürnberg und der Kontrollregion durchgeführt (Althaus et al., 2002).
- Veränderungen in den Verschreibungsprofilen fachärztlich sowie hausärztlich tätiger Mediziner. Hier wird insbesondere ein Ansteigen der Antidepressivaverschreibungen erwartet, das sich signifikant von den Daten der Kontrollregion unterscheidet.
- Veränderung in der Medienberichterstattung. Hier werden Berichte über Suizidalität in 3 Nürnberger Zeitungen während der Baseline und im Interventionsjahr (nach Etablierung des Medienguides) ausgewertet. Ein Rückgang der Berichterstattung über Suizid wird erwartet.

5.5 Erfassungsinstrumente

Daten zu Suiziden in Nürnberg und Würzburg wurden über das Bayerische Landesamt für Statistik ermittelt.

Suizidversuche wurden mittels eines Dokumentationsbogens erfasst (siehe Anhang), der in wesentlichen Teilen dem Erfassungsinstrument der WHO-European Study on Parasuicide entsprach (Schmidtke et al., 1996a). In die Auswertung eingegangen sind Suizidversuche, die der Definition der WHO entsprachen (Bille Brahe et al., 1997, siehe Seite 22) und von Personen durchgeführt wurden, die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs seit mindestens 4 Wochen ihren 1. Wohnsitz in Nürnberg oder in der Kontrollregion hatten und über 18 Jahre alt waren. In die Auswertung gingen keine Fälle von habitueller Selbstbeschädigung bei gleichzeitiger Borderline-Persönlichkeitsstörung ein, da hier die Abgrenzung von suizidalen und nicht-suizidalen Handlungen problematisch erschien.

Mit dem Dokumentationsbogen wurden neben demografischen Variablen auch die primäre Methode der suizidalen nach X-Codierung (Dilling et al., 1991), die klinische Diagnose (ICD-10) des Betroffenen sowie frühere Suizidversuche festgehalten. Zudem fand eine Fremdbeurteilung des Motivs anhand der Feuerleinskala statt, die zwischen „suizidalen Gesten“, „suizidalen Pausen“ und „Suizidversuchen im engeren Sinn“ unterscheidet (Feuerlein, 1971).

Dem Erfassungsbogen wurden zusätzliche Kontrollvariablen hinzugefügt, um Veränderungen in der Erfassungsqualität messen zu können. Im einzelnen handelt es sich dabei um die Dokumentation des zeitlichen Abstands zwischen Suizidversuch und Erfassung, des primären Konsultationsgrundes des Betroffenen und um die Frage, inwieweit der Suizidversuch nur durch aktive Exploration erkannt wurde.

Es wurde vermutet, dass aufgrund von Sensibilisierung hinsichtlich der Thematik möglicherweise Auswirkungen auf die Erfassungsqualität entstehen könnten. Ärzte könnten als Folge von Schulungen größeres Augenmerk auf Suizidalität legen. Auch Patienten könnten sich ermutigt fühlen, Wochen oder Monate zurückliegende Suizidversuche zu berichten, die sonst nicht aktenkundig geworden wären. Die Folge wäre eine Verbesserung der „Erfassungsdichte“ und somit ein vermeintlicher Anstieg der Suizidversuchshäufigkeit. In diesem Fall müsste der Anteil der Fälle zunehmen, in denen der Suizidversuch nicht primärer Grund der medizini-

schen Kontaktaufnahme war. Auch müsste der Anteil der Fälle, in denen der Suizidversuch spontan berichtet wird, abnehmen. Zudem müsste dann die Zeitspanne zwischen dem Suizidversuch und der medizinischen Kontaktaufnahme größer werden.

5.6 Fragestellungen und Hypothesen

Die zentralen inhaltlichen Hypothesen, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht wurden, waren im Jahr 2000 a priori im Internet (www.kompetenznetz-depression.de) veröffentlicht worden.

5.6.1 Haupthypothese zur Entwicklung der Suizidalität

A) Im Vergleich zur Kontrollregion ist in der Interventionsregion eine signifikante Abnahme von suizidalen Handlungen (Suizide und Suizidversuche) zu beobachten.

P_x sei das Verhältnis der suizidalen Handlungen nach der Intervention zur Summe der Häufigkeiten vor und nach der Intervention in der Region x . Die statistischen Hypothesen lauten dann:

$H_0: P_{\text{Nürnberg}} \geq P_{\text{Würzburg}} \quad H_1: P_{\text{Nürnberg}} < P_{\text{Würzburg}}$.

Die Nullhypothese lässt sich konfirmatorisch durch einen einseitigen Chi-Quadrat-Test testen (Sachs, 1999). Power-Analysen zeigen, dass bei unveränderter Rate in Würzburg eine Reduktion suizidaler Handlungen von 15,59% und mehr in Nürnberg statistisch signifikant wird, wenn das Alphaniveau auf 0,05 festgelegt wird.

5.6.2 Zusatzhypothesen

Alle Zusatzhypothesen werden mit $\alpha=0,05$ zweiseitig getestet. Aufgrund des Nominalskalenniveaus werden in den meisten Fällen nonparametrische Verfahren verwendet. Bei Vierfelder-Vergleichen wurden stets die exakten Werte berechnet

(Fisher's p).

B1) Die Häufigkeit der Suizidversuche in Nürnberg nimmt während der Intervention im Vergleich zur Kontrollregion signifikant ab.

Power-Analysen zur Suizidversuchshäufigkeit zeigen für das oben beschriebene Testdesign, dass unter Berücksichtigung der geschätzten Suizidversuchshäufigkeiten in Nürnberg und Würzburg im Baselinejahr 2000 bei gleichbleibender Rate in Würzburg eine Reduktion von ca. 20% in Nürnberg erreicht werden müsste, um sich als statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau zu erweisen.

B2) Die Häufigkeit der Suizide in Nürnberg nimmt während der Intervention im Vergleich zur Kontrollregion signifikant ab.

Für Suizide zeigen Power-Analysen, dass unter Berücksichtigung der absoluten Suizide in Nürnberg und Würzburg im Baselinejahr 2000 bei gleichbleibender Rate in Würzburg eine Reduktion von ca. 30% in Nürnberg erreicht werden müsste, um sich als statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau zu erweisen.

B3) Die Suizidhäufigkeiten in Nürnberg in 2001 unterscheiden sich signifikant vom errechneten Erwartungswert auf der Basis der Werte aus den Jahren 1989 bis 2000.

Im Unterschied zu Suizidversuchen liegen für Suizide aufgrund der offiziellen staatlichen Suizidstatistiken auch die Häufigkeiten der Jahre vor der Baselinemessung vor. Aus diesen Zahlen lassen sich regressionsanalytisch Häufigkeiten für die Interventionsjahre berechnen, die ohne Intervention zu erwarten gewesen wären. Die Hypothese besagt, dass die Suizidhäufigkeit in Nürnberg im Interventionszeitraum niedriger ist als der berechnete Erwartungswert und außerhalb des 95% Konfidenzintervalls des Erwartungswerts liegt.

B4) Signifikante Abnahme der Suizidversuche, bei den harten Methoden „Erhängen“ oder „Sturz in die Tiefe“.

Innerhalb der Abnahme der Suizidversuche wird eigens auf diese spezielle Gruppe der besonders „harten“ Versuche fokussiert. Die Erfassung von Suizidversuchen geschieht mit einer relativen Unschärfe und hängt auf der einen Seite von der Aufmerksamkeit des untersuchenden Arztes (beispielsweise wird aktiv nach

Suizidversuchen exploriert) sowie vom Hilfesuchverhalten und der Auskunftsbereitschaft des Betroffenen ab. Insbesondere minder schwere Suizidversuchsfälle werden dabei leicht übersehen. Es ist möglich, dass aufgrund der erhöhten Sensibilisierung für dieses Thema innerhalb der Ärzteschaft in Nürnberg auch eine Veränderung bei der Erfassung bewirkt wird. So ist denkbar, dass zukünftig Ärzte bei Verdacht aktiver nachfragen, weil ihnen die Problematik vertrauter geworden ist. In diesem Falle würde die Erfassungsdichte steigen und in der Folge davon auch die Häufigkeit von Suizidversuchen. Um diese Effekte kontrollieren zu können, werden deshalb innerhalb der Suizidversuche „harte“ Methoden gezielt ausgewertet, bei denen ein Verschweigen bzw. ein Übersehen weniger leicht möglich ist. Dies gilt insbesondere für versuchtes „Erhängen“ und für „Sprung in die Tiefe“. Für diese Fälle ist zu erwarten, dass sie über die gesamte Kampagnendauer hinweg mit der gleichen Reliabilität erfasst werden.

B5) Der relative Anteil der Suizidversuche im engeren Sinn nimmt ab.

Suizidversuche „im engeren Sinne“ auf der Feuerlein-Skala (Feuerlein, 1971) bezeichnen diejenigen Versuche, die primär das Herbeiführen des Todes intendierten (im Gegensatz zur suizidalen Geste oder zur suizidalen Pause). Da die Kampagne vor allem auf Patienten mit Depression abzielt und hier bei vorhandener Suizidalität oft der eigentliche Todeswunsch vorherrscht, wird angenommen, dass zukünftig der relative Anteil der Suizidversuche im engeren Sinn abnimmt.

Über die Untersuchung dieser Hypothesen hinaus werden weitere explorative Analysen zu Suiziden und Suizidversuchen in Nürnberg durchgeführt. U.a. werden die genauen geschlechts- und altersspezifischen Raten berechnet sowie Veränderungen bei Suizidmethoden und Suizidversuchsmethoden dargestellt. Methoden von Suiziden und Suizidversuchen werden gegenüber gestellt und auf dieser Basis das Letalitätsrisiko für die unterschiedlichen Methoden berechnet.

5.7 Beschreibung der untersuchten Städte

Nürnberg ist eine industriell geprägte Stadt im bayerischen Regierungsbezirk Mittelfranken. Im Stadtgebiet leben rund 410.000 Menschen über 18 Jahren. Die Ar-

beitslosenquote lag im Jahr 2001 bei durchschnittlich 10,3 %. Nürnberg liegt mit 18,1 % Ausländeranteil deutlich über dem Bundesdurchschnitt (8,9%) und unter den 19 deutschen Großstädten mit mehr als 300.000 Einwohnern an 6. Stelle. Nürnberg wurde vor allem aus pragmatischen Gründen für die Studie ausgewählt. Die Größe der Stadt, die bestehenden Versorgungsstrukturen (z.B. Großklinikum Nürnberg Nord und etablierte Praxisnetze) und deren Kooperationsbereitschaft gaben den Ausschlag. In Nürnberg gibt es insgesamt rund 350 Hausärzte und etwa 70 Psychiater, Nervenärzte oder Neurologen. Im Großklinikum Nürnberg Nord sind die Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder und Jugendpsychiatrie integriert. Das Klinikum Nord betreut konsiliarisch die anderen stationären Einrichtungen in Nürnberg. Darüber hinaus gibt es etwa 150 kassenärztlich zugelassene Psychotherapeuten im Stadtgebiet von Nürnberg, sowie rund 40 Beratungsstellen, die dem psychosozialen Bereich im weitesten Sinn zugeordnet werden können.

Die Kontrollregion Würzburg umfasst die Stadt Würzburg sowie den Landkreis Würzburg im Regierungsbezirk Unterfranken mit insgesamt 235.000 Personen über 18 Jahren. Der Ausländeranteil beträgt durchschnittlich 7,8%, die Arbeitslosenquote in 2001 lag im Mittelwert bei 5,8 %. Würzburg wurde ausgewählt weil dort im Rahmen der „WHO European Study on Parasuicide“ bereits seit über 10 Jahren Suizidversuche evaluiert wurden, gleichzeitig aber keine Präventionsmaßnahmen geplant waren.

Nürnberg und Würzburg unterscheiden sich in ihren Altersprofilen. Der Anteil der unter 40-Jährigen ist in Würzburg höher (41,3 versus 37,3%), die über 60-Jährigen sind dagegen in Nürnberg stärker vertreten (30,4 versus 27,6%).

5.8 Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde von der LMU München aus organisiert und mit den Erfassern vor Ort in Nürnberg und Würzburg koordiniert. Regelmäßige Datenkontrollen und Abstimmungen sollten eine gleichbleibend hohe Erfassungsqualität sichern.

5.8.1 Suizide

Suizide in Nürnberg und Würzburg wurden über das Bayerische Landesamt für Statistik ermittelt. Im Landesamt werden amtliche Todesursachen dokumentiert und ausgewertet. Grundlage sind vor allem Angaben aus dem ärztlichen Totenschein. Die Feststellung eines Suizids erfordert dabei staatsanwaltschaftliche Ermittlungen, um ein Fremdverschulden auszuschließen. Neben Alter und Geschlecht wurden die Methoden der Suizide erfasst. Weitere Angaben liegen hier aus Datenschutzgründen nicht vor.

Insgesamt gingen 275 Fälle aus den Jahren 2000 und 2001 in die Auswertung ein, für die Informationen über Altersgruppe, Geschlecht und Suizidmethode vorliegen.

5.8.2 Suizidversuche

Es wurde seit dem 1. Januar 2000 jeder bekannt gewordene Suizidversuch in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik Nürnberg, der Universitäts Nervenlinik Würzburg, den ambulanten Krisendiensten, dem Gesundheitsamt Nürnberg und einer repräsentativen Stichprobe niedergelassener Nervenärzte in Nürnberg und Würzburg erfasst. Die Datenerfassung im stationären Bereich wurde von Psychologen in Nürnberg und Würzburg vor Ort koordiniert. Für die einbezogenen ambulanten Praxen fand regelmäßiges Monitoring statt. Die Datenerfassung in der Experimental- und Kontrollregion (Würzburg) wurde harmonisiert. Die Datenauswertung wurde an der psychiatrischen Klinik der LMU durchgeführt. Insgesamt wurden in Nürnberg und Würzburg im Erfassungszeitraum von 2 Jahren 1.210 nichttödliche suizidale Handlungen von Personen über 18 Jahren mit Lebensmittelpunkt Nürnberg oder Würzburg (Stadt oder Land) erfasst. Die Suizidversuche in beiden Regionen wurden in über 90% der Fälle von Ärzten oder klinischen Psychologen erfasst, die entweder stationär oder ambulant tätig und mit der ICD-10 Diagnostik (Dilling et al., 1991) vertraut waren. Die meisten Suizidversuchsfälle wurden in den psychiatrischen Kliniken (inkl. deren Konsiliardienste) erfasst (Tab.3 u. Tab.4).

Tabelle 3: Orte der Erfassung von Suizidversuchsfällen (Nürnberg)

	2000	2001
Psychiatrie inkl. Ambulanz	279	277
Psychosomatik inkl. Krisendienst	179	116
sonst. Kliniken	16	5
niedergelassene Psychiater	42	30
Gesundheitsamt	25	9
sonstige	7	5
gesamt	548	442

Tabelle 4: Orte der Erfassung von Suizidversuchsfällen (Würzburg)

	2000	2001
Uni-Nervenlinik	68	61
Krisendienst	0	3
Nervenärzte/ Psychiater	1	1
Konsile	43	61
andere Kliniken	13	14
gesamt	125	140

6 Ergebnisse

6.1 Häufigkeit suizidaler Handlungen in 2000 und 2001

Entsprechend der zentralen Hypothese A wurden die Häufigkeiten suizidaler Handlungen (Suizide und suizidale Episoden) in Nürnberg im Jahr 2000 und 2001 den Daten aus Würzburg gegenübergestellt (Abb.13). Tab.5 zeigt die Abnahmen für Männer (-22,8%), Frauen (-16,3%) sowie der Gesamtfälle (-19,4%). In Bezug auf die Vergleichsdaten aus der Kontrollregion Würzburg unterscheidet sich die Entwicklung der Häufigkeit suizidaler Handlungen signifikant von der in Würzburg ($\chi^2=3,02$; $p =0,041$ einseitig). Die Häufigkeiten für Männer unterscheiden sich in den beiden Jahren ebenfalls signifikant im Vergleich zu Würzburg ($\chi^2= 3,30$; $p =0,035$, einseitig). Für Frauen wird Signifikanz klar verfehlt ($\chi^2= 0,45$, $p =0,251$).

Tabelle 5: Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg (2000-2001)

		2000			2001				
		Suizide	SVe	gesamt	Suizide	SVe	gesamt	Diff	Diff %
Nürnberg	Männer	66	223	289	55	168	223	-66	-22,8%
	Frauen	34	297	331	20	257	277	-54	-16,3%
	Gesamt	100	520	620	75	425	500	-120	-19,4%
Würzburg	Männer	46	42	88	31	62	93	5	5,7%
	Frauen	12	83	95	11	78	89	-6	-6,3%
	Gesamt	58	125	183	42	140	182	-1	-0,5%

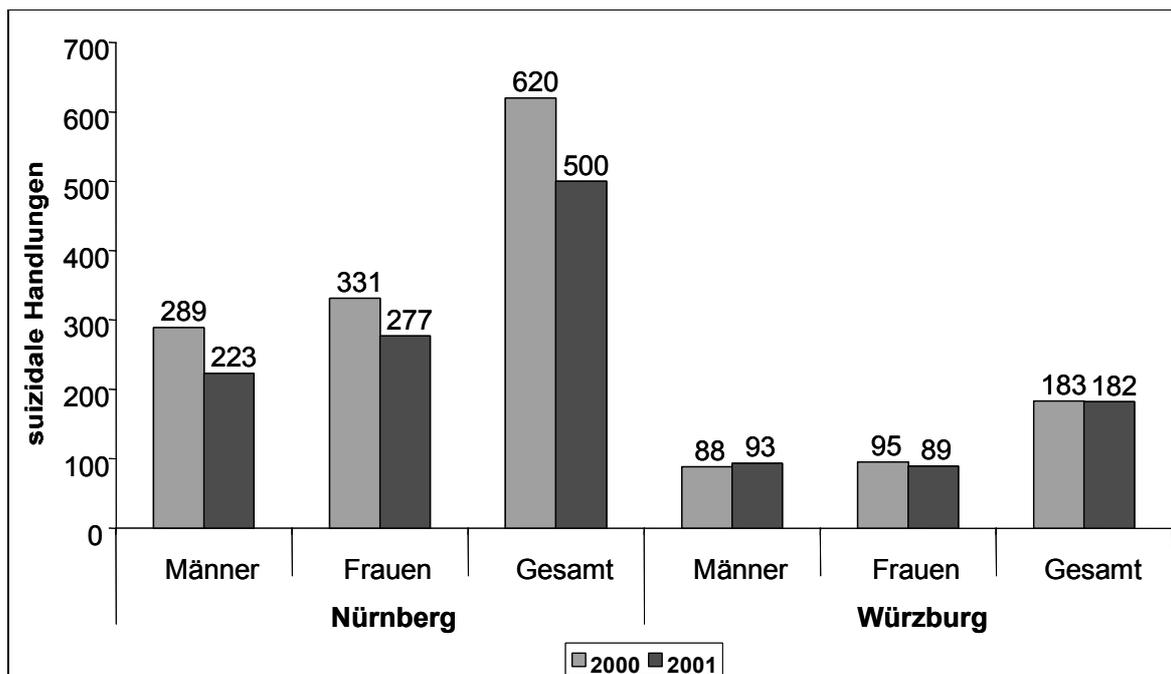


Abbildung 13: Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg (2000-2001)

6.1.1 Häufigkeit von Suizidversuchen in 2000 und 2001

Alter	Personen nach Suizidversuch Nürnberg					Personen nach Suizidversuche Würzburg				
	2000	/100.000	2001	/100.000	Diff %	2000	/100.000	2001	/100.000	Diff
18-29	146	207,8	108	152,5	-26,6%	40	87	50	105,8	21,6%
30-39	131	154,8	88	104,7	-32,4%	26	50,8	31	62,8	23,4%
40-49	92	135	73	104,3	-22,8%	16	38,4	31	71,5	86,0%
50-59	49	77,9	54	87,8	12,7%	12	38,1	10	31,8	-16,5%
60-69	23	37,9	24	38,4	1,3%	10	31,9	3	9,3	-70,9%
70-79	14	33,2	14	33,6	1,1%	9	40	6	26,9	-32,9%
>80	19	85,3	13	56,1	-34,3%	7	63,8	5	43,3	-32,3%
unbestimmt	1		1			0		2		
gesamt	475	115,5	375	90,6	-21,6%	120	51,1	138	58,1	13,8%

Tabelle 6: Suizidversuchsraten nach Alter in Nürnberg und Würzburg (2000-2001)

Während in Würzburg im Jahr 2001 die Zahl der Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, von 120 auf 138 Fälle stieg (+15%), sank in Nürnberg die Suizidversuchsrate um 21,6 % von 475 auf 375 Fälle (Tab.6). Damit unterscheiden sich Nürnberg und die Kontrollregion signifikant von einander (exakter Test nach Fisher: $p=0,008$; siehe Abb.14).

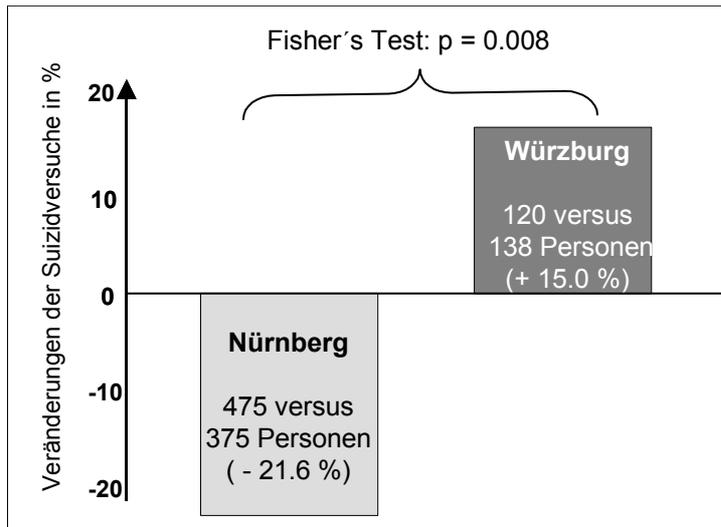


Abbildung 14: Personen nach Suizidversuch in NÜ und WÜ (2000-2001)

Die Geschlechtsverteilung der Personen nach Suizidversuch in Nürnberg und Würzburg unterscheidet sich nicht signifikant (Fisher's $p = 0,293$). Knapp 60% der Personen, die Suizidversuche unternahmen, waren Frauen. Der Anstieg der Suizidversuche in Würzburg ging ausschließlich auf Männer zurück (Tab.7). Der Ausländeranteil entspricht für beide Städte dem relativem Ausländeranteil in der Bevölkerung: in Nürnberg betrug er während der Baseline 14,4% und im Interventionsjahr 15,1% (Würzburg 5,6% versus 7,8%).

Tabelle 7: Personen nach SV in NÜ und WÜ nach Geschlecht (2000-2001)

		2000	2001	Gesamt	Diff %
Nürnberg	männlich	208 (43,8%)	153 (40,8%)	361(42,4%)	-26,4%
	weiblich	267 (56,2%)	222 (59,2%)	489 (57,6%)	-16,9%
	gesamt	475	375	850	-21,6%
Würzburg	männlich	42 (35,0%)	62 (44,9%)	104 (40,3%)	47,6%
	weiblich	78 (65,0%)	76 (55,1%)	154 (59,7%)	-2,6%
	gesamt	120	138	258	15,0%

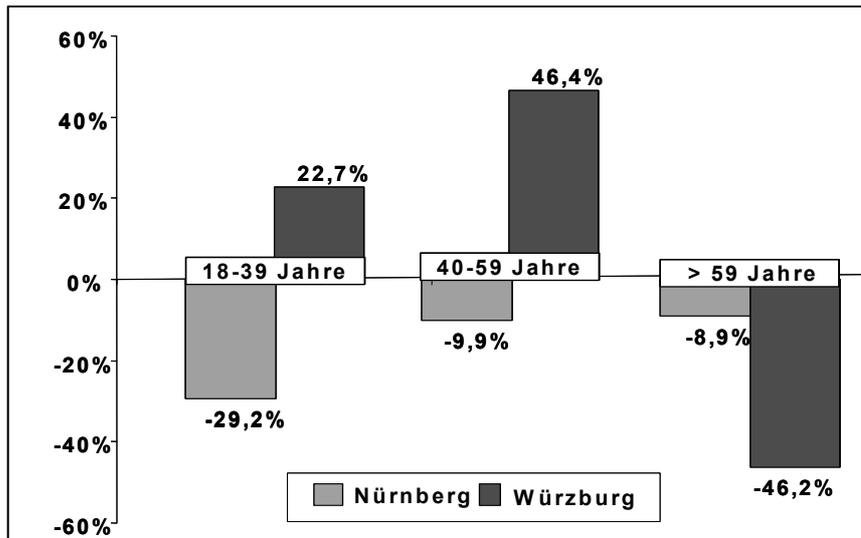


Abbildung 15: Suizidversuche in NÜ und WÜ nach Altersgruppen (2000-2001)

Vergleicht man die prozentuale Veränderung für verschiedene Altersgruppen, zeigt sich für Würzburg im Gegensatz zu Nürnberg eine uneinheitliche Entwicklung. Während bei den unter 60-Jährigen ein starker Anstieg der Suizidalität festzustellen ist, ist die Entwicklung für die über 60-Jährigen stark rückläufig.

6.1.2 Suizidraten von Nürnberg und Würzburg im Vergleich

Hypothese B2 postuliert eine signifikante Abnahme der Suizide in Nürnberg im Jahr 2001 im Vergleich zur Baseline und der Kontrollregion. Abb.16 zeigt die Suizide für Männer und Frauen in Nürnberg und Würzburg für die Jahre 2000 und 2001. Hierbei wird deutlich, dass sowohl in Nürnberg als auch in Würzburg starke Abnahmen von rund 25% zu beobachten waren. Der Rückgang der Suizide unterscheidet sich nicht signifikant in beiden Regionen. Während in Nürnberg vor allem die Suizide von Frauen rückläufig waren, nahmen in Würzburg in erster Linie die Suizide der Männer ab. Tab.8 zeigt die Abnahmen der Populationsraten für die beiden Regionen und für Bayern. In Nürnberg und Würzburg zeigen sich jeweils Abnahmen um rund 5 Fälle je 100.000 Einwohner; in Bayern blieben die Raten dagegen weitgehend konstant. Hier betrug der Rückgang nur 3,7%. Die Suizidraten für Männer und Frauen im Jahr 2001 zeigen sowohl für Nürnberg als auch Würzburg eine deutliche Annäherung an die bayerischen Durchschnittswerte.

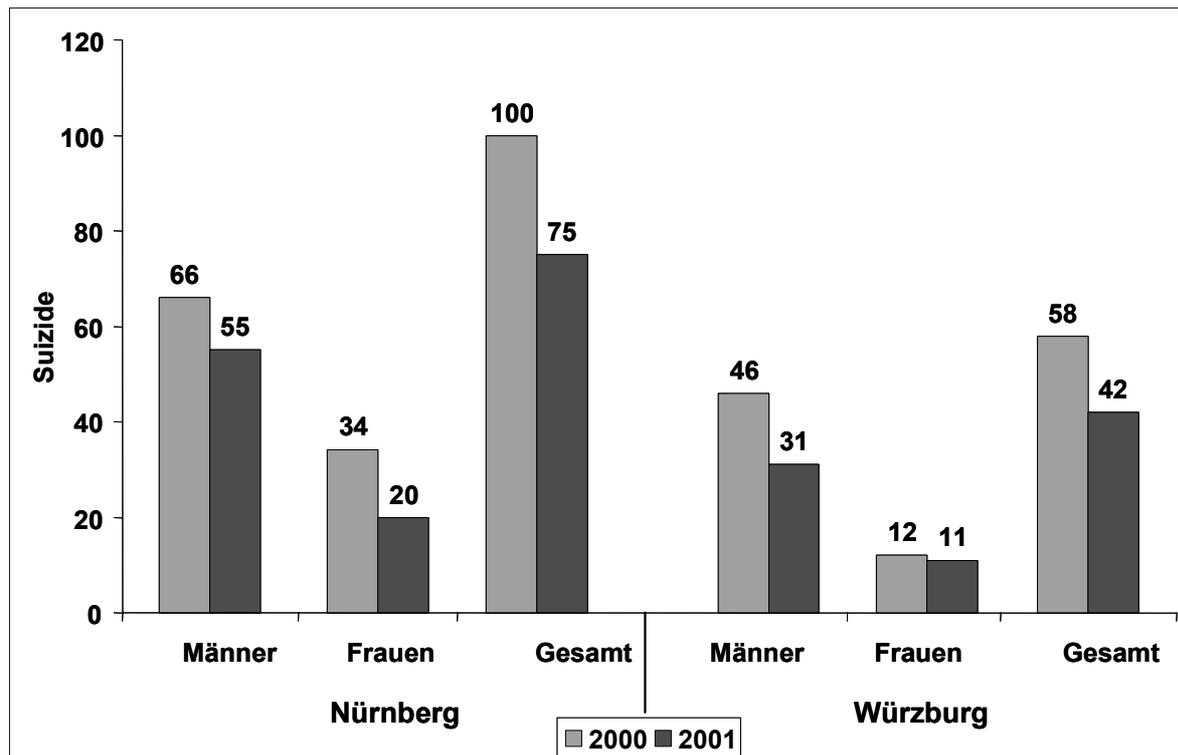


Abbildung 16: Suizide in NÜ und WÜ (2000-2001)

Tabelle 8: Suizidraten in Nürnberg, Würzburg und Bayern je 100.000 Einwohner (2000-2001)

		2000	2001
Nürnberg	Männer	28,1	23,3
	Frauen	13,4	7,8
	gesamt	20,5	15,3
Würzburg	Männer	33,4	22,4
	Frauen	8,0	7,3
	gesamt	20,2	14,5
Bayern	Männer	23,6	23,6
	Frauen	8,8	7,6
	gesamt	16,0	15,4

6.1.3 Suizide in Nürnberg von 1989 bis 2001

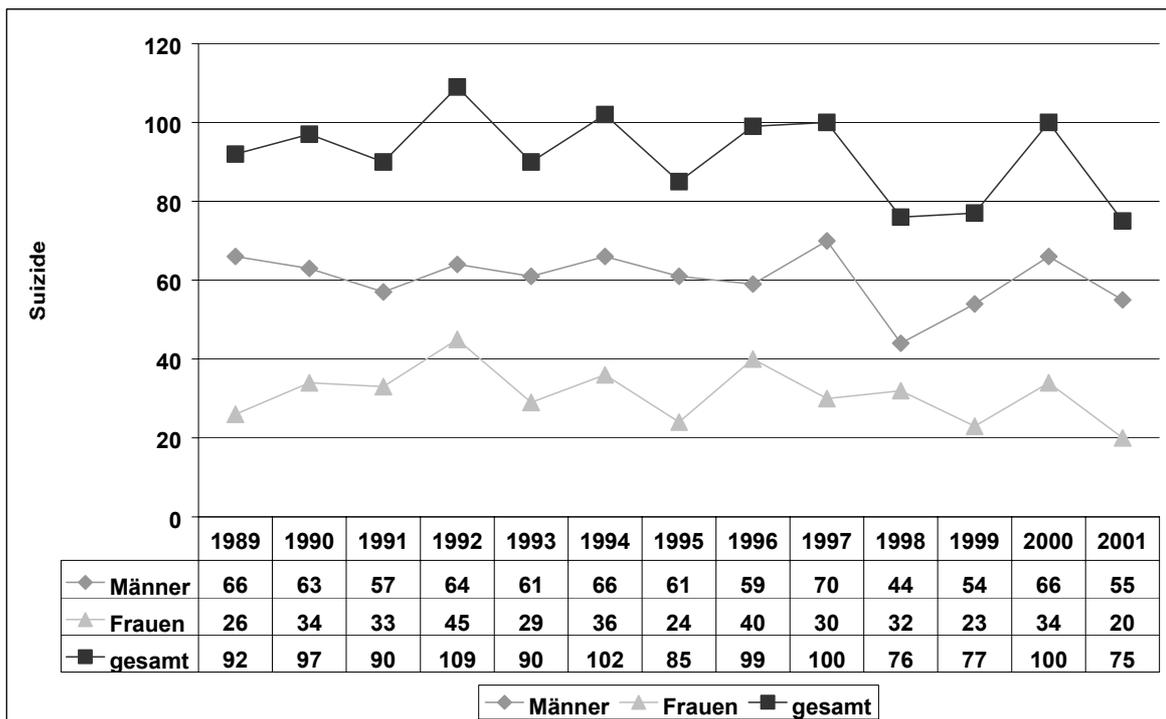


Abbildung 17: Suizide in Nürnberg im Zeitverlauf (1989-2001)

Hypothese B3 besagt, dass die Suizidhäufigkeit in Nürnberg nach dem ersten Interventionsjahr signifikant vom Trend der 12 Vorjahre abweicht. Abb.17 zeigt die Suizide in Nürnberg seit 1989. Der höchste Wert wurde im Jahr 1992 gemessen (109 Fälle); der niedrigste im Jahr im Jahr 2001 (75 Fälle). Der Mittelwert der Jahre 1989-2000 liegt bei 93,1 (Standardabweichung (SD)=10,1). Der Mittelwert der männlichen Suizide betrug 60,6 (SD=6,9). Der niedrigste Wert für Männer wurde 1998 gemessen (44 Fälle), der höchste 1997 (70 Fälle). Der Mittelwert der weiblichen Suizide betrug 32,2 (SD=6,4). Das Maximum wurde 1992 gemessen (45 Fälle); der im Jahr 2001 (20 Fälle) ermittelte Wert bedeutet einen historischen Tiefstand.

Ermittelt man auf der Basis der Daten von 1989 bis 2000 prognostisch die Werte für 2001 und das dazugehörige Konfidenzintervall, so ergibt sich folgendes Bild: der erwartete Wert liegt bei 84,4; das 95%Vertrauensintervall liegt zwischen 72,1 und 96,7. Damit liegt die ermittelte Häufigkeit von 75 Suiziden innerhalb des Vertrauensintervalls und die Hypothese B3 muss zurückgewiesen werden.

6.1.4 Rückgang harter Suizidversuche

Hypothese B4 besagt, dass es in Nürnberg zu einer signifikanten Abnahme bei den Suizidversuchsmethoden „Erhängen“ und „Sprung in die Tiefe“ gekommen ist. Diese Art von Suizidversuchen haben im Vergleich von 2000 und 2001 von 60 auf 23 Fälle (Tab.10) abgenommen (-61,7%). Suizidversuche mit anderen Methoden nahmen dagegen nur um -12,6% ab. (Prä: 460; post: 402). Dieser Unterschied zwischen den harten und anderen Methoden ist signifikant (Fisher's $p < 0,001$). Damit wird Hypothese B4 bestätigt.

Tabelle 9: Suizidversuchsmethoden in NÜ (2000-2001)

	X-Codierung	2000	2001	Diff	Diff%
Überdosis Psychopharmaka	61	234	205	-29	-12,4%
Narkotika und Halluzinogene	62	4	5	1	25,0%
sonstige Medikamente	60; 63; 64	86	85	-1	-1,2%
Alkoholvergiftungen	65	20	5	-15	-75,0%
Dämpfe/Lösungsmittel	66	2	1	-1	-50,0%
Gase	67	3	3	0	0,0%
Insektizide u. sonst. Chemikalien	68-69	5	6	1	20,0%
Erhängen /Erdrosseln	70	26	9	-17	-65,4%
Ertrinken	71	4	0	-4	-100,0%
Erschießen	72-74	2	1	-1	-50,0%
Stiche / Schnitte	78	80	71	-9	-11,3%
Sturz aus Höhe	80	34	14	-20	-58,8%
Überrollen lassen	81	6	5	-1	-16,7%
sonstiges	75; 76; 79; 82; 83	14	15	1	7,1%
Summe		520	425	95	18,3%

Tabelle 10: Suizidversuchsmethoden in NÜ und WÜ

	Nürnberg		Würzburg	
	2000	2001	2000	2001
Vergiftung mit Psychopharmaka	238 (45,8%)	210 (49,5%)	49 (38,7%)	63 (45,3%)
Vergiftung mit sonst. Medikamenten	86 (16,5%)	85 (20,0%)	31 (26,1%)	35 (25,5%)
sonstige Vergiftungen	30 (5,8%)	15 (3,5%)	14 (10,1%)	8 (5,8%)
Erhängen / Strangulation	26 (5,0%)	9 (2,1%)	3 (2,5%)	2 (1,5%)
Schnitte / Stiche	80 (15,4%)	71 (16,7%)	20 (16,0%)	23 (16,1%)
Sturz aus Höhe	34 (6,5%)	14 (3,3%)	3 (2,5%)	2 (1,5%)
sonstige Methoden	26 (5,0%)	20 (4,7%)	4 (3,4%)	6 (4,4%)
	520 (100%)	424 (100%)	124 (100%)	139 (100%)

Die Profile der Suizidversuchsmethoden in Nürnberg und Würzburg in 2000 und 2001 (Tab.10) entsprechen sich im Wesentlichen. Der Anteil der Vergiftungen in Würzburg (76,0%) lag tendenziell etwas höher als in Nürnberg (70,3%; Fisher's $p = 0,075$). Die besonders harten Methoden, wie versuchte Strangulation und Sprung in die Tiefe, wurden in Nürnberg häufiger erfasst als in Würzburg (8,8% versus 3,8%; Fisher's $p = 0,008$).

6.1.5 Relativer Anteil von Suizidversuchen im engeren Sinn

Laut Hypothese B5 nimmt der relative Anteil der „Suizidversuche im engeren Sinn“ in Nürnberg im Vergleich zu „suizidalen Gesten“ und „suizidalen Pausen“ sowie im Vergleich zur Kontrollregion signifikant ab. Tab.11 zeigt für Nürnberg und Würzburg den relativen Anteil der Einschätzungen in beiden Jahren.

Tabelle 11: Motiveinschätzung auf der Feuerleinskala in NÜ und WÜ (2000-2001)

	Nürnberg		Würzburg	
	2000	2001	2000	2001
Suizidale Geste	148 (28,7%)	100 (23,8%)	31 (28,4%)	33 (25,4%)
Suizidale Pause	162 (31,4%)	125 (29,7%)	24 (22%)	40 (30,8%)
Suizidversuch im engeren Sinn	206 (39,9%)	196 (46,6%)	54 (49,5%)	57 (43,8%)

Die Ergebnisse zeigen eine umgekehrte Tendenz als ursprünglich angenommen. Die Entwicklung der Suizidversuche „im engeren Sinn“ in Nürnberg unterscheidet sich allerdings signifikant von der bei suizidalen Pausen und Gesten (Fisher's $p = 0,047$). Veränderungen der Häufigkeit von Suizidversuchen im engeren Sinn in Nürnberg und in Würzburg in 2000 und 2001 unterscheiden sich dagegen nicht signifikant voneinander (Fisher's $p = 0,669$).

6.1.6 Erfassungsqualität von Suizidversuchen

In beiden Jahren war in Nürnberg in rund 10% der Fälle der Suizidversuch nicht der Hauptgrund für die ärztliche Kontaktaufnahme (2000: 9,8%; 2001: 10,1%).

Sowohl während Baseline als auch im Interventionsjahr geben 16% der Erfasser in Nürnberg an, dass der Suizidversuch nicht spontan berichtet wurde, sondern nur nach aktiver Exploration thematisiert werden konnte. In beiden Variablen gab es somit keine signifikanten Veränderungen (Fisher's $p > 0,05$).

Tabelle 12: Zeitpunkt der Erfassung der Suizidversuche in NÜ und WÜ (2000-2001)

	Nürnberg				Würzburg			
	2000		2001		2000		2001	
gleicher Tag	408	82,6%	334	82,7%	71	65,7%	107	80,5%
1 Tag	40	8,1%	23	5,7%	26	24,1%	21	15,8%
2 Tage	20	4,0%	15	3,7%	7	6,5%	1	0,8%
3-7 Tage	14	2,8%	19	4,7%	3	2,8%	2	1,5%
>7 Tage	12	2,4%	13	3,2%	1	0,9%	2	1,5%
	494	100,0%	404	100,0%	108	100,0%	133	100,0%

Bei der Auswertung der Zeitspanne zwischen suizidaler Handlung und medizinisch/psychiatrischer Kontaktaufnahme zeigt sich für Nürnberg eine signifikante Zunahme (vgl. Tab.12) im Interventionsjahr im Vergleich zum Baselinejahr. (Mann-Whitney-U; $p=0,030$; zweiseitig), während die Zeitspanne in Würzburg rückläufig war (Mann-Whitney-U; $p=0,008$). Sowohl in Nürnberg als auch Würzburg wurden über 90% der Suizidversuche innerhalb von 48 Stunden erfasst.

6.2 Weitere Analysen zu suizidalen Handlungen in Nürnberg

Die Suizidversuche in Nürnberg werden im Folgenden bezüglich Häufigkeiten, Methoden und weiterer Variablen ausgewertet.

6.2.1 Häufigkeiten und Raten

Die Anzahl der Suizidversuche (parasuizidale Episoden) hat sich in Nürnberg von 520 im Baselinejahr auf 425 im Interventionsjahr reduziert. Im Jahr 2000 wurden 42,9% der Versuche von Männern unternommen, im Jahr 2001 waren es 39,5%. Abb.18 zeigt die Fallreduktion für die einzelnen Altersgruppen. Eine Abnahme der Episoden errechnet sich nur für die 18-45-Jährigen. Die ältere Population zeigt dagegen über den Erfassungszeitraum von 2 Jahren hinweg sehr stabile Zahlen.

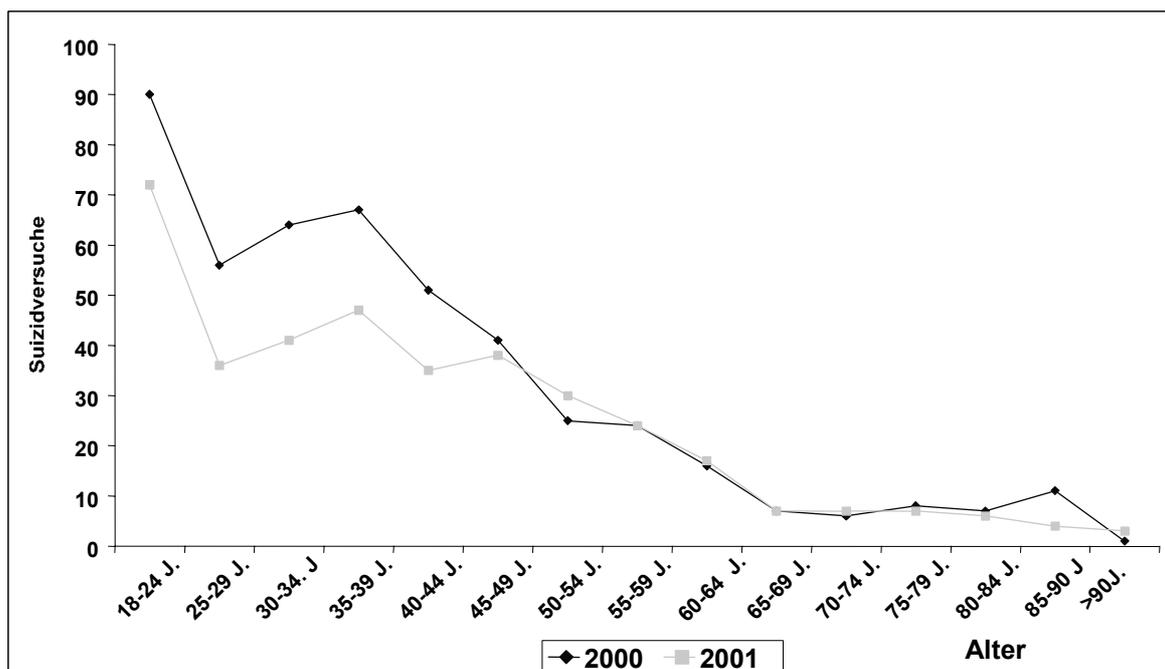


Abbildung 18: Suizidversuche in Nürnberg in den einzelnen Altersgruppen (2000-2001)

Dieser altersspezifische Effekt zeigt sich sowohl für Männer (Abb.19) als auch für Frauen (Abb.20). Bei den Männern betrug der Rückgang der Episoden 24,7%, bei den Frauen 13,5%, ohne dass der Unterschied statistisch signifikant war (Fisher's $p = 0.319$). Im Baselinejahr entfielen 57,1% der Episoden auf die Bevölkerung unter 40 Jahren; im Interventionsjahr waren dies 52,4%.

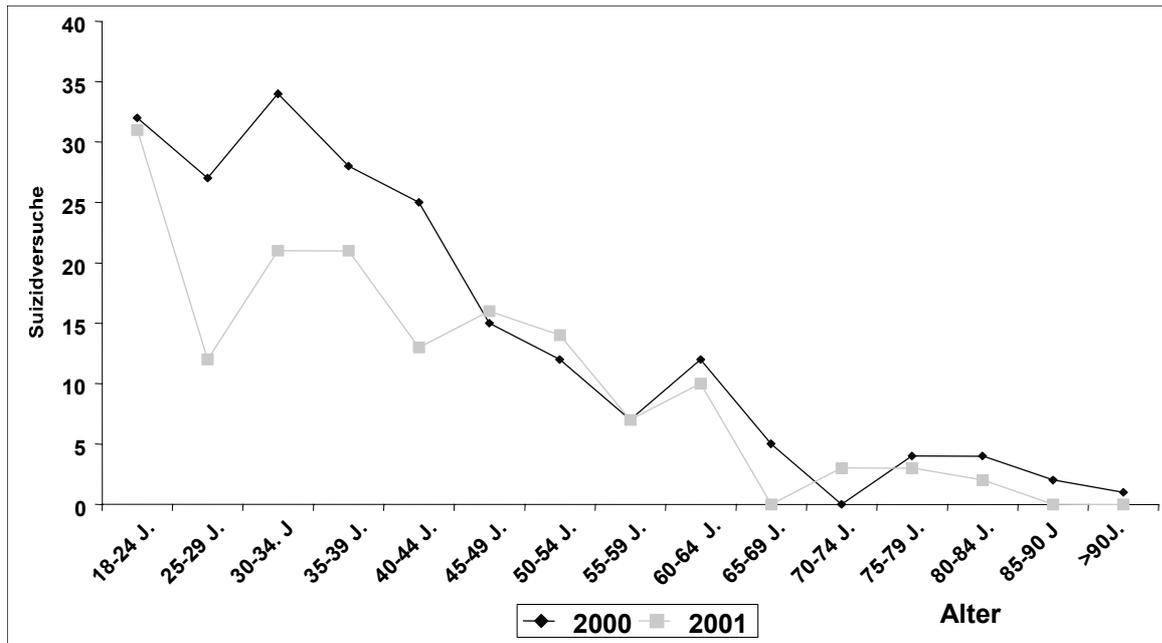


Abbildung 19: Suizidversuche in den einzelnen Altersgruppen (Männer; 2000-2001)

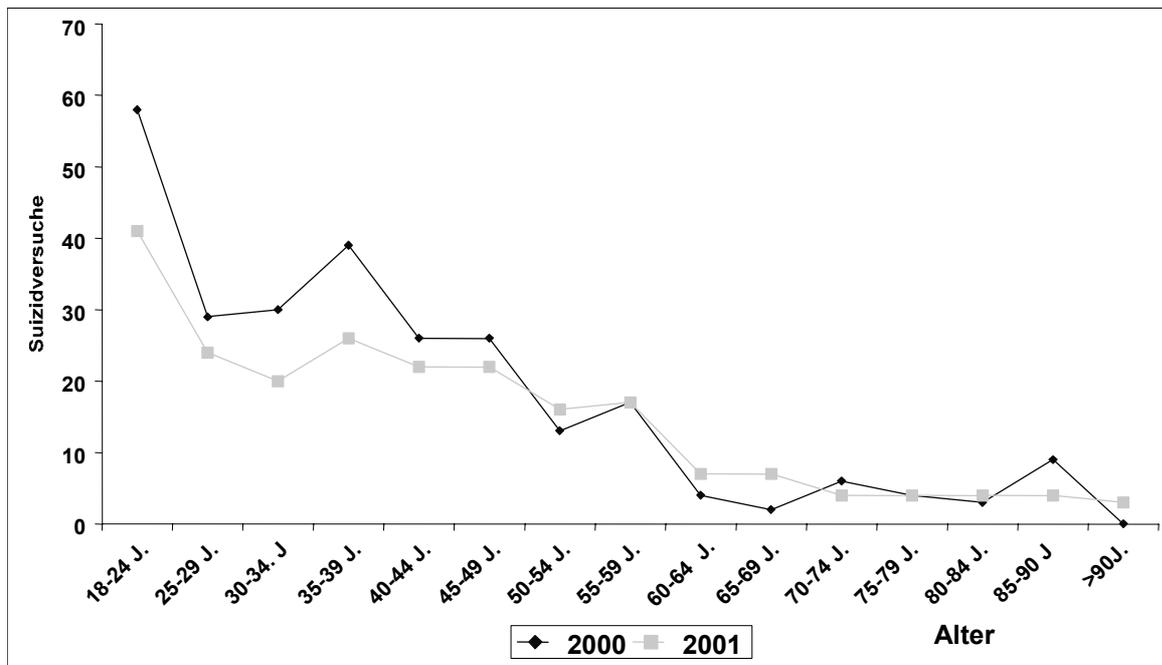


Abbildung 20: Suizidversuche in den einzelnen Altersgruppen (Frauen; 2000-2001)

Tab.13 und Tab.14 zeigen für verschiedene Altersgruppen in Nürnberg und Würzburg, wie viele Personen jeweils in den beiden Jahren mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. Daraus errechnen sich die populationsbezogenen Suizidversuchsraten für das Baselinejahr und das erste Jahr der Intervention. Es zeigte sich ein Rückgang der Gesamtrate von 115,5 auf 90,6 Suizidversuche pro 100.000 Einwohner. Dies entspricht einer Abnahme um 21,55% im Vergleich zum

Jahr 2000.

Tabelle 13: Suizidversuche (Sve) und Suizidversuchsraten (/100.000) in NÜ 2000

Alter	Männer			Frauen			Gesamt		
	Einwohner	Sve	/100.000	Einwohner	Sve	/100.000	Einwohner	Sve	/100.000
18-29	34525	59	170,9	35739	87	243,4	70264	146	207,8
30-39	44725	62	138,6	39907	69	172,9	84632	131	154,8
40-49	34390	40	116,3	33764	52	154,0	68154	92	135,0
50-59	31056	19	61,2	31835	30	94,2	62891	49	77,9
60-69	28436	17	59,8	32255	6	18,6	60691	23	37,9
70-79	15824	4	25,3	26360	10	37,9	42184	14	33,2
>80	5896	7	118,7	16366	12	73,3	22262	19	85,3
gesamt	194852	208	106,7	216226	267	123,5	411078	475	115,5

Tabelle 14: Suizidversuche (Sve) und Suizidversuchsraten (/100.000) in NÜ 2001

Alter	Männer			Frauen			Gesamt		
	Einwohner	Sve	/ 100.000	Einwohner	Sve	/ 100.000	Einwohner	Sve	/ 100.000
18-29	34684	43	124,0	36159	65	179,8	70843	108	152,5
30-39	44361	42	94,7	39682	46	115,9	84043	88	104,7
40-49	35421	29	81,9	34597	44	127,2	70018	73	104,3
50-59	30203	21	69,5	31315	33	105,4	61518	54	87,8
60-69	29485	10	33,9	33013	14	42,4	62498	24	38,4
70-79	16038	6	37,4	25686	8	31,1	41724	14	33,6
>80	6173	2	32,4	17020	11	64,6	23193	13	56,1
Gesamt	196365	153	77,9	217472	222	102,1	413837	375	90,6

In Abb.21-23 sieht man jeweils grafisch die daraus resultierenden Diagramme (Gesamt; Männer; Frauen). Die Suizidversuchsrate ist bei den unter 30 Jährigen am höchsten und liegt ca. 5- bis 6-mal so hoch wie die Rate der 60-80-Jährigen. Ab 80 Jahre steigt die Suizidversuchsrate erneut an.

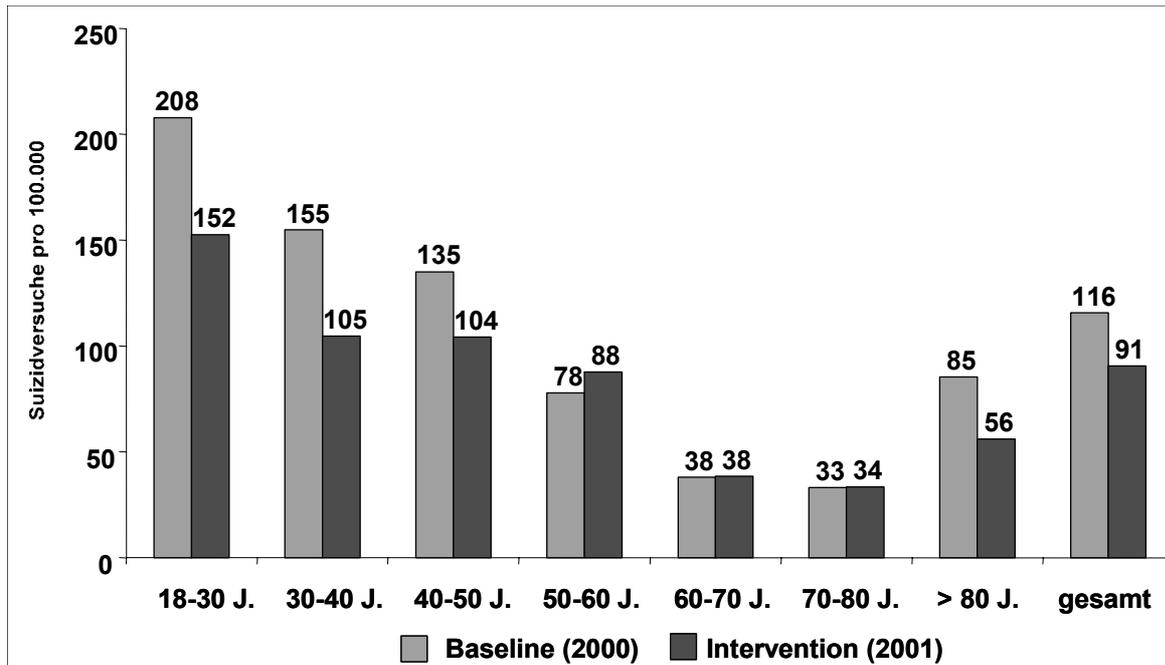


Abbildung 21: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (2000-2001)

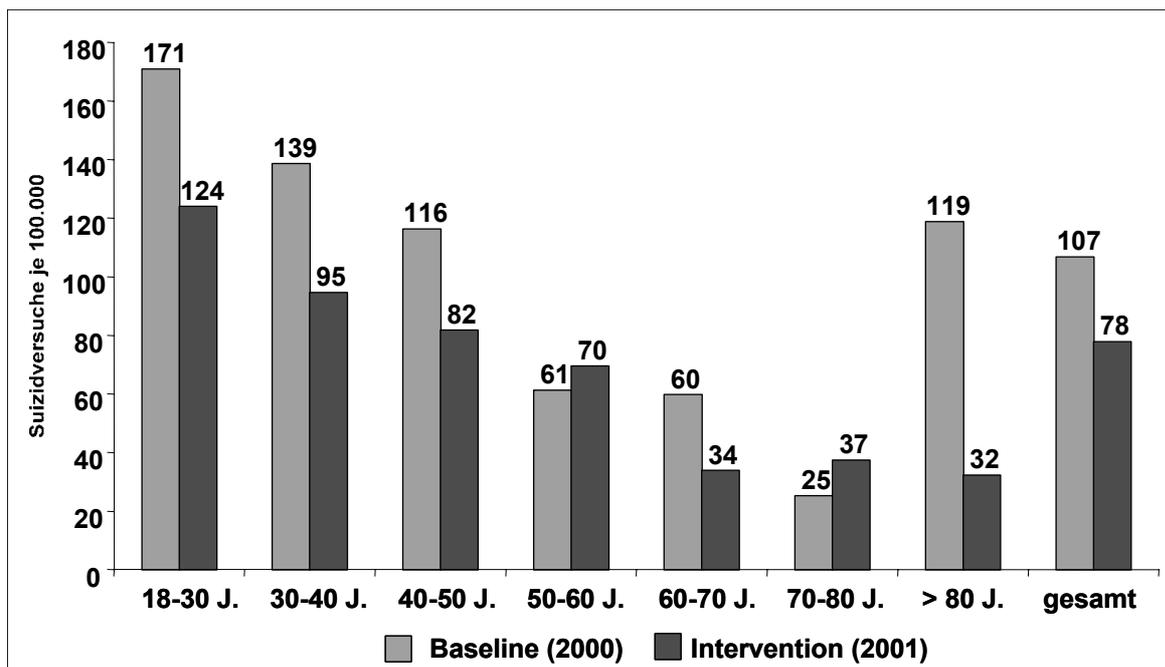


Abbildung 22: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (Männer; 2000-2001)

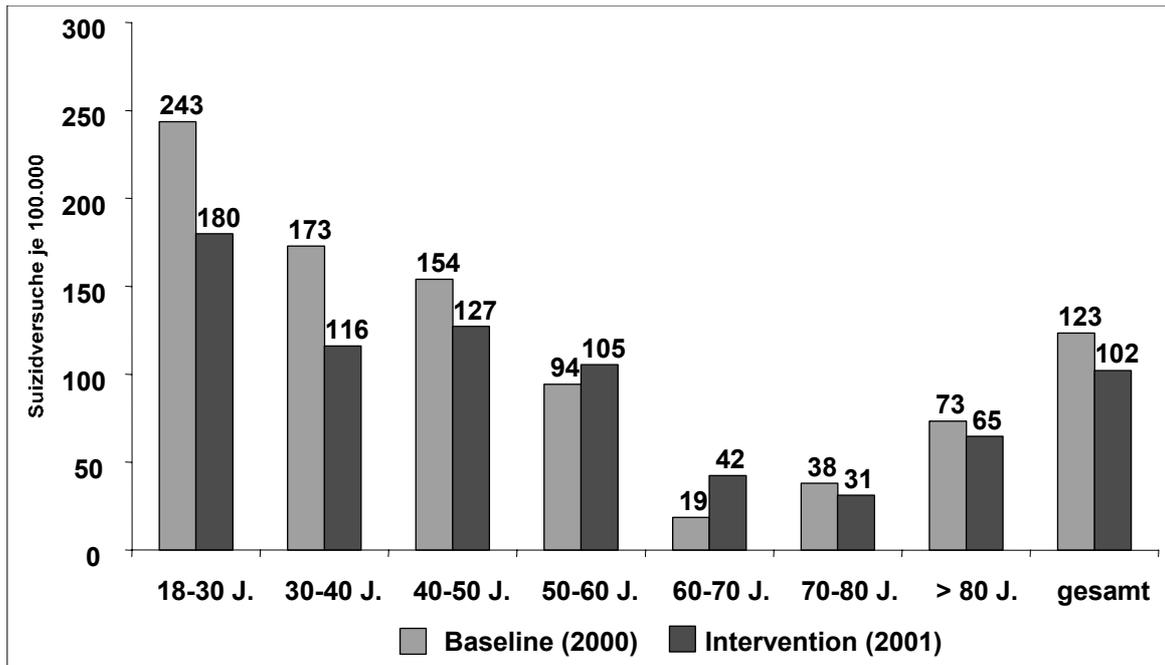


Abbildung 23: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (Frauen;2000-2001)

6.2.2 Methoden bei Suizidversuchen in Nürnberg

Sowohl während der Baseline (2000) als auch der Intervention ist in Nürnberg Selbstvergiftung die erste Methode der Wahl (siehe Abb. 24-26; Frauen: prä:74,8%; post:78,5%; Männer: prä: 63,2%; post 64,)%). Damit wird bei Frauen Selbstvergiftung signifikant häufiger verwendet als bei Männern (Fisher`s $p < 0,001$). 50,2% (post: 52,3%) der weiblichen und 39,9% (post: 45,2%) der männlichen Versuche werden dabei mit Psychopharmaka durchgeführt.

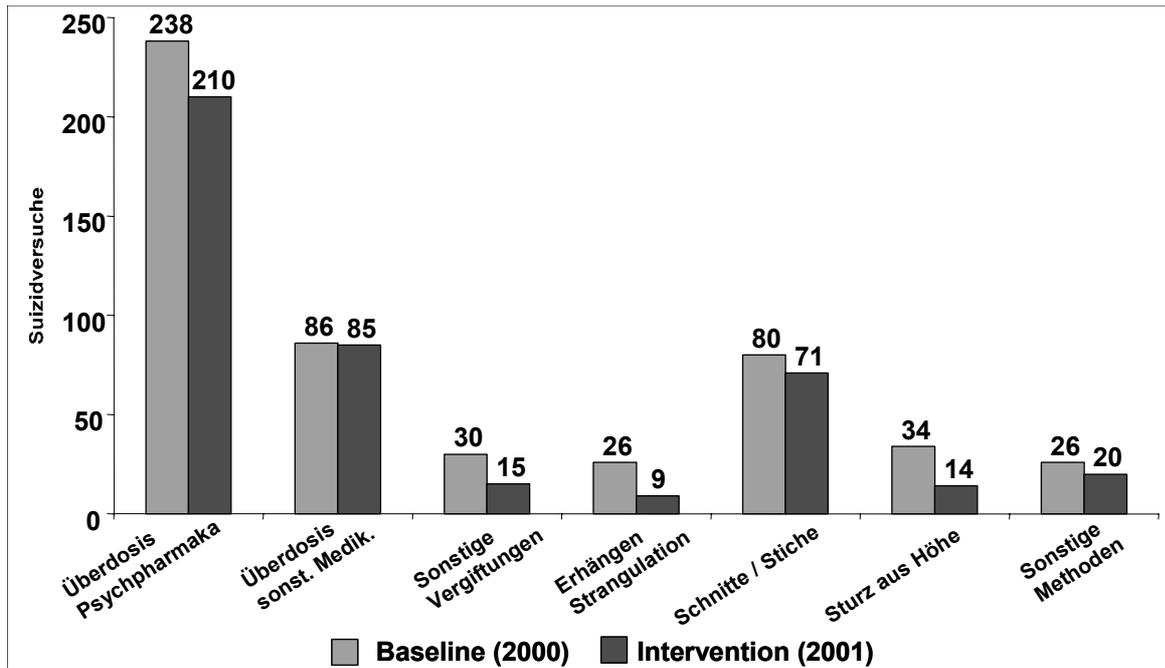


Abbildung 24: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001)

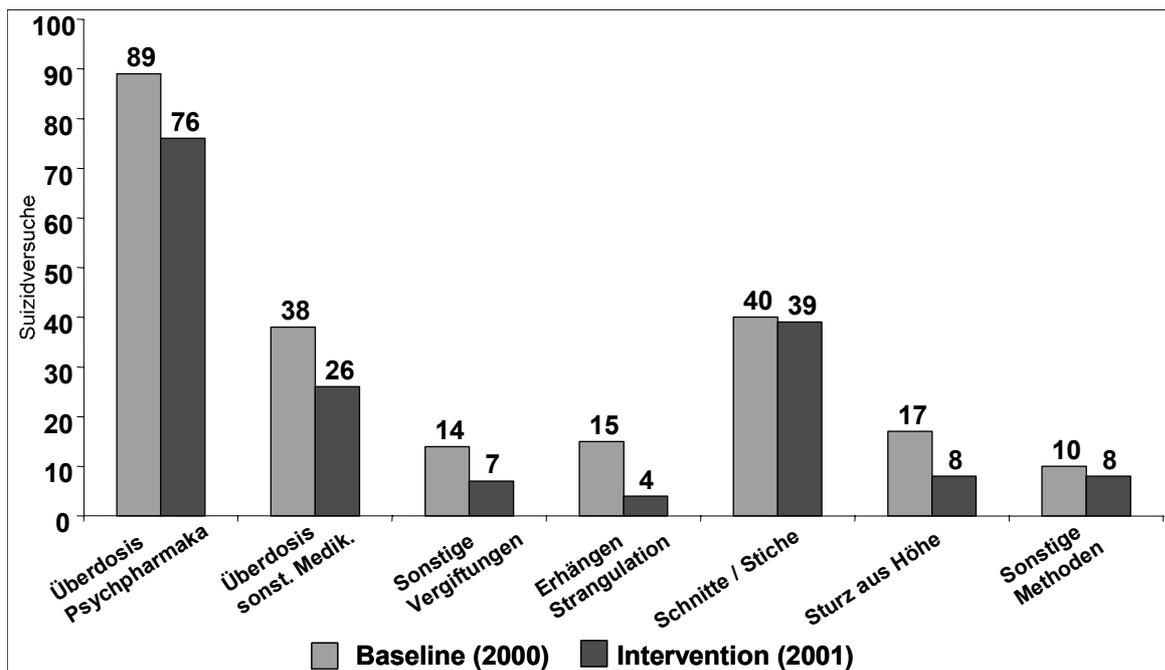


Abbildung 25: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001; Männer)

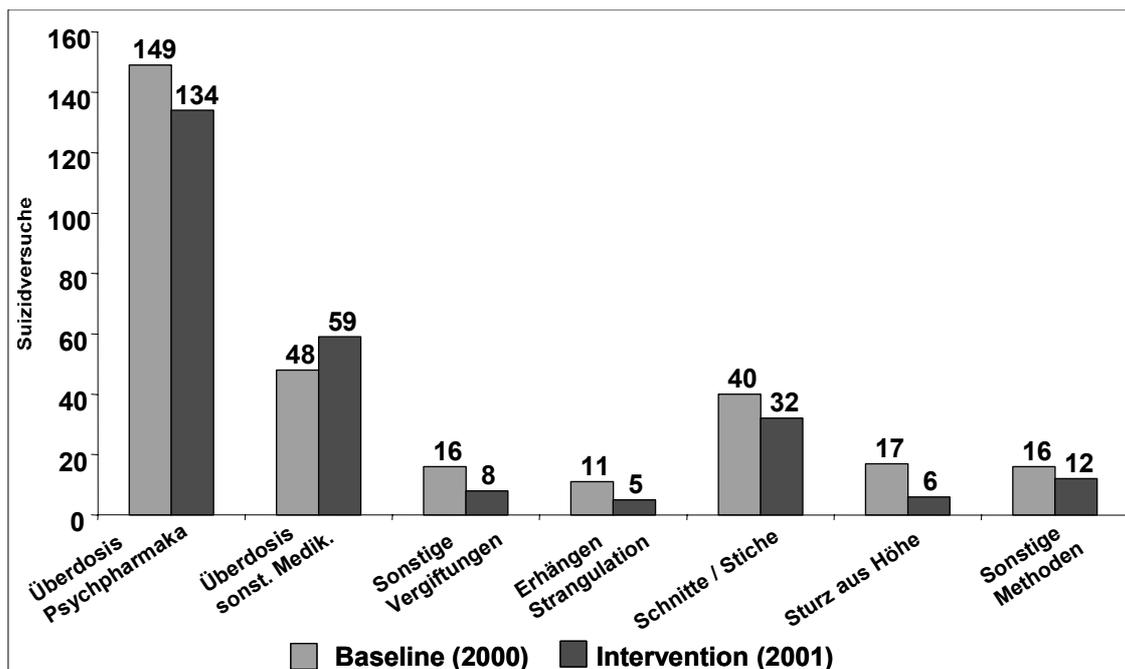


Abbildung 26: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001; Frauen)

Tab.15 dokumentiert die angewandten Methoden für drei verschiedene Altersgruppen. Bei den 18-39-Jährigen kam es bei 6 von 7 Methoden zu Abnahmen, bei den 40-59-Jährigen in 5 von 7 und bei den über 60 Jährigen 3 von 7.

Tabelle 15: Suizidversuchsmethoden nach Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

	18-39 Jahre			40-59 Jahre			> 60 Jahre		
	2000	2001	Diff %	2000	2001	Diff %	2000	2001	Diff %
Vergiftung mit Psychopharmaka	126	104	-17,5%	83	77	-7,2%	28	29	3,6%
Vergift. mit sonst. Medikamenten	56	57	1,8%	24	24	0,0%	6	3	-50,0%
sonstige Vergiftungen	18	4	-77,8%	12	8	-33,3%	0	3	
Erhängen / Strangulation	12	2	-83,3%	8	4	-50,0%	6	3	-50,0%
Schnitte / Stiche	54	36	-33,3%	15	20	33,3%	11	15	36,4%
Sturz aus Höhe	23	10	-56,5%	3	3	0,0%	8	1	-87,5%
sonstige Methoden	15	10	-33,3%	10	7	-30,0%	1	3	200,0%
gesamt	304	223	-26,6%	155	143	-7,7%	60	57	-5,0%

6.2.3 Frühere Suizidversuche

Tabelle 16: Frühere Suizidversuche in NÜ und WÜ (2000-2001)

	Nürnberg				Würzburg			
	2000		2001		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
bisher kein Suizidversuch	291	67,2%	222	64,0%	64	61,5%	76	62,3%
SV in den letzten 12 Monaten	39	9,0%	24	6,9%	6	5,8%	11	9,0%
SV liegt länger als 12 Monate zurück	97	22,4%	87	25,1%	29	27,9%	31	25,4%
Datum unbestimmt	6	1,4%	14	4,0%	5	4,8%	4	3,3%

Der Anteil derjenigen mit einem Suizidversuch innerhalb der vergangenen 12 Monate sank in Nürnberg von 9,0% auf 6,9% (Tab.16). In Würzburg stieg dieser Anteil dagegen von 5,8 auf 9,0% an. Der Unterschied erreicht allerdings keine Signifikanz (Fisher's $p = 0.097$). Der Anteil der Personen, die allgemein über einen Suizidversuch in der Vorgeschichte berichten, lag zwischen 32% und 38%. Dabei unterscheiden sich Nürnberg und Würzburg in 2000 und 2001 nicht signifikant von einander (Fisher's $p = 0.323$). Insgesamt berichteten 39,7% der Frauen über frühere Suizidversuche. Bei Männern betrug dieser Anteil nur 28,6% (Fisher's $p < 0,001$). Frauen hatten in 9,7% einen weiteren SV in den letzten 12 Monaten, Männer in 5,5%. Ob Suizidversuche in der Vorgeschichte berichtet wurden, war unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe ($df=6$; $\chi^2=6,0$; $p= 0,423$). Insgesamt hatten Suizidversuche in der Vorgeschichte zudem keinen signifikanten Einfluss auf die Methodenwahl ($\chi^2= 2.2$; $fg = 6$; $p = 0,897$).

6.2.4 Veränderungen der Diagnosen

Die erfassenden Ärzte und Psychologen in Nürnberg und Würzburg stellten im Anschluss an die Exploration des Suizidversuchs bei rund 95% der Betroffenen eine psychiatrische Diagnose (ICD-10). Während der Anteil der Diagnose „depressive Störung“ in Nürnberg von 15,6% auf 29,3% signifikant angestiegen ist, nahm der Anteil in Würzburg von 29,2 auf 21,7% ab (Tab.17). Diese unterschiedliche Entwicklung in Nürnberg und Würzburg verfehlt knapp Signifikanz (Fisher's $p = 0.062$).

Tabelle 17: Psychiatrische Diagnosen in NÜ und WÜ (2000-2001)

	Nürnberg		Würzburg	
	2000	2001	2000	2001
depressive Störung	82	121	36	30
Anpassungsstörung	194	144	31	51
Persönlichkeitsstörungen	61	57	21	21
Schizophrenie	34	40	10	9
Suchterkrankung	96	42	13	12
sonstige Diagnose	13	9	7	10
keine Diagnose	40	12	7	7
	520	425	125	140

Zwischen 2000 und 2001 zeigen sich innerhalb Nürnbergs deutliche Verschiebungen beim relativen Anteil der verschiedenen Störungen. Im Jahr 2001 werden Depressionen gegenüber allen anderen Diagnosen signifikant häufiger diagnostiziert (Abb.27) als im Jahr zuvor (Fisher`s $p < 0,001$); der Anteil der Suchterkrankungen geht im Vergleich zu Depression dagegen deutlich zurück (Fisher`s $p = 0,001$). Dieser Effekt war bei den Männern (Abb.28) deutlicher (der Anteil der Erstdiagnose Depression hat sich hier verdreifacht) als bei den Frauen (Abb.29).

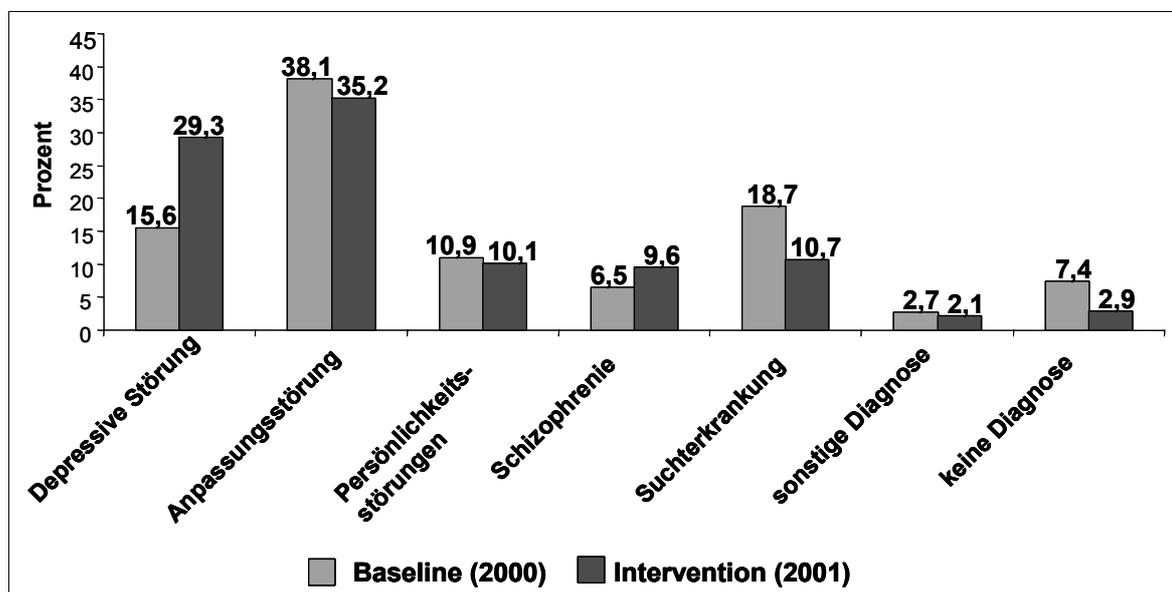


Abbildung 27: Psychiatrische Diagnosen für Personen nach SV (Nürnberg 2000-2001)

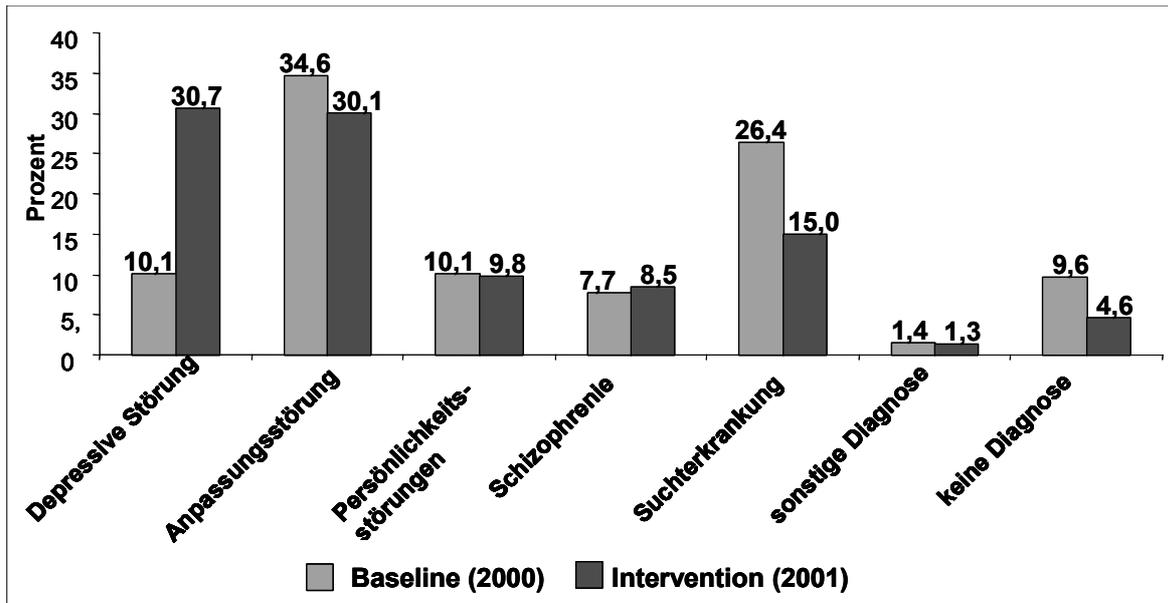


Abbildung 28 Psychiatrische Diagnosen für Männer nach SV (Nürnberg 2000-2001)

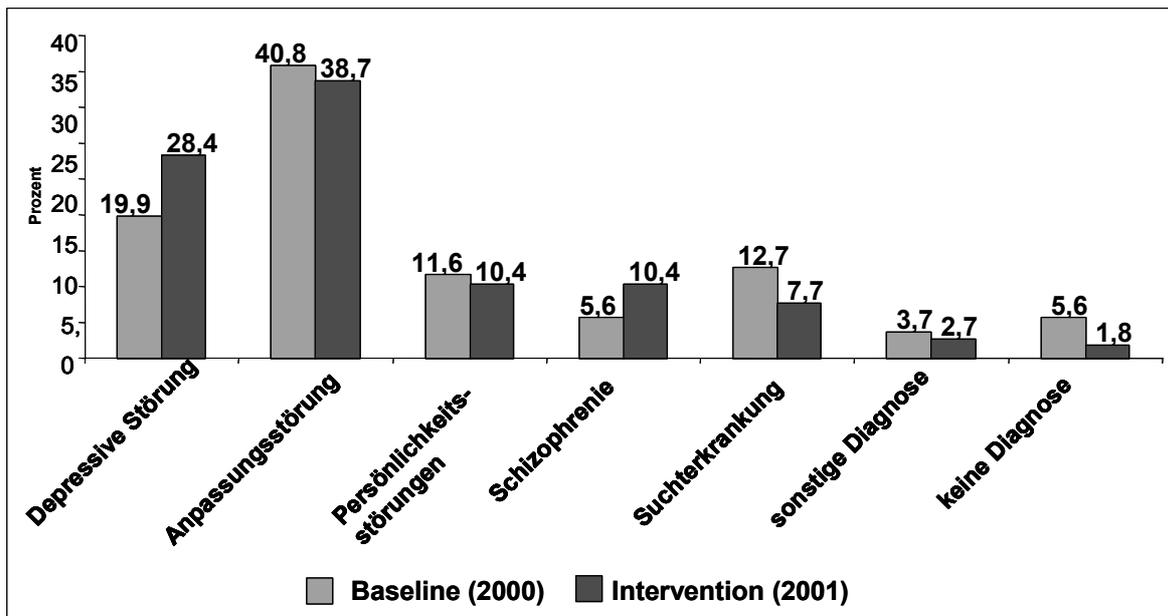


Abbildung 29: Psychiatrische Diagnosen für Frauen nach SV (Nürnberg 2000-2001)

6.2.5 Zugrundeliegende Motive (Feuerleinskala)

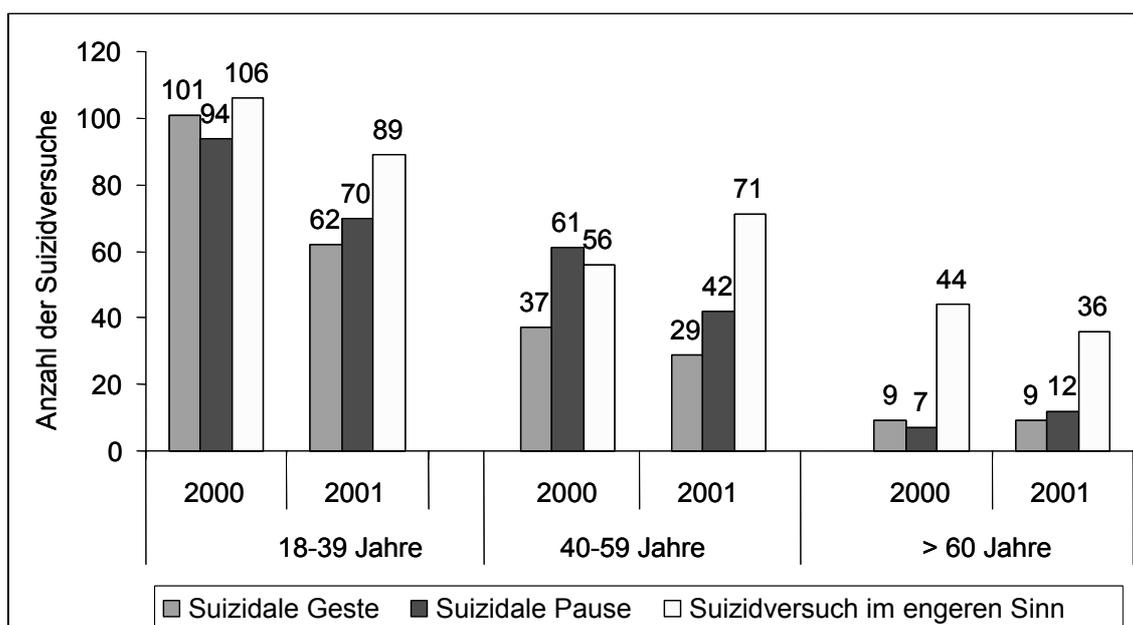


Abbildung 30: Zusammenhang von Motiv und Alter (Nürnberg 2000-2001)

Insgesamt dominiert die Einschätzung „Suizidversuch im engeren Sinn“. Ihr relativer Anteil steigt von 39,9% auf 46,6%. Je älter ein Mensch, desto häufiger wird von einem Suizidversuch im engeren Sinne ausgegangen (Abb.30). Bei den über 60-Jährigen betrug dieser Anteil im Jahr 2000 73,3% und im Jahr 2001 63,2%. Das relative Risiko im Vergleich zu den unter 60-Jährigen beträgt 1,73 (KI 95%: 1.45-2.09). Die Diagnose „Depression“ und die Einschätzung eines Suizidversuchs im engeren Sinn überlappen sich in 60% der Fälle (prä: 62,2%; post: 58,8%). Bei Anpassungsstörungen ist dies nur bei 29% (prä: 29,3%; post: 26,5%) der Fall (siehe Tab.18).

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Motiv und Diagnose (Nürnberg 2000-2001)

	Suizidale Geste		Suizidale Pause		SV im engeren Sinn	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
depressive Störung	16,2%	19,1%	21,6%	22,7%	62,2%	58,2%
Anpassungsstörung	30,9%	24,2%	39,8%	46,2%	29,3%	29,5%
Persönlichkeitsstörung	32,7%	28,9%	28,8%	10,5%	38,5%	60,5%
Schizophrenie	24,1%	17,6%	17,2%	11,8%	58,6%	70,6%
Suchterkrankung	33,0%	42,5%	36,4%	32,5%	30,7%	25,0%
sonstige Diagnose	30,8%	37,5%	30,8%	12,5%	38,5%	62,5%
keine Diagnose	37,1%	40,0%	25,7%	40,0%	37,1%	20,0%
gesamt	29,2%	25,3%	32,4%	29,8%	38,3%	44,9%

6.3 Suizide in Nürnberg 2000 und 2001

6.3.1 Veränderungen nach Alter und Geschlecht

Die Suizide in Nürnberg im Jahr 2001 zeigen einen Rückgang um 25% (25 Fälle) im Vergleich zur Baseline. Tab.19 zeigt die Suizide für die einzelnen Altersgruppen bei Männern und Frauen. Der Rückgang bei den Männern betrug 16,7%, der bei den Frauen 41,2%.

Tabelle 19: Suizide in Nürnberg 2000 und 2001

	Männer		Frauen		gesamt	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
0-19 J.	2	0	0	1	2	1
20-29 J.	6	9	2	2	8	11
30-39 J.	10	9	3	3	13	12
40-49 J.	10	14	7	2	17	16
50-59 J.	8	8	2	3	10	11
60-69 J.	6	4	8	3	14	7
70-79 J.	10	7	6	3	16	10
80-89 J.	12	3	4	3	16	6
>90 J.	2	1	2	0	4	1
gesamt	66	55	34	20	100	75

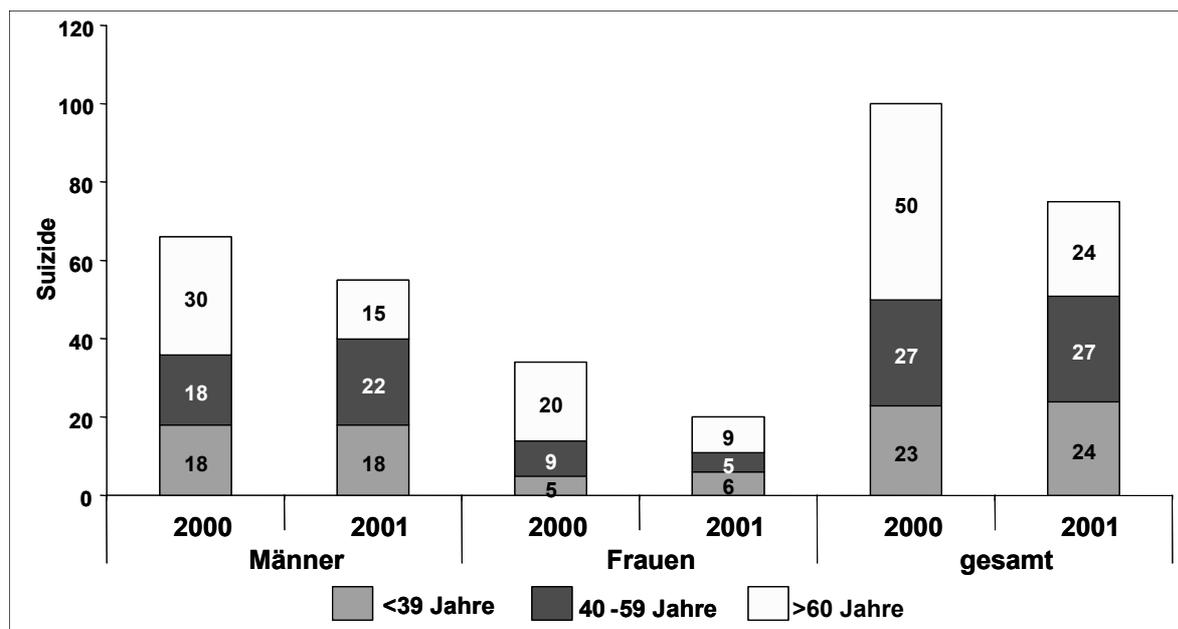


Abbildung 31: Suizide nach Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

Aus der Abb.32 geht hervor, in welchen Altersgruppen die Abnahme der Suizidfälle stattgefunden hat. Sowohl bei Männern und Frauen zeigen sich bei den unter 40-Jährigen keine Unterschiede, in der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen bei den Männern eine Zunahme um 4 Fälle. Starke Abnahmen sind hingegen bei beiden Geschlechtern für die über 60-Jährigen zu beobachten. Hier hat für Männer und Frauen eine Halbierung der Suizidrate stattgefunden. Abb.33 zeigt die standardisierten Raten nach Alter und Geschlecht und verdeutlicht noch einmal, dass die stärkste Abnahme der Suizidalität bei den über 80-Jährigen stattgefunden hat. Die Durchschnittswerte für die unter 60-Jährigen sind dagegen insgesamt unverändert geblieben.

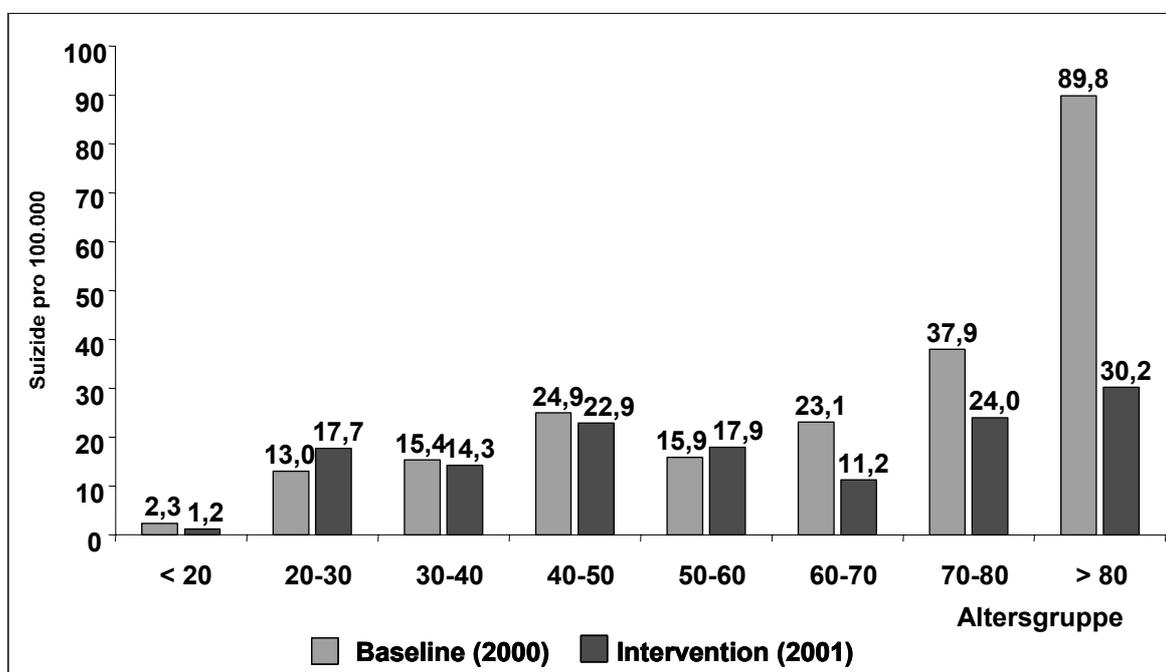


Abbildung 32: Standardisierte Suizidraten nach Alter und Geschlecht (Nürnberg 2000-2001)

6.3.2 Suizidmethoden in Nürnberg (2000 versus 2001)

Vergleicht man die Suizidmethoden der beiden Jahre (Abb.33), so wird deutlich, dass insbesondere Abnahmen bei „Erhängen“, „Sturz aus Höhe“ und „Erschießen“ zu beobachten waren. Während des Baselinejahres wurden 72% aller Suizide mit diesen 3 Methoden verübt. Im Jahr 2001 waren es 56%.

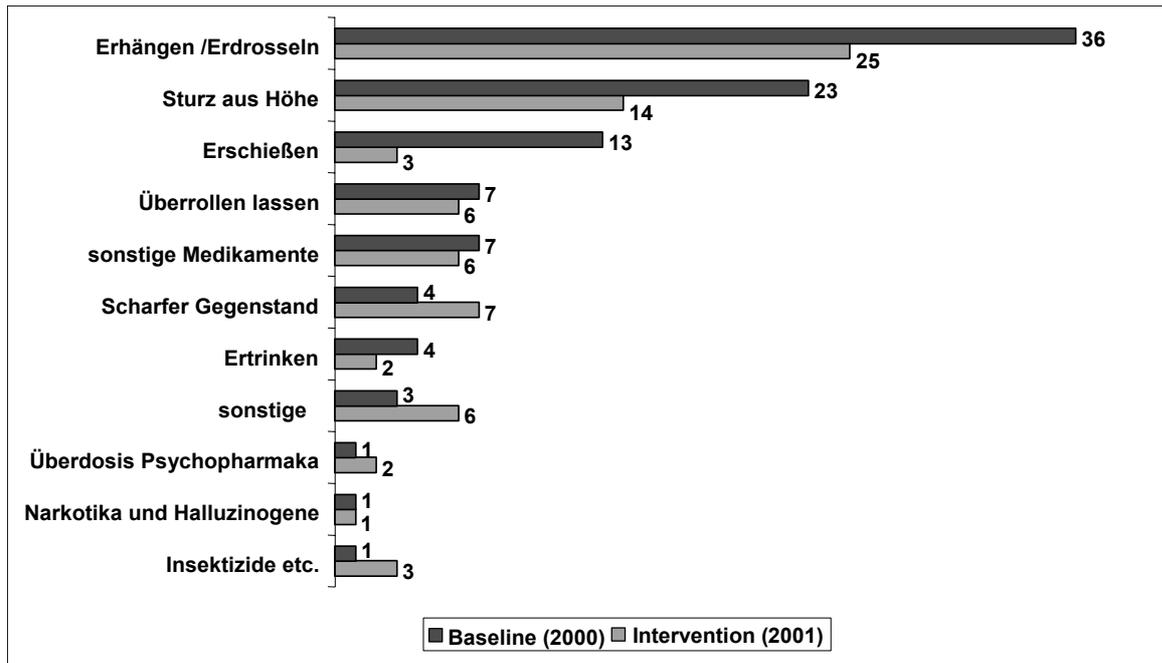


Abbildung 33: Suizidmethoden (Nürnberg 2000-2001)

Abb.34 zeigt die Veränderung der angewandten Methoden für drei verschiedene Altersgruppen. Suizid durch „Erschießen“ spielt erst bei den über 40-Jährigen eine Rolle und nahm im Interventionsjahr stark ab. Für die über 60-Jährigen war im Baselinejahr „Sturz in die Tiefe“ die häufigste Methode und zeigte im Interventionsjahr eine deutliche Abnahme von 16 auf 5 Fälle.

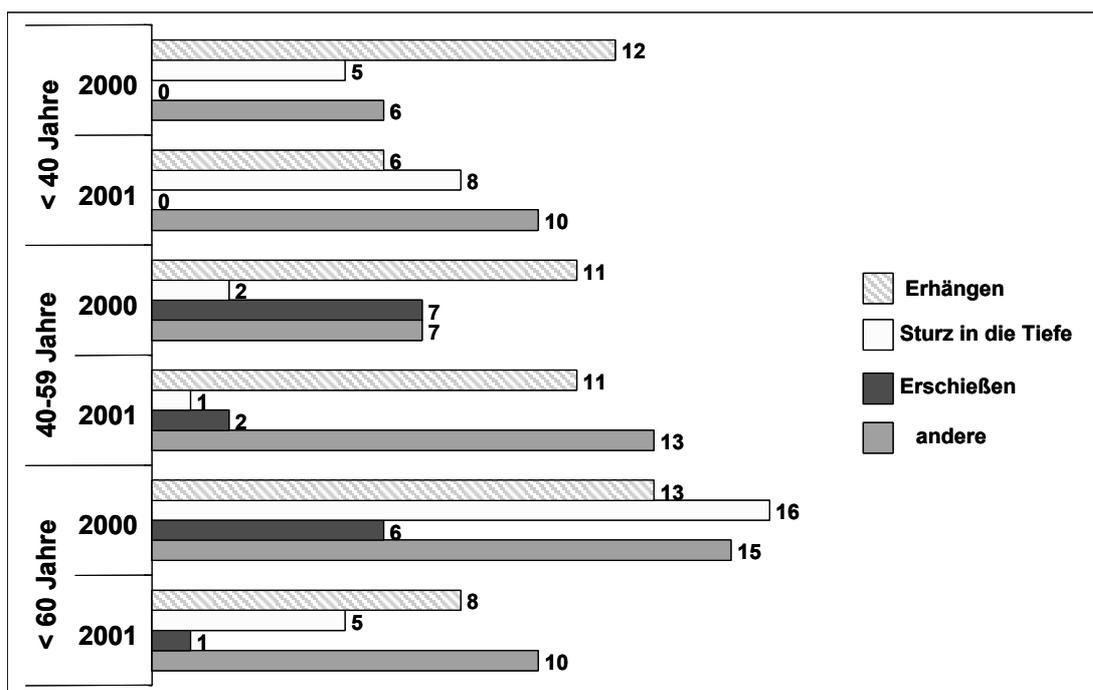


Abbildung 34: Suizidmethoden für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

6.3.3 „High-risk“-Methoden und „low-risk“-Methoden

Tab.20 zeigt für unterschiedliche x-Codierungen sowohl Suizidversuche als auch Suizide aus den Jahren 2000 und 2001 und berechnet über die Jahre hinweg einen Summenwert für die suizidalen Handlungen innerhalb der verschiedenen Methoden.

Tabelle 20: Methoden bei suizidalen Handlungen (Nürnberg 2000-2001)

	X-Codierung	2000		2001		Summe	Anteil	Letalität
		SVe	Suizide	SVe	Suizide			
Überdosis Psychopharmaka	61	234	1	205	2	442	39,5%	0,7%
Narkotika und Halluzinogene	62	4	1	5	1	11	1,0%	18,2%
sonstige Medikamente	60; 63; 64	86	7	85	6	184	16,4%	7,1%
Alkoholvergiftungen	65	20	0	5	0	25	2,2%	0,0%
Dämpfe/Lösungsmittel	66	2	0	1	0	3	0,3%	0,0%
Gase	67	3	0	3	4	10	0,9%	40,0%
Insektizide /sonst. Chemikalien	68-69	5	1	6	3	15	1,3%	26,7%
Erhängen / Erdrosseln	70	26	36	9	25	96	8,6%	63,5%
Ertrinken	71	4	4	0	2	10	0,9%	60,0%
Erschießen	72-74	2	13	1	3	19	1,7%	84,2%
Stiche / Schnitte	78	80	4	71	7	162	14,5%	6,8%
Sturz aus Höhe	80	34	23	14	14	85	7,6%	43,5%
Überrollen lassen	81	6	7	5	6	24	2,1%	54,2%
sonstige	75-76; 79; 82-83	14	3	14	2	33	2,9%	15,2%
keine Angabe				1		1		
Summe		520	100	425	75	1120	100,0%	15,6%

Knapp 40% aller suizidalen Handlungen geschahen durch Selbstvergiftung mit Psychopharmaka. Andererseits führten diese suizidalen Handlungen nur in 3 Fällen zum Tod. Damit liegt die Letalität dieser Methode unter 1% (Abb.35). Ebenfalls eine relativ niedrige Letalität hatten Vergiftungen mit sonstigen Medikamenten sowie Schnitte und Stiche.

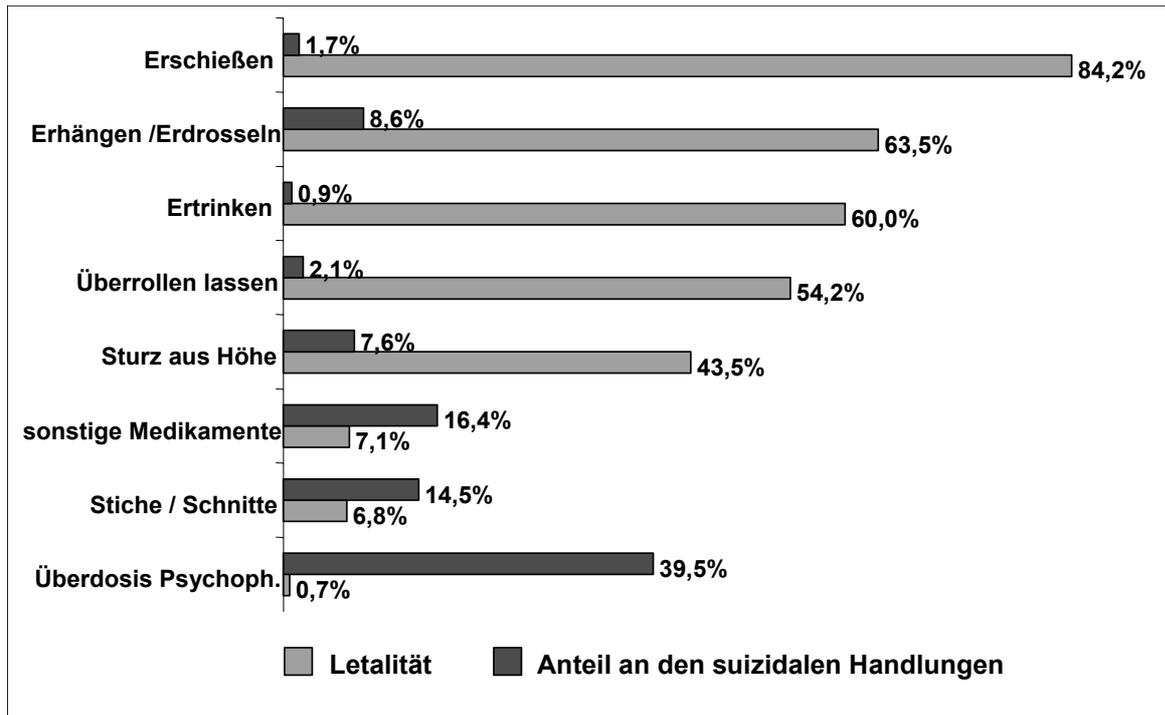


Abbildung 35: Methoden nach Letalität (Nürnberg 2000-2001)

Methoden, die relativ häufig bei Suizid zur Anwendung kamen und eine hohe Letalität zeigten, waren insbesondere „Erhängen“ und „Sturz aus der Höhe“. 76,0% aller Suizide wurden mit den Methoden „Erhängen“, „Sturz aus Höhe“, „Erschießen“, „Überrollen lassen“ oder „Ertrinken“ verübt. Gleichzeitig stehen diese 5 Methoden für nur 10,7% der Suizidversuche. Auf der anderen Seite wurden 80,6% der Suizidversuche durch Selbstvergiftung mit Psychopharmaka, mit sonstigen Medikamenten oder durch Stiche/Schnitte verübt. Diese 3 Methoden stehen für 15,4% aller Suizide in beiden Jahren. Diese einzelnen Methoden lassen sich zu „Low risk“- bzw. „High risk“-Methoden gruppieren.

Tabelle 21: Gruppierung von versch. Methoden nach Risikopotential (Nürnberg 2000-2001)

		Anteil an Suizidversuchen	Anteil an Suiziden	Suizidversuche		
				2000	2001	
„low-risk“	Medikamente (Überdosis) Stiche / Schnitte	80,6%	15,4%	400	361	Fisher's exact p < 0,001
„high-risk“	Erhängen, Sprung, Erschießen überrollen Lassen, Ertrinken	10,7%	76,0%	72	29	
andere	z.B. Gasvergiftung	8,8%	8,6%	48	35	

Die Tab.21 zeigt die Veränderung der Suizidversuche innerhalb der „High-risk“-Methoden sowie die innerhalb der „Low-risk“-Methoden. Die Zahl der Suizidversuche mit potentiell besonders gefährlichen Methoden sank von 72 auf 29 Fälle (-59,7%). Die Zahl der 3 wichtigsten „Low risk“- Methoden sank von 400 auf 361 Fälle (- 9,8%). Damit unterscheiden sich diese beiden Kategorien in 2000 und 2001 hochsignifikant von einander (Fisher’s exakter Test: $p < 0,001$).

Das relative Risiko bei einer suizidalen Handlung mit einer „High-risk“-Methode zu versterben, betrug im Vergleich zur Verwendung einer „Low-risk“-Methode 11,0 (95% Konfidenzintervall: 7,6- 16,0)

6.3.4 Hochrisikomethoden in den verschiedenen Altersgruppen

Tab.22 zeigt den Rückgang der Suizidversuche mit hohem bzw. niedrigem Risiko für die unterschiedlichen Altersgruppen. Der stärkste relative Rückgang der „High-risk“-Suizidversuche ist mit 73,3% bei den über 60-Jährigen zu verzeichnen. Der Rückgang der Suizidversuche mit weniger gefährlichen Methoden ist dagegen weit geringer und für die über 40-Jährigen gar nicht nachweisbar.

Tabelle 22: Häufigkeit von Methodengruppen für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

	Suizidversuche mit "high-risk"- Methoden				Suizidversuche mit "low-risk"-Methoden			
	2000	2001	Diff.	Diff. in %	2000	2001	Diff	Diff in %
18-39 Jahre	40	18	-22	55,0%	235	197	-38	-16,2%
40-59 Jahre	17	7	-10	58,8%	120	118	-2	-1,7%
> 60 Jahre	15	4	-11	73,3%	45	46	1	2,2%
	72	29	-43	59,7%	400	361	-39	-9,8%

6.3.5 Letalität suizidaler Handlungen für die verschiedenen Altersgruppen

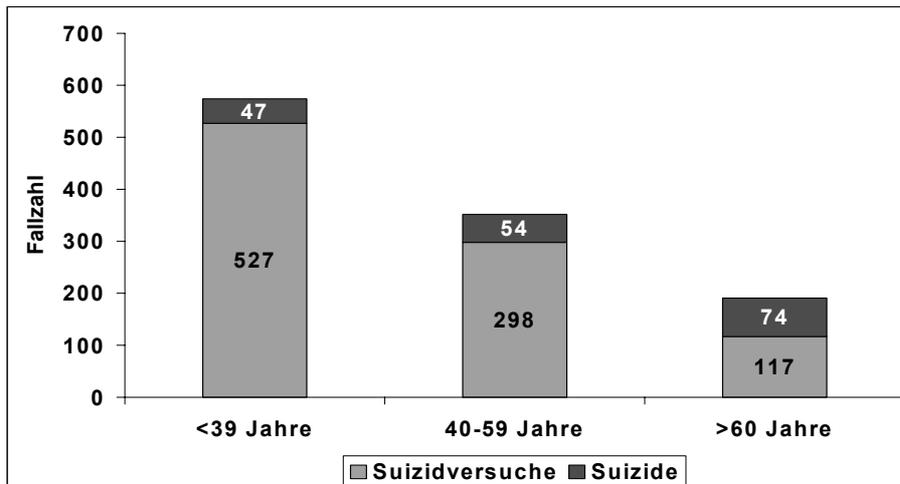


Abbildung 36: Suizide und Suizidversuche für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

Aus dem Verhältnis von Suizidversuchen zu Suiziden (Abb.36) lässt sich für einzelne Altersgruppen ein „Letalitätsrisiko“ errechnen. Tab.23 zeigt für 3 Altersgruppen jeweils das Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen. Hierbei wird deutlich, dass bei den unter 40-Jährigen nur rund jede zwölfte suizidale Handlung tödlich endet, bei den 40- bis 59-Jährigen rund jede siebente, bei den über 60-Jährigen hingegen fast jede zweite. Differenziert man diesen Faktor weiter nach Altersgruppen und Geschlecht aus, so verstärken sich diese Effekte. Bei Frauen unter 30 Jahren endeten nur 5 von 173 suizidalen Handlungen mit dem Tod. Bei Männern über 80 Jahren führten dagegen 18 von 27 suizidalen Handlungen zum Tod.

Tabelle 23: Letalität suizidaler Handlungen für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)

	2000			2001		
	Suizid. Handlungen	davon tödlich	%	Suizid. Handlungen	davon tödlich	%
<39 Jahre	327	23	7,0%	247	24	9,7%
40-59 Jahre	182	27	14,8%	170	27	15,9%
>60 Jahre	110	50	45,5%	81	24	29,6%

Das relative Risiko von Männern über 80 Jahren, an einem Suizid zu versterben, betrug im Vergleich zu Frauen unter 30 Jahren für die Jahre 2000 und 2001 46,7 (KI 95%: 26,5-82,6). Im Vergleich zur gesamten Restbevölkerung betrug das relative Risiko 9,17 (KI 95%: 6,1-13,7). Personen, die Suizidversuche in der Vorgeschichte angeben, unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit der Wahl einer riskanten oder weniger riskanten Methode voneinander (Fisher's $p = 0,443$).

7 Diskussion

In Nürnberg wird seit dem Jahr 2001 ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes depressions- und suizidpräventives Programm durchgeführt. Das Nürnberger Bündnis gegen Depression zielt auf eine Optimierung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen ab und versucht auf diese Art und Weise, auch die Suizidrate zu senken. Basierend auf der Analyse von Diagnose- und Therapiedefiziten und einem großen Optimierungsspielraum, insbesondere im Bereich der Primärversorgung, wurde ein Programm entworfen, das auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig interveniert. Der Ansatz des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ ist in seinem 4-Ebenen-Konzept und der Intensität der Durchführung eine weltweit bislang einmalige Studie. Angeregt durch die Ergebnisse der Gotland-Studie (Rutz et al., 1989; Rutz et al., 1992), der Defeat Depression Campaign (Paykel et al., 1997) und anderer innovativer Ansätze (Morgan et al., 1993) wurde ein Modell zu entwickelt, das verschiedene Einzelmaßnahmen zu einem umfassenden Programm vereint. Bei einem derartigen Ansatz war entscheidend, dass Aktivitäten nicht auf einer einzelnen Interventionsebene ansetzen, sondern gleichzeitig auf mehreren Ebenen (Hausärzte, Betroffene, Öffentlichkeit, Medien, Multiplikatoren) begonnen wurden, um so Synergieeffekte zu erzielen. Die Zwischenergebnisse zeigen, dass mit dem Mehr-Ebenenansatz ein vielversprechendes Konzept zur Depressions- und Suizidprävention umgesetzt wurde.

7.1 Hauptergebnisse

Die Haupthypothese, die im Rahmen dieser Studie getestet wurde, betraf den Rückgang suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche). Im Interventionsjahr (2001) zeigt sich in Nürnberg im Vergleich zur Baseline (2000) ein Rückgang der suizidalen Handlungen von 620 auf 500 Fälle. Dies entspricht einer Reduktion von knapp 20%. Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant im Vergleich zu Würzburg, wo es insgesamt zu keiner Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen gekommen ist. Damit ist es gelungen, im Rahmen einer konfirmatorischen Studie die Wirksamkeit des Nürnberger Modells zu bestätigen. Die klinische Rele-

vanz ist beachtlich. Bereits im ersten Interventionsjahr war eine Abnahme von 120 Fällen (davon 25 Suizide) nachzuweisen.

Bei den Suizidversuchen betrug die Abnahme in Nürnberg 21,6% (personenbezogen), während in Würzburg ein Anstieg der Suizidversuchsfälle um 15% zu verzeichnen war. Auch bei den Suiziden kam es in Nürnberg zu einer Reduktion von 25%. Allerdings zeigte sich hier kein statistisch signifikanter Unterschied zu Würzburg, wo es ebenfalls zu einem Rückgang der Suizide gekommen war. Im Vergleich zu den vorangegangenen 12 Jahren bedeutet der Wert von 75 Suiziden ein absolutes Minimum für Nürnberg, bewegte sich aber noch immer am unteren Rand eines Konfidenzintervalls, so dass auch hier Signifikanz im Zeitverlauf nicht nachgewiesen werden konnte.

Weiter unterstützt wird die Effektivität des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ durch die zusätzliche explorative Analyse. Während sich im Baselinejahr noch 60 Menschen mit „Strangulation“ oder „Sprung in die Tiefe“ zu töten versuchten, waren dies im Interventionsjahr nur mehr 23 Personen. Damit wird deutlich, dass das „Bündnis gegen Depression“ insbesondere bei der Verringerung „harter“ Suizidversuche wirksam war. Auf diese Methoden ist deshalb besonderes Augenmerk gerichtet worden, weil diese Art der Suizidversuche mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zu verstecken oder zu vertuschen ist, als dies beispielsweise bei „weicheren“ Methoden wie Psychopharmakaintoxikationen der Fall sein kann. Demnach ist die Reduktion der „harten“ Methoden ein besonders wichtiger Hinweis für die Konsistenz und Validität der guten Ergebnisse. Weitere Analysen zeigten, dass dieser Effekt des Rückgangs noch deutlicher ist, wenn man für suizidale Handlungen bei einzelnen Methoden einen Letalitätsfaktor berechnet und gezielt die Veränderungen bei besonders gefährlichen Methoden auswertet. Bei der Gruppierung von „High-risk“ Methoden und „Low-risk“ Methoden stellt sich heraus, dass diejenigen suizidalen Handlungen, die mit einem großen Letalitätsrisiko einhergingen, einen drastischen Rückgang verzeichnen (-60%) im Vergleich zu den weniger gefährlichen Methoden wie beispielsweise Vergiftungen (-10%). Dieser Effekt ist am stärksten bei den über 60-Jährigen zu beobachten. Dieses Ergebnis ist konsistent mit dem Befund, dass ebenfalls in dieser Altersgruppe die größte Reduktion der Suizide stattgefunden hat.

Entgegen der Hypothese kam es in Nürnberg nicht zu einem überproportionalen

Rückgang von „Suizidversuchen im engeren Sinn“ im Vergleich zu „suizidalen Gesten“ oder „suizidalen Pausen“. Ähnlich wie für besonders „harte“ Methoden war hier die Hypothese aufgestellt worden, dass „Suizidversuche im engeren Sinn“ die härteren und gefährlicheren sein müssten, bei denen in Folge eine „Verdunklungs- oder Vertuschungsmöglichkeit“ insgesamt geringer ist. Für diese „eigentlichen“ Suizidversuche wurde jedoch eine relative Zunahme gefunden. Hierbei ist es allerdings wichtig, zu berücksichtigen, dass eine Einschätzung auf der Feuerlein-Skala sehr stark von einem situativen Eindruck des Beurteilers abhängt. Feuerlein selbst merkte an, dass die Kategorien nicht wirklich trennscharf seien, sondern grundsätzlich bei allen suizidalen Handlungen Motive von „Wunsch nach Pause“, „Appell“ und „eigentlichem Todeswunsch“ nebeneinander bestehen (Feuerlein, 1971). Die Zuweisung zu den unterschiedlichen Gruppen beschreibt somit nur, welches der Motive laut dem untersuchenden Erfasser vorherrschend ist. Hier hat sich bei den erfassenden Ärzten und Psychologen ganz offenbar von Baselinejahr zu Interventionsjahr eine Verschiebung ergeben. Theoretisch könnte es natürlich sein, dass tatsächlich nur suizidale Gesten und Pausen durch die Aktivitäten der Kampagne abgenommen haben. Allerdings ist dieser Befund nicht konsistent mit dem besonders starken Rückgang bei „harten“ Suizidmethoden; eher dürfte sich dieser Befund damit erklären lassen, dass durch die intensive Aufklärung, Schulung und Durchdringung des Versorgungssystems mit dem Thema „Depression und Suizidalität“ die Aufmerksamkeit und Awareness eine Veränderung erfahren hat. Die Vergabe des Befunds „Suizidversuch im engeren Sinn“ bedeutet auch, einen Sachverhalt ernster zu nehmen, und die potentielle Gefährdung der betroffenen Person in den Vordergrund zu stellen. Vermutlich kam es hier auf Seiten der Ärzte und Psychologen zu einem derartigen Effekt.

Als zentrales Ergebnis der Zwischenauswertung bleibt festzuhalten, dass das Nürnberger Bündnis gegen Depression in einem kontrollierten Untersuchungsdesign zu einer statistisch signifikanten und klinisch bedeutsamen Abnahme der suizidalen Handlungen von rund 20% geführt hat.

7.2 Das Design der Evaluation

Mit der Evaluation von Suizidalität wurde als Haupterfolgskriterium ein äußerst

strenger Maßstab angelegt. Dabei sollte die Entwicklung der Suizid- und Suizidversuchsraten als globales Indiz für Erfolg oder Misserfolg einer derartigen Kampagne gelten. Bewusst wurde darauf verzichtet, „weichere“ Kriterien als zentrale Messwerte zu definieren (beispielsweise verändertes Überweisungsverhalten, höhere Diagnosesicherheit, breiterer Einsatz von Medikamenten etc.). Auch wenn diese Einzelpunkte einen Beitrag für den Erfolg einer derartigen Kampagne leisten können, bieten sie allein keine Gewähr dafür, dass sich weitreichende Veränderungen innerhalb der Versorgungsqualität dadurch erreichen lassen (Althaus und Hegerl, 2001). Verringerte Suizid- und Suizidversuchsraten dagegen scheinen ein deutliches Indiz für eine bessere Früherkennung, eine bessere Awareness bezüglich Suizidalität und Depression sowie einer allgemein optimierten Behandlung von depressiven Erkrankungen zu sein. Allerdings erfordert die Evaluation von Suizid- und Suizidversuchsraten hohe Fallzahlen, um mit zufriedenstellender Teststärke Signifikanz nachweisen zu können (Gunnell und Frankel, 1994). Die kleine Fallzahl war eines der Probleme im Rahmen der Gotland-Studie gewesen. Die Insel Gotland hatte damals nur 58.000 Einwohner; somit waren die jährlichen Rohwerte der Suizide mit 4-14 Fällen niedrig. Nürnberg hat rund 500.000 Einwohner und ist damit fast 10-mal so groß wie Gotland. Um der hohen Fluktuation suizidaler Handlungen zu begegnen und die Teststärke der Studie zu erhöhen, wurden in Nürnberg zudem Veränderungen bei Suiziden und Suizidversuchen gemeinsam ausgewertet.

Voraussetzung für die Durchführung der Studie war zunächst die Implementierung einer validen und reliablen Datenerfassung von Suizidversuchen und Suiziden in Nürnberg und Würzburg. Suizide werden - im Gegensatz zu Suizidversuchen - amtlich erfasst. Hier war die Einflussnahme durch das Projekt auf den Prozess der Erfassung nicht gegeben. Allerdings ist nicht zu vermuten, dass es durch die Studie zu einer systematischen Beeinflussung der Ärzte kam, die die Ausstellung von Totenscheinen vornehmen. Todesbescheinigungen und die dort vermerkte „natürliche“ oder „unnatürliche“ Todesursache stellen die entscheidende Variable dar, ob polizeiliche Ermittlungen aufgenommen werden oder nicht. Eine Verfälschung der Suiziddaten ist hier weder in die eine noch die andere Richtung zu erwarten. Anders verhielt es sich bei der Erfassung von Suizidversuchen. Hier bestand eine der primären Aufgaben darin, die Erfassungsqualität über den Zeitraum der Studie konstant zu halten.

Wichtig für die Interpretation der Daten beim Vergleich zur Kontrollregion Würzburg war, dass die Erfassung suizidaler Handlungen in beiden Regionen methodisch in gleicher Weise vollzogen wurde und die Erfassungsqualität konstant gehalten wurde. Die in Nürnberg und Würzburg etablierte Datenerfassung orientierte sich an den Standards der „European Study on Parasuicide“, die derzeit weltweit führend bei der Erfassung parasuizidaler Episoden sind. In Würzburg bestand bereits seit über 10 Jahren ein gut erprobtes Erfassungssystem für Suizidversuche im Rahmen der European Study on Parasuicide (Schmidtke et al., 1996a). Auch in Nürnberg ist es gelungen, ein reliables Erfassungsnetz für Fälle nach Suizidversuchen zu etablieren. Da in Nürnberg die Klinik für Psychiatrie, die dort angegliederten Ambulanzen, die psychiatrischen Konsiliardienste sowie die im gleichen Hause ansässige Psychosomatische Klinik den größten Teil der Patienten nach Suizidversuch betreut, konnte eine hohe Erfassungsqualität sichergestellt werden. Durch Einbeziehung einer repräsentativen Stichprobe niedergelassener Psychiater war gewährleistet, dass nicht unbemerkt Verschiebungen von Fällen nach Suizidversuch ins ambulante Setting stattfanden. Regelmäßiges Monitoring der erfassenden Ärzte und routinemäßige Daten-Checks trugen zu einer konstanten Qualität und damit hoher Reliabilität der Datenerfassung bei.

Wichtig für die Bestätigung der Validität der gemessenen Ergebnisse war die Auswertung einiger Kontrollvariablen. Im Vorfeld der Studie war die Hypothese aufgestellt worden, dass die Kampagne einen ungewollten Einfluss auf die Datenerfassung haben könnte, indem die behandelnden und erfassenden Ärzte und Psychologen künftig noch genauer auf Suizidversuche achten könnten. Somit würden Fälle, die früher nicht erkannt und somit auch nicht erfasst wurden, während der Kampagne mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dokumentiert werden. Daher wurden zusätzlich Kontrollitems eingeführt, bei denen die Erfasser angeben sollten, ob ein Suizidversuch auch ohne aktive Exploration bekannt geworden wäre, ob der Suizidversuch der primäre Grund der Konsultation gewesen sei und wie groß die Zeitspanne zwischen dem Suizidversuch und der psychiatrisch-medizinischen Kontaktaufnahme gewesen sei. Sowohl während der Baseline als auch während der Intervention war in 9 von 10 Fällen der Suizidversuch ausschlaggebend für die ärztliche Kontaktaufnahme. In beiden Jahren änderte sich

zudem nicht die Quote der Fälle, die nur durch aktive Exploration erkannt werden konnten (jeweils 16%). Die Zeit zwischen Suizidversuch und medizinischer Kontaktaufnahme hat sich dagegen im Vergleich zu Würzburg in Nürnberg im Interventionsjahr signifikant erhöht, was dafür spräche, dass im Interventionsjahr zusätzliche Fälle retrospektiv erfasst worden waren. Betrachtet man jedoch die Unterschiede genauer, erscheint die veränderte Zeitspanne insgesamt sehr klein und klinisch nicht relevant. In Nürnberg wurden im Baseline Jahr 95% der Suizidversuche spätestens am 2. Tag nach der Tat erfasst; im Interventionsjahr waren es 92%. Insgesamt konnte bei allen drei Kontrollvariablen in den beiden Jahren eine große Stabilität nachgewiesen werden.

Wertet man für 2000 und 2001 die Orte der Erfassung in Nürnberg aus, so wird deutlich, dass eine überwiegende Abnahme der Erfassung von Suizidversuchen innerhalb der Klinik für Psychosomatik stattgefunden hat, während die Häufigkeit in der Klinik für Psychiatrie konstant blieb. Bei genauerer Analyse und Nachfrage gibt es keinen Hinweis auf Fehler oder Verfälschungen bei der Datenerfassung. Vielmehr scheint sich innerhalb Nürnbergs eine Verschiebung der primären Anlaufstellen anzudeuten. Die psychiatrische Klinik und vor allem deren Notfallambulanz werden zunehmend als „Adresse der ersten Wahl“ für Fälle nach Suizidversuch angesehen.

Insgesamt sprechen die vorliegenden Ergebnisse für eine konsistente Datenerfassung ohne größere methodische Verschiebungen und ohne eine zusätzliche Verfälschung durch Kampagneneffekte.

7.3 Praktische Umsetzung der Kampagne

Im Zentrum der Aktivitäten stand auf der einen Seite eine enge Kooperation mit der Primärversorgung. Hausärzte wurden in Fortbildungen und durch Unterstützung eigens erstellter Materialien (Lehrvideo, Infomaterial für Patienten, Therapie-Leitlinien etc.) qualifiziert, Depression zukünftig schneller zu erkennen und besser zu behandeln. Zum Zweiten fand eine breite Aufklärung der Öffentlichkeit zum Thema „Depression“ statt. Eine enge Einbindung der Betroffenen und Angehöri-

gen unterstützte diese Aktivitäten.

Die über 60 Fortbildungen im ersten Kampagnejahr für mehr als 1.000 Personen unterschiedlicher Disziplinen sowie die rund 25 Veranstaltungen für die breite Öffentlichkeit, die stets auf ein äußerst waches Interesse stießen, dokumentieren allein für sich schon die große gesellschaftliche Relevanz der Thematik. Die Akzeptanz bei den verschiedenen Institutionen und Personen des Gesundheitssystems, aber vor allem auch auf Seiten der Betroffenen und deren Angehörigen spiegelte sich in der hohen Bereitschaft, an diesem Bündnis aktiv mitzuwirken. Auch Repräsentanten der Politik konnten für das Bündnis gewonnen werden. Die Schirmherrschaft durch die heutige Bundesministerin Renate Schmidt sowie den bayerischen Staatsminister Günter Beckstein erhöhten die Glaubwürdigkeit des NBgD in der Öffentlichkeit. Einbindung möglichst vieler Berufsgruppen (Lehrer, Pfarrer, Altenpflegekräfte etc.) in das Bündnis und ein breites Fortbildungsangebot für die im paramedizinischen Bereich Tätigen konnte die Effizienz der Maßnahmen erhöhen. Als äußerst nützlich erwies sich die Verschränkung der verschiedenen Interventionsebenen, die zu zahlreichen Synergieeffekten geführt haben dürfte. Die intensive Medien- und Pressearbeit weckte bei weiten Teilen der Bevölkerung, aber vor allem auch bei Fachleuten, großes Interesse. Betroffene fühlten sich ermutigt, Kontakt zu professionellen Stellen aufzunehmen. Ärzte wiederum hatten weniger Scheu, die eigenen Patienten direkt auf depressive Symptome hin anzusprechen. Großplakate sowie der Kinospot erinnerten an die fortwährende Präsenz der Aktion und verstärkten die Bemühung verschiedenster Institutionen, Teil eines gemeinsamen Bündnisses zu werden. Eine veränderte Offenheit bezüglich der Thematik „Depression“ spiegelte sich nicht zuletzt auch in der Gründung und dem Fortbestehen zahlreicher Selbsthilfegruppen zum Thema „Depression“ in Nürnberg wider.

Dass die vielfältigen Informationsangebote (100.000 Flyer, 25.000 Broschüren „Ratgeber Depression“) von der Öffentlichkeit wahrgenommen wurden, zeigten nicht zuletzt auch die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung vor Kampagnenbeginn (Althaus et al., 2002) und nach 10 Monaten Intervention (Hegerl et al., 2003). Im November und Dezember 2000 wurde in Nürnberg und der Kontrollregion Würzburg ein computergestütztes Telefoninterview durchgeführt. Insgesamt nahmen 1.426 Personen an der Umfrage zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen teil. In dieser Base-

line-Messung (2 Monate vor dem Start der Kampagne) wurde deutlich, dass Depressionen auf der einen Seite zwar als behandlungswürdige Erkrankung ernstgenommen werden, dass auf der anderen Seite jedoch beträchtliche Fehlinformationen vorliegen. Dies gilt besonders hinsichtlich pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. Nur die Minderheit der Befragten hielt Medikamente für eine geeignete Behandlung. 80% der Interviewten glaubten, dass Antidepressiva abhängig oder süchtig machen. 69% glaubten, Antidepressiva würden die Persönlichkeit verändern.

Zehn Monate nach Start der Intervention wurde eine zweite Befragung in Nürnberg und Würzburg durchgeführt (Hegerl et al., 2003). Es zeigte sich, dass über 25% der Bevölkerung das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ wahrgenommen hatten. 50% mehr Befragte als zuvor gaben an, dass „Depression“ nun stärker in der öffentlichen Diskussion sei. Zudem zeigten sich einige Einstellungsveränderungen zur Thematik. Depressionen wurden häufiger als ernstzunehmende Krankheit gesehen (Prä: 66,9%; Post: 79,1%) und der Anteil der Menschen, die der Ansicht waren, dass Betroffene selbst an ihrer Erkrankung schuld seien, sank in Nürnberg signifikant im Vergleich zur Kontrollregion. Allerdings war es nicht gelungen, die negativen Bewertungen psychopharmakologischer Behandlung zu verändern. Offensichtlich handelt es sich hierbei weniger um Wissensdefizite als um tief verwurzelte Einstellungen. Andere Studien haben gezeigt (Paykel et al., 1998), dass eine jahrelange kontinuierliche Aufklärungsarbeit erforderlich ist, um derartigen Vorurteilen entgegenzuwirken.

7.4 Ergebnisse der Zusatzanalysen

Von Interesse waren dabei neben der detaillierten Auswertungen der Suizidalität hinsichtlich Alter und Geschlecht insbesondere die qualitative Analyse von Suizidversuchen auf der Basis des Letalitätsrisikos.

7.4.1 Suizidversuche: Häufigkeiten nach Alter und Geschlecht

In Nürnberg wurde im Interventionsjahr bei 375 Personen mindestens ein Suizidversuch registriert; im Jahr 2000 war dies bei 475 Personen der Fall gewesen (-

21,6%). Es kam dabei in Nürnberg zu einer Abnahme von 95 Suizidversuchen im Vergleich zur Baseline. Die Abnahme betrug bei den Männern durchschnittlich 24,7%, bei den Frauen 13,5%, ohne dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern statistisch signifikant war. Die altersbezogenen Fallzahlen zeigen im Prä-Post-Vergleich, dass nur bei den Jüngeren eine Abnahme der Suizidversuche stattgefunden hat. Die Fallzahlen der älteren Generation blieben dagegen konstant. Im Vergleich von Baseline- und Interventionsjahr zeigten sich für die unter 40-Jährigen die stärksten Rückgänge (-26,6%). Die Abnahme bei den 40 bis 60-Jährigen betrug dagegen insgesamt lediglich rund 8%. Bei den über 60-Jährigen beträgt die gesamte Abnahme der Suizidversuche in der Summe gar nur noch 5%. In 4 von 7 Methoden kam es in dieser Altersgruppe sogar zu einer Zunahme der Suizidversuchsfälle.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn man die populationsbasierten Raten für die einzelnen Altersgruppen errechnet (siehe Abb.21-23). Zwar wird auch hier deutlich, dass insbesondere junge Frauen die Hauptrisikogruppe für Suizidversuche sind und eine 5 bis 6-mal höhere Rate aufweisen als die 60 bis 80-Jährigen. Auf der anderen Seite zeigt sich hier ein Wiederanstieg des Suizidversuchsrisikos für Menschen über 80 Jahre. In besonderer Weise gilt dies für Männer, die im Baselinejahr einen Wert von 120 pro 100.000 erreichten.

Auf den ersten Blick hat das 4-Ebenen-Programm demnach vor allem die Altersgruppe der unter 50-Jährigen erreicht. Es könnte beispielsweise vermutet werden, dass hier die Aufnahmebereitschaft für die Informationsmaterialien, Videos, Plakate etc. größer war. Subanalysen, die neben der Auswertung der Fallzahlen der beiden Jahre auch die Qualität der Versuche berücksichtigen, deuten jedoch darauf hin, dass auch bei den Suizidversuchen der Personen über 60 Jahren deutliche Veränderungen stattgefunden haben (siehe S.103ff).

Die aus den Rohdaten berechneten Suizidversuchsraten sanken in Nürnberg von 115,5 pro 100.000 auf 90,6 pro 100.000 und beziehen sich auf die Bevölkerung über 18 Jahre. Damit liegen die für Nürnberg errechneten Werte im europäischen Vergleich unter dem 1996 im Rahmen der European Study on Parasuicide errechneten Durchschnittswert von rund 160 Fällen je 100.000 Einwohner (Van Casteren et al., 1993, Schmidtke et al., 1996a;). Andererseits liegt der Wert deutlich über

den von Mösler (1992) für Nürnberg ermittelten 77 Fällen je 100.000 Einwohner. Mösler stützte sich allerdings nur auf wenige Quellen und dürfte somit die Suizidversuchshäufigkeit deutlich unterschätzt haben. Bei der von uns ermittelten Suizidversuchsrate ist zu berücksichtigen, dass für die Nürnberger Datenerfassung zwar ein hohes Maß an Reliabilität erwartet werden kann, auf der anderen Seite aber keine hundertprozentige Erfassungsdichte gewährleistet war. So war beispielsweise von vornherein klar, dass nur mit rund 50% der niedergelassenen Nervenärzte bei der Datenerfassung kooperiert wurde und so im ambulanten Bereich nur ein Teil der Fälle erfasst wurde. Zudem wurden Psychotherapeuten nicht in die Datenerfassung mit einbezogen. Letztlich ist davon auszugehen, dass rund 15-20% weniger Fälle erfasst wurden, als dies bei Einbeziehung sämtlicher Institutionen und Personen des Gesundheitssystems möglich gewesen wäre. Zudem gingen aus methodischen Gründen Suizidversuche von Minderjährigen nicht in die Auswertung ein. Auf die Heranziehung eines Schätzfaktors zur Berechnung der „echten“ Raten wurde im Rahmen dieser Studie bewusst verzichtet, da es sich nicht um eine primär epidemiologische Fragestellung handelte, sondern die Güte der Veränderungsmessung im Vordergrund stand. Daher war vor allem eine konstante Qualität bei der Datenerfassung vordringliche Aufgabe. Würde man den Nürnberger Datensatz mittels eines Schätzwertes hochrechnen, so dürfte man Raten zwischen 140 und 160 pro 100.000 Einwohnern erreichen.

Die Entwicklung der Suizidversuchsraten von Nürnberg muss zur schlüssigen Bewertung in den Zusammenhang mit entsprechenden Daten aus der Kontrollregion Würzburg gestellt werden. Die beiden Regionen ähneln sich stark hinsichtlich der zugrundeliegenden Suizidversuchsmethoden und Geschlechterverteilung, was grundsätzlich für eine Homogenität der Datenerfassung in beiden Regionen spricht. Beim Städtevergleich fällt auf, dass die für Würzburg ermittelten Raten insgesamt rund 50% niedriger liegen als die in Nürnberg. Die aus den Rohdaten errechneten sehr viel niedrigeren populationsbezogenen Suizidversuchsraten für die Kontrollregion Würzburg resultieren dabei auf einer niedrigeren Erfassungsdichte, die allerdings unabhängig von der Erfassungsqualität ist. Während es in Nürnberg gelungen war, den größten Teil der relevanten Personen und Institutionen ins Datenerfassungssystem einzugliedern, arbeitet man in Würzburg seit über 10 Jahren im Rahmen der WHO/European Study on Parasuicide nur mit einer re-

präsentativen Teilstichprobe, von der ausgehend man dann die eigentlichen Suizidversuchsraten hochrechnen kann (Schmidtke et al., 1996a). Die in Würzburg ermittelten Rohwerte werden mit einem jährlich genau ermittelten Faktor multipliziert. In den letzten Jahren betrug dieser Schätzfaktor 2, so dass die Größenordnung der Suizidversuchsraten in der Kontrollregion ähnlich sind wie die in Nürnberg (100-120 Suizidversuchsfälle pro 100.000 Einwohner). Der höhere Anteil an Vergiftungen in Würzburg könnte darauf zurückzuführen sein, dass Würzburg als „Studentenstadt“ auch altersmäßig etwas niedriger liegt. Suizidversuche mit Medikamenten sind bekanntlich bei jungen Menschen (besonders bei jungen Frauen) relativ häufiger als bei älteren.

7.4.2 Veränderungen bei Methoden und Diagnosen

Bei den Methoden war die Vergiftung mit Psychopharmaka die Methode der ersten Wahl. Eine differenzierte Analyse der einzelnen Stoffgruppen erfolgt im Rahmen der Auswertung der Gesamtintervention. Die Vergiftungen insgesamt deckten rund 75% aller Suizidversuche ab. Frauen zeigten einen signifikant höheren Anteil bei Vergiftungen als Männer. Die dezidiert „harten“ Methoden wie „Erhängen“, „Sturz aus Höhe“ oder auch „Erschießen“ machten in der Summe nur einen Anteil von rund 15% aus und zeigten im Jahresvergleich eine besonders deutliche Abnahme.

Am häufigsten wurde die Diagnose einer Anpassungsstörung vergeben (rund 40%). Sehr markant waren die Unterschiede von Baseline zu Interventionsjahr. Der relative Anteil der Personen, bei denen eine affektive Störung diagnostiziert wurde, verdoppelte sich in Nürnberg annähernd von 15,6% auf 29,3%. Der Anteil der Suchterkrankungen nahm hingegen von 18,7% auf 10,7% ab. Besonders deutlich zeigte sich diese Verschiebung innerhalb der Diagnosen bei den Männern. Hier erhielten im Baselinejahr nur 10% der Befragten die Diagnose „affektive Störung“. Im Interventionsjahr waren es dagegen 30,7%. Im gleichen Zeitraum fand beinahe eine Halbierung der diagnostizierten Suchterkrankungen statt. Bei den Frauen zeigte sich ein ähnliches Muster, wobei die Suchterkrankungen von Anfang an nur eine untergeordnete Rolle gespielt hatten.

Hier ist kritisch anzumerken, dass die Validität dieser Diagnosen fraglich ist. Es

handelt sich größtenteils um Diagnosen nach ICD-10, die nicht mittels eines standardisierten Interviews, sondern entsprechend dem klinischen Eindruck im Rahmen eines Gesprächs ermittelt wurden. Auch der Umstand, dass für 95% der Befragten eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde, ist anfechtbar. Dies hieße, dass jeder Mensch, der sich selbst schädigt, psychisch gestört wäre. Dies ließe kaum Raum für Differenzierungen und stellte in Bezug auf Suizidversuche eine sehr reduktionistische Sichtweise dar. Auf der anderen Seite spiegelt die Vergabe einer Diagnose auch die Perzeption der Kampagne durch die erfassenden Ärzte und Psychologen wider.

Es kann darüber spekuliert werden, wie diese Veränderungen im Diagnoseverhalten zustande kamen. Offensichtlich wurde Depression von den Erfassern allgemein stärker wahrgenommen und im Zweifelsfall auch eher vergeben. Insbesondere bei den Suchterkrankungen könnte eine Umkehrung im Kausalitätsverhältnis stattgefunden haben. Was ursprünglich als Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit im Rahmen einer Suchterkrankung gesehen wurde, könnte im Interventionsjahr umgekehrt betrachtet worden sein. Die Suchterkrankung des Patienten mag hier eher als Kompensationsversuch einer depressiven Grunderkrankung gewertet worden sein.

Bei der Datenerfassung wurde von ärztlich/therapeutischer Seite eine Einschätzung des Suizidversuchs auf der Feuerlein-Skala vorgenommen. In 40% der Fälle wurde dabei davon ausgegangen, dass der Suizident einen „Suizidversuch im engeren Sinn“ unternommen hatte, also primär die Intention hatte, tatsächlich zu sterben. Der relative Anteil für die einzelnen Altersgruppen war dabei recht unterschiedlich. Bei den unter 40-Jährigen wurden im Baseline-Jahr „suizidale Gesten“, „suizidale Pausen“ und „Suizidversuche im engeren Sinne“ nahezu gleich oft diagnostiziert. Bei den über 60-Jährigen wurde hingegen bei $\frac{3}{4}$ der Betroffenen von einem eigentlichen Todeswunsch ausgegangen. Hier reagierten die erfassenden Ärzte zurecht alarmierter als bei jüngeren Personen, denn bei älteren Menschen ist das Suizidrisiko im Falle vorliegender Suizidalität deutlich höher einzuschätzen. Es zeigt sich zudem eine klare Assoziation zwischen der Vergabe einer Einschätzung des Suizidversuchs auf der Feuerlein-Skala und der diagnostischen Einschätzung. Insbesondere das vermutete Vorliegen einer Schizophrenie und einer Depression ging in über 60% der Fälle mit der Einschätzung „Suizidversuch im

engeren Sinn“ einher. Bei der Diagnose „Suchterkrankung“ wird der Todeswunsch hingegen durchschnittlich nur etwa halb so oft gesehen. Eine Verschiebung der Diagnosegewohnheiten hin zu „Depression“ und „Suizidversuch im engeren Sinn“ dokumentiert möglicherweise auch eine veränderte Wahrnehmung der Erfasser. Depression und Suizidalität sowie das damit einhergehende Risikopotential werden ernster genommen als während der Baseline. Dennoch müssen die Variablen „Diagnose“ sowie „Einschätzung aus der Feuerleinskala“ mit Vorsicht interpretiert werden. Wie oben beschrieben, sind hier berechnete Zweifel an der Validität erlaubt.

7.5 Der Rückgang der Suizide

Im Vergleich zur Baseline zeigte sich in Nürnberg ein Rückgang der Suizide um 25%. Dieser Rückgang betraf fast ausschließlich die Population der über 60 Jährigen. Dies galt im wesentlichen sowohl für Frauen als auch für Männer. Dass vor allem die Altersgruppe der über 60-Jährigen betroffen war, ist erstaunlich vor dem Hintergrund, dass der Rückgang der Suizidversuche hauptsächlich Personen unter 40 betroffen hat und für die über 60-Jährigen nicht nachweisbar war. Zudem zeigten die Ergebnisse aus Gotland, dass es besonders schwer ist, die Population der älteren Männer zu erreichen (Rutz et al., 1995; Rutz, 2000). Der Einjahres-Vergleich für Nürnberg deutet jedoch darauf hin, dass sich gerade in dieser Personengruppe eine Reduktion der Suizide um 50% zeigte. Vereinfachend gesagt, zeigt sich für Nürnberg folgendes Muster: Je älter die Altersgruppe desto klarer die Reduktion im Prä-Post-Vergleich. Demnach hat die stärkste Abnahme bei den über 80- Jährigen stattgefunden. Die pro 100.000 Einwohner berechnete Suizidrate fiel von 20,5% auf 15,3%, wobei der relative Rückgang bei den Frauen stärker ausfiel als bei den Männern. Die Suizidfälle der Männer nahmen im Jahresvergleich um 16% ab; der Rückgang bei den Frauen betrug dagegen 41%. Auch hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zu den Reduktionen bei den Suizidversuchsfällen. Dort hatten die Männer sehr viel deutlicher profitiert als die Frauen. Insbesondere bei den Männern unter 45 Jahren waren deutlich weniger Suizidversuche registriert worden. Inwiefern diese unterschiedlichen Entwicklungsmuster bei Suiziden und Suizidversuchen zu deuten sind, erfolgt an späterer Stelle (S.105ff).

Da das Auftreten von Suizid stets auch etwas mit der Verfügbarkeit von Methoden zu tun hat, schien es sinnvoll, die Veränderungen bei der Methodenwahl genauer zu analysieren. Es fällt auf, dass es bei der Methode „Sturz aus Höhe“ einen fast 40%igen Rückgang gegeben hat, der fast ausschließlich auf die Abnahme dieser Methode bei alten Menschen zurückzuführen ist. Auch bei der häufigsten Methode, dem „Erhängen“, gab es einen Rückgang um rund 30%. Der stärkste relative Rückgang zeigte sich jedoch bei der Methode „Erschießen“. Hier betrug die Abnahme über 75%. Es ist bemerkenswert, dass sich die Abnahme der Suizidraten allein auf diese 3 Methoden zurückführen lässt, während sämtliche anderen Methoden entweder unverändert blieben oder ansteigend waren.

Insgesamt zeigte sich im Prä-Post-Vergleich eine eindrucksvolle Abnahme der Suizidrate. Auf der anderen Seite ist allerdings bekannt, dass die regionalen Suizidhäufigkeiten jährlich relativ starken Fluktuationen unterworfen sind. Daher ist eine Analyse der Suizide vor dem Hintergrund der Zahlen der vergangenen 12 Jahre in Nürnberg erfolgt. Der Wert, der für Nürnberg im Jahr 2001 ermittelt wurde, ist zwar der historische Tiefststand, seit das Statistische Landesamt hierzu Daten herausgibt; andererseits liegt der Wert von 75 innerhalb eines 95% Konfidenzintervalls, so dass hier unter Berücksichtigung der 12 vergangenen Jahre keine signifikante Abnahme der Suizide nachgewiesen werden kann. Betrachtet man die Fälle für Frauen und Männer getrennt, so sehen wir, dass die männliche Suizidrate im Baselinejahr (66 Fälle) im Vergleich zum Durchschnitt der Vorjahre (60,9) leicht erhöht war und nach dem ersten Interventionsjahr mit 55 Fällen klar unter dem Durchschnitt der Vorjahre lag. Bei den Frauen entsprach der Wert der Baseline recht genau dem 12-Jahres-Durchschnitt (32,2). Die 20 Fälle im Jahr 2001 stellen dagegen den historischen Tiefststand dar.

Der Vergleich zu Würzburg zeigt, dass dort 2001 eine fast exakt identische Reduktion der Suizidraten stattgefunden hat. Allerdings sind die Fluktuationen der Suizidraten in Würzburg aufgrund der deutlich kleineren Gesamtbevölkerung nochmals erheblich größer als die von Nürnberg, so dass der direkte Vergleich nur beschränkte Aussagekraft hat. Die Gesamtdaten für Bayern zeigen sich dagegen

sehr viel stabiler. Im bayernweiten Vergleich liegen Nürnberg und Würzburg für das Jahr 2001 sehr nahe am bayerischen Durchschnittswert (sowohl für Männer als auch für Frauen), während die Werte aus dem Jahr 2000 klar überdurchschnittlich waren.

7.6 Die Letalität einzelner Methoden

Insgesamt zeigte sich für Nürnberg eine signifikante Abnahme suizidaler Handlungen im Vergleich zur Baseline und zu Würzburg. Andererseits fällt auf, dass die Abnahmen bei den Versuchen vor allem auf die jüngere Hälfte der Population zurückzuführen ist, die der Suizide dagegen auf die über 60-Jährigen. Um diesen Befund weiter zu klären, wurden differenziertere Analysen der Veränderungen der Methoden durchgeführt.

Aus der Zusammenschau von Suiziden und Suizidversuchen ließ sich für die einzelnen Methoden ein Letalitätskennwert berechnen, der für „Erschießen“ mit 84% am höchsten lag und mit 0,7% bei den „Psychopharmakavergiftungen“ sein Minimum hatte. Bei der Auswertung der Suizidversuchsfälle in Nürnberg im Jahre 2000 und 2001 wurde deutlich, dass bei denjenigen Methoden, die mit einem besonders hohen Todesrisiko verbunden waren, besonders starke Abnahmen stattgefunden haben. „Erhängen“, „Erschießen“, „Überrollen lassen“, „Sturz aus Höhe“ und „Ertrinken“ standen für $\frac{3}{4}$ aller Suizide. Bei den Suizidversuchen, die derartige Methoden verwendeten, kam es zu einer drastischen Abnahme im Jahr 2001 (-60%). Die 3 Methoden, die das niedrigste Letalitätsrisiko aufwiesen („Psychopharmakavergiftung“, „Vergiftung durch sonstige Medikamente“, „Schnitte/Stiche“), hatten insgesamt nur einen Anteil von 15% an den Suiziden und von über 80% an den Suizidversuchen. Hier betrug der Rückgang vom Jahr 2000 zum Jahr 2001 in Nürnberg lediglich 9,8%. Damit unterschied sich die Verwendung von „High-Risk-Methoden“ und „Low-Risk-Methoden“ in den beiden Jahren signifikant voneinander. Es war also offensichtlich in Nürnberg zu einer deutlichen Abnahme bei den besonders gefährlichen Suizidversuchen gekommen, die sich ganz besonders stark mit zunehmenden Alter manifestierte. Besonders deutlich waren diese Reduktionen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen, die auch den größten

Rückgang bei den Suizidzahlen zu verzeichnen hatten. „Minderschwere“ Suizidversuche (Vergiftungen, Schnitte/Stiche) nahmen dagegen in dieser Altersgruppe sogar geringfügig zu. Hier waren einzig für die unter 40-Jährigen Reduktionen zu verzeichnen.

Damit wird deutlich, wie die verschiedenen Muster der Suizid- und Suizidversuchsraten 2000 und 2001 in Nürnberg erklärbar werden. Zwar hat auf den ersten Blick eine scheinbar gegenläufige Entwicklung eingesetzt, die mit einem starken Rückgang der Suizidversuche bei jungen Menschen und hier bevorzugt bei Männern stattgefunden hat; auf der anderen Seite waren Suizide besonders stark bei den über 60-Jährigen und, was den relativen Anteil betrifft, vor allem bei den Frauen zurückgegangen. Allerdings beruhte der Rückgang der Suizidversuche bei den unter 40-Jährigen zum überwiegenden Teil aus Abnahmen vergleichsweise wenig gefährlicher Suizidmethoden. Allgemein ist die Letalität suizidaler Handlungen in dieser Altersgruppe bei weitem niedriger als für die über 60-Jährigen. Vereinfacht kann man sagen, dass diese Altersgruppe primär für die sehr große Menge an nichttödlichen suizidalen Handlungen verantwortlich ist. Hier wurden auf 47 Suizide insgesamt 527 Suizidversuche registriert. Bei den Menschen über 60 Jahre standen dagegen 74 Suizide 117 Suizidversuchen gegenüber. Wird hier eine suizidale Handlung begonnen, so endet sie mit einer 10fach höheren Wahrscheinlichkeit tödlich. Insofern ist der relativ moderate Abfall um nur 11 „High-Risk“-Fälle bei Suizidversuchen der über 60-Jährigen qualitativ anders zu bewerten als der entsprechende Abfall von 22 Fällen bei den unter 40-Jährigen. Um es mit noch einfacheren Worten zu sagen: Wenn ein junger Mensch auf ein Hausdach steigt, ist das Risiko, dass dies tödlich endet, um ein Vielfaches geringer als bei einem alten Menschen in gleicher Situation. Dies dürfte zum einen an den sehr unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen liegen (Stürze führen bei älteren Menschen leichter zum Tod); auf der anderen Seite zeigt sich, dass bei jüngeren Personen eine deutlich höhere Chance besteht, erfolgreich zu intervenieren, bevor es zur Tat kommt. Polizei, Rettungsdienste oder andere können häufig eingreifen oder die Person überreden, sich nicht das Leben zu nehmen. Bei älteren Menschen wird ein gefasster Entschluss hingegen in einem weit größeren Anteil umgesetzt, ohne dass es zu irgendwelchen Interventionsmöglichkeiten käme. Wird eine suizidale Handlung begonnen, ist dies in der überwiegenden Mehrzahl ein

„Suizidversuch im engeren Sinn“, wie sich auch in Einschätzung der Diagnostiker gezeigt hatte.

Wie ist dann aber zu erklären, dass bei den weniger gefährlichen Methoden keinerlei Effekte bei den Älteren zu beobachten waren und die durchschnittliche Letalität der Versuche von 45% auf 30% absank? Hier ist die Vermutung berechtigt, dass eine Sensibilisierung des Versorgungssystems für die Thematik „Suizidalität“ dafür gesorgt hat, dass im Interventionsjahr ein höherer Anteil an weniger gefährlichen Suizidversuchen dokumentiert wurde als im Jahr zuvor. Demnach dürfte der eigentliche suizidpräventive Effekt des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ speziell bei der Bevölkerung ab 60 Jahren noch größer sein, als sich dies in den Ergebnissen widerspiegelt.

7.6.1 Gesundheitsökonomische Aspekte

Die Quantifizierung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen birgt erhebliche Probleme. Während die direkten Kosten noch relativ leicht quantifizierbar sind, ist dies bei den indirekten Kosten weitaus schwieriger. Eine übliche Methode ist die Berechnung und die Beeinträchtigung des möglichen Potentials zur Produktion von Gütern oder Dienstleistungen. Davon zu unterscheiden sind die sogenannten „intangiblen“ Kosten. Sie betreffen das Individuum und bezeichnen monetär nicht messbare Effekte wie Schmerz, Freude, Leid, Verlust an Lebensfreude usw. (Fischer et al., 2001; S.69). Bei der Erfassung direkter und indirekter Kosten ist zu beachten, dass durch die reine Kenntnis der Kosten keine Empfehlungen gegeben werden können, welche Behandlung bei mehreren Alternativen zu präferieren ist. Ziel solcher Analysen muss vielmehr sein, die volkswirtschaftliche Belastung und die gesamtwirtschaftlichen Folgen durch eine bestimmte Krankheit aufzuzeigen (Fischer et al., 2001; S.72).

Seit längerer Zeit ist bekannt, dass die dramatische Unterversorgung depressiv erkrankter Menschen zu erheblichen gesellschaftlichen Kosten führt. Greenberg et al. (1993) beziffern die jährlichen Kosten für die USA auf 43 Milliarden \$. Entscheidend ist bei derartigen Hochrechnungen, inwiefern neben den primären auch sekundäre Kosten mit berücksichtigt werden. Zu den primären Kosten würden Kosten für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und Psychothe-

rapie zu zählen sein. Sekundäre Kosten sind dagegen beispielsweise Arbeitsausfall und alle damit verbundenen Belastungen.

Inwiefern lassen sich die bisherigen Ergebnisse des „Bündnisses gegen Depression“ gesundheitsökonomisch beurteilen? Was bedeutet eine „Verbesserung der Versorgung“ in finanzieller Hinsicht? Wie ist eine Abnahme von 100 Suizidversuchsfällen und 25 Suiziden in Geld umzurechnen? Der Rückgang suizidaler Handlungen um 125 Fälle dürfte mit einem Zigfachen besser behandelter depressiver Patienten korrespondieren. Eine Reduktion der Suizidalität steht somit nur für die „Spitze des Eisbergs“ tatsächlicher Einsparungen.

Salize und Schubert (2001) entwickelten Kostenszenarien für den Fall, dass zukünftig mehr Depressionspatienten korrekt diagnostiziert und behandelt werden. Sie errechnen für den Fall einer Reduzierung der Fehlerkennung um 10% zusätzliche Kosten von 200 Mill. DM für das deutsche Gesundheitssystem. Dabei wurden allerdings nur direkte Behandlungskosten berücksichtigt und es wurde davon ausgegangen, dass eine unerkannte (und damit unspezifisch behandelte) Depression auch langfristig nur zu einer Monobehandlung durch den Hausarzt führt, nicht aber zu krankheitsbedingten stationären Behandlungen. Die beiden Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass Einsparungen der direkten Krankheitskosten durch eine bessere Erkennungsrate unwahrscheinlich sind. Plausibler ist allerdings, dass die Fehldiagnose und Unterbehandlung zu weit höheren Folgekosten führt, die weit über die hausärztlichen Behandlungskosten hinausgehen. Berto et al. (2000) kommen bei einer Analyse der bisherigen Publikationen zu dem Ergebnis, dass die Kosten für Medikamente nur 2-11% der direkten Kosten verursachten. Stationäre Behandlung stand hingegen für 43-75% der durchschnittlichen Kosten pro Patient. Eine konsequente Behandlung depressiver Patienten und eine damit einhergehende Halbierung der Krankheitsdauer würde demnach ein erhebliches Einsparungspotential bedeuten.

Neben den direkten Kosten dürfte das 4-Ebenen-Konzept auch erhebliche Auswirkungen auf die sekundären Kosten haben. Der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK, 2002) berichtet für die vergangenen 5 Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Krankheitsfälle und -tage wegen psychischer Erkrankung um 51%. Dabei verursachen Depressionen etwa $\frac{3}{4}$ aller Arbeitsunfälle

higkeitstage. So kam es je 100 Frauen im vergangenen Jahr zu 42,3 Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Depression, bei Männern waren es 23,5 Tage. Auf der Basis dieser Zahlen würden sich allein bei den sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern in Nürnberg (148.000 Männer und 114.000 Frauen) insgesamt jährlich rund 83.000 Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Depression addieren. Laut statistischen Angaben führt ein Arbeitsunfähigkeitstag durchschnittlich zu Produktionsausfallkosten von rund 86 € und zu einer Minderung der Bruttowertschöpfung von durchschnittlich 137€/Tag (BaUA, 2002). Damit ergeben sich für Nürnberg bei Verallgemeinerung der DAK Daten auf der Basis der Minderung der Bruttowertschöpfung Kosten von jährlich 11,4 Millionen €. Die tatsächlichen Kosten dürften noch weitaus höher liegen, weil in diese Analyse nur tatsächlich diagnostizierte Depressionen eingehen. Unter Berücksichtigung der großen Defizite bei Diagnose und Therapie (nur ca. 10% erhalten eine suffiziente Behandlung) werden hier enorme Einsparungsmöglichkeiten deutlich.

Die 20-prozentige Reduktion der Suizidalität in Nürnberg spricht für eine deutlich verbesserte Diagnose und Therapie depressiver Störungen. Folgendes Kostenszenario verdeutlicht potentielle ökonomische Konsequenzen: wenn es beispielsweise gelänge, bei 20% der (offiziell) an Depression Erkrankten durch eine frühzeitige und effiziente Behandlung die Hälfte der Arbeitsunfähigkeitstage einzusparen, so ließe sich in Nürnberg allein der Verlust an Bruttowertschöpfung um über 1 Mio € pro Jahr senken. Würde man zusätzliche Variablen (wie beispielsweise verminderte Produktivität durch unbehandelte Depression) berücksichtigen, sähe das Einsparungspotential noch wesentlich größer aus. Im Vergleich dazu sind die Interventionskosten für das Präventionsprogramm niedrig: Ein Jahr Baselineerfassung, zwei Interventionsjahre sowie zwei Follow-Up Jahre kosten in Nürnberg inklusive Evaluation für den Gesamtzeitraum rund 1 Mio €. Auch zu erwartende Mehrkosten durch Medikation und fachärztliche Behandlung würden mehr als kompensiert. Kritisch ist allerdings anzumerken, dass derartige Hochrechnungen auf Schätzungen basieren, und eine präzisere Analyse nur auf der Basis zusätzlicher Variablen möglich ist (beispielsweise durch empirische Daten über Veränderungen bei den Fehlzeiten).

Kostenanalysen hinsichtlich Suiziden und Suizidversuchen sind noch problematischer. Die von Wolfersdorf und Martinez (1998) berechneten Kosten auf der Basis

des verlorengegangenen Bruttosozialprodukts je Suizident stellen wahrscheinlich keinen geeigneten Parameter für eine Effektivitätsanalyse dar. Wie bereits gezeigt, ist die Assoziation von Suizid und schwerer psychischer Erkrankung sehr hoch. In vielen Fällen nehmen sich Menschen das Leben, die aufgrund ihrer (oft chronischen) psychischen Erkrankung wenig oder gar nichts erwirtschaften können und statt dessen durch intensive und teure Behandlungen die Krankenkassen belasten. Darüber hinaus werden rund 40% der Suizide von Menschen über 60 Jahren verübt; also vor allem von Menschen, die berentet sind und wiederum die Sozialkassen belasten. Unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten, so ließe sich zynisch argumentieren, stellt Suizid kein gesellschaftliches Problem dar, weil Suizidenten wenig zur Wertschöpfung der Gesellschaft beitragen. Das Ausmaß der intangiblen Kosten durch Suizid und Suizidversuche ist dagegen als sehr groß einzuschätzen. Ein Suizid führt meist zu einer nachhaltigen Erschütterung nicht nur des primären Bezugssystems (beispielsweise der Kernfamilie), sondern über die Grenze der Subsysteme hinaus (beispielsweise Mitschüler, Kollegen etc.). Eine direkte Quantifizierung des Ausmaßes verhinderten Leids durch die Reduktion suizidaler Handlungen in Nürnberg ist auf der Basis der erhobenen Daten allerdings nicht möglich.

Allgemein ist dazu anzumerken, dass auch bei Präventivmaßnahmen oder Interventionen in anderen medizinischen (vor allem somatischen) Bereichen eine wirtschaftliche Argumentation nicht immer möglich ist. So ist unter volkswirtschaftlichen Aspekten die Implantierung von Bypasskathedern oder Herzschrittmachern bei über 65 Jährigen nicht schlüssig zu begründen, andererseits besteht zumindest hierzulande unter ethischer Hinsicht kein Zweifel an der Notwendigkeit und Legitimität derartiger medizinischer Eingriffe, obwohl die entsprechenden Patienten zur Wertschöpfung der Gesellschaft meist nichts mehr beitragen. Von daher darf eine Präventivmaßnahme, die auf Depression und somit indirekt auch auf Verhinderung von Suizid abzielt, nicht allein unter monetären Aspekten bewertet werden.

Eine Reduktion von Suizidversuchen lässt sich vergleichsweise leichter monetär quantifizieren. Hier könnten beispielsweise die primären Kosten für stationäre Behandlung in psychiatrischen und nicht psychiatrischen Kliniken, die nach Suizidversuchen notwendig wird, ausgewertet werden. Auf dieser Grundlage stellt die

Abnahme von 95 Suizidversuchen bereits einen relevanten Faktor dar, wenn man beispielsweise die Kosten für Behandlungen auf der Intensivstation, in Chirurgien oder auch die psychosomatischen Nachbehandlung mit berücksichtigt. Derartige Auswertungen sind für Nürnberg in Planung, werden aber nicht vor Ende 2003 vorliegen.

7.7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse nach einem Jahr Intervention zeigen eine eindrucksvolle und signifikante Reduktion suizidaler Handlungen in Nürnberg im Vergleich zu einer Baselinemessung und zur Kontrollregion. Im Rahmen dieser Zwischenauswertung konnte somit in wichtigen Teilen die Wirksamkeit des 4-Ebenen-Konzepts zur besseren Versorgung depressiv erkrankter Menschen nachgewiesen werden. Die Verbindung von enger Kooperation mit der Primärversorgung, Aufklärung der breiten Öffentlichkeit, Einbindung von Multiplikatoren und speziellen Angeboten für Betroffene und Angehörige scheint somit ein vielversprechender Ansatz für eine wirkungsvolle Prävention im Bereich Depression und Suizidalität. Abzuwarten bleiben allerdings die Analysen weiterer Variablen und größerer Untersuchungszeiträume. Im Sommer 2003 finden Auswertungen der Medikamentenprofile, der 3. Bevölkerungsumfrage sowie klinischer Daten von Patienten nach Suizidversuch statt. So wird unter anderem der Fragestellung nachgegangen, inwiefern sich das Verschreibungsverhalten der in Nürnberg geschulten Ärzte verändert hat im Vergleich zu einer gematchten Kontrollstichprobe in Nürnberg sowie einer Kontrollgruppe in Würzburg. Diese Auswertungen sollen im wesentlichen dazu beitragen, die Wirkmechanismen des Interventionsprogramms näher zu bestimmen und Einzelbereiche noch weiter zu optimieren.

Analysen einer größeren Anzahl von Einzelfällen und der Nachweis einer veränderten Diagnostik und Behandlung in der Primärversorgung wären im Rahmen dieser Studie zwar wünschenswert gewesen, auf der Basis der vorhandenen Ressourcen ließ sich dies allerdings nicht realisieren. So wird auch nach Abschluss der Studie keine völlige Klarheit darüber bestehen, wie und auf welche Art und Weise einzelne Effekte zustande kamen. Vermutlich würde sich dies auch bei der

Auswertung zusätzlicher Variablen aufgrund der Verschränktheit der verschiedenen Ebenen nur schwer zeigen lassen.

Eine wichtige Rolle spielt zukünftig die Sicherung der Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen in Nürnberg. Von der Gotland-Studie (Rutz et al., 1992) ist beispielsweise bekannt, dass die Effekte nach kurzer Zeit wieder verschwanden und die Suizidrate auf das Ausgangsniveau zurückkehrte. Um dem vorzubauen, wird in Nürnberg versucht, über die eigentliche Interventionsphase hinaus weiterhin auf allen vier Ebenen Akzente zu setzen. Der Verein „Bündnis gegen Depression“ bietet dafür den notwendigen Rahmen. Zukünftig werden die Verantwortlichen vor Ort die Steuerung des Bündnisses in Nürnberg übernehmen. Sponsorenmittel ermöglichen die Umsetzung weiterer Fortbildungen und öffentlicher Veranstaltungen. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ begleitet und berät das NBgD auch weiterhin, die konkrete Organisation und Umsetzung der Aktivitäten wird zukünftig aber von einer vom Verein angestellten lokalen Koordinatorin geleistet. Die Chancen auf eine längerfristige Wirksamkeit des Ansatzes sind damit günstig.

Bereits heute ist das Interesse anderer Regionen im In- und Ausland nach einer Übernahme des Nürnberger Modells beträchtlich. Derzeit finden die Planungen für eine Ausweitung des „Bündnisses gegen Depression“ statt und noch im Jahr 2003 werden erste regionale Kampagnen gestartet. Mit dem „Bündnis gegen Depression“ ist ein wichtiges und öffentlichkeitswirksames Instrument geschaffen worden, das Thema „Depression“ stärker in den Fokus der Fachöffentlichkeit sowie der Allgemeinbevölkerung zu stellen. Damit tritt ein „psychiatrisches Thema“ aus einem Schattendasein und wird Teil einer gesellschaftlichen Debatte über die Zukunft der Versorgung. Ziel des „Bündnisses gegen Depression“ ist es, diese Diskussion für psychische Erkrankungen genauso offen gestalten zu können, wie dies für viele somatische Erkrankungen bereits der Fall ist.

8 Zusammenfassung

Einleitung:

Studien in der jüngeren Vergangenheit haben nachhaltig auf die große Bedeutung depressiver Störungen aufmerksam gemacht. Die hohe Prävalenz von Depressionen auf der einen Seite und die erheblichen Diagnose- und Therapiedefizite auf der anderen Seite geben der Thematik eine besondere gesundheitspolitische Brisanz. Obwohl vor allem mit Pharmakotherapie und Psychotherapie seit langer Zeit erprobte und bewährte Behandlungsmöglichkeiten vorliegen, erhalten derzeit nur rund 10% der Betroffenen eine entsprechende Therapie. Eine der drastischsten Folgen von unzureichend behandelten Depressionen ist eine hohe Exzessmortalität. Nach Schätzungen ereignen sich rund 50% der weltweit 1 Mio. Suizide pro Jahr im Kontext depressiver Erkrankungen. In den vergangenen 20 Jahren wurden in unterschiedlichen Ländern eine Vielzahl suizidpräventiver Aktivitäten durchgeführt. Neben Programmen für spezielle Hochrisikogruppen (z.B. Lithiumprophylaxe) wurden auch Maßnahmen erprobt, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen (beispielsweise Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden). Die Evidenz für die suizidpräventive Wirksamkeit der meisten Maßnahmen ist jedoch schwach. Es gibt einen deutlichen Mangel an kontrollierten Interventionsstudien, die einen Rückgang von Suiziden oder Suizidversuchen nachweisen konnten.

Fragestellung und Methode:

Im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF) wurde von 2001 bis 2002 ein kontrolliertes depressionspräventives 4-Ebenen-Programm durchgeführt: das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“. Aufbauend auf Studien aus Schweden (Gotland-Studie) und Großbritannien (Defeat Depression Campaign) wurde in Nürnberg ein Aktionsprogramm ins Leben gerufen, das gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen ansetzte, um Synergieeffekte zu nutzen. Im Zentrum der Aktivitäten stand eine Optimierung der Diagnose und Therapie in der Primärversorgung. Hausärzte wurden intensiv geschult. Ihnen wurden Screeninginstrumente zur Verfügung gestellt und umfangreiches Informationsmaterial zur Weitergabe an Patienten angeboten (z.B. Videos, Broschüren). Daneben fand eine öffentliche Informa-

tionskampagne statt (Plakate, Vorträge, Kinospot, Distribution von 100.000 Flyern etc.), die sich nicht zuletzt in einer intensiven Medienberichterstattung zum Thema „Depression“ niedergeschlagen hat. Zudem gab es eine enge Kooperation mit weiteren Berufsgruppen, die sekundär in die Versorgung depressiver Patienten eingebunden sind (z.B. Pfarrer, Altenpflegekräfte, Sozialpädagogen etc.). Schließlich wurden spezielle Unterstützungsangebote für Betroffene gemacht. So wurde eine Telefonhotline für Menschen nach Suizidversuch eingerichtet, über die im Falle einer weiteren Krise schnelle Hilfe angeboten werden konnte. Auch wurden Selbsthilfeaktivitäten angeregt und dauerhaft unterstützt.

Als Haupterfolgskriterium der Studie wurde eine signifikante Reduktion der suizidalen Handlungen (Suizide + Suizidversuche) im Vergleich zu einer Baseline (Jahr 2000) und zu einer Kontrollregion (Würzburg) gewählt. Die Kernhypothesen waren vor Interventionsbeginn im Internet veröffentlicht worden. Sekundäre Erfolgskriterien waren u.a. Veränderungen im Verschreibungsverhalten der Hausärzte, im Überweisungsverhalten und im Wissen sowie den Einstellungen der Öffentlichkeit zum Thema „Depression“. In dieser Arbeit werden die Ergebnisse einer Zwischenbewertung der Studie nach einem Jahr Interventionsdauer dargestellt.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen für das erste Interventionsjahr (2001) im Vergleich zur Baseline (2000) und zur Kontrollregion eine signifikante Abnahme suizidaler Handlungen in Nürnberg von 620 auf 500 Fälle ($p=0,046$). Der Rückgang der Suizidversuchsfälle betrug 21,6% (375 versus 475) und unterschied sich ebenfalls signifikant von der Kontrollregion ($p=0,008$). Bei genaueren Analysen zeigte sich zudem, dass insbesondere diejenigen Suizidversuche abnahmen, bei denen besonders riskante Methoden wie „Erhängen“ oder „Sprung in die Tiefe“ verwendet wurden. Im Vergleich zur Baseline konnte darüber hinaus eine Reduktion der Suizide um 25% von 100 auf 75 Fälle gezeigt werden, die insbesondere auf niedrigere Suizidraten bei den über 60-Jährigen zurückzuführen war. Da es in der Kontrollregion ebenfalls zu einer Reduktion der Suizide gekommen war, wurde hier Signifikanz verfehlt. Im Vergleich zu den Suizidzahlen in Nürnberg seit 1989 bedeutet der Wert von 75 Fällen zwar ein absolutes Minimum, liegt aber dennoch innerhalb eines 95% Konfidenzintervalls.

Diskussion:

Das Zwischenergebnis bestätigt die Wirksamkeit des 4-Ebenen-Konzepts. Es konnte gezeigt werden, dass durch intensive Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation depressiver Menschen ein statistisch signifikanter und klinisch hoch relevanter Beitrag zur Suizidprävention geleistet wird. Die Analyse weitere Variablen und die Auswertung über einen längeren Zeitraum müssen die positiven Ergebnisse der Zwischenauswertung bestätigen. Das „Bündnis gegen Depression“ steht vor einer Ausweitung in andere Regionen und Länder.

9 Verzeichnisse

9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ICD-10 Diagnosen der wichtigsten mit Depression einhergehenden Störungen.....	7
Tabelle 2: Unterschiedliche suizidpräventive Ansätze: ausgewählte Studien:	34
Tabelle 3:Orte der Erfassung von Suizidversuchsfällen (Nürnberg).....	63
Tabelle 4: Orte der Erfassung von Suizidversuchsfällen (Würzburg)	63
Tabelle 5: Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg (2000-2001)	64
Tabelle 6: Suizidversuchsraten nach Alter in Nürnberg und Würzburg (2000-2001).....	65
Tabelle 7: Personen nach SV in NÜ und WÜ nach Geschlecht (2000-2001).....	66
Tabelle 8: Suizidraten in Nürnberg, Würzburg und Bayern je 100.000 Einwohner (2000-2001).....	68
Tabelle 9: Suizidversuchsmethoden in NÜ (2000-2001).....	70
Tabelle 10: Suizidversuchsmethoden in NÜ und WÜ	71
Tabelle 11: Motiveinschätzung auf der Feuerleinskala in NÜ und WÜ (2000-2001)	71
Tabelle 12: Zeitpunkt der Erfassung der Suizidversuche in NÜ und WÜ (2000-2001).....	72
Tabelle 13: Suizidversuche (S _{Ve}) und Suizidversuchsraten (/100.000) in NÜ 2000.....	75
Tabelle 14: Suizidversuche (S _{Ve}) und Suizidversuchsraten (/100.000) in NÜ 2001.....	75
Tabelle 15: Suizidversuchsmethoden nach Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)	79
Tabelle 16: Frühere Suizidversuche in NÜ und WÜ (2000-2001).....	80
Tabelle 17: Psychiatrische Diagnosen in NÜ und WÜ (2000-2001)	81
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Motiv und Diagnose (Nürnberg 2000-2001).....	83
Tabelle 19: Suizide in Nürnberg 2000 und 2001	84
Tabelle 20: Methoden bei suizidalen Handlungen (Nürnberg 2000-2001)	87
Tabelle 21: Gruppierung von versch. Methoden nach Risikopotential (Nürnberg 2000-2001).....	88
Tabelle 22: Häufigkeit von Methodengruppen für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001) ...	89
Tabelle 23:Letalität suizidaler Handlungen für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001).....	90

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Murray and Lopez 1997: the Global Burden of Disease	15
Abbildung 2: Optimierungsspielraum in der hausärztlichen Praxis.....	17
Abbildung 3: graduelle Ausprägungen von Suizidalität.....	25
Abbildung 4: Die weltweiten Suizidraten pro 100.000 Einwohner.....	27
Abbildung 5: Suizide in Deutschland nach Geschlecht (1990-2000).....	27
Abbildung 6: Suizide in verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht (1998)	28
Abbildung 7: Suizide je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht (1998).....	29
Abbildung 8: In verschiedenen Studien ermittelte Suizidversuchsraten	30
Abbildung 9: Verschiedene Ansätze in der Suizidprävention	33
Abbildung 10: Der 4-Ebenen-Ansatz.....	48
Abbildung 11: Kooperationspartner innerhalb des NBgD	53
Abbildung 12: Zeitlicher Ablauf der Studie	55
Abbildung 13: Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg (2000-2001).....	65
Abbildung 14: Personen nach Suizidversuch in NÜ und WÜ (2000-2001).....	66
Abbildung 15: Suizidversuche in NÜ und WÜ nach Altersgruppen (2000-2001).....	67
Abbildung 16: Suizide in NÜ und WÜ (2000-2001).....	68
Abbildung 17: Suizide in Nürnberg im Zeitverlauf (1989-2001)	69
Abbildung 18: Suizidversuche in Nürnberg in den einzelnen Altersgruppen (2000-2001)	73
Abbildung 19: Suizidversuche in den einzelnen Altersgruppen (Männer; 2000-2001).....	74
Abbildung 20: Suizidversuche in den einzelnen Altersgruppen (Frauen; 2000-2001).....	74
Abbildung 21: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (2000-2001).....	76
Abbildung 22: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (Männer; 2000-2001) ..	76
Abbildung 23: Personenbezogene Suizidversuchsraten je 100.000 in NÜ (Frauen;2000-2001)	77
Abbildung 24: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001)	78
Abbildung 25: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001; Männer).....	78
Abbildung 26: Suizidversuchsmethoden (Nürnberg 2000-2001; Frauen).....	79
Abbildung 27: Psychiatrische Diagnosen für Personen nach SV (Nürnberg 2000-2001).....	81
Abbildung 28 Psychiatrische Diagnosen für Männer nach SV (Nürnberg 2000-2001).....	82
Abbildung 29: Psychiatrische Diagnosen für Frauen nach SV (Nürnberg 2000-2001).....	82
Abbildung 30: Zusammenhang von Motiv und Alter (Nürnberg 2000-2001)	83
Abbildung 31: Suizide nach Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)	84
Abbildung 32: Standardisierte Suizidraten nach Alter und Geschlecht (Nürnberg 2000-2001).....	85
Abbildung 33: Suizidmethoden (Nürnberg 2000-2001).....	86
Abbildung 34: Suizidmethoden für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001)	86
Abbildung 35: Methoden nach Letalität (Nürnberg 2000-2001)	88
Abbildung 36: Suizide und Suizidversuche für versch. Altersgruppen (Nürnberg 2000-2001).....	90

9.3 Literatur

- Althaus, D. und Hegerl, U. (2001) Die Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. *Nervenarzt* 72(9), 677-684.
- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J. und Hegerl, U. (2002) Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt* 73(7), 659-664.
- Améry, J. (1976) *Hand an sich legen. Ein Diskurs über den Freitod.* Klett Cotta.
- Angermeyer M.C., Daumer R., Matschinger H. (1993) Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* 26(4), 114-120.
- Angermeyer, M.C. und Matschinger, H. (1996) Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 94(5), 326-336.
- Angermeyer, M.C. und Matschinger, H. (1999) Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34(5), 275-281.
- Angst, J., Angst, F. und Stassen, H. (1999) Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal-of-Clinical-Psychiatry* 60 (Suppl. 2), 57-62.
- Asberg, M. (1997) Neurotransmitters and suicidal behaviour: the evidence from cerebrospinalfluid studies. *Ann N Y Acad Sci* 836, 158-181.
- Bagley, C. (1968) The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Soc Sci Med* 2(1), 114.
- Baldessarini, R.J. und Jamison, K.R. (1999) Effects of medical interventions on suicidal behavior. Summary and conclusions. *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 2, 117-122.
- Barracough, B.M. und Jennings, C. (1977) Suicide prevention by the Samaritans. A controlled study of effectiveness. *Lancet* 2(8031), 237-239.
- BaUA. (2002) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Volkswirtschaftliche Kosten der Arbeitsunfähigkeit 2001, <http://www.baua.de/info/statistik/>.
- Beck, A.T. (1974) The development of depression. A cognitive model. In: R.J. Friedmann und M.M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression.* Wiley, New York.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. und Emery, G. (1996) *Kognitive Therapie der Depression* (5.Aufl.). Psychologie Verlags Union, München, Weinheim.
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Di Virgilio, R. und Rizzo, F. (2000) Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Ment Health Policy Econ*, 3(1), 3-10.
- Bertolote, J.M. (2001) Suicide in the world: an epidemiological overview: 1959-2000. In: D. Wasserman (Hrsg.), *Suicide - An Unnecessary Death.* Martin Dunitz, London, 3-10.
- Bille Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Loennqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Stiles, T.C., Wasserman, D., Aagaard, B., Egebo, H. und Jensen, B. (1997) A repetition-prediction study of European parasuicide populations: A summary of

- the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on parasuicide in co-operation with the EC concerted action on attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 95(2), 81-86.
- Callahan, C.M., Hendrie, H.C., Dittus, R.S., Brater, D.C., Hui, S.L., Tierney, W.M. (1994) Improving treatment of late life depression in primary care: A randomized clinical trial. *JAGS* 42, 839-846.
- Coppen, A., Standish, B.H., Bailey, J., Houston, G., Silcocks, P. und Hermon, C. (1991) Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders? *J Affect Disord* 23(1), 1-7.
- DAK-Gesundheitsmanagement. (2002) DAK-Gesundheitsreport. Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg.
- Davidson, J.R. und Meltzer, B.S. (1999) The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 7, 4-9.
- De Leo, D., Carollo, G. und Dello Buono, M. (1995) Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 152(4), 632-634.
- DeRubeis, R., Gelfand, L., Tang, T. und Simons, A. (1999) Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*. 156(7), 1007-1013.
- Diekstra, R.F. (1982) Epidemiology of attempted suicide in the EEC. *Bibl Psychiatr* 162, 1-16.
- Diekstra, R.F. (1993) The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 3719-20.
- Dilling, H., Mombour, M.W. und Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen in der 10. Revision (ICD-10) Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber und Hogrefe, Bern, Göttingen, Toronto.
- Durkheim, E. (1973) *Der Selbstmord* (deutsche Übersetzung von 1897). Luchterhand, Neuwied Berlin.
- Engel, R. (2002) Metaanalysen der Langzeiteffektivität von Antidepressiva bei Depression. DGPPN Kongress Nervenarzt. Vol. 73 (suppl.), 24.
- Evans, M.O., Morgan, H.G., Hayward, A. und Gunnell, D.J. (1999) Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry* 175, 23-27.
- Feldmann, K. (2001) *Suizid: sozialwissenschaftliche Theorien, wissenssoziologische und ideologiekritische Überlegungen*. Institut für Psychologie und Soziologie in den Erziehungswissenschaften, Universität Hannover.
- Ferrada-Noli, M. (1997) Social psychological variables in populations contrasted by income and suicide rate :Durkheim revisited. *Psychological Reports* 81, 307-316.
- Feuerlein, W. (1971) Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens. *Nervenarzt* 42(3), 127-130.
- Fischer, J., Bölschler, J. und Schulenburg, J.G.v. (2001) *Gesundheitsökonomische Aspekte des Krankheitsbildes Depression*. Cuvillier Verlag, Göttingen.
- Frey, R., Schreinzer, D., Heiden, A. und Kasper, S. (2001) Einsatz der Elektrokrampftherapie in der Psychiatrie. *Nervenarzt*. 72(9) : 661-676.

- Geddes, J.R., Juszczak, E., O'Brien, F. und Kendrick, S. (1997) Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. *J Epidemiol Community Health* 51(4), 430-434.
- George, M., Nahas, Z., Bohning, D., Kozel, F., Anderson, B., Chae, J., Lomarev, M., Denslow, S., Li, X. und Mu, C. (2002) Vagus nerve stimulation therapy: a research up-date. *Neurology* 59 (6 Suppl 4), 56-61.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. und Blackburn, I.M. (1998) A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 49(1), 59-72.
- Goldacre, M., Seagroatt, V. und Hawton, K. (1993) Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 342(8866), 283-286.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan, J.P. und Grayson, D. (1988) Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 297(6653), 897-899.
- Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. und Berndt, E. (1993) The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 54 (11), 405-418.
- Gunnell, D. und Frankel, S. (1994) Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 308(6938), 1227-1233.
- Haenel, T. und Pödingner, W. (1986) Erkennen und Beurteilen von Suizidalität. In: K.P. Kisker (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 107.
- Häfner, H. (1998) Arbeitslosigkeit und Suizidalität. *Suizidprophylaxe* 25(4), 141-152.
- Harris, E.C. und Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170, 205-228.
- Hautzinger, M. (1993) Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen: Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie* 3(1), 26-34.
- Hautzinger, M. (1998) *Depression*. Hogrefe, Göttingen, 4ff.
- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R. (1988) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression. Behandlungsanleitungen und Materialien*. Psychologische Verlags Union Beltz, Weinheim.
- Hawton, K., Arensman, E., Wasserman, D., Hulten, A., Bille Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., Deisenhammer, E., Kerkhof, A., De Leo, D., Michel, K., Ostamo, A., Philippe, A., Querejeta, I., Salander Renberg, E., Schmidtke, A. und Temesvary, B. (1998) Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 52(3), 191-194.
- Hegerl, U., Althaus, D. und Stefanek, J. (2003) Public attitudes towards treatment of depression: Effects of an information campaign. *Pharmacopsychiat* (in press).
- Heikkinen, M., Aro, H. und Lönnqvist, J. (1992) Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatr Scand* 86(6), 489-494.
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H.-J., Hegerl, U. (2002) Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252(5):240-249.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Moeller, H. und Hegerl, U. (2003) Identifying depression in primary care: a comparison of different methods. *BMJ* 226, 200-201.

- Henry, J.A. (1997) Epidemiology and relative toxicity of antidepressant drugs in overdose. *Drug Saf* 16(6), 374-390.
- Hillert, A., Sandmann, J., Ehmgig, S.C., Weisbecker, H., Kepplinger, H.M. und Benkert, O. (1999) The general public's cognitive and emotional perception of mental illnesses: An alternative to attitude-research. In: J. Guimón, W. Fischer und N. Sartorius (Hrsg.), *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Karger, Basel, 56-71.
- Holsboer, F. (2001) Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy. *J Affect Disord* 62(1-2), 77-91.
- Holtzheimer, P., Russo, J. und Avery, D. (2001) A meta-analysis of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *Psychopharmacol Bull* 35(4), 149-169.
- Isacsson, G., Bergman, U. und Rich, C.L. (1996) Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *J Affect Disord* 41(1), 1-8.
- Jamison, K. (2000) *Wenn es dunkel wird. Zum Verständnis des Selbstmords*. Siedler Verlag, Berlin, 17-31.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. und Pollitt, P. (1997a) "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 166(4), 182-186.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P.A., Christensen, H. und Jiao, Z. (1997b) Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32(8), 468-473.
- Judd, L. und Akiskal, H. (2003) The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 73(1-2), 123-131.
- Kanfer, F., Reinecker, H. und Schmelzer, D. (1996) *Psychologische versus medizinische Modelle von psychischen Störungen, Selbstmanagementtherapie*. Springer, Berlin, 78-80.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Müller, T.I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R.M. und Shea, T. (1992) Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry* 49 (10), 809-816.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. und Kendler, K. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51(1), 8-19.
- Khan, A., Khan, S.R., Leventhal, R.M. und Brown, W.A. (2001) Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the food and drug administration database. *Am J Psychiatry* 158(9), 1449-1454.
- Khan, A., Warner, H.A. und Brown, W.A. (2000) Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 57(4), 311-317.
- Kreitman, N. und Platt, S. (1984) Suicide, unemployment, and domestic gas detoxification in Brit-

- ain. *J Epidemiol Community Health* 38(1), 1-6.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B. und Grochocinski, V.J. (1992) Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 49(10), 769-773.
- Laux, G. (2003) Affektive Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux und H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer, Berlin, Heidelberg, 1175ff.
- Leichsenring, F. (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21(3), 401-419.
- Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. und Tylee, A. (1997) Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 12(1), 19-29.
- Lester, D. (1993) The effectiveness of suicide prevention centers. *Suicide.Life Threat.Behav.* 23(3), 263-267.
- Lester, D. (1998) Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research* 4(1), 7-24.
- Lewinsohn, P.H. (1974) A behavioral approach to depression. In: Friedman, R.J. and Katz, M.M.(Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston: Wiley., Washington, D.C.
- Lewinsohn, P.H., Hoberman, H.M. und Hautzinger, M. (1985) An integrative theory of depression. In: S. Reiss und R.R. Bootzin (Hrsg.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Academic Press, New York.
- Lewis, G., Hawton, K. und Jones, P. (1997) Strategies for preventing suicide. *Br J Psychiatry* 171, 351-354.
- Lewis, G. und Sloggett, A. (1998) Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*. 317(7168), 1283-1286.
- Lin, E.H., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G.E., Walker, E. und Robinson, P. (1995) The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 33(1), 67-74.
- Lipp, O., Souery, D. und Mendlewicz, J. (1999) Populationsgenetik. In: H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter und N. Sartorius (Hrsg.), *Grundlagen der Psychiatrie*, Springer, Berlin, 79-107.
- Lönnqvist, J. (2000) Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In: K. Hawton & K. van Heeringen (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, 107-120.
- Martin, J.L., Barbanoj, M.J., Schlaepfer, T.E., Clos, S., Perez, V., Kulisevsky, J. und Gironell, A. (2002) Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane Database Syst Rev Syst Rev*.(2), CD003493.
- Meltzer, H.Y. und Okayli, G. (1995) Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry* 152(2), 183-190.

- Mischler, G. (2000) Von der Freiheit, das Leben zu lassen. Kulturgeschichte des Suizids. Europa Verlag, Hamburg.
- Modestin, J. und Schwarzenbach, F. (1992) Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in discharged psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 85(2), 173-175.
- Möller, H.J. (1992) Antidepressants: Do they decrease or increase suicidality? *Pharmacopsychiatry* 25(6), 249-253.
- Möller, H.-J., Müller, W.E. und Volz, H.P. (2000) Psychopharmakotherapie. Ein Leitfaden für die Praxis. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Morgan, H.G., Jones, E.M. und Owen, J.H. (1993) Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry* 163, 111-112.
- Mortensen, P.B. (1999) Can suicide research lead to suicide prevention? *Acta Psychiatr Scand* 99(6), 397-398.
- Mösler, T.A. (1992) Suizidhandlungen im Stadtgebiet Nürnberg: eine epidemiologische und ökologische Untersuchung über Häufigkeiten und Ursachen. Roderer, Regensburg.
- Motto, J.A. (1976) Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. *Suicide: A Quarterly Journal of Life Threatening Behavior* Vol 6(4), 223-230.
- Motto, J.A. und Bostrom, A.G. (2001) A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv* 52 (6), 828-33.
- Müller-Oerlinghausen, B., Müser-Causemann, B. und Volk, J. (1992) Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J Affect Disord* 25, 261-270.
- Müller-Oerlinghausen, B., Wolf, T., Ahrens, B., Schou, M., Grof, E. und al., e. (1994) Mortality during initial and during later lithium treatment. *Acta Psychiatr Scand* 90, 295-297.
- Murray, C.J.L. und Lopez, A.D. (1997) The global burden of disease in 1990: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and disability weights. In: C.J. Murray und A.D. Lopez (Hrsg.), *The Global Burden of Disease*, . Vol. 1. Harvard University Press, Harvard, 247-293.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987) Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 101(2), 259-282.
- Paton, J., Jenkins, R. und Scott, J. (2001) Collective approaches for the control of depression in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(9), 423-428.
- Paykel, E.S., Cooper, Z., Ramana, R. und Hayhurst, H. (1996) Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol Med* 26(1), 121-133.
- Paykel, E.S., Tylee, A., Wright, A., Priest, R.G., Rix, S. und Hart, D. (1997) The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 154(6 Suppl), 59-65.
- Paykel, E.S., Hart, D. und Priest, R.G. (1998) Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 173, 519-522.
- Phillips, D.P. (1974) The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 39(3), 340-354.
- Platt, S. (1984) Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med*

- 19(2), 93 -115.
- Plattner, A., Moeller, H.J. and Hegerl, U. (2001) Additive Effekte kombinierter Psycho- und Pharmakotherapie fuer depressive Patienten: Illusion oder Tatsache? *Verhaltenstherapie* 11(3), 180-188.
- Pöldinger, W., Sonneck, G. (1980) Die Abschätzung der Suizidalität. *Nervenarzt* 51, 147-151.
- Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M. und Tylee, A. (1996) Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch *BMJ* 313(7061), 858-859.
- Renberg, E.S. (2001) Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(9), 429-436.
- Rix, S., Paykel, E.S., Lelliott, P., Tylee, A., Freeling, P., Gask, L. und Hart, D. (1999) Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign *Br J Gen Pract* 49(439), 99-102.
- Rutz, W. (2000) Das Konzept der Depression beim Mann. *Clinicum*, 20-25.
- Rutz, W. (2001) Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 62(1-2), 123-129.
- Rutz, W., von Knorring, L. und Walinder, J. (1989) Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 80(2), 151-4.
- Rutz, W., von, K.L., Walinder, J. und Wistedt, B. (1990) Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 82(6), 399-403.
- Rutz, W., von, K.L. und Walinder, J. (1992) Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 85(1), 83-88.
- Rutz, W., von, K.L., Pihlgren, H., Rihmer, Z. und Walinder, J. (1995) Prevention of male suicides: lessons from Gotland study *Lancet* 345(8948), 524.
- Sachs, L. (1999) *Angewandte Statistik. Anwendung statistischer Methoden*. Springer Verlag, Berlin.
- Salize, H.-J., Schubert, M. (2001) *Verbesserung der Erkennungsquote bei Hausärzten- Kosten-szenarien*, Zentralinstitut Mannheim.
- Salkovskis, P.M., Atha, C. und Storer, D. (1990) Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry* 157, 871-876.
- Schmauss, M. (1996) Therapie mit Antidepressiva. In: H.-J.Möller & M. Schmauss (Hrsg.), *Arzneimitteltherapie in der Psychiatrie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- Schmidtke, A. (1995) Suizid- und Suizidversuchsraten in Deutschland. In: M. Wolfersdorf und W.P. Kaschka (Hrsg.), *Suizidalität. Die biologische Dimension*, Springer, Berlin, 17-32.
- Schmidtke, A. und Häfner, H. (1986) Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle. Die Folgen der Fernsehserie "Tod eines Schülers". *Der*

- Nervenarzt , 57(9), 502-510.
- Schmidtke, A. und Häfner, H. (1988) The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 18(3), 665-676.
- Schmidtke, A. und Weinacker, B. (1994) Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends. *Suizidprophylaxe* 21(1), 4-16.
- Schmidtke, A., Bille Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B. und Sampaio Faria, J.G. (1996a) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 93(5), 327-338.
- Schmidtke, A., Weinacker, B. und Fricke, S. (1996b) Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. *Nervenheilkunde* 15, 496-506.
- Schneider, K. (1990) Emotionen. In: H. Sparda (Hrsg.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie*. Verlag Hans Huber, Bern, 403-450.
- Seligman, M.E.P. (1975) *Learned helplessness*. Freeman, San Francisco.
- Shearin, E.N. und Linehan, M.M. (1994) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 379, 61-68.
- Shelton, R.C., Hollon, S.D., Purdon, S.E. und Loosen, P.T. (1991) Biological and psychological aspects of depression. *Behavior Therapy* 22(2), 201-228.
- Snyder, L.B., Hamilton, M.A., Mitchell, E.W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. und Proctor, D. (2000) The effectiveness of mediated health communication campaigns: Meta-analysis of differences in commencement, prevention, and cessation behavior campaigns. In: R. Carveth und J. Bryant (Hrsg.), *Meta-analysis of media effects*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Sonneck, G., Etzersdorfer, E. und Nagel, K.S. (1994) Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 38(3), 453-457.
- Teicher, M.H., Glod, C.A. und Cole, J.O. (1993) Antidepressant drugs and the emergence of suicidal tendencies. *Drug Saf* 8(3), 186-212.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., Reynolds, C.F., 3rd, Pilkonis, P.A., Hurley, K., Grocholski, V. und Kupfer, D.J. (1997) Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 54(11), 1009-1015.
- Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., Peveler, R.C., Stevens, A., Ostler, K.J., Pickering, R.M., Baker, N.G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. und Campbell, M.J. (2000) Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 355(9199), 185-191.
- Tondo, L., Ghiani, C. und Albert, M. (2001) Pharmacologic interventions in suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 25, 51-55.
- Van Casteren, V., Van der Veken, J., Tafforeau, J. und Van Oyen, H. (1993) Suicide and attempted

- suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991. *Acta Psychiatr Scand* 87(6), 451-455.
- Vassilas, C.A. und Morgan, H.G. (1993) General practitioners' contact with victims of suicide. *BMJ* 31 307(6899), 300-301.
- Walker, A.M., Lanza, L.L., Arellano, F. und Rothman, K.J. (1997) Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology* 8(6), 671-677.
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D. Wasserman (Hrsg.), *Suicide - An Unnecessary Death*, Martin Dunitz, London, 13-28.
- Weissman, M.M., Bruce, M.L., Leaf, P.J., Florio, L. und Holzer, C. (1991) Affective disorders. In: L.N. Robins und D.A. Regier (Hrsg.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Free Press, New York.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Prusoff, B.A., Sholomskas, D. und Padian, N. (1981) Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 38(1), 51-55.
- Whiskey, E., Werneke, U. und Taylor, D. (2001) A systematic review and meta-analysis of *Hypericum perforatum* in depression: a comprehensive clinical review. *Int Clin Psychopharmacol* 16(5), 239-52.
- Whybrow, P.C. (1997) *A Mood Apart*, Basic Books, New York, 21-43.
- Wittchen, H., Essau, C., von Zerssen, D., Krieg, J. und Zaudig, M. (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241 (4),:247-258.
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. und Pfister, H. (2000a) Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. *Fortschritte der Medizin I, Sonderheft* (118), 31-39.
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H. und Pfister, H. (2000b) Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin I, Sonderheft* (118), 22-30.
- World Health Organization (1998) *Info Package: Mastering Depression in Primary Care*. Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit, Frederiksborg.
- Wolfersdorf, -M. (2000) *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- Wolfersdorf, M. und Martinez, C. (1998) Suizid bei Depression, verlorene Lebensjahre und Brutto-sozialprodukt. Was bringt Suizidprävention? *Psychiatrische Praxis*. 25(3), 139-141.
- Wulsin, L.R., Vaillant, G.E. und Wells, V.E. (1999) A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 61(1), 6-17.
- Ziegler, W. und Hegerl, U. (2002) Der Werthereffekt: Bedeutung, Mechanismen und Konsequenzen. *Nervenarzt* Jan;73(1), 41-49.

10. Anhang

Leitlinien für Hausarztfortbildungen

Leitlinien zur Fortbildungsveranstaltung „Depression in der allgemeinärztlichen Praxis“



Organisatorisches:

- Teilnehmerliste ausfüllen lassen
- Handouts für Teilnehmer dabei haben und austeilen (Kleinkopien der verwendeten Folien)
- Infomaterial dabei haben (Flyer, Broschüren, Video, CD-ROM)

1. Begrüßung

Zielbotschaften:→ Einstimmung der Teilnehmer
Relevanz für die Praxis verdeutlichen

- Vorstellung der eigenen Person
- Einbindung in das Nürnberger Bündnis geg. Depression und das Kompetenznetz Depression (Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- Eventuell Namenskärtchen (starke Pappe benötigt)
- Zielsetzung des Tages nennen; Gliederung/ Ablauf der Veranstaltung bekannt geben

Inhaltlicher Aufreißer:

„Wie hoch schätzen Sie die Anzahl depressiver Patienten in Ihrem Wartezimmer?“
„Wie bedeutend empfinden Sie die Erkrankung Depression in Ihrer Praxis?“

2. Epidemiologie, Symptomatik, Genese

Zielbotschaften:→ Depression kann jeden treffen
Depression hat viele Gesichter
Abgrenzung von Befindlichkeitsstörung und Trauer
Depression ist eine Erkrankung

Einleitung durch Videoausschnitt oder live-Exploration eines Betroffenen

(Anschließend Symptome von TN nochmals zusammentragen lassen oder anhand von Fremdbeurteilungsbogen beurteilen lassen.)

Inhalt:

- Häufigkeit, Symptome, verschiedene Erscheinungsbilder, Verlauf
- spezifisch für die teilnehmende Gruppe: wie sieht Depression bei Patienten in der Hausarztpraxis aus. (Eventuell Ergebnisse aus der Studie von Wittchen: Depression 2000)
- Leitsymptome – nochmals: wie kann man von Befindlichkeitsstörung abgrenzen
- Genese: sehr kurz halten; multifaktorielles Modell mit differenzierterer Darstellung der biologischen Ebene

Zusammenfassung

„Depression ist eine Erkrankung.“

3. Probleme bei der Diagnose einer Depression

Zielbotschaft:→ aktives Screening nach Depression ist dringend erforderlich

Diskussionsfrage: „Wie würden Sie explorieren, wenn Sie den Verdacht haben, der Patient ist depressiv?“

Inhalt:

- Probleme bei der Diagnose durch
 - o unspezifische Symptome
 - o Komorbidität
 - o Oft körperliche Symptome im Vordergrund
 - o Angst der Patienten vor psychiatrischer Diagnose
- Explorationsempfehlung für ein nicht-psychiatrisierendes Instrument: WHO-5 (evtl. *selbst/ gemeinsam ausfüllen lassen*)
- ICD-10 Kriterien

Diskussionsfrage: „Wie können Sie sich vorstellen, diesen Fragebogen in Ihren Praxisalltag zu integrieren?“ (Ähnlich integrierbar wie Blutzucker- und Blutdruckmessung?)

Zusammenfassung

„Diagnose“

4. Therapie:

Zielbotschaften:→ Depression ist erfolgreich behandelbar
Antidepressiva sind für den Hausarzt das Mittel der Wahl
Ein Behandlungszeitraum von mind. 6 Monaten ist indiziert
Für den Erfolg der Behandlung ist die Compliance entscheidend

Inhalt:

- **Psychotherapie** und **Pharmakotherapie** sind bewährte Verfahren.
- In der Hausarztpraxis hat die Pharmakotherapie mehr Relevanz
- Wahl des geeigneten Medikaments; Behandlungsstrategien;
- Unterscheidung von Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und Langzeitbehandlung (Verdeutlichung an der Kupferkurve)
- Problematische Zeitpunkte der Compliance
 - o Vor Beginn (Angst vor Nebenwirkungen, Sucht etc.)
 - o Kurz nach Beginn (Wirklatenz)
 - o Nach Abklingen der schlimmsten Symptome
- Engmaschige Patientenführung und intensive Aufklärung zur Verbesserung der Compliance

Diskussionsfragen:

- „Wann überweisen Sie zum Facharzt; was verschreiben Sie?“
- „Was glauben Sie, wie viele Patienten während der Behandlung abspringen?“
- „Woran könnte es liegen?“

Hilfsmittel zur Verbesserung der Compliance:

Aufklärung über Behandlungsstrategie, Dauer, Nebenwirkungen etc.

Einbeziehung der Angehörigen

Informationsmaterial zum Mitgeben

Bröschüre „Ratgeber Depression“

Video für Patienten (eventuell Ausschnitte zeigen und mögl. Anmerkungen, Kritikpunkte sammeln)

Homepage des Nürnberger Bündnisses (www.buendnis-depression.de)

und des Kompetenznetzes (www.kompetenznetz-depression.de)

CD-ROM

Zusammenfassung

„Depression ist behandelbar“

5. Abrechnungsmöglichkeiten bei der Depressionsbehandlung

Zielbotschaften:→ Eine Depressionsbehandlung kann sinnvoll abgerechnet werden

Blatt zu Abrechnungsmöglichkeiten nach BMÄ/E-GO austeilen und kurz erörtern

6. Suizidalität

Zielbotschaften: → Suizide geschehen zu 90% im Kontext psychiat. Erkrankungen
Depression und Suizidalität sind eng verknüpft
bei Verdacht auf Depression Suizidalität immer aktiv explorieren
Bei akuter Suizidalität Überweisung an Facharzt/ Klinik

Diskussionsfragen:

„Haben Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit oder im persönlichen Umfeld schon einmal einen Suizid erlebt?“

„Sprechen Sie Patienten, die gefährdet erscheinen, direkt auf Suizidalität an?“

„Was glauben Sie, wie viele Menschen sind suizidal; was sind Anzeichen dafür?“

Inhalte:

Suizidalität: Häufigkeit, Risikofaktoren, Diagnose

Relevanz für Hausärzte: 50 % waren in den 4 Wochen vor dem Suizid beim Hausarzt.

Vorgehen bei akuter Suizidalität (Krisenintervention, engmaschige Termine, Suizidvertrag, Überweisung zu Facharzt, Einweisung in Klinik, rechtliche Aspekte)

Rollenspiel oder Video: Beispiel für ein Arzt-Patient-Gespräch geben
das eine Risikoabschätzung der Suizidalität ermöglicht
das den Umgang mit suizidalen Patienten verdeutlicht

→ rechtliche Aspekte (Polizei; Selbstgefährdung)

→ Telefonnummern für Krisen

Zusammenfassung

„Suizidalität aktiv explorieren“

7. Seminarabschluss

- Feedback der Teilnehmer
- Wunsch nach weiterer Fortbildung?
- Zertifikate der Landesärztekammer
- Zertifikate des Nürnberger Bündnisses

Materialien-Box (ausgehändigte Materialien zur Ärztefortbildung):

- Informationsvideo „Wege aus der Depression“ für Patienten und Betroffene
- Informationsvideo „Wege aus der Depression“ für Ärzte
- Interaktive CD-Rom
- Ratgeber-Broschüre „Depression“
- Informations-Flyer „Depression“
- Handout
- WHO-5
- ICD-10 Kriterien
- Leitfaden (Ablaufschema) zur Depressionsbehandlung
- Informationen zu Abrechnungsmöglichkeiten nach BMÄ/-GO
- Therapieplan für Ärzte

10.2 Medienguide



TAKE CARE – BE AWARE

Empfehlung zur Berichterstattung
über Suizid

**Wie
Journalisten
Nachahmungstaten
verhindern
können**

Werther Effekt“: Was steckt dahinter?

- Jährlich begehen in Deutschland rund 12.000 Menschen Suizid (im Vergleich: etwa 5.500 Menschen kommen im Straßenverkehr um)
- Die Zahl der Suizidversuche liegt bei rund 100.000, die Dunkelziffer weit höher
- Medienberichterstattung kann Nachahmungstaten auslösen

„Werther-Effekt“:

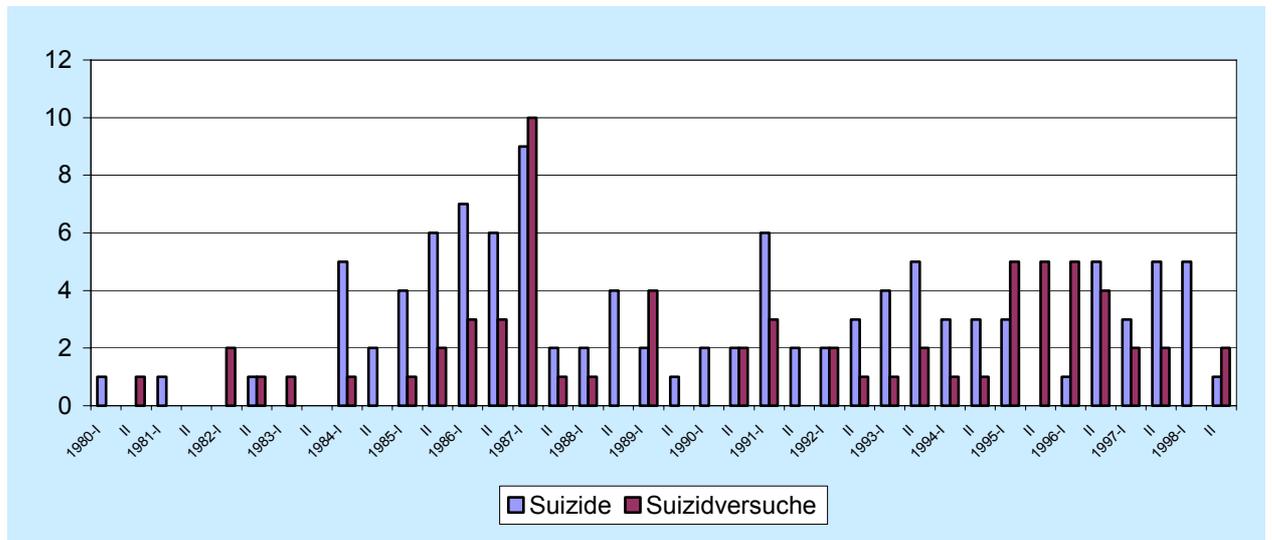
Bestimmte Formen der Berichterstattung über Suizide in den Medien können weitere Suizide als Nachahmungstaten hervorrufen. Dies wird in der wissenschaftlichen Literatur als „Werther-Effekt“ bezeichnet. Nach dem Erscheinen von Goethes „Die Leiden des jungen Werther“ kam es in ganz Europa zu Nachahmungstaten. Die Suizidenten orientierten sich sehr stark an der Romanvorlage.

Andere Länder haben die Problematik erkannt. Dort gibt es bereits Empfehlungen, wie Journalisten sensibel mit dem Thema Suizid umgehen können. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte „Kompetenznetz Depression“ strebt jetzt erstmals in Deutschland eine Zusammenarbeit mit Journalisten zu diesem Thema an. Ziel ist es, durch eine Reihe von Maßnahmen die Zahl der Suizide und Suizidversuche in messbarer Weise zu senken. Zu diesem Zweck wurde die nachfolgende Empfehlung zur Form der Berichterstattung erstellt.

Wie bedeutsam ist der „Werther-Effekt“?

Suizidgefährdete Personen beschäftigen sich intensiv mit dem Thema der Selbsttötung; ein Fernsehfilm oder Zeitungsbericht kann in dieser Zeit starken Einfluss auf diesen Entschluss haben.

Ein Beispiel dafür ist der Anstieg und das Absinken der Zahl der U-Bahn Suizide ab 1984 in Wien. Dort haben Journalisten ab Mitte 1987 die Art ihrer Berichterstattung wesentlich verändert. Untersuchungen der Entwicklung dieser Suizidmethode in Wien zeigten, dass genau in Übereinstimmung mit der zurückhaltenden Art der Berichterstattung durch die Medien die U-Bahn Suizide um mehr als 70% zurückgingen und seitdem auf diesem Niveau verblieben.



Sonneck & Etzersdorfer 1998

Allein im ersten Jahr konnten durch die Einhaltung der Empfehlungen zur Berichterstattung durch die Journalisten vermutlich etwa 6 Suizide verhindert werden. Suizide erfolgen fast immer im Rahmen einer Depression oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung (Alkohol-, Drogen-Abhängigkeit, Schizophrenie). Bei 80 Prozent der Suizidfälle in Deutschland gehen solche Erkrankungen voraus. Insbesondere Depressive können als Risikogruppe in bezug auf die Berichterstattung in den Medien angesehen werden. Die Medienberichte sind in diesen Fällen zwar nicht die primäre Ursache von Suiziden, sie können aber während der kritischen Phase einer solchen Erkrankung zum entscheidenden Auslöser werden.

Grundsätzlich gilt:

Um so größer die Aufmachung eines Berichtes über Suizid und um so emotionaler der Inhalt, desto häufiger wird es zu Nachahmungen kommen.

Worin besteht die Gefahr?

- **Identifikation**
- **Glorifizierung**
- **Aufmerksamkeit**
- **Handlungsanleitung**

Wie können Journalisten helfen?

Nachahmung setzt Identifikation voraus. Diese Gefahr steigt, wenn:

- Durch Titelgeschichten, Schlagzeilen und Photos Aufmerksamkeit erregt wird
- Die Begriffe Selbstmord, Suizid, und Freitod in der Überschrift vorkommen
- Die Suizid-Methode detailliert beschrieben wird
- Ein leicht zugänglicher Ort beschrieben oder gar mystifiziert wird
- Das soziale Umfeld, die Identität und die Motive ergreifend beschrieben werden
- Der Suizid positiv bewertet, glorifiziert oder romantisiert wird
- Der Suizid als völlig unverständlich oder als einziger Ausweg bezeichnet wird
- Das Opfer eine prominente Person ist

Die Nachahmungsgefahr sinkt, wenn:

- Der Suizid als Folge einer Erkrankung (z.B. Depression) dargestellt wird, die erfolgreich hätte behandelt werden können
- Alternative Problemlösungen und Fälle von Krisenbewältigung aufgezeigt werden
- Helplines und Hilfskontakte angegeben werden
- Expertenmeinungen eingeholt werden
- Hintergrundinformation zum Krankheitsbild Depression gegeben werden
- Über die Arbeit professioneller Helfer berichtet wird

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation!

Die Empfehlungen zur Berichterstattung wurden von Journalisten, Psychiatern und Kommunikationswissenschaftlern in einem interdisziplinärem Seminar im Sommersemester 2000 an der Ludwig-Maximilians-Universität erarbeitet.

Prof. Dr. Ulrich Hegerl¹, Prof. Dr. Hans-Bernd Brosius²

¹ Psychiatrische Klinik der LMU, Nußbaumstr. 7, 80336 München

² Institut für Kommunikationswissenschaft der LMU, Oettingenstr. 67

Post: Psychiatrische Klinik der LMU, Nußbaumstr. 7, 80336 München

Tel: 089/5160-5457 FAX: 5160-5557

E-Mail: david.althaus@psy.med.uni-muenchen.de

Internet: www.kompetenznetz-depression.de

10.3 Datenerfassungsbogen

Code-Nummer: _____

Datum des Interviews

Interviewer (*Name u. Telefon*)

____ (Tag) ____ (Monat) ____ (Jahr)

Ort des Interviews _____ (**Name der Praxis**)

1. Geschlecht: **1** männlich
 2 weiblich

2. Alter: 18-24J. 25-29J. 30-34J. 35-39J. 40-44J. 45-49J. 50-54J.
55-59 60-64J. 65-69J. 70-74J. 75-79J. 80-84J. 85-89J. >90J.

3. Datum der suizidalen Handlung: **Kalenderwoche** _____ **Jahr** _____

4. Zeitspanne zwischen Suizidversuch (SV) und erster medizin./psychiat. Kontaktaufnahme:

5. War der SV Anlass für die heutige medizin./psychiat. Kontaktaufnahme?

- 1** eher ja
- 2** eher nein

6. Wäre der SV auch ohne eine aktive Exploration durch den Arzt offenbar geworden?

- 1** eher ja
- 2** eher nein

7. Von welcher Institution/Praxis wurde an die jetzige Institution/Praxis überwiesen?

8. Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit/en: _____

9. Lag der Schwerpunkt der Lebensverhältnisse zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung in Nürnberg?

- 1** Ja
- 2** nein

10. Wurde der Schwerpunkt der Lebensverhältnisse in den letzten vier Wochen vor der suizidalen Handlung gewechselt?

- 1 Ja**
- 2 Nein**

11. Methode(n) der suizidalen Handlung

(Beschreiben Sie bitte genau den Hergang. Geben Sie alle verwendeten Methoden an. Bitte auch zur suizidalen Handlung verwendete Gegenstände genau definieren. Falls notwendig, siehe X-Codierungen in ICD 10)

Bei Intoxikationen bitte Mittel und Menge möglichst genau angeben .(Bei Intoxikationen mit Medikamenten bitte Handelsnamen und ebenfalls Dosierung angeben):

12. Art der suizidalen Handlung (die zugrundeliegenden Motive können sich häufig überlappen; bitte markieren Sie die Ziffer, die am ehesten zutrifft)

- 1 Selbstbeschädigung**
- 2 Suizidale Geste**
- 3 Suizidale Pause**
- 4 Suizidversuch im engeren Sinn**
- 5 Überdosis bei Abhängigkeit**
- 8 Nicht bekannt**
- 9 Nicht gefragt**

1. **Selbstbeschädigung:** es liegt keine parasuizidale Handlung vor, sondern es handelt sich um anderes selbstbeschädigendes Verhalten (z.B. bei Borderline PS).

2. **Suizidale Geste:** die parasuizidale Handlung hat deutlich appellativen Charakter und hatte weniger die Intention , gewaltsam den Tod zu suchen.

3. **Suizidale Pause:** die parasuizidale Handlung hatte nicht den Todeswunsch als zentrales Motiv, sondern sollte eine als unerträglich und unbewältigbar erlebte Situation unterbrechen.

4. **Suizidversuch im engeren Sinne:** die Person wollte bewusst gewaltsam ihren Tod herbeiführen.

5. **Überdosis bei Drogenabhängigkeit**

Sicherheitsgrad der Beurteilung:

- 1 Sicher**
- 2 Verdacht**
- 3 Entfällt**

13. Anzahl der stationären Behandlungstage in nicht psychiatrischen Einrichtungen nach dem Suizidversuch:

14. Frühere suizidale Handlungen (mit oder ohne ärztliche Behandlung; mehrere Antworten möglich)

- 0 Keine**
- 1 Ja - innerhalb der letzten 12 Monate** bitte füllen Sie für jeden SV während der vergangenen 12 Monate einen eigenen Erfassungsbogen aus

- 2 Ja - liegt länger als 12 Monate zurück
- 3 Ja - Datum unbestimmt/unbekannt
- 8 Nicht bekannt
- 9 Nicht gefragt

15. Bestand in Verbindung mit der zur aktuellen suizidalen Handlung führenden Krise in den letzten vier Wochen Kontakt zu einer Einrichtung des Gesundheitssystems?

- 1 Ja → zu welcher? _____
- 2 Nein
- 8 Nicht bekannt
- 9 Nicht gefragt

16. Wurde die/der Patient(in) vor der aktuellen suizidalen Handlung aktiv von einer Person/Einrichtung des Gesundheitssystems kontaktiert

- 1 Ja → von welcher Institution _____
- 2 Nein
- 8 Nicht bekannt
- 9 Nicht gefragt

17. Anderes früheres selbstschädigendes Verhalten (unter in Kaufnahme von Todesfolge):

_____ (z.B. Suchtproblematik, riskante und gefährliche Verhaltensweisen etc.)

18. Welche weiteren Maßnahmen wurden zur Behandlung/Betreuung *empfohlen*?

- 0 Keine
- 1 Psychiatrisch-ambulant
- 2 Psychiatrisch -stationär
- 3 Medizinisch-ambulant
- 4 Medizinisch-stationär
- 8 Nicht bekannt/ nicht anwendbar
- 9 Nicht gefragt/ andere Gründe

19. Welche weiteren Maßnahmen wurden *tatsächlich* eingeleitet?

20. Vorläufige Diagnose nach ICD 10: _____ (=F.)

Zweitdiagnose: _____ (=F.)

10.5 Postermotive des NBgD



Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,

Klinikum Nürnberg Nord.

www.buendnis-depression.de



Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Keßlerplatz 5, 90411 Nürnberg, Fax 0911/5985679,
E-Mail: depressionnetz@web.de. Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenznetzes „Depression“
und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Stadt Nürnberg gefördert.
Mit freundlicher Unterstützung der AOK Bayern und der Sparda Bank Nürnberg eG



Wenn sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,

Klinikum Nürnberg Nord.

www.buendnis-depression.de



Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Keßlerplatz 5, 90411 Nürnberg, Fax 0911/5985 679, E-Mail: depressionnetz@web.de.
Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenznetzes „Depression“ und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der
Stadt Nürnberg gefördert. Mit freundlicher Unterstützung der AOK Bayern und der Sparda Bank Nürnberg eG.





*glücklich
im alter?*

DEPRESSION
hat viele gesichter

Wenn sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,
Klinikum Nürnberg Nord.
www.buendnis-depression.de

Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Kallherplatz 5, 9041 Nürnberg, Fax: 0911-5385 679, E-Mail: depressionnetz@web.de
Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenzzentrums "Depression" und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Stadt Nürnberg gefördert. Mit freundlicher Unterstützung der ADK Bayern und der Sparkasse Nürnberg eG.



*auf
erfolgskurs*

DEPRESSION
kann jeden treffen

Wenn sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,
Klinikum Nürnberg Nord.
www.buendnis-depression.de

Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Kallherplatz 5, 9041 Nürnberg, Fax: 0911-5385 679, E-Mail: depressionnetz@web.de
Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenzzentrums "Depression" und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Stadt Nürnberg gefördert. Mit freundlicher Unterstützung der ADK Bayern und der Sparkasse Nürnberg eG.



Wenn sie Fragen haben,
wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,
Klinikum Nürnberg Nord.
www.buendnis-depression.de

Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Kallersplatz 5, 90411 Nürnberg, Fax: 0911-5985-679, E-Mail: depressionnetz@web.de
Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenznetzes "Depression" und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Stadt Nürnberg gefördert. Mit freundlicher Unterstützung der AOK Bayern und der Sparkasse Nürnberg AG.



Wenn sie Fragen haben, wenden Sie sich an das
nürnberg**er** bündnis gegen depression:

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten,
Beratungsstellen, Gesundheitsamt,
Klinikum Nürnberg Nord.
www.buendnis-depression.de

Info auch unter: Studienzentrum der LMU, Kallersplatz 5, 90411 Nürnberg, Fax: 0911-5985-679, E-Mail: depressionnetz@web.de
Das Bündnis ist ein Projekt des Kompetenznetzes "Depression" und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Stadt Nürnberg gefördert. Mit freundlicher Unterstützung der AOK Bayern und der Sparkasse Nürnberg AG.

Lebenslauf: Dipl.-Psych. David Peter Althaus

Persönliche Angaben:

- Geboren am 16.04.1965 in München
- Eltern: Eva Maria Althaus (Eheberaterin)
Gerhard Althaus (Pfarrer im Ruhestand)
- Seit 1992 verheiratet mit Annette Althaus (geb. Höfer)
- 3 Kinder

Ausbildung

1975-1985	Kurt-Huber Gymnasium Gräfelfing
1987-1988	Pantomimeausbildung in München
1988-1990	Ecole Internationale de Théâtre Mouvement Bruxelles
1992-1998	Studium der Psychologie in München mit den Vertiefungsfächern Klinische Psychologie und Familienpsychologie

Studienabschluss

1998	Diplomprüfung Psychologie
------	---------------------------

Ersatzdienst

1985-1987	Pflegedienst Onkologie Klinikum Großhadern
-----------	--

Spezielle Qualifikationen und berufsbegleitende Aktivitäten

1991-1999	Dozententätigkeit an der Bayerischen Verwaltungsschule (Körpersprache und nonverbale Aspekte des Unterrichts)
1998 – 2003	Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT) beim Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie (VFKV)

Berufserfahrung

1991-1999	Mitwirkungen an zahlreichen Theaterproduktionen in Belgien und Deutschland als Darsteller
1998 – 1999	Tätigkeit als klinischer Psychologe Psychosomatische Klinik Windach am Ammersee; Leitung: Priv. Doz. Dr. M. Zaudig
Seit 1999	Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Klinik der LMU München, Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ unter der Leitung von Prof. Dr. U. Hegerl

Auszeichnungen

1998	Sonderpreis der Studienstiftung Deutscher Psychologen für die Diplomarbeit
2000	Wissenschaftspreis 2000 der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen
2003	Klinikförderpreis der Bayerischen Landesbank (gemeinsam mit Prof. Dr. Ulrich Hegerl)