

Aus dem Isar Amper Klinikum, Klinikum München Nord

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Ärztliche Direktion: Prof. Dr. med. Peter Brieger

Poststationäre Suizidprävention an einer psychiatrischen Versorgungsklinik

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Darja Amon geb. Bohn

aus

Alma-Ata

2021

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Margot Albus, M. Sc.

Mitberichterstatter: PD Dr. Ina Giegling

PD Dr. Jutta Schöpfer

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 20.10.2021

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Dr. M. Albus für ihre Begleitung und Anleitung bei dem langjährigen Prozess dieser Dissertation bedanken.

Bei Herrn Dr. Pfeiffer bedanke ich mich für seinen kreativen und immer lockeren Zugang zu dem Thema und sein persönliches Interesse an Suizidprävention.

Frau Dipl-Psych. Cornelia Kruse danke ich für die gemeinsamen Stunden in der Suizidpräventionsgruppe und ihre engagierte Motivation der Patienten zur Teilnahme an dieser.

Mein Dank gilt auch Prof. Küchenhoff vom Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München für die fachkundige Unterstützung bei der Statistik.

Ganz besonderer Dank gilt Tobias für seine beständige Ermutigung und seinen Glauben an mich.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Definition von Suizidalität, Suizid und suizidaler Verhaltensstörung.....	8
1.2 Epidemiologie	9
1.2.1 Suizidraten weltweit	9
1.2.2 Suizidraten in Deutschland	10
1.2.3 Suizidraten im Isar-Amper-Klinikum München	11
1.3 Klassifikation von Suizidmethoden.....	11
1.4 Risikofaktoren für Suizidalität.....	12
1.4.1 Psychiatrische Diagnosen mit erhöhter Suizidalität	12
1.4.2 Suizidversuch in der Vorgeschichte	13
1.4.3 Aktuelle soziale Belastungssituationen.....	13
1.4.4 Familiär-genetische Risikofaktoren.....	13
1.4.5 Arzt-Patient-Beziehung, Therapietreue oder Adhärenz	14
1.5 Suizidalität und Krankenhausbehandlung	15
1.5.1 Stationärer Suizid	15
1.5.2 Poststationärer Suizid	16
2 Suizidprävention.....	17
2.1 Suizidprävention bezogen auf die Allgemeinbevölkerung	17
2.1.1 Erschwerter Zugang zu Mitteln.....	18
2.1.2 Fortbildung niedergelassener Allgemeinmediziner	18
2.1.3 Berichterstattung in Presse und Medien, Werther- und Papageno-Effekt.....	19
2.2 Suizidprävention bezogen auf die Hochrisikogruppe „psychisch Kranke“	20
2.2.1 Angebote für Patienten in der Notaufnahme	20
2.2.2 Medikamentöse Behandlung der Hochrisikogruppe	21
2.2.3 Interventionen der Risikogruppe suizidgefährdeter Patienten nach stationär-psychiatrischer Entlassung.....	21
2.3 Suizidprävention am Isar-Amper-Klinikum München	22
2.3.1 Allgemeine bauliche Präventionsmaßnahmen	22
2.3.2 Klinikeigene Gefährdungseinschätzung und daraus abgeleitete Risikoprädiktoren.....	23
2.3.3 Suizidpräventionsgruppe	24
3 Zielsetzung der Studie	26
4 Methodik.....	26
4.1 Rahmen der Studie und Endpunkte	26
4.2 Datenerhebung und Vorgehen.....	26
4.2.1 Patientenkollektiv	26
4.2.2 Studieneinschluss.....	27

4.3	Studienmaterial	28
4.3.1	Dokumentationsbogen	28
4.3.2	Suizidrisiko-Skalen	28
4.3.3	Beck-Depressions-Inventar (BDI-II).....	29
4.3.4	Brief Symptom Inventory (BSI).....	30
4.3.5	Studiertermine	30
4.3.6	Telefontermine	31
4.4	Statistische Auswertung	31
5	Ergebnisse	32
5.1	Patientenkollektiv.....	32
5.2	Altersverteilung	32
5.3	Geschlechterverteilung	32
5.4	Diagnosen	33
5.5	Rechtsgrund der Aufnahme.....	34
5.6	Dauer der stationären Behandlung	34
5.7	Suizidversuch vor stationärer Aufnahme	34
5.7.1	Altersverteilung bei Suizidversuch.....	34
5.7.2	Geschlechterverteilung bei Suizidversuch	35
5.7.3	Suizidmethode	36
5.7.4	Ambulante Vorbehandlung.....	36
5.8	Zusammenhang eines aktuellen Suizidversuches mit einem Suizidversuch in der Vergangenheit	36
5.9	Aktuelle Belastungssituation	37
5.10	Familiäres Risiko.....	37
5.11	Psychiatrische Medikation während des stationären Aufenthaltes.....	37
5.12	Bezugspersonenwechsel während des Aufenthaltes	38
5.13	Geplante weiterführende Behandlung	38
5.14	Drop-outs	38
5.15	BDI-II und BSI-Fragbogen	38
5.16	Δ BDI/BSI zwischen Studieneinschluss und Studienabschluss (T6)	39
5.17	Verlauf der Skalenwerte	40
5.18	Korrelationskoeffizient.....	41
6	Diskussion.....	42
6.1	Diskussion der Datenqualität	42
6.2	Diskussion der Ergebnisse	43
7	Zusammenfassung.....	48
8	Literaturverzeichnis	50

9 Anlage	62
Eidesstattliche Versicherung	71

Abkürzungsverzeichnis

Antidepressive Medikation (AD)

Anzahl der Patienten (n)

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Brief Symptom Inventory (BSI)

Degrees of freedom (Df)

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Diagnostic and Statistical Manual (DSM)

Global Severity Index (GSI)

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

Isar-Amper-Klinikum (IAK)

Median (med)

Mittelwert (M)

Mood stabilizer (MS)

Neuroleptika (N)

Standardabweichung (SD)

Studienabbruch (Drop-out)

Suizidale Verhaltensstörung (SVS)

Suizidversuch (SV)

Symptom Checkliste – 90 - R (SCL 90-R)

T Wert des Global Severity Index (TGSI)

Termin (T)

World Health Organization (WHO)

1 Einleitung

„Sein oder Nichtsein, das ist hier die Frage“ so leitet Shakespeares Hamlet im III. Akt, 1. Szene (Reclam 1984) den wohl berühmtesten Monolog zum Thema Suizid ein, den es in der Literatur gibt. Hamlet berührt hierbei zwei entscheidende Gesichtspunkte dieses Menschheitsthemas. Zum einen fragt er sich, „obs edler im Gemüt, die Pfeil und Schleudern Des wütenden Geschicks erdulden oder, sich waffnend gegen eine See von Plagen, Durch Widerstand sie enden“? In der medizinischen und psychologischen Realität benennt er damit den Punkt, an dem die Patienten den Kampf gegen die Depression aufgeben und an Suizid als Ausweg denken. Hamlets zweite Überlegung benennt die Tatsache, dass wohl niemand „der Zeiten Spott und Geißel...“ ertragen würde, wenn er nicht Angst vor dem Unbekannten hätte: „So macht Bewußtsein Feige aus uns allen.“ (Shakespeare und Klein 1984)

In der Praxis haben Patienten mit Suizidgeudenken meist diese „Feigheit“ überwunden. Im Gegenteil assoziieren sie den Tod mit Freiheit, Erlösung und einer besseren Welt. Hier zeigt sich die Unvereinbarkeit des Wunsches eines Patienten nach einem besseren Leben und einer besseren Welt mit dem Wunsch, dies noch in der gegenwärtigen Welt zu erfahren. Denn wenn die Hoffnungslosigkeit und die Verzweiflung Überhand nehmen, dann sinkt auch die Angst vor dem „Unbekannten“.

An dieser Stelle setzt die Wissenschaft zur Erforschung der Suizidprävention an, die sich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der Lebenswillen im Menschen biologisch verankert ist, mit der entscheidenden Frage befasst, wie man aus ärztlicher Sicht den Menschen vor der Spirale der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung schützen und ihn vor seinem immer stärker werdenden Wunsch zu sterben und dem erfolgreichen Suizidieren bewahren kann. Auf diese Frage sucht die Suizidpräventionsforschung Antworten und Lösungen.

Ein besonderes Augenmerk der Präventionsforschung liegt auf den Menschen, die sich aufgrund ihrer Suizidalität in einer psychiatrischen Klinik behandeln lassen. Denn insbesondere bei diesen Menschen konnte eine baldige und starke Rückkehr der Suizidgeudenken nach Entlassung festgestellt werden.

Es ist Aufgabe der Suizidprävention, nach Gründen zu suchen, die den Menschen wiederholt zu suizidalem Denken und Handeln veranlassen. Aber vor allem ist Suizidprävention auch die stete Suche nach geeigneten Therapieformen und sozialer Unterstützung für die betroffenen Patienten, auch über eine stationäre Therapie hinaus.

1.1 Definition von Suizidalität, Suizid und suizidaler Verhaltensstörung

Für den Begriff „Suizidalität“ oder umgangssprachlich „Lebensmüdigkeit“ existiert keine allseits anerkannte und gültige Definition, die dieses Phänomen in all seiner Komplexität abdecken könnte. Eine gängige Definition stammt von Lindner et al. (2003), die das Gefühl der Suizidalität wie folgt beschreiben: „Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Selbstzerstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind, sind unter dem Begriff der Suizidalität zu fassen. Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch hoffnungslos und verzweifelt über

sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven ist und seine Situation als ausweglos erlebt.“

Wolfersdorf (1996) beschreibt die Suizidalität als „grundsätzlich [bei] allen Menschen möglich, [sie] tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf“.

Fachsprachlich gilt es zwischen dem „Suizidversuch“ und dem „Suizid“ zu differenzieren, wenngleich eine Abgrenzung oft schwierig ist. Der Begriff Suizid (Selbsttötung, lat. Suicidium von sui = sich, caedere = töten) wird in den Medien häufig als „Freitod“ beschönigt, dies ist jedoch fachlich genauso unkorrekt wie der Begriff „Selbstmord“, da es sich juristisch, trotz eines Opfers, nicht um einen Mord handelt (Faust 2012).

„Unter Suizid versteht man selbstschädigendes Verhalten einer Person, das zum Tode führt, wenn dieses Verhalten mit der Absicht zu sterben assoziiert war“, wohingegen der Suizidversuch aus Zufall nicht tödlich endet. Damit wirkt der Suizidversuch für Außenstehende aufgrund des fehlenden tödlichen Ausgangs als ein Versuch. Andererseits kann ein Suizidversuch durch unglückliche Umstände auch zu einem gelungenen Suizid werden. (Silverman et al. 2007)

Die im Falle eines suizidalen Verhaltens gestellte Diagnose lautet suizidale Verhaltensstörung (SVS), die in der 5. Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual“ (DSM-5) zum ersten Mal als diagnostische Kategorie aufgenommen wurde. Damit wurde dieses Störungsbild erstmals klar im Rahmen eines Klassifikationssystems definiert. (Plener et al. 2014) Folgende Kriterien müssen nach der American Psychiatric Association (2013) erfüllt sein, damit eine SVS vorliegt:

„A Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.“

„B Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für nichtsuizidale Selbstverletzungen, d. h., sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, einem negativen kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.“

„C Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.“

„D Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustandes der Verwirrtheit initiiert.“

„E Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.“

1.2 Epidemiologie

1.2.1 Suizidaten weltweit

Suizidalität ist ein zentrales Gesundheitsproblem. Jährlich versterben weltweit ca. 800000 Menschen durch Suizid. In der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren stellen Suizide die häufigste Todesursache dar (WHO 2014).

Bei der Höhe dieser Zahl muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer sehr viel höher liegt, da nicht alle Länder ihre Suizidrate öffentlich preisgeben und in einigen Ländern Suizid aufgrund des unterentwickelten Gesundheitswesens nicht erfasst ist oder

Suizid fälschlicherweise als zu hoher Drogenkonsum, Verkehrsunfall oder als unfallbedingter Sturz aus großer Höhe maskiert wird.

1.2.2 Suizidraten in Deutschland

Deutschlandweit liegen die jährlichen Fallzahlen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei ungefähr 10000 Suiziden. 2017 gab es 9241 registrierte Suizide in Deutschland. Der Anteil der Männer war mit 76 % mehr als dreimal so hoch wie der Anteil der Frauen mit 24 %. Insbesondere in höherem Alter steigt das Suizidrisiko, denn mit 1154 Suiziden ist der Anteil der Altersgruppe der 50- bis 55-Jährigen am höchsten. (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Destatis 2019)

Die vorliegende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Suizide deutschlandweit im Zeitraum von 1991 bis 2017 (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Statista 2019).

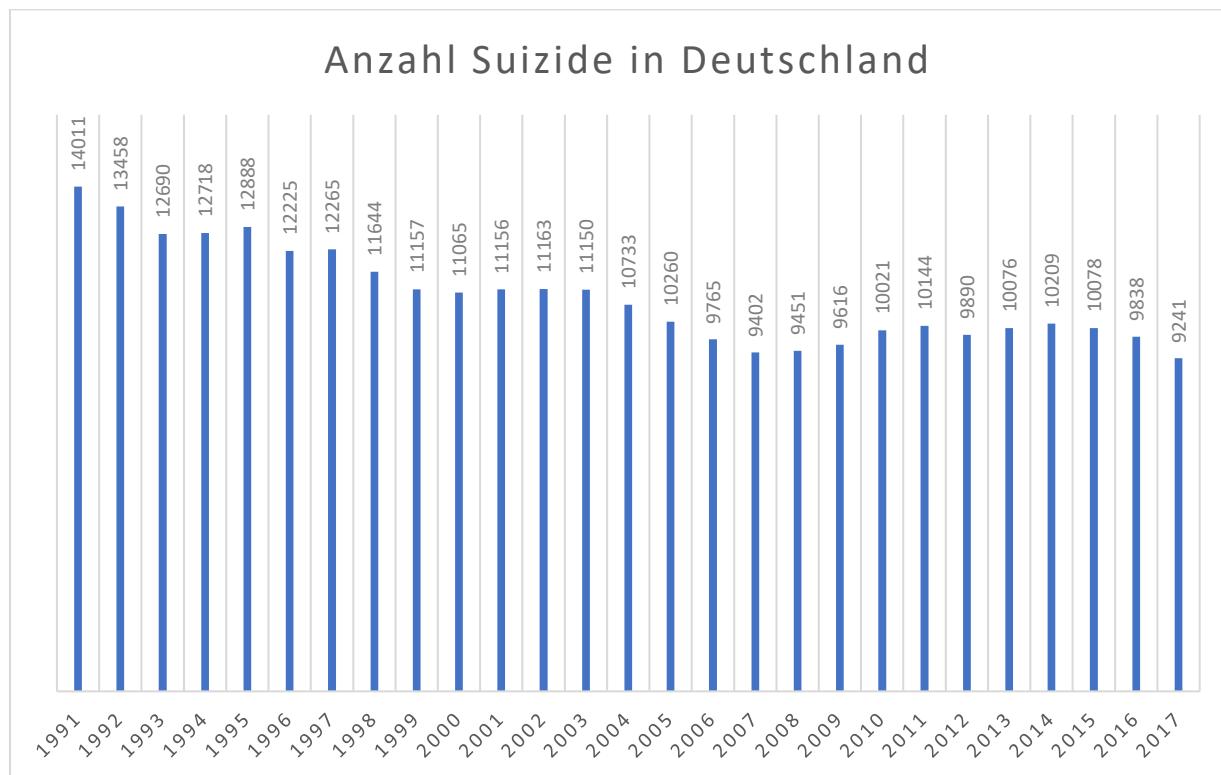


Abbildung 1: Anzahl der Suizide in Deutschland in den Jahren 1991–2017 (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Statista 2019)

Als Ursache für den Rückgang der Suizidzahlen ab den 80er Jahren dürfen neben Verbesserungen in der stationären Behandlung psychisch kranker Patienten auch Verbesserungen in der Suizidprävention durch unter anderem Entgiftung des Hausgases eine Rolle gespielt haben (Althaus 2005).

In den Jahren 2008–2011 kam es zu einem erneuten Anstieg der Suizide. Hier wurde in Deutschland ein Zusammenhang mit dem Selbstmord des Fußballtorwarts Robert Enke vermutet, der aufgrund der ausführlichen Berichterstattung in den Medien im Jahr 2009 den sogenannten „Werther-Effekt“ hervorgerufen und zu einer Erhöhung der Suizidrate durch Sprung vor den Zug geführt haben könnte (Schäfer und Quiring 2013). Global betrachtet

konnten jedoch Chang et al. (2013) einen Einfluss der globalen Wirtschaftskrise des Jahres 2008 auf die Suizidrate belegen. Demnach kam es im 1. Jahr nach der Wirtschaftskrise, also ebenfalls 2009, weltweit zu einem signifikanten Anstieg der Suizidrate vor allem unter Männern. Auch in Deutschland haben nach Hegerl et al. (2013) neben dem vermuteten Werther-Effekt, bedingt durch Robert Enkes Tod, wirtschaftliche Krisen mit einhergehendem Arbeitsplatzverlust und eine vermehrte Prävalenz von Depressionen zu einer erneuten Zunahme der Suizidrate nach 2007 beigetragen.

Suizidversuche wurden bei der Erfassung der Suizide durch das Statistische Bundesamt nicht mit aufgeführt. In Deutschland liegen diesbezüglich aus datenschutzrechtlichen Gründen bisher keine verlässlichen Daten vor. Es wird aber von einer ca. sieben bis zwölf Mal höheren Zahl der Suizidversuche ausgegangen (Schneider et al. 2017). Damit läge die Zahl der Suizidversuche bei rund 100000 im Jahr.

Nach Welch (2001) steigt die Rate vollendeter Suizide mit dem Alter, die Rate der Suizidversuche ist jedoch bei jungen Menschen höher und vor allem junge Frauen sind von Suizidversuchen betroffen.

1.2.3 Suizidraten im Isar-Amper-Klinikum München

Die Folgen der Wirtschaftskrise, der demographische Wandel und politische Umbrüche spiegeln sich nicht nur international in steigenden Suizidzahlen wider, auch in einem Krankenhaus der Grundversorgung in München, dem Isar-Amper-Klinikum (IAK), steht man diesem Problem gegenüber.

Laut einer internen Berichterstattung von 2016 ist dort die seit 2007 erfasste Zahl von Patienten mit einem oder mehreren Suizidversuchen während und bis zu vier Wochen nach dem stationären Aufenthalt weiter angestiegen. Während es im Jahr 2008 noch 17 Patienten mit Suizidversuchen und 12 Patienten mit vollzogenem Suizid waren, wurden 2016 bereits 54 Patienten mit Suizidversuchen und 14 Patienten mit vollzogenem Suizid innerhalb eines Jahres gezählt. Deutlich wird neben der Nähe der Suizide zur stationären Behandlung, dass die Zahl der Suizidversuche über die Jahre trotz erhöhter Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema Suizidalität sowie weiterer Verbesserungen der präventiven Maßnahmen gestiegen ist. Die Zahl der vollzogenen Suizide ist jedoch in Relation zu den Suizidversuchen zurückgegangen.

1.3 Klassifikation von Suizidmethoden

Gemäß einer Einteilung von Bochnik (1962) wird in der Literatur hinsichtlich der Suizidmethoden zwischen „weichen“ Methoden („Vergiftung durch Tabletten, Drogen oder Vergiftungen anderer Art, Vergasung“) und „harten“ Methoden („sich erhängen/erdrosseln, erschießen, Sprung aus großer Höhe, provozierte Unfälle“) differenziert.

„Die Bezeichnungen harte oder weiche Suizidmethoden beziehen sich auf die Konsequenz und Stärke der Ausführungsart, d.h. wie hoch bzw. niedrig der persönliche Selbst-Aggressions-Grad ist“ (Wolf 2003). Damit werden weiche Suizidmethoden verbunden mit dem Wunsch

nach geringeren Schmerzen als weniger aggressiv eingestuft, wohingegen die harten Suizidmethoden mit einer hohen Autoaggressivität assoziiert werden.

In den Jahren 2012 bis 2017 lagen Tod durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken mit 4164 Fällen an erster Stelle der Suizidtodesfälle in Deutschland, gefolgt von Sturz in die Tiefe mit 896 Fällen. Erst an dritter Stelle folgt eine „weiche“ Suizidmethode in Form von Intoxikation durch Drogen/Arzneimittel usw., die bei 626 Menschen in diesem Zeitraum zum Tode geführt hat. (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Statista 2020)

Mehrfach wurde in der Literatur ein Geschlechterunterschied bei der Wahl der Suizidmethode festgestellt. So wurden harte Methoden generell eher von Männern und bei vollzogenen Suiziden genutzt und weiche Suizidmethoden eher von Frauen und bei Suizidversuchen (Schmidtke et al. 2004). Bei der Betrachtung der Zahlen von 2017 in Deutschland fällt jedoch auf, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Selbstmord durch „Erhängen, Strangulieren oder Ersticken“, also eine harte Suizidmethode, am häufigsten gewählt wurde (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Destatis 2020).

Der Rückgang der Suizidsterblichkeit seit den 1980er Jahren, eine Verbesserung in der Suizidprävention aufgrund eines restriktiveren Zugangs zu Suizidmethoden, aber auch weitere Gründe wie eine offen geführte Psychiatrie mit steigenden Behandlungszahlen und Weiterentwicklungen in der Psychopharmakotherapie konnten generell zu einer Abnahme weicher Suizidmethoden führen. Dies bedingte eine Änderung des Verhältnisses von weichen zu harten Suizidmethoden, zu Gunsten der harten Suizidmethoden, da die schwerer erkrankten Patienten mit einem hohen selbstzerstörerischen Potenzial letztlich verbleiben, da sie nicht nur schwerer behandelbar sind, auch weisen ihre Suizidversuche keinen appellativen Charakter mehr auf. (Wiesner 2004)

1.4 Risikofaktoren für Suizidalität

Die Erforschung von Risikofaktoren für einen Suizid ist eine wesentliche Komponente der Präventionsarbeit. Risikogruppen können dadurch gezielter identifiziert und das vorhandene Versorgungs- und Hilfsangebot angepasst und verbessert werden. Damit soll letztlich das Suizidrisiko weiter eingedämmt werden.

1.4.1 Psychiatrische Diagnosen mit erhöhter Suizidalität

In den Mortalitätsstatistiken der WHO wird das Suizidrisiko als Krankheitslast in der Allgemeinbevölkerung (engl. „global burden of disease“) mit 1,8 % angegeben (Lauterbach und Kienast 2009). Ob es einen Suizid ohne psychische Erkrankung gibt, ist eine akademische Frage. Bei 65–90 % der Menschen, die durch Suizid versterben, ist eine psychiatrische Erkrankung vorhanden, am häufigsten die affektive Störung (Krug et al. 2002). Die über die Jahre erhobenen vorliegenden epidemiologischen Daten zum Suizidrisiko bei den einzelnen Diagnosen unterscheiden sich jedoch erheblich. Während laut Bostwick und Pankratz (2000) die Wahrscheinlichkeit, an einem Suizid zu versterben, bei Patienten mit affektiven Störungen mit einer Suizidrate von 4 % am höchsten ist, sehen Palmer et al. (2005) mit 5 % die Schizophrenie als die psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko an. Nach Schneider

(2009) ist die Wahrscheinlichkeit des Suizidtodes bei alkoholabhängigen Patienten mit einer Suizidrate von 7 % am höchsten. Hawton et al. (2005) und Nordentoft et al. (2011) zufolge ist die Suizidwahrscheinlichkeit bei Patienten mit einer bipolaren Störung mit einer Rate von 8 % am höchsten. Wolfersdorf (2008) wiederum nennt die Depression mit einer Rate von 3–4 % als die psychische Störung mit dem höchsten Risiko für Suizid.

Einigkeit herrscht nur darin, dass sich das Risiko deutlich erhöht, wenn mehrere dieser Störungen bei einem Patienten vorliegen.

In einer dänischen Studie zur nationalen Suizidprävention konnten Nordentoft et al. (2011) deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Demnach war die Wahrscheinlichkeit, an einem Suizid zu versterben, bei Männern mit einer bipolar affektiven Störung mit einer durchschnittlichen Suizidrate von 7,7 % am höchsten, gefolgt von unipolar affektiven Erkrankungen mit 6,6 % und Schizophrenie mit 6,5 %. Bei Frauen bestand das größte Suizidrisiko mit einer Suizidrate von 4,91 % bei einer Schizophrenie, gefolgt von der bipolaren Erkrankung mit 4,78 %.

1.4.2 Suizidversuch in der Vorgesichte

In der Literatur wird mehrheitlich beschrieben, dass ein stark erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch bei Patienten vorliegt, die bereits in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen haben. Schmidke et al. (1996) konnten im Rahmen der „WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide“ feststellen, dass über die Hälfte der Studienpatienten mehr als einen Suizidversuch ausgeführt hatte und der zweite Suizidversuch bei 25 % der Patienten innerhalb von 12 Monaten erfolgte.

Auch Nordström et al. (1995) belegten, dass jeder frühere Suizidversuch bei Patienten mit affektiven Störungen den größten prädiktiven Wert für einen weiteren Suizidversuch darstellt. Darüber herrscht größtenteils Einigkeit in der wissenschaftlichen Literatur (Oquendo et al. 2004, Ruengorn et al. 2012). Mit steigender Zahl der Suizidversuche wird konsekutiv auch die Wahrscheinlichkeit eines gelungenen Suizides größer.

1.4.3 Aktuelle soziale Belastungssituationen

Den näheren Zusammenhang zwischen aktuellen sozialen Belastungen und Suizidalität untersuchten Schmidke et al. (1996). Die Autoren konnten aufzeigen, dass der Verlust sozialer Strukturen, zum Beispiel vom Familienleben zum Alleinleben, mit einem erhöhten Suizidrisiko einherging.

Auch der Verlust der Arbeit und ein möglicher sozialer Abstieg durch ein geringes Einkommen oder drohende Arbeitslosigkeit sind nachweislich Kriterien, die zu einer erhöhten Suizidalität führen können (Hunt et al. 2006, Heyerdal et al. 2009, Stuckler et al. 2009).

1.4.4 Familiär-genetische Risikofaktoren

Einen weiteren zentralen Aspekt in der Erforschung möglicher Risikofaktoren für Suizidalität stellt die Genetik dar.

Ein bekanntes Beispiel für familiär gehäuftes Auftreten von Suizidversuchen und Suiziden ist die Familie rund um den Literaturnobelpreisträger Ernest Hemingway. Er schoss sich 1961 mit einer Schrotflinte in den Kopf. Bereits sein Vater hatte sich 1928 erschossen. Es folgten seine Schwester 1966 mit einer Tablettenintoxikation und sein Bruder, der sich 1982 ebenfalls erschoss (Zeit online 1988).

Der mögliche Zusammenhang von Impulsivität und Aggressivität mit suizidalem Verhalten wurde in der Literatur bereits in zahlreichen Studien untersucht. Eine genetische Prädisposition für eine „Impuls- und Aggressionskontrollstörung“ konnten Brunner und Bronisch (1999) durch Veränderungen im serotonergen System nachweisen.

Familien- und Zwillingsstudien, aber auch Adoptionsstudien zeigen, dass Kinder von Eltern, die bereits suizidales Verhalten gezeigt haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit auch selbst zu Suizidalität neigen (Roy et al. 1997). Damit spielen neben genetischen Faktoren auch Umweltfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Suizidalität, sodass die Genetik nicht als Hauptkomponente verstanden werden sollte.

1.4.5 Arzt-Patient-Beziehung, Therapietreue oder Adhärenz

Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein Kernthema medizinsoziologischer Forschung und von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg und damit auch für die Präventionsarbeit bei psychischen Erkrankungen.

Viele Patienten artikulieren ihre wirklichen Gedanken und Gefühle, vor allem Selbstmordgedanken, ihrem ambulanten oder stationären Behandler gegenüber nicht. Einer der Gründe kann ein Schamgefühl sein. Viele haben aber auch Angst, pathologisiert zu werden, oder fürchten sich vor negativen Konsequenzen, wie zum Beispiel der direkten Aufnahme in eine geschlossene Station. Aus diesem Grund muss vonseiten des Arztes gemäß der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2009) zur Behandlung der unipolaren Depression bei depressiven Patienten die Suizidalität „immer direkt thematisiert (...) [sowie] präzise und detailliert“ erfragt werden. Aber auch bei allen anderen psychiatrischen Patienten sollte Suizidalität immer im Gespräch erfasst werden.

In den meisten Fällen kann bei akut suizidalen Patienten aufgrund ihres psychopathologischen Zustands eine freie Willensbestimmung ausgeschlossen werden. Aufgrund dessen müsste der Arzt bei dem Verdacht einer akuten Gefahr für den Patienten zur Gefahrenabwehr im Sinne eines „paternalistischen Modells“ (Klemperer 2005) handeln und Zwangsmaßnahmen (im Sinne von beschützenden Stationen, Wachbereichen oder Ausgangssperren, im äußersten Notfall sogar Fixierungsmaßnahmen) verordnen. Diese Maßnahmen können wiederum die Beziehung zum Patienten in einem hohen Grad schädigen und einen immensen Vertrauensverlust bewirken.

Begenau et al. beschrieben 2010 das therapeutische Gespräch bei vorliegender Suizidalität als eine Art „Beziehungstanz auf einem schmalen Grat“. Auf der einen Seite wartet der „Abgrund des drohenden Selbstmordes. Auf der anderen Seite der Beziehungsabbruch“.

Artikuliert der Patient frei von sich aus belastende Suizidgedanken, fällt es dem Behandler einfacher, die Suizidalität einzuschätzen. Manche Patienten aber vermeiden bewusst und aktiv ein offenes Gespräch, um ihre Suizidgedanken zu verschweigen. Andere Patienten hingegen sind sich ihrer Suizidgedanken und Suizidalität nicht bewusst, denn diese wird unterbewusst noch verleugnet und verdrängt. Eine absolute Suizidprävention ist damit letztlich nicht möglich. Die Kunst des Arztes bei suizidalen Patienten ist es, trotz des oben erwähnten „Beziehungstanzen auf einem schmalen Grat“ eine annehmende und akzeptierende Haltung aufzubauen, Suizidalität offen anzusprechen und Patienten soweit wie möglich in Entscheidungen einzubinden, um das Vertrauensverhältnis zu schützen.

Die „Therapietreue“ oder „Adhärenz“ bezeichnet die Bereitschaft des Patienten, aktiv mit dem Arzt zusammenzuarbeiten, und ist charakterisiert durch eine gemeinsame Therapiezielvereinbarung und Einhaltung des individuellen Therapieplans. Die Patienten können eine gute Therapietreue nur dann aufweisen, wenn sich ihnen der Sinn ihrer Behandlung erschließt, sie die Einnahme der verschriebenen Tabletten verstehen und sich in Therapieentscheidungen einbezogen fühlen. Sie entwickeln ein Maß an Vertrauen in eine Fachperson. Von diesem Vertrauen hängt die Motivation für ihre Therapie ab. (WHO 2003)

1.5 Suizidalität und Krankenhausbehandlung

Der Zusammenhang von Suiziden und Suizidversuchen während und nach psychiatrischen Klinikaufenthalten ist weltweit ein berichtetes Problem und stellt die suizidpräventive Arbeit vor eine große Aufgabe.

1.5.1 Stationärer Suizid

Als „Kliniksuizid“ oder „inpatient suicide“ wird ein vollendeter Suizid durch Patienten trotz einer umfassenden Behandlung und Versorgung unter den beschützenden Bedingungen einer psychiatrischen Klinik bezeichnet (Wolfersdorf et al. 2016). Die durchschnittliche jährliche Kliniksuizidrate beträgt 100 bis 200 pro 100000 Aufnahmen (Wolfersdorf 2005).

Meehan et al. (2006) kamen im Jahr 2006 nach einer 4-jährigen Studie in England und Wales zu dem Ergebnis, dass in dem von ihnen untersuchten Zeitraum 41 % der Suizide während eines genehmigten Klinikausgangs und 24 % bei einem unerlaubten Ausgang begangen wurden. In beiden Fällen wurden die Patienten überwiegend als nicht suizidal eingestuft. Bowers et al. (2010) haben nach Sichtung von 98 Publikationen die beiden Subgruppen „depressive Patienten“ und „schizophrene Patienten“ als die beiden Hochrisikogruppen für einen stationären Suizid benannt und die frühe Aufnahmephase als risikoreichsten Zeitraum eingestuft.

Nach Powell et al. (2000) liegt die statistische Inzidenz für einen Suizid während eines stationär-psychiatrischen Aufenthaltes bei 0,14 %. Damit sind Kliniksuizide bezogen auf die Gesamtzahl der Suizide in der Allgemeinbevölkerung ein eher seltenes Phänomen, dennoch spielen die emotionale und psychische Belastung des behandelnden Teams von Therapeuten, des Pflegepersonals sowie der Mitpatienten und Angehörigen eine wichtige Rolle. Auch

mögliche juristische Konsequenzen für die Klinik und den involvierten Therapeuten sind von Bedeutung.

Um suizidprädiktive Faktoren für einen Kliniksuizid zu erforschen, analysierten Lukaschek et al. 2014 die Daten von 101 Patienten an sechs verschiedenen deutschen psychiatrischen Kliniken in einem Zeitraum von zehn Jahren. Erfasst wurden die Patientendaten von 101 vollzogenen „Schienensuiziden“, also dem Suizidieren durch Überfahrenlassen von Schienenfahrzeugen. Verglichen wurden die Daten mit einer Kontrollgruppe von weiteren 101 entlassenen Patienten. Als Risikofaktoren für einen Suizid während eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes konnten ein Therapeutenwechsel während der stationären Behandlung, vorhandene Suizidgeudenken, eine als negativ empfundene oder unveränderte therapeutische Behandlung sowie eine pharmakologische Behandlung mit mehreren Medikamentengruppen und Arbeitslosigkeit bestätigt werden. Auf die therapeutische Behandlung sollte ein besonderes Augenmerk gerichtet werden, da ein Fünftel der Fallgruppe in der Woche vor dem tatsächlich ausgeführten Suizid einen Wechsel des Therapeuten erfuhr. Damit konnte der Verlust des Therapeuten während einer laufenden psychiatrischen Behandlung als ein hoch signifikanter Risikofaktor für Suizid erhoben werden.

1.5.2 Poststationärer Suizid

Wie oben erwähnt, besteht bei psychisch kranken Patienten insbesondere im Rahmen eines stationär-psychiatrischen Aufenthaltes eine erhöhte Suizidgefahr. Den Gefährdungshöhepunkt jedoch, stellt erst die Zeit nach Entlassung aus stationärer Behandlung dar. Deshalb sollte dieser Zeit ein besonderes Augenmerk gewidmet werden.

Ein systematisches Review, mit einer Metaanalyse von 100 internationalen Studien zwischen 1967 und 2014 zum poststationären Suizidrisiko, wies das höchste Suizidrisiko für psychiatrische Patienten innerhalb der ersten 3 Monate nach stationärer Entlassung nach (Chung et al. 2017). „Die meisten Suizide erfolgen innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung, mit einem deutlichen Gipfel innerhalb der ersten vier Wochen“ (Hoffmann-Richter et al. 2002).

Auch eine aktuellere Studie aus den USA wies diesen Zusammenhang nach. Dazu wurde die Suizidhäufigkeit von über 700 000 psychisch kranken Patienten nach Entlassung mit über 1 Mio. nicht psychisch Kranken, die aus anderen Gründen stationär behandelt wurden, verglichen. Es konnte bei Entlassung der psychisch kranken Patienten eine 15-mal höhere Suizidrate als nach Krankenhausentlassung der nicht-psychischen erkrankten Patienten festgestellt werden. (Olfson et al. 2016)

Hinsichtlich dieser Datenlage wäre es falsch zu erwarten, dass mit Abschluss einer Klinikbehandlung der psychisch kranke Patient vor Suizidalität geschützt sei. Hohe Erwartungen der Patienten im Vorfeld, erneute Konfrontationen mit der alten Lebenssituation und eventuelle Scham- und Angstgefühle, in der Welt außerhalb der Klinik abgelehnt zu werden, können eine erneute psychische Dekompensation mit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung verursachen (Michel 2002). Die stationäre Entlassung geht aber nicht nur mit dem Verlust des stützenden Milieus aus Pflegern, Therapeuten und Ärzten einher.

Insbesondere der Abschied von der meist stützend erlebten Patientengemeinschaft stellt einen psychischen Belastungsfaktor dar. Zudem birgt die Wiederaufnahme der alten sozialen Anbindungen zu Familienangehörigen, Freunden und Lebenspartnern die Gefahr, den Patienten mit den bereits bekannten Erwartungen, Konfliktthemen und Enttäuschungen zu frustrieren und so eine erneute psychische Dekompensation hervorzurufen.

Einen weiteren Risikofaktor für eine poststationär erhöhte Suizidgefahr, stellt eine ungeplante und unvorbereitete Entlassung dar, bei der die ambulante Nachbetreuung nicht organisiert ist. Sei es durch fehlende Unterstützung seitens der stationären Behandler bei der Organisation einer ausreichenden Nachsorge oder aufgrund fehlender Möglichkeiten für ambulante Termine bei niedergelassenen Ärzten/Therapeuten. So kann es rasch zu einer für den Patienten erneut gefährlichen psychischen Verschlechterung mit einem erhöhten Suizidrisiko kommen. (Lin et al. 2008)

Aber auch die Patienten selbst können die Situation agravieren, zum Beispiel durch Entlassungen auf eigenen Wunsch, Absetzen der Medikation oder durch das Nichtwahrnehmen des Angebotes einer Nachbehandlung. Diese Non-Compliance suizidgefährdeter Patienten wurde bereits früh in der Literatur beschrieben. Nach Lizardi und Stanley (2010) verweigerten 50% der Patienten nach Suizidversuch eine ambulante Nachbetreuung. Sogar 60% beendet diese kurze Zeit nach Beginn wieder.

In Deutschland fehlen bisher für psychisch erkrankte Patienten mit erhöhter Suizidgefahr, standardisierte Nachsorgebehandlungen. Aufgrund der erhöhten Suizidraten dieser Patientengruppe nach stationärer Behandlung, sollte diese Patientenpopulation deutlich stärker in den Fokus des Gesundheitswesens rücken.

2 Suizidprävention

Die jährlich hoch bleibenden Suizidzahlen bei einer gleichzeitig steigenden Anzahl versuchter Suizide stellen die Gesellschaft vor eine große Herausforderung und insbesondere vor die Aufgabe, Menschen in akuten psychischen Krisen durch präventive Maßnahmen vor spontanem suizidalem Verhalten zu schützen. Inwieweit die Politik mit Gesetzen hier eingreifen darf und welches Eingreifen als sinnvoll erachtet werden kann, um gefährdete Menschen in diesen Akutsituationen vor dem Suizid zu bewahren, ist regelmäßig Grundlage zahlreicher Diskussionen. Grob unterteilt werden kann die Suizidprävention in Maßnahmen, die auf die Allgemeinbevölkerung bezogen sind, und in Maßnahmen, die die Hochrisikogruppe der „psychisch Kranken“ im Fokus hat.

2.1 Suizidprävention bezogen auf die Allgemeinbevölkerung

Um Suizide wirkungsvoll in der Gesellschaft reduzieren zu können, sollten sie als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Erst ein Zusammenspiel von gesellschaftlicher Aufklärung, Fortbildung, Entstigmatisierung und Einführung beschränkender Maßnahmen kann letztlich zu einer Senkung der Suizidrate beitragen. (Schmidtke o. J., zitiert nach Stieber o. J.)

2.1.1 Erschwerter Zugang zu Mitteln

Die ersten Maßnahmen der Suizidprävention liegen weit zurück. In einer Serie von Studien (Clarke und Mayhew 1989, Clarke und Lester 1987, Lester und Frank 1989) konnte bereits in den 80er Jahren nachgewiesen werden, dass die Entgiftung des Hausgases (vom hochgiftigen Kohlegas zum weniger giftigen Erdgas) unter anderem in England einen sehr deutlichen Rückgang der Suizidrate zur Folge hatte. Auch durch die geänderten Emissionskontrollen für Kraftfahrzeuge, die in den USA zu niedrigeren Kohlenmonoxidwerten von Autoabgasen führten, ließ sich eine Reduktion von Suiziden verzeichnen. Heutzutage sind sich die Experten einig, dass das sogenannte „closing the exits“, also das Erschweren des Zugangs zu bestimmten Suizidmethoden, eine besonders erfolgversprechende Maßnahme in der Eindämmung von Suiziden ist (Bronisch 1995, Mann et al. 2005, Zalsman et al. 2016). Ob es zu einer Kompensation durch andere Methoden der Selbsttötung kommt, wenn der Zugriff auf eine bestimmte Methode versperrt ist, war ebenfalls bereits Grundlage wissenschaftlicher Forschung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es durch die Erschwernis eines initial „leichten“ Zugriffs zu einer Suizidmethode nicht generell zu einem Ausweichverhalten kommt (Pirkis et al. 2013). Um einen Überblick über bisherige Theorien und Maßnahmen sowie ihre Effekte zu erhalten, führten Mann et al. 2005 eine intensive Daten- und Literaturrecherche durch. Sie bestätigten das Erschweren des Zugangs zu Suizidmethoden als eine der am besten nachgewiesenen Suizidpräventionsmaßnahmen.

Im Hinblick auf „closing the exits“ wurde das Hauptaugenmerk der Suizidprävention auf die Architektur gerichtet. So zählt der Sprung in die Tiefe von Brücken zu den am häufigsten praktizierten Suizidmethoden. Dennoch gilt die „bauliche Suizidprävention“ nach wie vor als eine noch sehr junge Wissenschaft. Der Nutzen von Sicherheitszäunen an Brücken wurde von Neuner et al. (2009) genauer untersucht. Die Forscher konnten an vielen Orten sogenannte „Hot Spots“ feststellen, also für Suizidsprünge besonders häufig genutzte Stellen. Laut Spiegelbericht von 1996 wurde zum Beispiel in München die Großhesseloher Brücke über einen langen Zeitraum als ein solcher Hot Spot betrachtet. Seit Bestehen der Brücke sprangen 256 Menschen in den Tod (Der Spiegel 1983). Selbst der verzweifelte Versuch eines Münchener in Form einer Anzeige gegen den damaligen bayerischen Ministerpräsidenten Wilhelm Hoegner brachte nicht die von vielen Münchnern erhoffte Sicherung der Brücke. Erst 1985, beim Neubau der Brücke, wurde diese rundherum vergittert. (Der Spiegel 1996) Seitdem nun Stahlgitter die Brücke umzäunen, stürzten „nur noch“ zwei Menschen von dieser Brücke in den Selbstmord (Der Spiegel 1983). Damit konnte durch einen eingeschränkten Zugang zu einem Suizid-Hot-Spot die Suizidrate durch Sprung deutlich gesenkt werden. Denn Fakt ist, dass die Suizidenten zumindest nicht unmittelbar auf andere in der Nähe gelegene Brücken ausweichen, nachdem der örtliche Hot Spot gesichert wurde (Pelletier 2007; Reisch und Michel 2005).

2.1.2 Fortbildung niedergelassener Allgemeinmediziner

Ein weiteres Augenmerk in der Suizidprävention gilt der Sensibilisierung der Ärzte hinsichtlich der psychischen Erkrankung mit der höchsten Suizidgefahr: der Depression. Denn bevor sich die meisten erkrankten Menschen in Behandlung zu einem Spezialisten begeben, suchen sie mit ihren Beschwerden zuerst ihren Hausarzt auf. Damit ist die diagnostische und

therapeutische Kompetenz des Hausarztes oft das sogenannte „Nadelöhr“. Leider wird nicht jede depressive Erkrankung als solche erkannt und richtig behandelt. (Wittchen und Pittrow 2002) Aber nur ein für diese Erkrankung sensibilisierter Hausarzt kann eine Depression richtig erkennen und eine geeignete und vor allem rechtzeitige Therapie einleiten. In der Optimierung der Erkennung und Behandlung der Depression liegt damit nachweislich ein großes präventives Potenzial. (Hegerl et al. 2005) Eine in dieser Thematik hervorzuhebende Studie ist die sogenannte Gotland-Studie von Rutz et al. 1989, die nach Steigerung der Suizide auf der schwedischen Insel Gotland durchgeführt wurde. Alle Hausärzte erhielten durch dortige Psychiater ein Training bezüglich Diagnostik und Therapie von Depressionen. In den Jahren nach dem Programm kam es zu einem signifikanten Rückgang der Suizidrate um bis zu 60 %. Die Verschreibung von Antidepressiva stieg an, die für Anxiolytika sank und die Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte ging deutlich zurück. Schlussfolgernd wurden Depressionen durch Hausärzte häufiger erkannt und korrekt behandelt, wodurch letztlich auch die Suizidrate sank.

2.1.3 Berichterstattung in Presse und Medien, Werther- und Papagano-Effekt

Der sogenannte Werther-Effekt bezieht sich auf Goethes berühmten Roman „Die Leiden des jungen Werthers“, der nach seiner Erscheinung im Jahr 1774 eine ganze Reihe von Suiziden unter jungen Leuten auslöste (Heliosch 2014). Inzwischen ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Medien durch die Art ihrer Berichterstattung einen Anstieg realer Suizide bedingen können. Stack (2000) untersuchte 42 wissenschaftliche Artikel zum Werther-Effekt, wobei er nachweisen konnte, dass Berichterstattungen über Suizide von Prominenten aus Politik und Unterhaltung die größten Effekte und damit Anstiege der Suizidrate nach sich zogen. Besonders spektakuläre Hervorhebungen und „sensationsgeile“ Überschriften in den Medien sowie detaillierte Beschreibungen des Vorfalls, des Ortes, aber auch Bilder und Videos sowie eine Heroisierung des Suizidenten können zu Nachahmern führen. Im Hinblick auf die in Abschnitt 1.4.4 erwähnte Familie Hemingway stellt neben der Genetik möglicherweise auch die Identifikation und Imitation innerhalb der Familie einen wesentlichen Faktor für die Häufung der familiären Suizidsterbefälle dar.

Dem Werther-Effekt gegenüber steht der von Wissenschaftlern der Universität Wien untersuchte suizidpräventive „Papagano-Effekt“ (Niederkrotenthaler et al. 2010). „Papagano“, eine Figur in Mozarts Zauberflöte, fürchtete den Verlust seiner geliebten Papagena. Dies stürzte ihn in eine suizidale Krise in der Papagano bereits zum Strick greifen wollte. Die Unterstützung und Überzeugungskraft „dreier Knaben“ konnte ihn jedoch vom Suizid abhalten, indem sie Papagano davon überzeugten, dass seine Situation nicht ausweglos sei und er einen weiteren Versuch unternehmen sollte um Papagena doch für sich zu gewinnen. Papagano ließ vom Strick ab, umwarb Papagena erneut und war dieses Mal erfolgreich.

Die Medien könnten Nachahmungstaten verhindern indem Sie Hilfe und Unterstützung im Sinne Papagenos „dreier Knaben“ bieten, durch Aufzeigen von Krisenbewältigungsbeispielen sowie durch die Bereitstellung von Informationen zu Hilfswerken. Somit schaffen sie ein

öffentliches Bewusstsein für die Problematik und ermutigen suizidale Menschen, sich Hilfe zu suchen (Tomandl et al. 2005).

2.2 Suizidprävention bezogen auf die Hochrisikogruppe „psychisch Kranke“

Eine psychische Erkrankung gilt als ein wesentlicher Risikofaktor für einen Suizid (Krug et al. 2002). Damit besteht eine zentrale Aufgabe der Suizidprävention darin, die Risikogruppe der „psychisch kranken“ Patienten durch geeignete Maßnahmen effektiver zu behandeln, das Suizidrisiko der Patienten besser einzuschätzen und sie auf künftige Krisen besser vorzubereiten.

2.2.1 Angebote für Patienten in der Notaufnahme

Internistische Notaufnahmen stellen in der Behandlung suizidaler Patienten eine wichtige Anlaufstelle dar, da diese Patienten dort nach missglückten Suizidversuchen primär behandelt werden. Leider gibt es eine hohe Dunkelziffer von Patienten, die ihren Suizidversuch als akzidentell verschleiern und so bei körperlicher Unversehrtheit rasch wieder aus der Notaufnahme entlassen werden. Suominen et al. wiesen 2004 in einer Studie nach, dass sogar die Hälfte aller Patienten nach Suizidversuch aus einer Notaufnahme ohne weitere Behandlung entlassen wurden.

In den USA entwickelten Stanley und Brown (2012) die sogenannte „Safety Planning Intervention“, eine Intervention zur Sicherheitsplanung für einen Einsatz in zeitlimitierten Settings wie zum Beispiel einer Notaufnahme. Gemeinsam mit dem Patienten werden für diesen Zweck nach einem Suizidversuch zunächst Warnzeichen für eine bevorstehende suizidale Krise identifiziert, interne Bewältigungsstrategien erarbeitet und soziale Ressourcen zur Ablenkung benannt. Insbesondere Kontakte zu privaten Helfern und zu professionellen Anlaufstellen werden in die Krisenbewältigung integriert. All diese Punkte werden mit den Patienten in einem bis zu 45 Minuten dauernden Gespräch durchgearbeitet und auf einem DIN A4-Blatt als eine Art Notfallplan festgehalten. Die Hoffnung ist, dass der Patient diesen Notfallplan im Falle einer Krise oder bestenfalls zur Abwendung einer suizidalen Krise zur Hand nimmt und die Krise abwenden kann.

Die Effektivität der Safety Planning Intervention gegenüber einem reinen Antisuizidversprechen wurde 2017 durch Bryan et al. nachgewiesen. An ihrer Studie nahmen 97 Soldaten des Fort Carson Colorado, die unter Suizidgefährden litten und/oder einen Suizidversuch in der Vergangenheit unternommen hatten, teil. Es wurden zwei Gruppen gebildet: Die eine erhielt eine Safety Planning Intervention, die andere eine normale Behandlung, jedoch mit einem Antisuizidvertrag. Ein Antisuizidvertrag ist ein schriftlich festgehaltenes Versprechen zwischen Arzt und Patient, dass dieser sich bis zum nächsten Termin nicht suizidiert. In dem 6-monatigen Beobachtungszeitraum kam es bei 5 % der Patienten mit der Safety Planning Intervention und bei 19 % der Patienten mit Antisuizidvertrag zu einem versuchten Suizid. Das entspricht einer Reduktion eines erneuten Suizidversuches um 76 %. Damit konnte ein deutlicher positiver Effekt suizidpräventiver Interventionsmaßnahmen im Vergleich zu minimalen Interventionen wie einem

Antisuizidvertrag bestätigt werden. Die Grundlage der suizidpräventiven Maßnahmen am IAK München und damit die Grundlage der vorliegenden Pilotstudie bildet die an Konzept von Stanley und Braun angelehnte Suizidpräventionsgruppe (siehe Kapitel 2.3.3).

2.2.2 Medikamentöse Behandlung der Hochrisikogruppe

Eine zentrale Rolle in der Suizidprävention spielt die medikamentöse Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung. Es werden grundsätzlich drei verschiedene Medikamentenklassen im Hinblick auf einen „antisuizidalen“ Effekt diskutiert.

Vorrangig ist die Wirkstoffklasse der Antidepressiva zu nennen. Letztere spielen in der Suizidprävention eine zentrale Rolle, basierend auf der Annahme, dass die meisten Suizide mit einer Depression einhergehen und insbesondere die Antidepressiva aufgrund ihrer Wirkung gegen Depressionen so indirekt das Suizidrisiko senken können.

In der Literatur finden sich diesbezüglich gemischte Ergebnisse. In zahlreichen Studien wird seit Einführung der Medikation in den 90er Jahren von einem Rückgang der Suizidrate bei gleichzeitiger Erhöhung der Verschreibung von Antidepressiva in der Bevölkerung berichtet (Isacsson et al. 2010).

Es finden sich aber auch gegenteilige Ergebnisse. Högberg und Bremberg (2018) beispielsweise kamen basierend auf Daten aus 17 OECD-Ländern, die zwischen 2000–2016 erhoben wurden, zu dem Ergebnis, dass die Suizidraten in denjenigen Ländern am wenigsten sanken, in denen am meisten Antidepressiva verschrieben wurden. „Es scheinen besondere Nebenwirkungen wie Agitiertheit, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Wut oder Schlaflosigkeit das Risiko für Suizide zu steigern“ (Tondo und Baldessarini 2011). Vermutet wird vor allem, dass die antriebssteigernde Komponente der serotonerg- oder noradrenergwirksamen Medikamente Patienten bei noch fortbestehender schwerer depressiver Verstimmung in die Lage versetzen könnte, einen Suizidversuch zu unternehmen. Bisher stehen diese Ergebnisse in einem Gegensatz zu den psychiatrischen Leitlinien und den klinischen Erfahrungen. Dennoch wird die Verschreibung von Antidepressiva in der Suizidprävention zunehmend hinterfragt (Plöderl 2019).

Den Zusammenhang von Lithium und Suizidalität beschreiben Lewitzka et al. (2013) wie folgt: „Für Lithium als eine der ältesten in der Psychiatrie verwendeten psychotropen Substanzen wurde seit Anfang der 1990iger Jahre ein eigenständiger, im Vergleich zu anderen Psychopharmaka wahrscheinlich spezifischer antisuizidaler Effekt nachgewiesen.“ Lithiumbehandelte Patienten, die weiter depressive Krankheitsepisoden durchlaufen, verüben nachweislich seltener Suizidversuche und haben seltener vollendete Suizide, als in der Krankheitsphase statistisch erwartet wird. Dennoch bleibt der genaue Wirkmechanismus von Lithium in Bezug auf Suizidalität weiter ungeklärt.

2.2.3 Interventionen der Risikogruppe suizidgefährdeter Patienten nach stationär-psychiatrischer Entlassung

Die Nachsorge der Patienten nach einem Suizidversuch stellt einen bedeutsamen Bereich der Suizidprävention dar. Als eine geeignete Interventionsmaßnahme wurde von Riblet et al.

(2017) der regelmäßige Kontakt zum entlassenen Patienten identifiziert. Im Rahmen ihrer Studie durchsuchten die Forscher die Datenbanken Medline und EMBASE nach randomisierten kontrollierten Studien bis Ende des Jahres 2015. Eine statistisch signifikante Wirkung konnte lediglich für die von der WHO ins Leben gerufene Präventionsmaßnahme „Brief Intervention and Contact“ (BIC) festgestellt werden. Die BIC-Präventionsmaßnahme der WHO ergänzte die poststationäre Versorgung der Patienten durch kurze, informative Treffen mit kombinierten Langzeitkontakte. Bei diesen Treffen wurde Wissen über suizidales Verhalten und alternative Bewältigungsstrategien in Krisen ausgetauscht sowie Behandlungsmöglichkeiten besprochen, wodurch nachweislich die poststationäre Suizidrate bis zu 18 Monate nach Krankenhausentlassung nach vorangegangenem Suizidversuch gesenkt werden konnte. (Fleischmann et al. 2008)

Auch weitere minimale Interventionen können hilfreich sein, wie die Studie von Carter et al. (2005) mit signifikanten Effekten durch die sogenannte „Postkartenintervention“ beweisen konnte. Die Stichprobe bestand aus 772 Patienten, die einen Suizidversuch durch Vergiftung unternommen hatten. Diese wurden in eine Kontroll- und in eine Interventionsgruppe aufgenommen. Die Interventionsgruppe erhielt in regelmäßigen Abständen nach Entlassung insgesamt acht Postkarten (im Monat 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10). Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die keine Postkarten erhielt, kam es in der Interventionsgruppe nachweislich weniger häufig zu Suiziden und Suizidversuchen. Auch in der „Green Card Study“ von Morgan et al. (1993), bei der die Interventionsgruppe der Patienten nach einem Suizidversuch eine Notfallkarte mit der Telefonnummer des Dienstpsychiaters des Krankenhauses erhielt, wurden in der Interventionsgruppe in der Folgezeit nachweislich weniger Suizidversuche als in der Kontrollgruppe nachgewiesen. Diese Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit poststationärer Maßnahmen nach Entlassung der Patienten.

2.3 Suizidprävention am Isar-Amper-Klinikum München

Wie in der Beschreibung der Suizidraten in Abschnitt 1.2.3 angeführt, steht auch das IAK dem Problem steigender Suizidzahlen gegenüber. Um die Risikogruppe der psychiatrischen Patienten besser zu versorgen, sie besser zu schützen und die suizidgefährdeten Patienten besser herauszufiltern, wurden zahlreiche Präventionsmaßnahmen schrittweise eingeführt und stetig optimiert.

2.3.1 Allgemeine bauliche Präventionsmaßnahmen

Die Architektur spielt nicht nur in der Sicherung des Alltags bzw. der Umwelt der Betroffenen eine bedeutende Rolle, wie die in Abschnitt 2.1.1 genannten Brückensicherungsmaßnahmen zeigen, ein wichtiger Aspekt der Suizidprävention besteht auch in der Reduzierung der Kliniksuizide.

Zu den Sicherheitsvorkehrungen des IAK München an Fenstern zählen sogenannte Öffnungsbegrenzer und spezielle Stangen. Die Öffnungsbegrenzer verhindern ein vollständiges Öffnen der Fenster, die Stangen schützen zusätzlich vor einem suizidalen Sprung. Aus demselben Grund wurden Treppenhäuser durch Stäbe oder Netze gesichert. Zu den weiteren Sicherungsmaßnahmen zählen Duschstangen mit Sollbruchstellen. Die

Sollbruchstelle lässt die Duschstange bei Belastung brechen, ein Erhängen an dieser ist nicht mehr möglich. Des Weiteren lassen sich alle Patientenzimmer und Badezimmer von außen öffnen und von innen nicht abschließen. Damit ist ein schnelles Eingreifen von außen bei suizidalem Verhalten möglich.

2.3.2 Klinikeigene Gefährdungseinschätzung und daraus abgeleitete Risikoprädiktoren

Als Grundlage dieser Arbeit und zur klinikeigenen Gefährdungseinschätzung am IAK München dient eine von Größ 2014 an der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeföhrte Studie mit dem Titel „Prädiktoren für Suizidversuche in Patientenstichproben einer psychiatrischen Versorgungsklinik“. In dieser Studie wurden 188 Patientenakten von am IAK München-Ost therapierten Patienten im Zeitraum von 2007–2009 ausgewertet. Dabei konnten eine Reihe von Faktoren identifiziert werden, die durch ein erhöhtes Risiko für Suizidalität gekennzeichnet sind:

- (1) Ein Suizidversuch, der zur aktuellen Aufnahme geführt hat, bzw. ein Suizidversuch in der Vorgesichte des Patienten, (2) aktuell vorliegende Selbstmordgedanken, (3) aktuelle soziale Belastungen, (4) ein über einen längeren Zeitraum anhaltendes schlechtes psychisches Befinden, (5) ein Suizidversuch in der Familie, (6) Hinweise auf impulsives Verhalten, (7) Sucht als belastende Doppeldiagnose.

Die ermittelten Risikofaktoren wurden standardmäßig ab 2014 bei jeder stationären Aufnahme im ärztlichen Aufnahmegeräusch exploriert und in der Dokumentation eines jeden Patienten festgehalten. Jeder Faktor erhält den Wert 1, sodass die Werte zusammengezählt das jeweilige Suizidrisiko der Patienten von niedrig (0–1 Punkt), mittel (2–3 Punkte) bis hoch (4–7 Punkte) ergeben.

Durch dieses Screening können potenziell suizidale Patienten besser herausgefiltert werden als durch alleinige ärztliche Einschätzung und den betroffenen Patienten kann erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Beispielsweise können Patienten, die als akut suizidal eingestuft werden, zur engmaschigen Beobachtung vorübergehend in den Wachbereich gelegt werden, der vom Stationsstützpunkt eingesehen werden kann. Somit ist ein schnelles Einschreiten bei suizidalen Handlungen, wenn nötig sogar durch Fixierung des Patienten, möglich. Bei mittlerem Suizidrisiko kann mit Einverständnis des Patienten vorübergehend der Ausgang begrenzt werden. Aber auch ohne solche Maßnahmen ist das gesamte Team der psychiatrischen Station, vom Pflegepersonal über den Sozialpädagogen bis hin zum Arzt, durch die Visualisierung der Suizidalität auf dem Stammbrett des Kardex eines jeden Patienten für dieses Thema sensibilisiert. Zudem sollen alle Patienten mit Suizidgedanken und/oder nach Suizidversuch und auch unabhängig hiervon mit mindestens zwei anderen Suizidrisikofaktoren (zum Beispiel Abhängigkeitserkrankung und mögliche genetische Belastung bei Suizidversuchen in der Familie) an der Suizidpräventionsgruppe des Hauses teilnehmen (siehe Abschnitt 2.3.3).

Weitere grundlegende Risikoreduktionsmaßnahmen sind die medikamentöse Behandlung der Patienten sowie die therapeutische und sozialpädagogische Unterstützung.

Zudem erhält bei Aufnahme jeder Patient die Visitenkarte der jeweiligen Station, auf der die Kontaktdaten der Station, die Krisendienstnummer der Stadt München und die Kontaktdaten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes des Hauses vermerkt sind, damit jeder Patient bei einem Ausgang oder nach seiner Entlassung im Notfall Kontakt aufnehmen kann.

2.3.3 Suizidpräventionsgruppe

Neben der klinikeigenen Gebäudesicherung und der Gefährdungseinschätzung der Suizidalität ist im Rahmen der suizidpräventiven Arbeit mit den Patienten die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit künftigen Krisen von grundlegender Bedeutung. Zu diesem Zweck wurde im Juli 2013 am IAK die zuvor bereits erwähnte Suizidpräventionsgruppe etabliert und besteht bis zum aktuellen Zeitpunkt fort. Patienten mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität sollten auf erneute Krisen bestmöglich vorbereitet und so das jeweilige Risiko für künftige suizidale Handlungen soweit wie möglich reduziert und Suizidversuche verhindert werden.

Da zwischen den untersuchten Risikofaktoren (siehe Abschnitt 2.3.2) und einem Suizidversuch keine einfache kausale Beziehung besteht, sondern vielmehr von einer multifaktoriellen Genese der Suizidalität ausgegangen werden muss, wurden für die Suizidpräventionsgruppe Patienten mit meist mehreren unterschiedlichen Risikofaktoren und ihren gegenseitigen Wechselwirkungen aufeinander ausgewählt. Patienten ab einem mittleren Risiko (mindestens zwei Punkte) und Patienten mit aktuell vorliegenden Suizidgedanken sowie mit einem aktuellen Suizidversuch wurden während ihres stationären Aufenthaltes ausgewählt, um an der Suizidpräventionsgruppe teilzunehmen.

Diese Patienten sollten im Rahmen der Gruppe Bewältigungsstrategien zum richtigen Umgang mit künftigen suizidalen Krisen systematisch erarbeiten und verschriftlichen. Die Gruppensitzung fand über zwei Wochen einmal wöchentlich für eine Stunde an der Klinik Nord des IAK München statt. Alle zwei Wochen kam es zu einer neuen Gruppenzusammensetzung. Die Gruppensitzung wurde von der Studienleiterin und einer Psychologin geführt und bestand aus 2–6 Teilnehmern.

In der 1. Stunde der Suizidpräventionsgruppe berichteten viele Patienten von einem vorausgegangenen Suizidversuch, andere von vorhandenen Selbstmordgedanken, Suizidplänen oder von familiären Suiziden. Des Weiteren wurden sie gebeten, die Auslöser ihrer suizidalen Krise oder ihre generelle Einstellung zur Suizidalität darzulegen. Die Patienten sollten auf diese Weise durch Reflexion der Krisensituation sowie durch das Aus- und Besprechen ihrer Ängste, Schuldgefühle, Aggressionen und Selbstmordgedanken von emotionalem Druck entlastet werden und sich von der Krisensituation und den damit verbundenen Gefühlen und Vorstellungen distanzieren können.

Insbesondere die erste Stunde der Suizidpräventionsgruppe wurde von den meisten Patienten als emotional aufwühlend und teils sehr belastend erlebt. Es fiel den meisten Patienten schwer, sich mit ihren lebensmüden Gedanken auseinanderzusetzen und diese zu teilen. Einige Patienten verweigerten im Vorfeld ihre Teilnahme an der Gruppe, da sie sich noch nicht dazu in der Lage sahen, sich mit dem Thema Suizidalität aktiv auseinanderzusetzen. Diesen Patienten wurde die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt erneut ermöglicht.

In der 2. Stunde der Suizidpräventionsgruppe wurde mit den Patienten ein „Notfallkoffer“ systematisch erarbeitet und schriftlich auf einem Arbeitsblatt festgehalten. Mithilfe dieses Notfallkoffers sollten die Patienten in der Lage sein, zukünftigen Krisen selbstständig entgegenzuwirken. Angelehnt an das Notfallkonzept von Stanley und Brown (2012) beinhaltet der Notfallkoffer folgende Punkte:

An erster Stelle definiert der Patient seine individuellen Frühwarnzeichen, die der suizidalen Krise vorausgegangen sind. Dazu gehören zum Beispiel das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, erhöhter Substanzmissbrauch oder innere Unruhe.

Im zweiten Schritt dokumentiert der Patient seine individuellen Bewältigungsstrategien zur Ablenkung von vorhandenen Suizidgedanken bei krisenhafter Zuspitzung seiner Situation. Jeder Patient wurde angehalten, sich mehrere spezielle Aufgaben zu suchen, die er im Falle auftretender akuter Suizidgedanken abarbeiten sollte. Durch die dadurch entstehende zeitliche Verzögerung soll der Patient der dissoziativen gedanklichen Einengung, die für suizidale Krisen typisch ist, entkommen und sich folglich von auftretenden Suizidgedanken wieder distanzieren können. An dieser Stelle wurde auch eine mögliche griffbereite Notfallmedikation (zum Beispiel 1 mg Tavor) mit den Patienten besprochen. Zusätzlich empfinden sich die Betroffenen durch konkrete Maßnahmen, die sie selbstständig anwenden können, wieder als selbstwirksam.

Zur weiteren Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens gehört im dritten Schritt des Notfallkonzepts, mit den Patienten ihre bisherigen Therapieerfolge oder Erfolge im Leben als eine Art „Ankerpunkte des Lebens“ zu besprechen. Diese Ankerpunkte wurden von den Patienten ebenfalls schriftlich auf dem Arbeitsblatt fixiert, um sich ihre Erfolge in Krisenzeiten vor Augen führen und hierdurch erneut Hoffnung schöpfen zu können.

An vierter Stelle wurden Notfallkontakte besprochen, also konkrete Ansprechpartner für den Fall, dass die Aufgabenliste nicht reicht. Als Notfallkontakt konnte jemand aus dem Bekanntenkreis, aber auch professionelle Anlaufstellen wie zum Beispiel Krisenhotlines, psychiatrische Ambulanzen oder Fachärzte auf dem Arbeitsblatt mit Adresse und telefonischer Erreichbarkeit notiert werden.

Als Fünftes folgte der Punkt der „Umweltsicherung“. Damit ist das Entfernen möglicher Suizidmethoden aus dem häuslichen Umfeld gemeint. Insbesondere die Reduktion der Anzahl der Medikamente im häuslichen Umfeld ist ein wichtiger Faktor, aber auch in einigen Fällen das Wegschließen von Waffen. Die Patienten wurden hier angeleitet, ihre Medikamente in schwierigen Phasen mit schlechtem Befinden zum Beispiel vom Psychiater oder Hausarzt verwalten zu lassen. Sie sollten nur wöchentliche Rationen oder kleinere Packungsgrößen von ihren Ärzten erhalten, um in Krisensituationen den Zugang zu einer Suizidmethode, hier durch Medikamentenüberdosierung, im Vorfeld zu verhindern.

Die zweite Stunde, bei der es um die Erarbeitung des Notfallkoffers ging, wurde von den meisten Patienten als weniger aufwühlend als die erste Stunde und als konkret hilfreich bei künftigen suizidalen Momenten empfunden.

3 Zielsetzung der Studie

Der Prävention von Suizidalität wurde in den letzten Jahren durch klinische und gesellschaftliche Maßnahmen größere Beachtung entgegengebracht. Da aber spezifische Maßnahmen für suizidgefährdete Patienten nach einer stationären Behandlung weitestgehend fehlen, gilt die poststationäre Zeit für psychiatrische Patienten weiterhin als größter Risikofaktor für suizidale Handlungen.

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist es, durch eine direkt an die stationäre Behandlung anschließende spezifische psychiatrische Nachbetreuung die im Rahmen des stationären Aufenthaltes erreichte Stabilität der Patienten zu erhalten, den Genesungsprozess hierdurch letztlich zu beschleunigen und so zu einer Senkung des poststationären Suizidrisikos beizutragen.

Die im Zuge der vorliegenden Pilotstudie erworbenen Erkenntnisse sollen Hinweise zur Optimierung des ambulanten poststationären Therapieangebots suizidgefährdeter Patienten geben.

4 Methodik

4.1 Rahmen der Studie und Endpunkte

Die vorliegende Studie wurde am IAK München Nord geplant und durchgeführt.

Die Doktorandin und Studienleiterin war zum damaligen Zeitpunkt Assistenzärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am IAK München Nord.

Eine mündliche Anfrage bei der Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer (die Betreuerin der Arbeit, Frau Prof. Dr. Dr. M. Albus ist seit Jahrzehnten Mitglied in dieser Ethikkommission) ergab, dass seitens der Geschäftsstelle keine Notwendigkeit eines Votums gesehen wurde, da alle Maßnahmen im Rahmen einer leitliniengerechten klinischen Behandlung und keine studienbedingten Zusatzuntersuchungen erfolgten und die schriftliche Einverständniserklärung der Patienten zur Nachuntersuchung, nach detaillierter Information über die Art und die Intention der Studie, vorlag (siehe Anlage S. 68).

Als messbares Kriterium der poststationären Nachbetreuung wurden zwei standardisierte Fragebögen (BDI-II und BSI, siehe Abschnitt 4.3.3 und 4.3.4) jeweils zu Beginn und zum Ende der ambulanten Termine verteilt. Als Verlaufsindikator der ambulanten Termine wurden zwei Skalen, „Skala Befindlichkeit“ und „Skala Suizidalität“, konstruiert.

4.2 Datenerhebung und Vorgehen

4.2.1 Patientenkollektiv

Bei den Teilnehmern der Studie handelte es sich um Patienten aus dem IAK München Nord. Sie wurden anhand der ermittelten Risikofaktoren im Rahmen der klinikeigenen Gefährdungseinschätzung (siehe Abschnitt 2.3.2) ausgewählt. Patienten ab einem mittleren Risiko (mindestens zwei Gefährdungspunkte), Patienten mit aktuellen vorliegenden Suizidgedanken sowie Patienten mit einem aktuellen Suizidversuch vor Aufnahme nahmen

während ihres stationären Aufenthaltes an der im Hause stattfindenden Suizidpräventionsgruppe teil und erhielten im Anschluss die Möglichkeit zur Studienteilnahme. Es bekundeten letztlich deutlich weniger Patienten Interesse an der Studienteilnahme als durch die im Vorfeld der Pilotstudie erhobenen Befragungen der Teilnehmer der Suizidpräventionsgruppe zu erwarten gewesen wäre.

4.2.2 Studieneinschluss

Alle interessierten Patienten erhielten in einem Studienaufnahmegespräch eine schriftliche Studienaufklärung mit Auskünften zu Inhalten und zum Datenschutz, eine Einverständniserklärung zur Unterschrift und Kontaktdaten der Verantwortlichen (siehe Anlage S. 67ff.). Ebenfalls erhielten die Patienten eine Kopie der Einverständniserklärung zur eigenen Aufbewahrung. Alle Patienten nahmen freiwillig an der Studie teil. Einschlusskriterium war neben der Freiwilligkeit die Teilnahme an der Suizidpräventionsgruppe und eine geplante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im Anschluss an den Klinikaufenthalt. Weitere Einschlusskriterien lagen nicht vor. Ein Rücktritt aus der Studie war jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Eine Ablehnung der Teilnahme hatte keinerlei Auswirkungen auf das noch bestehende Behandlungsverhältnis mit dem IAK München Nord.

Die Patienten willigten in eine Schweigepflichtentbindung gegenüber ihren ambulanten Behandlern ein. Letztere erhielten per Post oder direkt übermittelt durch die Patienten selbst ebenfalls ein Studieninformationsschreiben sowie die Kontaktdaten der Studienärztin (siehe Anlage S. 66).

Ausschlusskriterien waren eine floride Psychose und das Ablehnen einer ambulanten Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung. Die Studienaufnahmegespräche fanden nach schriftlicher Einverständniserklärung noch während der stationären Behandlung in einem Arztzimmer des IAK Nord durch den Studienarzt statt.

Im Studienaufnahmegespräch erfolgte eine ausführliche Anamnese der Patienten anhand des für die Studie erstellten Dokumentationsbogens (siehe Anlage S. 63). Anschließend erhielten die Patienten die eigens für die Studie entworfenen Skalen „Skala Befindlichkeit“ und „Skala Suizidalität“. Nach einer kurzen Erläuterung der Skalen sollten die Patienten beide während des Aufnahmegesprächs ausfüllen.

Der nächste Schritt beinhaltete zwei Selbstbeurteilungsfragebögen: das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al. 1996) (BDI-II, siehe Anlage S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) und das Brief-Symptom-Inventory (Franke und Derogatis 2000) (BSI, siehe Anlage S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**). Nach einer Erklärung der Fragebögen wurden die Patienten gebeten, diese selbständig ohne Anwesenheit des Studienarztes auszufüllen. Die Fragebögen wurden durch den Studienarzt in den folgenden Tagen wieder eingesammelt.

Die Patientenrekrutierung erfolgte von Februar 2016 bis April 2017. Insgesamt wurden 96 Patienten gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Davon lehnten 68 Patienten die Studienteilnahme ab und 28 Patienten stimmten zu.

Per Zufallsprinzip wurden 14 Patienten der Gruppe A und 14 Patienten der Gruppe B zugewiesen. Gruppe A konnte direkt nach der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Behandlung mit den Beratungsterminen beginnen. Gruppe B begann zeitverzögert, im 3. Monat nach der Entlassung. Die Studienleiterin hielt zu den Patienten der Gruppe B innerhalb der Wartezeit bis zum Studienbeginn einmal monatlich telefonisch Kontakt, um akute psychische Verschlechterungen zu erkennen und eventuell notfallmäßige Vorstellungen in der Ambulanz des IAK Nord zu ermöglichen.

Die ambulanten Studientermine umfassten nach dem Studienaufnahmegespräch sechs aufeinanderfolgende, monatlich stattfindende Termine.

4.3 Studienmaterial

4.3.1 Dokumentationsbogen

Zur standardisierten Erhebung der anamnestischen und krankheitsbezogenen Informationen und Parameter der Studienteilnehmer wurde von der Verfasserin ein spezieller Dokumentationsbogen konstruiert. Eine Darstellung des gesamten Dokumentationsbogens ist in der Anlage auf S.63 einsehbar.

4.3.2 Suizidrisiko-Skalen

Die Einschätzung des jeweiligen Suizidrisikos stellt sich trotz zahlreicher weltweiter Studien zur Suizidalität als eine der schwierigsten fachlichen Aufgaben dar.

Um die Motivation der Studienpatienten zum Suizid über einen längeren Verlauf einschätzen und abbilden zu können, wurden zwei Skalen konzipiert. Die Herausforderung bei der Fragenformulierung zu den Skalen lag darin, möglichst offene und neutral formulierte Fragen zu stellen. Denn eine einfache Ja-/Nein-Frage nach konkreten Suizidabsichten würde die Gefahr mit sich bringen, dass einige Patienten ihre Suizidgedanken bewusst, zum Beispiel aus Scham oder aus Angst vor Konsequenzen, oder aber unbewusst verschweigen würden.

Bei der ersten Frage sollten die Patienten ihre aktuelle Belastung durch eventuell vorliegende Symptome einschätzen. Die Frage lautete demnach: „Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Befinden ein?“ Die Teilnehmer konnten eine Zahl zwischen -10 = Minimum und +10 = Maximum auswählen, wobei -10 eine maximal hohe Belastung durch Enttäuschung, Überforderung sowie durch andere aktuell sehr schwerwiegende innere und äußere Konflikte und eine ausgeprägte schlechte Stimmung bedeutete und +10 für das Gegenteil stand, also das komplette Fehlen von Belastungen, Konflikten oder Symptomen einhergehend mit einer guten Stimmung.

Die zweite Frage betraf die Haltung des Patienten zu Suizidalität. In dieser Frage ging es um die Erfassung passiver Todeswünsche, einer eventuellen Todessehnsucht und um das Abbilden abstrakter Suizidgedanken, um darauf basierend und mit Einbezug des Ergebnisses der Befindlichkeitsskala letztlich die Motivation zum Suizidversuch einschätzen zu können.

Auch hier sollte der Patient eine für ihn am ehesten zutreffende Zahl zwischen -10 und +10 auswählen. Während die -10 eine extrem befürwortende und positive Einstellung gegenüber

einem Suizid abbildete, stand +10 für eine absolute und vollständige Verneinung der Möglichkeit eines Suizides.

Es wurde auf grafische Elemente wie Farben, Schattierungen oder Symbole verzichtet, damit bestimmte Farben oder Schattierungen bei negativen Antworten vermieden wurden und somit nicht zu unerwünschten Antwortverzerrungen führten (Tourangeau et al. 2004 und 2007). Auch wurde keine numerische bipolare Ratingskala zum Setzen von Kreuzchen genutzt, um eine objektive Mittelkategorie zu vermeiden, welche eine mögliche Tendenz zur Mitte hätte verstärken können und zu einer ungenauen Beantwortung der Fragen geführt hätte (Saris und Gallhofer 2014).

Im Verlauf der ambulanten Nachbetreuungstermine der beiden Gruppen wurde das individuelle Suizidrisikoprofil als Verlaufsindikator anhand der hierfür konzipierten Suizidrisiko-Skalen bestimmt. Das Ausfüllen der Skalenwerte fand am Anfang jedes ambulanten poststationären Studientermines in der Klinik in Anwesenheit des befragenden Arztes statt. Eine Darstellung der Skalen ist in der Anlage dieser Arbeit einsehbar (siehe Anlage S. 65).

4.3.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)

Zur Einteilung der Schwere der depressiven Symptomatik und zur Beurteilung möglicher Veränderungen im Verlauf der poststationären Versorgung wurde der an die Diagnosemerkmale des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV“ (DSM IV) angepasste Selbstbeurteilungsfragebogen Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) herangezogen (Beck et al. 1996) (siehe Anlage S. Fehler! Textmarke nicht definiert.).

Das BDI-II ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Beurteilung der Schwere einer depressiven Symptomatik bei Patienten mit diagnostizierter Depression (Beck et al. 1961). Dieser Fragebogen wird seit 50 Jahren im englischen Sprachraum und seit 40 Jahren mit deutscher Übersetzung eingesetzt und zählt damit zu den international am häufigsten verwendeten Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung der Schwere einer Depression (Richter et al. 1994).

Der BDI-II Fragebogen wurde sowohl zum Studieneinschluss als auch zum letzten ambulanten Termin beiden Gruppen ausgehändigt und von den Patienten in privaten Räumlichkeiten bzw. bei Studieneinschluss in der Klinik ausgefüllt und zum ambulanten Termin mitgebracht. Der Vergleich der depressiven Symptomatik zu den zwei verschiedenen Zeitpunkten anhand eines Fragebogens mit hoher Reliabilität wurde vorgenommen, um einen Gruppenunterschied der Gruppen A und B und damit einen möglichen Einfluss der ambulanten Termine auf die Symptomatik untersuchen zu können, aber auch, um die Ergebnisse der Skala interpretieren zu können.

Der Fragebogen kann bei guten Deutschkenntnissen nach kurzer Anleitung in insgesamt ca. 5-10 Minuten ausgefüllt werden. Wichtig ist, die Studienpatienten an den Zeitrahmen zu erinnern, in dem sie ihre Symptome beurteilen. Er sollte den letzten zwei Wochen entsprechen.

4.3.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das zur Erfassung der Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome dient (Franke und Derogatis 2000). Es ist die auf 53 Items gekürzte deutsche Version der „Symptom Checkliste SCL-90-R“ (SCL 90-R) (Derogatis 1992) (siehe Anlage S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**).

Mit dem in dieser Arbeit verwendeten BSI lässt sich die aktuelle Belastung eines Patienten durch körperliche und psychische Symptome in den vergangenen sieben Tagen erfassen und somit dessen Leidensdruck in Erfahrung bringen („Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?“). Es werden damit keine konstanten Merkmale einer Person erfasst. Beachtet werden muss, wie oben erwähnt, der Zeitraum. Es wird explizit nur nach Symptomen der letzten sieben Tage gefragt.

Die Fragen sind sprachlich einfach formuliert. Eine standardisierte Instruktion des Fragebogens befindet sich in der Kopfzeile des Tests. Der Fragebogen kann in ca. 10 Minuten beantwortet werden. In der vorliegenden Arbeit wurde der GSI-Gesamtscore als Variable für das Maß der subjektiven Beeinträchtigung durch eine vorliegende Symptombelastung verwendet.

Nach Franke und Derogatis (2000) gilt der GSI-Gesamtscore als sensitivster Indikator unter den globalen Kennwerten für die psychische Belastung des Patienten. Laut den beiden Autoren umfasst er die Intensität der Belastung bei allen 53 Symptomen. Ab einem $T_{GSI} \geq 63$ geht man von einem psychisch auffälligen Patienten aus.

4.3.5 Studientermine

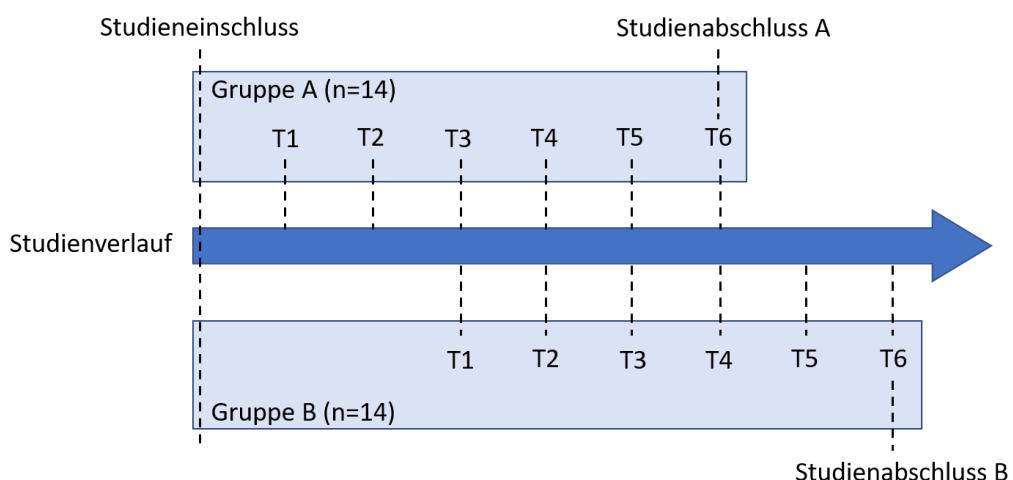


Abbildung 2: Studienverlauf

Abbildung 2 veranschaulicht den zeitlichen Studienablauf. Die Studientermine begannen nach Entlassung der Patienten aus dem stationären Setting. Bei Gruppe A begannen die Termine sofort nach der Entlassung, bei Gruppe B zeitverzögert im dritten Monat nach der Entlassung.

Die Termine hatten eine Dauer von 30 Minuten und fanden einmal monatlich statt. Inhaltlich wurde ein psychischer Befund erhoben, das Thema Suizidalität wurde mit dem Patienten konkret im Gespräch angesprochen, Suizidideen und Suizidabsichten exploriert, Psychoedukation zum Krankheitsbild und ein „Medikamententraining“ im Sinne wiederholter Aufklärung über die Medikation des Patienten, Wirkungsweise, Nebenwirkungen und alternative Medikamente durchgeführt. Es wurde erfasst, ob der Patient weiterhin regelmäßige Termine bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten wahrnimmt und ob es relevante Unterbrechungen der Behandlung durch Urlaub/Krankheit des zuständigen Behandlers gab. Ein weiterer zentraler Aspekt war auch der Zufriedenheitsgrad des Patienten mit der laufenden ambulanten Behandlung und ob es weiterführende Behandlungspläne (Rehamaaßnahme, erneuter stationärer Aufenthalt, Therapeutenwechsel, Verfahrenswechsel, Medikamentenwechsel) gab. Wäre im Gespräch Handlungsbedarf erkannt worden, zum Beispiel eine psychische Verschlechterung des Patienten, hätte dies sofort mit dem jeweiligen Patienten besprochen und die stationäre Einweisung veranlasst oder Kontakt mit dem jeweiligen ambulanten Therapeuten aufgenommen werden müssen. Dies traf jedoch bei keinem persönlichen ambulanten Termin zu.

Zusammenfassend erhielten die Patienten vorübergehend nach stationärer Entlassung ein soziales Unterstützungsnetzwerk mit psychosozialer Beratung. Die Patienten wurden fortlaufend darin unterstützt, Wege aus der Krise zu finden. Parallel wurde der Zufriedenheitsgrad der Patienten mit der laufenden ambulanten Behandlung erfasst, sie wurden über mögliche Behandlungsalternativen bei Unzufriedenheit aufgeklärt und laufend die Befindlichkeits- und Suizidalitätsskala als Qualitäts- und Verlaufsindikator bestimmt.

4.3.6 Telefontermine

Der Studienarzt hielt zu den Patienten der Gruppe B innerhalb der Wartezeit bis zum Beginn ihrer ambulanten Studientermine einmal monatlich telefonischen Kontakt. So sollten auch bei diesen Patienten akute psychische Verschlechterungen erkannt und notfallmäßige ambulante Vorstellungen ermöglicht werden.

Eine akute psychische Verschlechterung konnte bei einem Patienten der Studiengruppe B in der Wartezeit bis zum Beginn der ambulanten Termine telefonisch erkannt werden. Der Patient erhielt auf Initiative des Studienarztes einen sofortigen ambulanten Notfalltermin. Er stabilisierte sich und nahm in der folgenden Zeit weiter regelmäßig an der Studie teil.

4.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte durch die Fakultät für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität (Stablab. Prof. Küchenhoff) unter Verwendung des Programms R-3.5.1 (R Core Team 2018). Die Boxplots wurden unter Verwendung des Pakets ggplot2 3.1.0 erstellt. Die Doktorandin hat auf der vorliegenden Datenbasis Tabellen und Graphiken durch Microsoft Excel ergänzt.

Aufgrund der geringen Studienpopulation erfolgte in erster Linie eine deskriptive Auswertung der Daten.

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson als „Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen“ (Brückler 2017) wurde zur Betrachtung der Korrelation zwischen der Skala Befindlichkeit und der Skala Suizidalität mit dem Programm R-3.6.1 (R Core Team 2019) berechnet.

Der Korrelationskoeffizient nimmt einen Wert von -1 bis +1 an. Der Wert 0 entspricht einem nicht vorhandenen Zusammenhang. Der Wert +1 stellt einen maximal positiven linearen Zusammenhang der Variablen dar, -1 einen maximal negativen. Am häufigsten werden die Richtlinien von Cohen (1988) für die Interpretation verwendet:

- $|r| = 0.1$; geringe Korrelation
- $|r| = 0.3$; mittlere Korrelation
- $|r| = 0.5$; hohe Korrelation

5 Ergebnisse

5.1 Patientenkollektiv

Von insgesamt 96 befragten Patienten konnten insgesamt lediglich 28 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Davon wurden nach dem Zufallsprinzip 14 Patienten der Gruppe A (sofortige Intervention) und 14 Patienten der Gruppe B (Intervention nach drei Monaten) zugewiesen.

5.2 Altersverteilung

Das Alter der von Februar 2016 bis April 2017 rekrutierten 28 suizidgefährdeten Patienten des IAK München Nord variierte zwischen 19 und 82 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren (Mittelwert $M = 42,93$) bei einer Standardabweichung von 16 Jahren ($SD = 15,74$).

Der Mittelwert des Alters der Frauen lag bei 40 Jahren ($M = 40,08$) bei einer Standardabweichung von 18 Jahren ($SD = 18,29$). Das Alter der Männer belief sich im Mittel auf 45 Jahre ($M = 45,40$) bei einer Standardabweichung von 13 Jahren ($SD = 12,63$) und war somit höher als bei den Frauen.

Der Mittelwert des Alters der Studiengruppe A betrug 41 Jahre ($M = 41,2$) bei einer Standardabweichung von 14 Jahren ($SD = 13,87$). Der Mittelwert des Alters lag bei der Studiengruppe B bei 45 Jahren ($M = 44,6$) bei einer Standardabweichung von 17 Jahren ($SD = 17,24$).

5.3 Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe zeigt ein leichtes Überwiegen der männlichen Patienten mit 54 % ($n = 15$) im Vergleich zu 46 % Frauen ($n = 13$).

Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen überwiegen in Gruppe A mit 64 % (n = 9) die Männer, 36 % (n = 5) sind Frauen. In der Gruppe B hingegen überwiegt etwas das weibliche Geschlecht mit 57 % (n = 8), der Anteil der Männer liegt hier bei 43 % (n = 6).

5.4 Diagnosen

Die psychiatrischen Diagnosen wurden nach den ICD-10 Kriterien der WHO (1992) erfasst und in Diagnosegruppen eingeteilt.

Bei der Verteilung der Hauptdiagnosen lag mit 82 % (n = 23) bei einem Großteil der Studienteilnehmer eine affektive Störung vor (F30–39). 11 % (n = 3) der Studienteilnehmer wiesen eine Belastungs-, neurotische oder somatoforme Störung auf (F40–49). Bei einem Patienten (4 %, n = 1) lag eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ vor (F60–69) und bei einem weiteren Patienten eine schizoaffektive Störung mit gegenwärtig manischer Episode (F20–29).

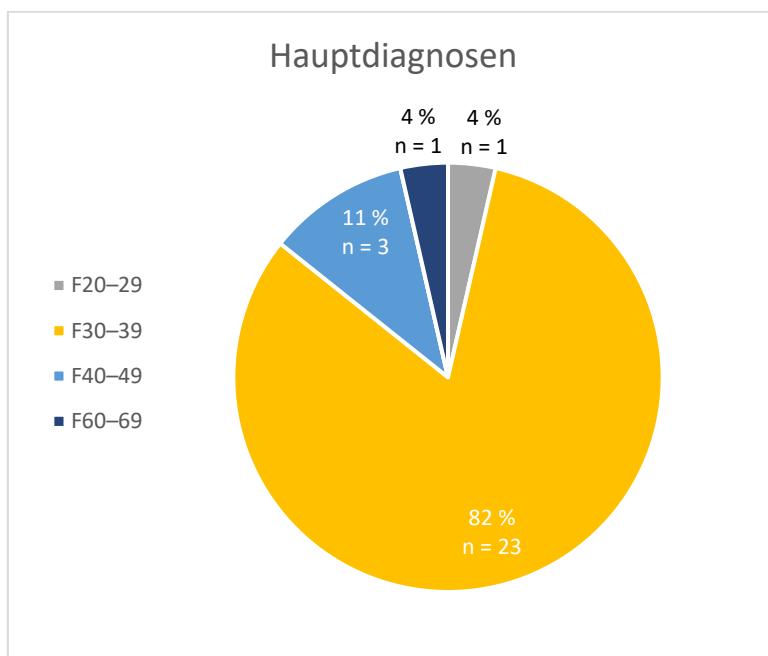


Abbildung 3: Verteilung der Hauptdiagnosen in der Studienpopulation

Auch bei Betrachtung der Verteilung der Diagnosen auf die beiden Studiengruppen blieb das Verhältnis wie in der Gesamtpopulation. In der Studiengruppe A überwiegen mit 71 % die affektiven Störungen (n = 10); 14 % (n = 2) der Patienten wiesen hier eine Belastungs-, neurotische oder somatoforme Störung auf. Sowohl der Patient mit der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60–69) als auch der Patient mit der schizoaffektiven Störung, gegenwärtig manischen Episode (F20–29) war der Gruppe A zugeteilt.

In der Studiengruppe B litten 93 % an einer affektiven Störung ($n = 13$) und nur ein Patient (7%) hatte eine andere Hauptdiagnose, hier eine Anpassungsstörung (F40–49).

5.5 Rechtsgrund der Aufnahme

Die große Mehrheit der Patienten, nämlich 96 % ($n = 27$), befand sich freiwillig in stationärer Behandlung. Lediglich bei einem Patienten erfolgte die stationäre Aufnahme per Unterbringungsbeschluss. Im Verlauf erklärte der Patient seine Freiwilligkeit zur stationären Behandlung.

5.6 Dauer der stationären Behandlung

Die Dauer des aktuellen stationären Klinikaufenthaltes in der Studienpopulation betrug zwischen 10 und 147 Tagen. Die mittlere Aufenthaltsdauer belief sich auf 55 Tage ($M = 54,64$) bei einer Standardabweichung von 33 Tagen ($SD = 33,13$).

Bei einem Großteil der Patienten ($n = 12$) lag die Aufenthaltsdauer zwischen 26 bis 50 Tagen.

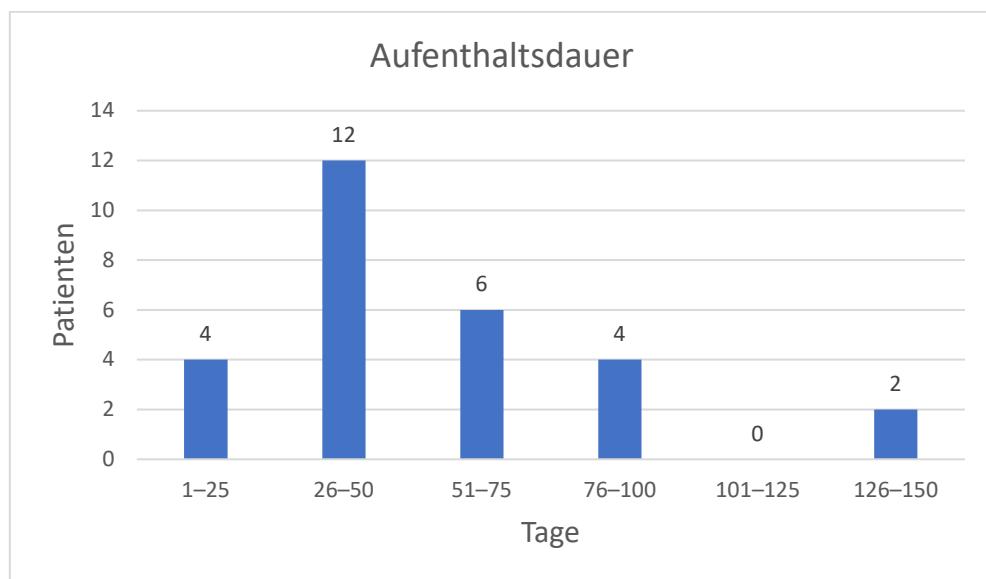


Abbildung 4: Anzahl der Patienten nach Aufenthaltsdauer

5.7 Suizidversuch vor stationärer Aufnahme

Es wurde evaluiert, ob die Patienten vor Aufnahme einen konkreten Suizidversuch unternommen hatten. 43 % der Patienten ($n = 12$) gaben einen Suizidversuch als Grund für die aktuelle stationäre Aufnahme an.

5.7.1 Altersverteilung bei Suizidversuch

Abbildung 5 vergleicht das Alter der Patienten, die vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, mit denjenigen, die keinen Suizidversuch unternommen

hatten. Es zeigt sich, dass Patienten mit Suizidversuch ein deutlich höheres Alter aufweisen. Der Median dieser Gruppe, markiert als waagerechter Strich in der Mitte der Boxplots, beträgt 53,5 Jahre. Das Alter der Patienten ohne Suizidversuch vor der Aufnahme liegt deutlich darunter, der Median beträgt hier 36 Jahre.

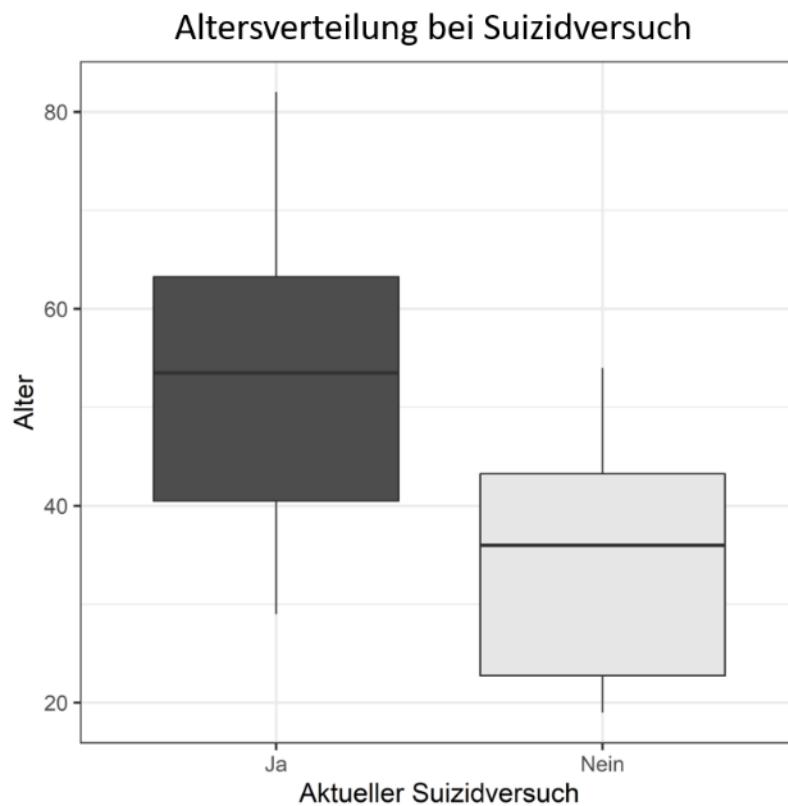


Abbildung 5: Patientenalter mit/ohne Suizidversuch vor aktueller stationärer Aufnahme

5.7.2 Geschlechterverteilung bei Suizidversuch

In der Studienpopulation haben mit 58 % ($n = 7$) mehr Männer einen Suizidversuch vor Aufnahme unternommen als Frauen mit 42 % ($n = 5$). Der Mittelwert des Alters der weiblichen Patienten mit Suizidversuch lag bei 53 Jahren ($M = 53,4$), der der männlichen Patienten bei 52 Jahren ($M = 52,4$).

Geschlecht und Patientenalter bei Suizidversuch		
Alter in Jahren	weiblich (n = 5; 42 %)	männlich (n = 7; 58 %)
Minimum	29	33
Maximum	82	64
Mittelwert	53,4	52,4

Tabelle 1: Geschlechterverteilung und Patientenalter bei Suizidversuch

5.7.3 Suizidmethode

Die Selbstschädigungsmethoden der Patienten bei einem Suizidversuch vor stationärer Aufnahme wurden nach der gängigen Einteilung in weiche (Intoxikationen mit Alkohol/Tabletten/Drogen, Vergiftung mit Gasen, Ertrinken), harte (Strangulation, Erschießen, Sturz aus Höhe, Kfz-Unfall, Pulsaderschnitt) und kombinierte Methoden unterteilt. Die Studienpatienten wählten mit 33 % (n = 4) am häufigsten eine harte Suizidmethode, den Pulsaderschnitt, gefolgt von Selbstschädigung durch Intoxikation und Selbstschädigung durch Strangulation mit jeweils 25 % (n = 3). In nur 17 % der Fälle (n = 2) wurden zwei Methoden kombiniert: Nach initialem Versuch einer Vergiftung versuchte ein Patient sich das Leben durch einen Kfz-Unfall zu nehmen, ein weiterer Patient verübte nach versuchter Intoxikation einen Pulsaderschnitt.

Im untersuchten Kollektiv überwiegen damit mit 58 % (n = 7) die harten Suizidmethoden.

Die Untersuchung des Geschlechtsverhältnisses im Kollektiv zeigte mit 60 % (n = 3) einen hohen Frauenanteil bei den weichen Suizidmethoden, während 86 % (n = 6) der Männer eher zu harten Suizidmethoden griffen.

5.7.4 Ambulante Vorbehandlung

Die Hälfte der Patienten, die vor stationärer Aufnahme einen Suizidversuch verübten (50 %, n = 6), hatte keine Vorbehandlung. Der Teil der Patienten, der sich zu diesem Zeitpunkt in Behandlung befand, war zum Großteil (42 %, n = 5) in psychiatrischer Behandlung mit einer Medikation. Lediglich ein Patient (8 %) befand sich in rein psychotherapeutischer Behandlung.

Behandlung z. Zt. des Suizidversuchs (n = 12)		
	n	%
Psychotherapie	1	8
Psychiater/Medikation	5	42
Keine Vorbehandlung	6	50

Tabelle 2: Ambulante Behandlung zum Zeitpunkt des Suizidversuches

5.8 Zusammenhang eines aktuellen Suizidversuches mit einem Suizidversuch in der Vergangenheit

Suizidversuche in der Vorgeschichte gelten als der größte Risikofaktor für einen erneuten Suizidversuch (Nordström et al. 1995, Oquendo et al. 2004, Ruengorn et al. 2012).

43% der Studienpatienten (n = 12) haben einen Suizidversuch konkret vor stationärer Aufnahme unternommen. Hiervon lag bei zwei Patienten (7%) bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit vor. Diese beiden mit eingeschlossen haben 32% (n= 9) der Patienten ein Suizidversuch in der Vergangenheit unternommen.

Insgesamt liegt damit bei 68% der Studienpatienten (n= 19) mindestens ein Suizidversuch in ihrer Lebensgeschichte vor, entweder in der Vergangenheit und/oder direkt vor Aufnahme.

Suizidversuche (n = 28)	n	%
SV-Aktuell	12	43%
SV-Früher	9	32%
SV aktuell und früher	2	7%
SV aktuell oder früher	19	68%

Tabelle 3: Suizidversuche der Studienpopulation

5.9 Aktuelle Belastungssituation

Alle Studienpatienten bejahten das Vorliegen einer belastenden Lebenssituation (schwere Enttäuschungen, Überforderungen im privaten oder beruflichen Kontext, schwere Konflikte, Verluste, Existenzbedrohungen oder schwere somatische Erkrankungen).

5.10 Familiäres Risiko

Ein weiterer erfasster Parameter ist das mögliche familiäre Risiko für einen Suizid. In der Studienpopulation lagen bei 39 % der Patienten (n = 11 Patienten) Suizidversuche bzw. vollzogene Suizide innerhalb der Familie vor.

5.11 Psychiatrische Medikation während des stationären Aufenthaltes

21 % (n = 6) der Patienten erhielten eine antidepressive Medikation (AD), weitere 7 % (n = 2) eine neuroleptische Medikation (N). Der Großteil der Patienten, 54 % (n = 15), bekam eine Kombinationsbehandlung aus Neuroleptika und Antidepressiva (AD+N). Eine 3-fache Kombination mit Antidepressiva, Neuroleptika und einem Stimmungsstabilisator (Mood stabilizer, MS) (AD+N+MS) nahmen 7 % (n = 2) der Studienpopulation ein. Weitere 7 % (n = 2) des Patientenkollektives hatten keine Festmedikation und 4 % (n = 1) erhielten eine Kombination aus Antidepressiva und Stimmungsstabilisator (AD+MS). Zusammengefasst erhielten 93 % (n = 26) der Patienten eine Medikation während des stationären Aufenthaltes.

Medikation (n = 28)	Anzahl Patienten	Prozentsatz
Antidepressiva:	6	21 %
Neuroleptika:	2	7 %
AD+N:	15	54 %
AD+N+MS:	2	7 %
AD+MS:	1	4 %
Keine	2	7 %

Tabelle 4: Medikation

5.12 Bezugspersonenwechsel während des Aufenthaltes

Einen möglichen Einflussfaktor auf die poststationäre Stabilisierung der Patienten stellt die Beziehung zum behandelnden Personal dar. Dabei wirkt sich nachweislich ein „Beziehungsabbruch“ durch einen Wechsel der zuständigen Bezugsperson negativ auf die psychische Stabilisierung der Patienten aus. In der Studienpopulation lag lediglich bei einem Patienten in den letzten zwei Wochen vor Entlassung ein Wechsel der Bezugsperson vor.

Dieser Patient hatte auch trotz initial bekundetem Interesse an der Studie nach Studieneinschluss seine Teilnahme ohne Wahrnehmung ambulanter Termine beendet.

5.13 Geplante weiterführende Behandlung

Eine ambulante Behandlung nach stationärer Entlassung war ein Einschlusskriterium für die Studienteilnahme. Erfragt wurde die Art der von den Patienten geplanten Weiterbehandlung. 54 % der Patienten (n = 15) planten eine psychiatrische Weiterbehandlung und 18 % (n = 5) den Beginn (oder die Fortführung) einer Psychotherapie, während 29 % (n = 8) der Patienten eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung anstrebten.

Ambulante Weiterbehandlung (n = 28)	Anzahl Patienten	Prozentsatz
Psychotherapie	5	18 %
Psychiatrisch	15	54 %
Beides	8	29 %

Tabelle 5: Ambulante Weiterbehandlung

5.14 Drop-outs

Als Drop-out dieser Studie wurden Patienten definiert, die nach Studieneinschluss an weniger als zwei ambulanten Terminen teilgenommen hatten.

21 % der Patienten (n = 6) brachen nach Studieneinschluss die Teilnahme direkt ab und nahmen keinen ambulanten Termin war. Weitere 7 % (n = 2) nahmen nur an einem ambulanten Studientermin teil. Insgesamt lag die Drop-out-Rate damit bei 29 %.

5.15 BDI-II und BSI-Fragbogen

Zur Prüfung der These, dass sich die Risikogruppe suizidgefährdeter Patienten nach stationärer Entlassung aufgrund sofort greifender unterstützender ambulanter Maßnahmen schneller und besser stabilisiert im Vergleich zur Kontrollgruppe, die diese Maßnahmen erst mit einer zeitlichen Verzögerung erhalten hat, wurde die psychische Verfassung der Patienten anhand des Depressions- (BDI-II) und des Symptombelastungsfragebogens (BSI) erfasst. Die BDI-II- und BSI-Werte wurden bei Studieneinschluss und Studienabschluss ermittelt. Hiervon wurden die Differenzen (Δ) der vollständigen Datensätze erzeugt. Vollständige Datensätze

liegen für den BDI-II Fragebogen bei Gruppe A bei $n = 7$ und bei Gruppe B bei $n = 8$ Studienpatienten vor, während für den BSI bei Gruppe A bei $n = 5$ und bei Gruppe B bei $n = 8$ Studienpatienten vollständige Datensätze vorliegen. Um die Relevanz von Ausreißern zu reduzieren, werden im Folgenden die Mediane der jeweiligen Differenzen betrachtet.

5.16 Δ BDI/BSI zwischen Studieneinschluss und Studienabschluss (T6)

Abbildung 6 zeigt mittels zweier Boxplots die Veränderung (Δ) der BDI-II- und BSI-Werte beider Studiengruppen.

Der Median (med) der BDI-II-Differenzen zeigte bei Studiengruppe A (sofortige Intervention) einen positiven Wert von $med = 4$, bei Gruppe B (Intervention nach drei Monaten) hingegen einen negativen Wert von $med = -8,5$. Damit hat sich der Schweregrad der Depression der Gruppe A innerhalb des Zeitraumes der ambulanten Termine erhöht und somit verschlechtert, der Schweregrad von Gruppe B hingegen deutlich reduziert und somit verbessert.

Bei Betrachtung der Mediane der BSI-Veränderung zwischen Studieneinschluss und Studienabschluss zeigt sich eine Reduzierung auf $med = -1$ bei Gruppe A, was eine Verbesserung der psychischen Belastung bedeutet. Bei Gruppe B reduziert sich die psychische Belastung noch deutlicher auf $med = -6,5$.

Zusammengefasst verbesserten sich die Patienten der Gruppe B im Verlauf der Studie sowohl bezüglich des Schweregrades der Depression als auch bezüglich der psychischen Belastung durch somatische Symptome deutlich. Gruppe A hingegen verbesserte sich in einem geringeren Maß und nur hinsichtlich der psychischen Belastung durch somatische Symptome.

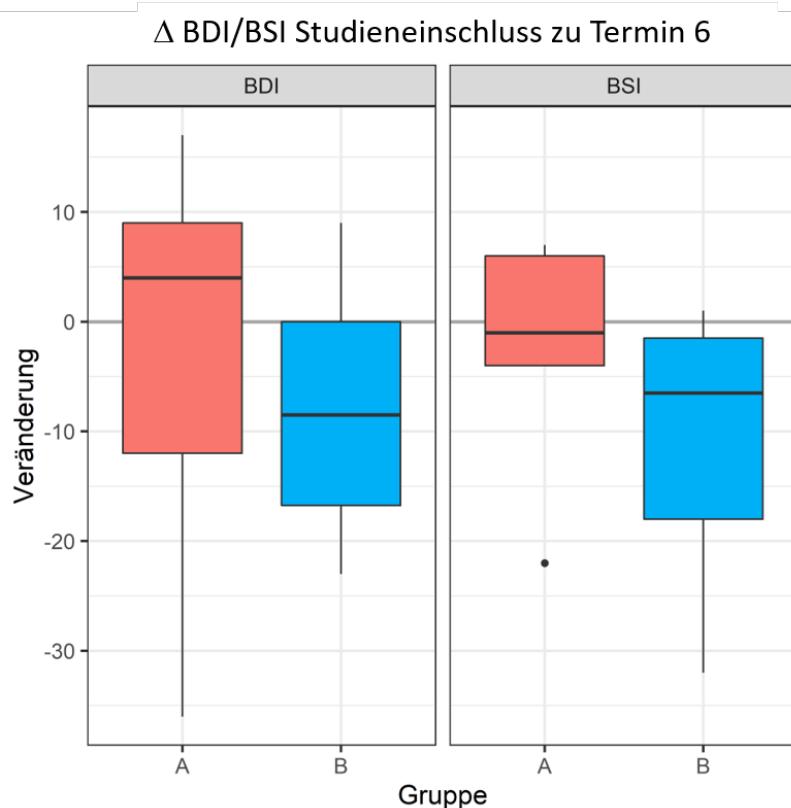


Abbildung 6: Veränderung BDI/BSI von Studieneinschluss zu Termin 6

Δ BDI/BSI Studieneinschluss zu Termin 6				
	Δ BDI Gruppe A	Δ BDI Gruppe B	Δ BSI Gruppe A	Δ BSI Gruppe B
Mittelwert	-3	-8	-2,8	-11,25
Median	4	-8,5	-1	-6,5

Tabelle 6: Veränderung BDI/BSI von Studieneinschluss zu Termin 6

5.17 Verlauf der Skalenwerte

Abbildung 7 gibt eine Übersicht über den zeitlichen Verlauf der Mediane der Skala Befindlichkeit.

Auf der x-Achse sind als Zeitpunkte der Studieneinschluss (Einschl.), Termin 1 (T1) und als Studienabschluss der letzte ambulante Termin, Termin 6 (T6), angetragen. Beachtet werden muss, dass der Termin 1 (T1) bei Gruppe A innerhalb der ersten vier Wochen nach Entlassung stattfand, bei Gruppe B hingegen zeitverzögert im dritten Monat nach Entlassung. An der y-Achse angetragen sind die Mediane der Skalenergebnisse. Der Median von Gruppe A ist orange, der von Gruppe B blau.

Bei Betrachtung des Kurvenverlaufs in Abbildung 7 zeigt Gruppe A eine Verbesserung von Studieneinschluss zum ersten Studientermin T1 von med = 5,5 auf med = 6,5. Im weiteren Verlauf bis zum Studienende sinken die Werte um insgesamt 1,5 Skalenpunkte im Vergleich zu Termin 1. Somit bleiben die Befindlichkeitswerte der Gruppe A insgesamt konstant.

Bei Gruppe B hingegen fällt ein etwas schlechterer Befindlichkeitswert bei Studieneinschluss auf. Im Vergleich zur Gruppe A beginnt die Gruppe B mit 1,5 Skalenpunkten niedriger bei Studieneinschluss, der Median liegt hier bei med = 4. Zudem sinkt die Befindlichkeit der Gruppe B nach Studieneinschluss in der Wartezeit bis zum Beginn der ambulanten Termine um einen Skalenpunkt auf med = 3. Im weiteren Verlauf bis zum Studienende steigen nun die Werte der Gruppe B bis zum Studienabschluss konstant und deutlich an auf med = 7. Damit konnte Gruppe A sich ohne Verschlechterung nach stationärer Behandlung weitgehend stabil halten, Gruppe B hingegen verschlechterte sich zunächst in der Wartezeit, konnte dann aber mit Beginn der ambulanten Termine über den weiteren Studienverlauf eine deutliche Befindlichkeitsbesserung im Vergleich zur Gruppe A aufweisen.

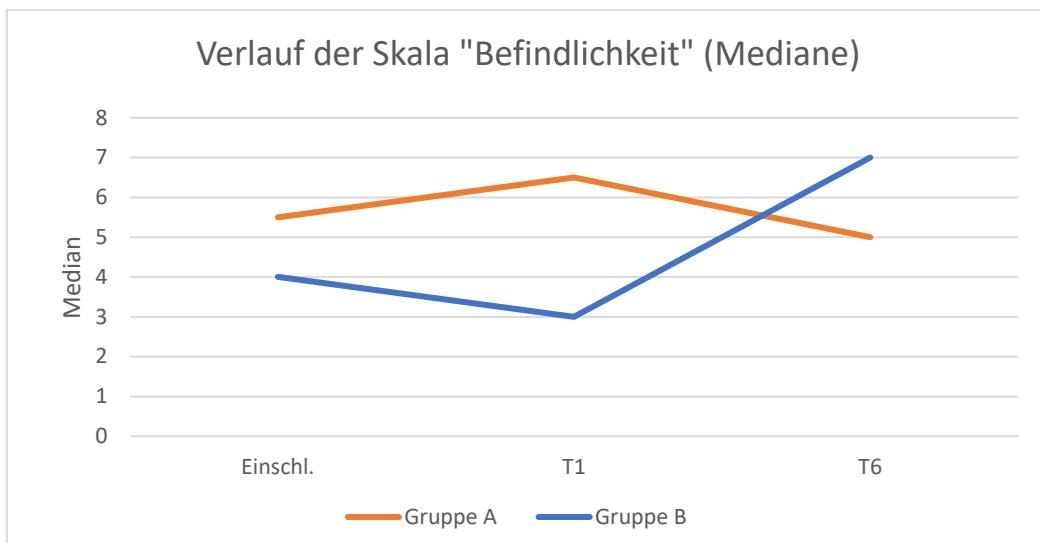


Abbildung 7: Verlauf der Mediane Skala Befindlichkeit

Mediane Skala-Befindlichkeit (Gr. A: n = 6; Gr. B: n = 7)			
	Einschluss	Termin 1	Termin 6
Gruppe A	5,5	6,5	5
Gruppe B	4	3	7

Tabelle 7: Mediane Skala Befindlichkeit

Abbildung 8 gibt eine Übersicht über den zeitlichen Verlauf der Mediane der Skala Suizidalität zu den jeweiligen Terminen. Bei der Skala Suizidalität bildete eine -10 eine nicht distanzierte Einstellung gegenüber einem Suizid ab, eine +10 eine absolute und vollständige Verneinung der Möglichkeit eines Suizides.

Auffällig ist hier ein weitestgehend konstanter Verlauf beider Gruppen. Bei Gruppe A liegt beim ersten ambulanten Studientermin im Vergleich zum Studieneinschluss eine leichte Verschlechterung im Sinne einer weniger starken Distanzierung von Suizidalität vor, von med = 7,5 auf med = 6,5, während sich der Wert bis zum Studienabschluss auf med = 7 verbessert und sich somit dem Ausgangswert annähert.

Die Mediane der Skala Suizidalität der Gruppe B verschlechtern sich, wie in Abbildung 8 zu sehen ist, konstant zwischen Studieneinschluss und Termin 6 von med = 8 auf med = 6.

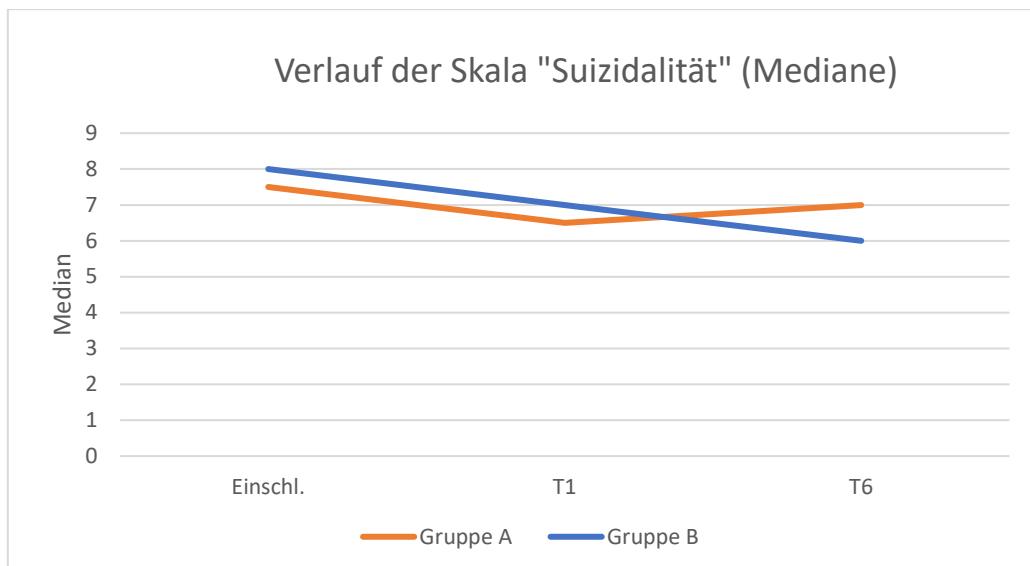


Abbildung 8: Verlauf der Skala Suizidalität

Mediane Skala-Suizidalität (Gr. A: n = 6; Gr. B: n = 7)			
	Einschluss	Termin 1	Termin 6
Gruppe A	7,5	6,5	7
Gruppe B	8	7	6

Tabelle 8: Mediane Skala Suizidalität

5.18 Korrelationskoeffizient

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Befindlichkeit und Einstellung zum Suizid erfolgte die Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Es ergab sich ein Korrelationskoeffizient R= 0.49 (N= 117; Df (degrees of freedom) = 115; t-Wert = 5.9699; p < 0,001)

Mit einer berechneten Korrelation von r = 0.49, die statistisch hoch signifikant ist (p < 0,001) kann postuliert werden, dass ein linearer Zusammenhang zwischen den Skalen Befindlichkeit und Suizidalität besteht. Nach der Richtlinie von Cohen (1988) kann die Beziehung der beiden Skalen zueinander als hoch bezeichnet werden.

6 Diskussion

Psychiatrische Patienten haben nach stationärer Entlassung ein erhöhtes Suizidrisiko. Die Gründe hierfür sind weitestgehend ungeklärt. Die vorliegende Pilotstudie prüfte die These, ob Patienten, die zusätzlich zur nachstationären Behandlung bei einem niedergelassenen Therapeuten vorübergehend ambulant an die zuletzt behandelnde Klinik angebunden bleiben, sich im Vergleich zu Patienten, die diese Anbindung erst mit einer Verzögerung erhalten, eine bessere psychische Stabilität und damit einhergehend ein geringeres Suizidrisiko aufweisen.

6.1 Diskussion der Datenqualität

Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip den Gruppen zugewiesen, sodass es keine Verzerrungen durch persönliche Präferenzen des Studienarztes oder der Patienten gab.

Die Größe der Studienpopulation ist kritisch zu betrachten. Diese ist - bedingt durch eine hohe Ablehnung der Studienteilnahme sowie Drop-outs nach Studienbeginn - leider sehr gering ausgefallen. Die geringe Behandlungsnachfrage der Patienten nach einem Suizidversuch wurde in der Literatur bereits als eine wesentliche Herausforderung in der Suizidprävention beschrieben. Nach Lizardi und Stanley (2010) verweigerten 50% der Patienten nach Suizidversuch eine ambulante Nachbetreuung, 60% beendet diese kurze Zeit nach Beginn wieder. Diese Non-Compliance der Patienten durch das Nicht-Wahrnehmen von Terminen resultiert häufig aus einer depressiven Symptomatik mit starker Antriebsarmut, aber auch aus einer Schwierigkeit für diese Patienten heraus, in einer Beziehung zu verbleiben. Längere Beobachtungszeiträume im Rahmen von Therapien oder Studien sind bei diesen Patienten mit durchgehend hohen Drop-out-Raten verbunden.

Die geringe Stichprobengröße ist durch ein Einschlußkriterium für die Teilnahme an dieser Studie mitbedingt, nämlich der Bereitschaft, eine kontinuierliche ambulante Weiterbehandlung, die nach stationärer Entlassung parallel zur Studienteilnahme stattfinden sollte, wahrzunehmen. Nur so konnte die Fragestellung ob eine zusätzlich zur ambulanten Behandlung stattfindende klinische Intervention von Nutzen ist, überprüft werden. Durch diesen Selektionsmechanismus wurden die Patienten die sich gegen eine regelmäßige ambulante Weiterbetreuung entschieden hatten, auch bei geäußertem Interesse an der ambulanten Gruppe teilzunehmen, nicht in die Studie eingeschlossen. Dieser Selektionsbias limitiert die Verallgemeinerung der gefundenen Ergebnisse, da davon ausgegangen werden muss, dass die untersuchte Stichprobe nicht repräsentativ ist. Er musste in Kauf genommen werden, da aus ethischen Überlegungen keine Kontrollgruppe ohne jegliche ambulante Weiterbehandlung gebildet werden konnte. Aufgrund der beschriebenen Limitierungen und der geringen Patientenzahl konnte lediglich eine deskriptive Auswertung der Daten erfolgen.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Über suizidale Risikofaktoren der Studienpatienten geben mehrere untersuchte Variablen Auskunft. Zunächst wurden das Alter und das Geschlecht der Studienpatienten betrachtet. Da die „Risikogruppe für Suizid“ in der Literatur unterschiedlich definiert wird und abhängig von den gewählten Variablen und Risikofaktoren ist, liegen keine allgemeingültigen Zahlen zum Vergleich vor. Vergleicht man aber die Werte der Studienpopulation mit den erfassten Daten für vollzogene Suizide in Deutschland, liegt das Alter der Studienpatienten unter dem durchschnittlichen Alter der Menschen bei vollzogenem Suizid. 2017 lag in Deutschland das durchschnittliche Alter der Frauen bei Suizid bei 58,6 Jahren und das der Männer bei 57 Jahren. Bei 76 % aller Suizidtodesfälle im Jahr 2017 in Deutschland handelte es sich um Männer. Somit nahmen sich deutlich mehr Männer das Leben als Frauen (Statistisches Bundesamt 2017, zitiert nach Destatis 2019). Zwar überwiegt auch in der Studienpopulation der Anteil der männlichen suizidgefährdeten Patienten, jedoch liegt das durchschnittliche Alter der Studienpatienten im Schnitt 13 Jahre unter dem statistischen Alter bei vollzogenem Suizid. Somit lässt sich schlussfolgern, dass insbesondere die Risikogruppe der älteren Patienten nicht ausreichend in der Studienpopulation repräsentiert war.

Die Analyse der Hauptbehandlungsdiagnosen in der Studienpopulation als möglicher Risikofaktor für Suizidalität bestätigte bei 82 % der Studienteilnehmer eine affektive Störung, wobei hierunter die bipolar affektiven Störungen und die unipolar affektiven Störungen zusammengefasst wurden. In der Literatur herrscht bezüglich der Diagnose mit dem höchsten Risiko für einen Suizid keine Einigkeit. Laut zahlreichen Studien gilt dennoch die affektive Störung als die psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko (Krug et al. 2002, Bostwick et al. 2000, Hawton et al. 2005, Nordentoft et al. 2011, Wolfersdorf 2008). Aufgrund der ohnehin sehr geringen Studienpopulation konnten in der vorliegenden Studie keine weitere Differenzierung wie die Festsetzung einer konkreten Diagnose als Studieneinschlusskriterium erfolgen. Eine höhere Aussagekraft hätten Studien mit diagnosespezifischen Patientengruppen, da die einzelnen Störungsbilder sich bezüglich Symptome, Verlauf und Prognose stark unterscheiden und damit auch unterschiedliche Risiken für einen Suizid aufweisen. Hier sollte perspektivisch im Rahmen einer deutlich größer angelegten multizentrischen Studie mit einer höheren Patientenzahl weitere suizidpräventive Forschung betrieben werden um diagnosespezifische Vorhersagen treffen zu können.

Bei der Wahl der Suizidmethode in der Bevölkerung konnte durch Verbesserungen in der Suizidprävention und in der stationären Behandlung psychisch kranker Patienten sowie Weiterentwicklungen in der Psychopharmakotherapie eine Abnahme von Suiziden mit vorwiegend weichen Methoden erreicht werden. Dies bedingte eine Änderung des Verhältnisses von weichen zu harten Suizidmethoden, zu Gunsten der harten Suizidmethoden, da die schwerer erkrankten Patienten mit einem hohen selbstzerstörerischen Potenzial verbleiben, da sie nicht nur schwerer behandelbar sind, ihre Suizidversuche weisen auch keinen appellativen Charakter mehr auf (Wiesner 2004). Dies konnte auch bei der Untersuchung der gewählten Suizidmethoden der Studienpopulation bestätigt werden. Es überwogen die harten Suizidmethoden bei Suizidversuchen. Der in der Literatur häufig festgestellte Geschlechterunterschied bei der Wahl der Suizidmethode, laut dem harte Methoden generell eher von Männern und bei vollzogenen Suiziden genutzt und weiche Suizidmethoden eher von Frauen und bei Suizidversuchen genutzt werden (Schmidtke et al. 2004), konnte ebenfalls durch die Studienpopulation bestätigt werden. Im Kollektiv zeigte sich

mit 60 % ein hoher Frauenanteil bei den weichen Suizidmethoden, während 86 % der Männer eher zu harten Suizidmethoden griffen. In der gesamtdeutschen Statistik konnte im Jahr 2017 wiederum kein Geschlechterunterschied bei der Wahl der Suizidmethode festgestellt werden. Hier lag sowohl bei Männern als auch bei Frauen Selbstmord durch „Erhängen, Strangulieren oder Ersticken“, also eine harte Suizidmethode, an erster Stelle bei vollzogenen Suiziden (Statistisches Bundesamt 2019, zitiert nach Destatis 2019). Damit bestätigt das Ergebnis der Studienpopulation die bisherigen Forschungsergebnisse. Es überwiegen die harten Suizidmethoden, wobei bei der Studienpopulation im Gegensatz zu der Beobachtung in Deutschland 2017, ein Geschlechterunterschied bei der Wahl der Methode festgestellt werden konnte.

Der mögliche Zusammenhang einer psychiatrischen Vorbehandlung mit einem Suizidrisiko, beschrieben durch Cooper et al. (2005) besagt, dass Patienten die einen Suizidversuch verübten mit größerer Wahrscheinlichkeit im Vorfeld psychiatrisch behandelt wurden. Diese Beobachtung konnte durch die Studienpopulation weder bestätigt noch widerlegt werden. Der Anteil der Patienten, die zum Zeitpunkt eines Suizidversuches in Behandlung waren, war nicht größer als der Anteil an Patienten ohne eine fachspezifische Behandlung zu diesem Zeitpunkt (jeweils 50%).

Ein weiterer erfasster Gesichtspunkt beinhaltete den Zeitrahmen der stationären Behandlung. Suizidversuche, die kurze Zeit nach Entlassung stattfinden, könnten auch mit einer regelmäßig ökonomisch motivierten und verfrühten Entlassung aus einer stationären Behandlung zusammenhängen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Stichprobe betrug 54,6 Tage. Damit liegt sie sogar über der bundesdeutschen durchschnittlichen Verweildauer innerhalb einer psychiatrischen Klinik für das Jahr 2017 mit 23,8 Tagen (Statistisches Bundesamt 2019). Deshalb kann die Aufenthaltsdauer bei der Studienpopulation nicht als ein möglicher Risikofaktor für Suizidalität nach Entlassung angesehen werden.

Trotz teilweise widersprüchlicher Ergebnisse der Literatur, insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit von Antidepressiva auf die Suizidalität, ist die Psychopharmakotherapie aktuell weiterhin ein wesentlicher Pfeiler bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, insbesondere bei depressiver Symptomatik und damit auch bei der Suizidprävention (Isacsson et al. 2010, Högberg und Bremberg 2018). Während des Klinikaufenthaltes wurde bei 93 % der Studienpatienten eine Medikation neu initiiert oder angepasst und bestätigt damit die gängigen Behandlungsschemata.

Eine weitere untersuchte Variable und ein wesentlicher prädisponierender Faktor für Suizid ist eine vorliegende genetische Belastung. In der Literatur konnte hierfür ein signifikant höheres Suizidrisiko festgestellt werden. Auch die Probanden der Studienpopulation waren in 39 % der Fälle mit Suiziden oder Suizidversuchen 1. und 2. Grades familiärer Angehöriger belastet. Neben genetischen Faktoren konnten jedoch Adoptions- und Zwillingsstudien (Roy et al. 1997) nachweisen, dass bei nicht leiblichen Kindern von Eltern, die bereits suizidales Verhalten gezeigt haben, ebenfalls ein höheres Suizidrisiko vorliegt, so dass Umweltfaktoren neben der Genetik eine wesentliche Rolle spielen. Auf spezielle Umweltfaktoren und mögliche Imitationen der Studienpatienten, im Sinne von Suiziden im Freundes-, und Bekanntenkreis oder kürzlichen Suiziden von bekannten Persönlichkeiten aus dem öffentlichen Leben, wurde bei dieser Untersuchung nicht weiter eingegangen, dies sollte jedoch bei zukünftigen Untersuchungen neben dem genetischen Aspekt näher betrachtet werden.

Ein weiterer Risikofaktor mit Auswirkung auf die Suizidalität sind neben der Genetik insbesondere traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte wie sexuelle Gewalt, andere physische oder psychische Gewalt. Eine Korrelation zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und Suizidalität im Erwachsenenalter wurde in zahlreichen Studien untersucht. Mina und Gallop konnten bereits 1998 anhand einer Literaturrecherche 21 Studien ausmachen, die diesen Zusammenhang nachwiesen. Aber auch kritische Lebensereignisse wie der Tod eines Familienmitgliedes oder engen Freundes, Scheidung oder Wiederheirat der Eltern, physische oder psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes usw. können Auslöser eines Suizidversuches sein (Yang und Clum 1996). In der Studienpopulation dieser Arbeit gaben 32 % der Patienten ein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit an. Die Art des Traumas und ein möglicher zeitlicher Zusammenhang zwischen dem traumatisierenden Ereignis und der aktuellen Suizidalität der Studienpatienten wurde nicht weiter untersucht. Differenziert wurde jedoch zwischen einem vorliegenden traumatischen Ereignis und einer zugrundeliegenden aktuellen beruflichen oder privaten Belastungssituation. Aktuelle Belastungen wie zum Beispiel Enttäuschungen, Überforderung, Konflikte, Verluste, Existenzbedrohungen oder eine somatisch schwere Erkrankung wurden ebenfalls als Risikofaktor für Suizidalität im Sinne eines schlechten psychischen Befindens angesehen. Bei 100 % der Studienpatienten lag eine berufliche oder private Belastungssituation bei Aufnahme vor. Kein Patient gab geordnete soziale oder psychische Verhältnisse an. Der Verlust sozialer Strukturen, nach Schmidtke (1996), aber auch psychische Belastung durch Verlust der Arbeit und drohende Arbeitslosigkeit (Hunt et al. 2006, Stuckler et al. 2009) gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Hier bestätigt die Studienpopulation Wolfersdorfers (1996) Beschreibung der Suizidalität als „grundsätzlich allen Menschen möglich, [sie] tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf“.

Eine der wichtigsten Variablen die in Bezug auf Suizidalität bisher untersucht wurde, ist das Vorliegen eines Suizidversuches in der Vorgeschichte. Es herrscht in der wissenschaftlichen Literatur größtenteils Einigkeit darüber, dass Suizidversuche in der Vorgeschichte einen der wesentlichsten Risikofaktoren für einen weiteren Suizidversuch darstellen (Schmidke et al. 1996, Oquendo et al. 2004, Sokero et al. 2005, Ruengorn et al. 2012). Mit steigender Anzahl der Suizidversuche nimmt die Wahrscheinlichkeit für einen vollendeten Suizid zu. In der Anamnese der Studienpatienten lag bei 68% entweder direkt vor Aufnahme oder in ihrer Vorgeschichte bereits ein Suizidversuch vor. Damit bestätigt die Studienpopulation einen der wesentlichsten Prädiktoren für Suizidalität und kann als Risikogruppe klassifiziert werden.

Die in Kapitel 6.1 dargestellte reduzierte Therapiemotivation suizidgefährdet Patienten führte in der Studie nicht nur zu einer bereits Eingangs limitierten Studienpopulation, sondern auch zu einem vorzeitigen Ausscheiden von Patienten aus der Studie. In der Literatur gibt es zahlreiche Untersuchungen zu Patienten die vorzeitig eine Studie beenden, sogenannte „Drop-outs“, jedoch wird dieser Begriff uneinheitlich gehandhabt. Viele Studien sprechen nach 30–50 % verpassten Terminen von einem Drop-out, andere bereits nach dem ersten verpassten Termin. In dieser Studie wurde ein Drop-out definiert als Studienabbruch von Patienten, die weniger als zwei ambulante Studientermine wahrgenommen haben. Damit lag in der Studienpopulation bei 28 % der Patienten ein Dropout vor. Mögliche Risikofaktoren für einen Drop-out haben Bados et al. im Jahr 2007 herausgearbeitet. Sie stellten anhand von 203 Patienten unter Verhaltenstherapie fest, dass die meisten Therapieabbrüche in der initialen Phase der Behandlung stattfanden. Auch Roos und Werbart (2013) beschrieben mithilfe eines Literaturreviews von 2000–2011 den Zusammenhang zwischen einer therapeutischen

Beziehung und möglichen Drop-outs aus einer Behandlung. In einer frühen Phase der Behandlung fehlt häufig das Gefühl einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung stellt damit neben der reduzierten Compliance suizidgefährdeter Patienten einen wichtigen Zusammenhang mit möglichen Studien und Therapie-Drop-outs dar und ist damit ein nicht zu unterschätzender Faktor in Bezug auf Suizidalität.

In den Untersuchungen von Lukaschek et al. (2014) erlebte ein Fünftel der Fallgruppe in der Woche vor einem tatsächlich ausgeführten Suizid einen Wechsel ihres Therapeuten. Damit konnte der Verlust des Therapeuten während einer laufenden psychiatrischen Behandlung als ein hoch signifikanter Risikofaktor ($P < 0.001$) für Suizid erhoben werden. Im Hinblick auf die therapeutische Beziehung zwischen einer Bezugsperson und dem Patienten während der stationären Behandlung wurde in der vorliegenden Studie untersucht, ob ein Bezugspersonenwechsel beim betreuenden Personal der Patienten in den letzten zwei Wochen vor der Entlassung stattgefunden hat. Lediglich bei einem Studienpatienten lag ein Bezugspersonenwechsel zwei Wochen vor der geplanten Entlassung vor, dieser Patient schied allerdings aus der Studie aus. Damit kann auf diesen wichtigen Aspekt im Rahmen dieser Studie nicht eingegangen werden.

Der Hauptfokus dieser Studie lag auf dem poststationären Zeitraum. Das Suizidrisiko ist in dieser Zeit, wie bereits dargestellt, noch höher als während des psychiatrischen Klinikaufenthaltes (Hoffmann-Richter et al. 2002). Laut Crawford (2004) ist das Suizidrisiko nach der Entlassung, gemessen an allen anderen Lebensphasen psychiatrischer Patienten sogar am höchsten. Die meisten Suizide erfolgen innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung, mit einem deutlichen Gipfel innerhalb der ersten vier Wochen (Gunnell et al. 2012, Goldacre et al. 1993).

Die Ergebnisse der für diese Pilotstudie konzipierten Skalen Befindlichkeit und Suizidalität zeigen auf, dass die Gruppe A von der sofortigen Intervention nach Entlassung in den ersten vier Wochen profitiert mit einem geringgradig verbesserten Ergebnis auf der Befindlichkeitsskala, während die Gruppe B eine Verschlechterung auf der Skala aufweist. Jedoch kam es auch in der Wartezeit der Gruppe B zu keinen Suizidversuchen und die Änderungen der Skalenwerte haben in beiden Gruppen nur einen geringen Umfang.

Das Ergebnis der Skala Suizidalität, das konträr ist zum Ergebnis der Skala Befindlichkeit und zu den beiden international anerkannten und häufig verwendeten Fragebögen (BDI-II und BSI), deutet darauf hin, dass sich akute Suizidalität in all ihrer Komplexität nicht gut und sicher durch eine offen formulierte Frage nach der prinzipiellen Einstellung gegenüber Suizid als Zahl abbilden lässt. Die Skala Suizidalität sollte bei vulnerablen Patienten letztlich auch als beruhigendes, Halt gebendes Muster interpretiert werden. Passive oder abstrakte Suizidalität kann das Autonomiegefühl der Patienten bewahren, indem sie das Gefühl haben, ihr Leiden selbst beenden zu können, was aber nicht unbedingt auf eine konkrete Suizidgefahr hindeutet. Bei gutem Befinden über Suizid zu reflektieren und zu diskutieren, stellt eine andere Dimension der Stabilität dar, als bei schlechtem Befinden tatsächlich an Suizid als Ausweg zu denken. Nach Plöderl (2012) kann der Suizidgedanke im Sinne eines selbstbestimmten Ausweges, die Hoffnungslosigkeit vor allem bei chronisch suizidalen Patienten durchbrechen und beruhigend auf diese wirken. Damit könnte die scheinbare Zunahme der Suizidalität der Gruppe B bei gleichzeitiger psychischer Verbesserung (siehe Ergebnis Skala Befindlichkeit, BDI-II und BSI) eher als ein besseres sich auf die Diskussion nach der Frage des Lebens „Einlassenkönnen“ interpretiert werden, und weniger als eine Zunahme einer konkreten Suizidgefahr.

Mögliche Einflussfaktoren auf das Antwortverhalten der Patienten und damit auf die Ergebnisse der Fragebögen und Skalenwerte sind zum einen ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der Patienten. „Bei schwierigen Themen orientieren sich Befragte an sozialen Normen, um so zu antworten, wie sie annehmen, dass es den Erwartungen des Interviewers entspricht“ (Bogner und Landrock 2015). Aber nicht nur die komplexe und schwierige Thematik der Befragung, sondern auch die sich im Laufe der Zeit entwickelnde Arzt-Patienten-Beziehung könnte einen Einfluss auf das Antwortverhalten der Patienten gehabt haben. Das Ausfüllen der Skala Befindlichkeit und Suizidalität fand während der ambulanten poststationären Termine in der Klinik in Anwesenheit des befragenden Arztes statt. Damit kann die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung auf ein sozial erwünschtes Antwortverhalten beim Ausfüllen der Skalen eine Rolle gespielt haben. Die Fragebögen BDI-II und BSI hingegen füllten die Patienten in privaten Räumlichkeiten aus bzw. bei Studieneinschluss in ihren Zimmern in der Klinik ohne die Anwesenheit des Arztes. Damit hätte die Arzt-Patient-Beziehung stärkeren Einfluss auf die Skalen gehabt als auf die Fragebögen, jedoch bei beiden Gruppen gleichermaßen.

Bei weiterer Betrachtung der einzelnen Skalenwerte fällt auf, dass der negative Skalenbereich seltener gewählt wurde. Dieses Phänomen ist unter anderem durch Menold und Bogner (2015) beschrieben worden: „[I]n Bezug auf die Nutzung von negativen Zahlen wurde gezeigt, dass die befragten Personen den negativen Skalenbereich meiden und positivere Antworten produzieren.“ Demnach sollten bei Ratingskalen negative numerische Marker eher vermieden werden, wobei festgestellt wurde, dass „die Effekte der Skalenpolarität [generell] wenig untersucht [sind], sodass bisher keine eindeutigen Empfehlungen hierzu möglich sind“.

Letztlich lässt sich durch die Ergebnisse der Fragebögen und Skalen schlussfolgern, dass eine direkte Weiterbetreuung der Patienten durch die Klinik nach Entlassung parallel zu einer regulären ambulanten Behandlung auf lange Sicht und im Vergleich zu Patienten, die diese Unterstützung erst zu einem späteren Zeitpunkt erhalten, nicht maßgeblich zu der Erhaltung der psychischen Stabilität beiträgt. Damit ist eine ambulante Anbindung suizidgefährdeter Patienten nach Klinikaufenthalt primär ausreichend, es bedarf keiner weiteren spezifischen Intervention seitens der Klinik.

Dabei muss allerdings hervorgehoben werden, dass bereits die Teilnahme an der Studie eine ausgeprägte Behandlungs-, und Therapiemotivation der Patienten darstellt. Inwieweit die Compliance der Patienten mit dem Schweregrad einer Erkrankung zusammenhängt, ist nicht abschließend geklärt (Seelos 2012). Jedoch weisen zahlreiche Untersuchungen nach, dass mit der Schwere der Erkrankung, die Therapietreue sinkt (DiMatteo et al. 2007). Die Patienten werden depressiver, pessimistischer und mit steigender Dauer der Erkrankung und steigender Zahl unzureichender Behandlungen, sinkt ihre Therapieadhärenz. Behandlungsergebnisse sind generell jedoch bei Patienten mit hoher Compliance besser als bei Patienten mit geringer. Laut kanadischen Forschern wies selbst der Placeboarm von 21 untersuchten Studien den positiven Effekt einer guten Compliance auf das Therapieergebnis nach (Simpson et al. 2006). So kann bei der vorliegenden Studienpopulation (nach Abzug der Dropouts) aufgrund ihrer durchgehend vorhandenen Compliance davon ausgegangen werden, dass sie einen überdurchschnittlich positiven Verlauf aufweisen. Es kam in der Studienpopulation zu keinen Suizidversuchen und auch die weitgehende Stabilität der Gruppe B in der Wartezeit auf den Studienbeginn, bestätigt die Assoziation einer guten Compliance mit dem Studienergebnis.

Das Ergebnis der Pilotstudie sollte damit vor diesem Hintergrund interpretiert werden. Es wird basierend auf dieser Arbeit, eine Verbundstudie mit mehreren Kliniken zum Thema

„poststationäre Prävention von Suizidalität bei psychiatrischen Patienten“ empfohlen, um eine größere, möglichst diagnosespezifische Stichprobe zu generieren. Insbesondere sollten weitere Strategien und Interventionen untersucht werden, um auch die Gruppe suizidgefährdeter Patienten mit einer reduzierten Therapiemotivation, die bisher stationäre und poststationäre Maßnahmen eher verweigerten oder abbrachen, besser untersuchen zu können. Mit dieser präzisierten und größeren Studienpopulation sollte die These einer poststationären klinischen Intervention als suizidpräventive Maßnahme erneut überprüft werden.

7 Zusammenfassung

Die stationäre Entlassung eines psychiatrischen Patienten ist ein großer Risikofaktor für einen Suizid. Ziel dieser Studie war es, die Patienten vorübergehend ambulant an der zuletzt behandelnden Klinik zusätzlich zu einer regulären ambulanten Versorgung zu betreuen und hierdurch die im Rahmen des Klinikaufenthaltes erreichte psychische Stabilität besser zu erhalten und einhergehend das Suizidrisiko dieser Patienten nach Entlassung zu reduzieren.

In die Pilotstudie wurden 28 suizidgefährdete Patienten des IAK München Nord eingeschlossen, welche aus stationär aufgenommenen Patienten rekrutiert wurden. Voraussetzung war das Vorhandensein von Risikofaktoren für einen möglichen Suizid, die zweimalige Teilnahme an der dort stattfindenden Suizidpräventionsgruppe und eine im Anschluss geplante reguläre ambulante Versorgung. Zur systematischen Erfassung der anamnestischen Patientendaten wurden als zentraler Teil der Arbeit klinische Interviews durchgeführt und in einem speziellen Dokumentationsbogen festgehalten. Die Einteilung der Schwere einer depressiven Symptomatik und die Beurteilung möglicher Veränderungen im Verlauf der ambulanten Termine ermöglichte der an die Diagnosemerkmale nach DSM IV angepasste Selbstbeurteilungsfragebogen BDI-II (Beck et al. 1996). Änderungen der subjektiven Beeinträchtigung der Patienten durch körperliche und psychische Symptome wurden durch das Selbstbeurteilungsinstrument BSI (Franke und Derogatis 2000) erfasst. Beide Fragebögen erhielten die Patienten bei Studieneinschluss und vor dem letzten ambulant stattfindenden Termin. Um das Risiko der Suizidalität nach stationärer Entlassung einzuschätzen, wurde das individuelle Suizidrisikoprofil als Qualitäts- und Verlaufsindikator der laufenden ambulanten Weiterbehandlung anhand zweier konzipierter Skalen zu jedem ambulanten Termin bestimmt. Hier beantworteten die Patienten Fragen zu ihrem aktuellen Befinden und ihrer Einstellung gegenüber Suizidalität. Bei der Auswertung der Ergebnisse hatte langfristig gesehen der sofortige Beginn mit der suizidspezifischen ambulanten Nachbetreuung durch die Klinik (Gruppe A) keinen Vorteil gegenüber der Gruppe B (suizidspezifische Intervention erst nach drei Monaten). Die Ergebnisse der Befindlichkeitsskala zeigen nur eine geringgradige Verschlechterung der Gruppe B in der Wartezeit auf die ambulanten Termine und in beiden Gruppen kam es zu keinen Suizidversuchen. Das Ergebnis der Skala Suizidalität, das konträr zum Ergebnis der Skala Befindlichkeit und zu den beiden Fragebögen BDI-II und BSI ist, also eine scheinbare Zunahme der Suizidalität unter psychischer Befundbesserung bei Gruppe B zeigt, kann nicht als konkrete Suizidgefahr interpretiert werden. Suizidalität in all ihrer Komplexität lässt sich nicht durch eine offen formulierte Frage als Zahl abbilden und damit auch weiterhin nicht sicher vorhersagen.

Eine direkte Weiterbetreuung der Patienten durch die Klinik nach Entlassung parallel zu einer regulären ambulanten Behandlung trägt auf lange Sicht und im Vergleich zu Patienten, die

diese Unterstützung erst zu einem späteren Zeitpunkt erhalten, nicht maßgeblich zu der Erhaltung der psychischen Stabilität in dieser Studienpopulation bei. Es kam bei beiden Gruppen zu keinen Suizidversuchen während des Beobachtungszeitraumes. Damit ist eine ambulante Anbindung suizidgefährdeter Patienten nach Klinikaufenthalt beim niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten primär ausreichend, es bedarf damit keiner spezifischen Intervention seitens der Klinik. Jedoch ist dieses Ergebnis vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die teilnehmenden Patienten per se durch ihre gute Compliance bereits eine bessere Prognose hatten, als die in der Literatur beschriebenen suizidgefährdeten Populationen. Es wird eine Verbundstudie mit mehreren Kliniken zur These einer poststationären klinischen Intervention als suizidpräventive Maßnahme empfohlen. Hier sollte eine große und diagnosespezifische Studienpopulation gebildet werden, in der auch die Gruppe der therapieunmotivierten und besonders suizidgefährdeten Patienten ausreichend repräsentiert ist.

8 Literaturverzeichnis

- Althaus, D. (2005). Suizidprävention: Vorgehensweisen und Wirksamkeit. Verhaltenstherapie, 15(1), 12-19.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 801-802.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. Journal of clinical psychology, 63(6), 585-592.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. San Antonio, 78(2), 490-8.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4(6), 561-571.
- Begenau, J., Schubert, C., & Vogt, W. (2010). Die Arzt-Patient-Beziehung. Kohlhammer Verlag.
- Bochnik, H. J. (1962). Verzweiflung. Randzonen menschlichen Verhaltens. Beiträge zur Psychiatrie und Neurologie. Enke, Stuttgart.
- Bogner, K., & Landrock, U. (2015). Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim, GESIS–Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines).
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. American Journal of Psychiatry, 157(12), 1925-1932.
- Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. The Journal of Nervous and Mental Disease, 198(5), 315-328.
- Bronisch T (1995): Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention. München, Verlag C.H.Beck.
- Brunner, J., & Bronisch, T. (1999). Neurobiological correlates of suicidal behavior. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 67(9), 391-412.

Brückler, F. M. (2017). Geschichte der Mathematik kompakt: Das Wichtigste aus Analysis, Wahrscheinlichkeitstheorie, angewandter Mathematik, Topologie und Mengenlehre. Springer-Verlag.

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., ... & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. Contracts for safety on suicide risk in US Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 212, 64-72.

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & Este, C. D. (2005). Postcards from the Edge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *Bmj*, 331(7520), 805.

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239.

Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694-702.

Clarke, R. V., & Lester, D. (1987). Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide: comparison between Britain and the United States. *Journal of epidemiology and community health*, 41(2), 114-120.

Clarke, R. V., & Mayhew, P. (1989). Crime as Opportunity a Note on Domestic Gas Suicide in Britain and the Netherlands. *British journal of Criminology*, 29(1), 35-46.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Erlbaum.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.

Crawford, M. J. (2004). Suicide following discharge from in-patient psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 434-438.

Der Spiegel (1983), Selbstmorde, unheilvolle Faszination. Zitiert nach URL:
<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14021309.html> (Stand 19.08.2017)

Der Spiegel (1996), Ort fürs Lebensende. Zitiert nach URL:

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-8928565.html> (Stand 14.02.2016)

Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Clinical Psychometric Research., 1-16.

DGPPN, B., KBV, A., AkdÄ, B., BApK, D. A. G. S. H. G., Degam, D., & DGPs, D. G. R. W. (2009). für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1.

DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. Medical care, 521-528.

Faust, V. (2012). Psychiatrie Heute—Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Internet: www.psychosozialegesundheit.net Querulanten.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... & Schlebusch, L. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization, 86, 703-709.

Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). BSI: brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version. Beltz Test.

Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. The Lancet, 342(8866), 283-286.

Größ, I. M. (2014). Prädiktoren für Suizidversuche in Patientenstichproben einer psychiatrischen Versorgungsklinik (Doctoral dissertation).

Gunnell, D., Metcalfe, C., While, D., Hawton, K., Ho, D., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Impact of national policy initiatives on fatal and non-fatal self-harm after psychiatric hospital discharge: time series analysis. The British Journal of Psychiatry, 201(3), 233-238.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 693-704.

Hegerl U., Althaus D., Reiners H. 2005: das Rätsel Depression, eine Krankheit wird entschlüsselt. München, Verlag C.H. Beck.

Hegerl, U., Mergl, R., Doganay, G., Reschke, K., & Rummel-Kluge, C. (2013). Why has the continuous decline in German suicide rates stopped in 2007?. *PLoS one*, 8(8), e71589.

Heliosch, S. (2014). Der Werther-Effekt. Univ.-Bibliothek Frankfurt am Main.

Heyerdahl, F., Bjornaas, M. A., Dahl, R., Hovda, K. E., Nore, A. K., Ekeberg, O., & Jacobsen, D. (2009). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 73-79.

Hoffmann-Richter, U., Känzig, S., Frei, A., & Finzen, A. (2002). Suicide after discharge from psychiatric hospital. *Psychiatrische Praxis*, 29(1), 22-24.

Högberg, G. N., & Bremberg, S. G. (2018). Antidepressant medication might increase the risk of self-harm injuries: findings in 17 OECD countries. *European journal of public health*, 29(2), 365-367.

Hunt, I. M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H., ... & Parsons, R. (2006). Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 135-142.

Isacsson, G., Rich, C. L., Jureidini, J., & Raven, M. (2010). The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *The British Journal of Psychiatry*, 196(6), 429-433.

Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making und Patientenzentrierung-vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint Journal*, 6(04), 115-123.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.

Lauterbach, E., & Kienast, T. (2009). Suizidalität. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3(03), 197-212.

Lester, D., & Frank, M. L. (1989). The use of motor vehicle exhaust for suicide and the availability of cars. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 238-240.

Lewitzka, U., Bauer, M., Felber, W., & Müller-Oerlinghausen, B. (2013). Suizidprophylaktische Wirkung von Lithium. *Der Nervenarzt*, 84(3), 294-306.

Lin, H. C., Lee, H. C., Kuo, N. W., & Chu, C. H. (2008). Hospital characteristics associated with post-discharge suicide of severely depressed patients. *Journal of affective disorders*, 110(3), 215-221.

Lindner, R., Fiedler, G., & Gotze, P. (2003). MEDIZIN-Diagnostik der Suizidalität. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 100(15), 1004-1006.

Lizardi, D., & Stanley, B. (2010). Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183-1191.

Lukaschek, K., Baumert, J., Krawitz, M., Erazo, N., Förstl, H., & Ladwig, K. H. (2014). Determinants of completed railway suicides by psychiatric in-patients: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 205(5), 398-406.

Mann, J. J., McBride, P. A., Brown, R. P., Linnoilam, M., Leon, A. C., DeMeo, M., ... & Stanley, M. (1992). Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 442-446.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.

Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I. M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., ... & Shaw, J. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 129-134.

Menold, N., & Bogner, K. (2015). Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. Mannheim, GESIS–Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI, 10.

Michel, K. (2002, July). Der Arzt und der suizidale Patient: Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. In Swiss Medical Forum (Vol. 2, No. 29, pp. 704-707). EMH Media.

Mina, E. E. S., & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(8), 793-800.

Morgan, H. G., Jones, E. M., & Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 111-112.

Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Klein, H. E., Hajak, G., & Spießl, H. (2009). Ich fahr' auf die Brücke!. *Nervenheilkunde*, 28(08), 553-554.

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.

Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 68(10), 1058-1064.

Nordström, P., Åsberg, M., Åberg-Wistedt, A., & Nordin, C. (1995). Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 345-350.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S. M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA psychiatry*, 73(11), 1119-1126.

Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1433-1441.

Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*, 62(3), 247-253.

Pelletier, A. R. (2007). Preventing suicide by jumping: the effect of a bridge safety fence. *Injury Prevention*, 13(1), 57-59.

Pirkis, J., Spittal, M. J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, Y. T. D., & Studdert, D. (2013). The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 42(2), 541-548.

Plener, P. L., Kapusta, N. D., Brunner, R., & Kaess, M. (2014). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5. *Zeitschrift Kinder Jugendpsychiatrie Psychotherapie*.

Plöderl, M. (2012). Suizidalität. Das Leben beenden oder das Leiden beherrschen? Zitiert nach URL: https://www.existenzanalyse.org/wp-content/uploads/Ploederl_2012_AA_466.pdf (Stand 03.07.2020)

Plöderl, M. (2019). Antidepressiva in der Suizidprävention—eine kritische Bestandsaufnahme. *Suizidprophylaxe*, 46(2), 53-65.

Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M., & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry*, 176(3), 266-272.

R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>

R Core Team (2019). R: a language and environment for statistical computing, version 3.0.2. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; URL <https://www.R-project.org/>

Reisch, T., & Michel, K. (2005). Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 460-467.

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402.

Richter, P., Werner, J., & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*.

Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.

Roy, A., Rylander, G., & Sarchiapone, M. (1997). Genetics of suicide. Annals of the New York Academy of Sciences, 836(1), 135-157.

Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2012). Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. International journal of general medicine, 5, 323.

Rutz, W., Knorring, V. L., & Wålinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica, 80(2), 151-154.

Saris, W. E., & Gallhofer, I. N. (2014). Design, evaluation, and analysis of questionnaires for survey research. John Wiley & Sons.

Schäfer, M., & Quiring, O. (2013). Gibt es Hinweise auf einen „Enke-Effekt“? Die Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. Publizistik, 58(2), 141-160.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepef, P., ... & Pommereau, X. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93(5), 327-338.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Löhr, C., Weinacker, B., ... & Haring, C. (2004). Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters in Europe--Combined Results of the Monitoring Part of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.

Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. Archives of suicide research, 13(4), 303-316.

Schneider, F., Härtter, M., & Schorr, S. (Eds.). (2017). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Springer-Verlag.

Seelos, H. J. (2012). Medizinmanagement: Gesamtausgabe. Springer-Verlag.

Shakespeare, W., & Klein, H. M. (1984). Hamlet: Englisch/Deutsch (Vol. 2) 3, 1. P. Reclam.

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-273.
- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Bmj*, 333(7557), 15.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Isometsä, E. T. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 314-318.
- Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social science quarterly*, 957-971.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
- Statistisches Bundesamt 2019, Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2017 zitiert nach URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzliche-selbstbeschaeidigung/> (Stand 20.06.2019)
- Statistisches Bundesamt 2019, Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Art der Methode in den Jahren 2013 bis 2017. Zitiert nach URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/585/umfrage/selbstmord-methoden-in-deutschland-2006/> (Stand 04.06.2019)
- Statistisches Bundesamt 2019, Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2017 zitiert nach URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html> (Stand: 27.04.2019)

Statistisches Bundesamt 2019, Statistiken zu Selbstmord und Sterbehilfe. Zitiert nach URL: <https://de.statista.com/themen/40/selbstmord/> (Stand: 26.04.2019)

Statistisches Bundesamt 2019, Todesursachen, Suizide. Zitiert nach URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Stand 31.12.2019)

Stieber, R., online Interview von A. Schmidtke, Evangelische Landeskirche in Baden. Zitiert nach URL:

https://www.ekiba.de/html/aktuell/aktuell_u.html?&m=31&artikel=14125&cataktuell=328 (Stand 25.04.2020)

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.

Suominen, K., Isometsä, E., Henriksson, M., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2004). Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nordic journal of psychiatry*, 58(1), 55-59.

Tomandl, G., Sonneck, G., Stein, C., & Niederkrotenthaler, T. (2005). Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Kriseninterventionszentrum.

Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2011). Can suicide be prevented? The role of lithium and other psychotropics. *Psychiatric Times*, 28(2), 22-22.

Tourangeau, R., Couper, M. P., & Conrad, F. (2004). Spacing, position, and order: Interpretive heuristics for visual features of survey questions. *Public Opinion Quarterly*, 68(3), 368-393.

Tourangeau, R., Couper, M. P., & Conrad, F. (2007). Color, labels, and interpretive heuristics for response scales. *Public Opinion Quarterly*, 71(1), 91-112.

Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375.

Wiesner, G. (2004). Suizidmethoden—ein Vergleich zwischen Ost-und Westdeutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47(11), 1095-1106.

Wittchen, H. U., & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 17(S1).

Wolf, F. (2003). Destruktivität und Suizid. diplom.de.

Wolfersdorf, M. (1996). Suizidalität—Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In *Suizidalität* (pp. 1-16). Springer, Berlin, Heidelberg.

Wolfersdorf, M. (2005). Klinksuizid/Patientensuizid-Rückblick und Ergebnisse aus 30 Jahren Patientensuizidforschung im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 16(S 1), 8-16.

Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(4), 443-450.

Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Grebner, M., Keller, F., Purucker, M., & Wurst, F. M. (2016). Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. *Der Nervenarzt*, 87(5), 474-482.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.

Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Zeit Online, Hemingway oder: Wer hat Angst im Garten Eden?. Zitiert nach URL:
<https://www.zeit.de/1988/13/hemingway-oder-wer-hat-angst-im-garten-eden/komplettansicht> (Stand 26.06.2019)

9 Anlage

- Dokumentationsbogen
- Suizidrisiko-Skalen
- Studieninformation/ Datenschutzerklärung/ Einverständniserklärung
- Informationsschreiben an ambulante Behandler

Dokumentationsbogen

Mit allen Patienten wurde ein strukturiertes klinisches Interview durchgeführt, um die benötigten Informationen zu erfassen. Zur genauen Erhebung der ICD-10 Diagnose und der Aufenthaltsdauer wurde zusätzlich auf den Entlassungsbogen der Patienten zurückgegriffen.

Folgende Daten wurden erfasst:

- Patientendaten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, telefonische Kontaktmöglichkeit)
- Psychiatrische Diagnose nach internationaler Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)
- Rechtsgrund der aktuellen stationären Aufnahme. Es wurde unterschieden zwischen Freiwilligkeit, Beschluss durch Betreuung und Unterbringung nach Unterbringungsgesetz.
- Dauer des aktuellen Klinikaufenthaltes.
- Aktueller Suizidversuch vor Aufnahme.
- Wenn ein aktueller Suizidversuch vorlag, wurden folgende weitere Informationen protokolliert:
 - genaue Methode des Suizidversuchs
 - psychiatrische Versorgung vor dem Suizidversuch. Unterteilt wurde in regelmäßige Einnahme einer psychiatrischen Medikation und eine ambulante Psychotherapie.
- Suizidversuchsanamnese. Untersucht wurde ob auch Suizidversuche in der Vorgeschichte vorliegen
- Belastungsfaktoren im beruflichen und privaten Bereich wurden festgehalten, andererseits auch das Fehlen jedweder empfundenen Belastung.
- Suizide innerhalb der Familie 1. Und 2. Grades.
- Erlebte Traumata in der Lebensgeschichte.

Des Weiteren wurde den aktuellen Zustand betreffend erfasst:

- Aktuelle Medikation eingeteilt in Antidepressiva, Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer.

- Ein Bezugspersonenwechsel beim betreuenden Personal (Arzt oder Pflegepersonal) innerhalb der letzten zwei Wochen vor stationärer Entlassung. Als möglicher Risikofaktor für eine Verschlechterung aufgrund eines Beziehungsabbruches vor Entlassung.
- Geplante psychiatrische oder psychotherapeutische Weiterbehandlung, zudem wurden die Namen und Kontaktdaten der Weiterbehandler erfasst um diese über die Studie und die Teilnahme ihrer Patienten an dieser zu informieren.

Studie zur Suizidprophylaxe

Datum: _____

Termin: _____

Studiengruppe: _____

Name: _____

Vorname: _____

1) Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Befinden ein?

Auf einer Skala von -10 (hohe Belastung durch Enttäuschung, Überforderung, andere schwere Konflikte und schlechte Stimmung) bis zu +10 (keine Belastungen/Konflikte, positive Entwicklungen und einhergehende gute Stimmung)

Schreiben sie bitte hier ihr Ergebnis als Zahl auf:

2) Welche generelle Einstellung zu dem Thema Suizid haben Sie im Moment?

Auf einer Skala von - 10 (absolut gegen die generelle Möglichkeit von Suizid) bis zu +10 (absolut für die generelle Möglichkeit von Suizid).

Schreiben sie bitte hier ihr Ergebnis als Zahl auf:

Studie zur Suizidprophylaxe

Studieninformation, Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____

Geb.-Datum: _____ Studiengruppe: _____

Sie haben im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie des Isar-Amper-Klinikums München Nord an der Suizidpräventionsgruppe teilgenommen. Wir möchten sie auch nach Ende der stationären Behandlung weiter begleiten und sie hierzu in unser Projekt zur Verhütung von Suizidversuchen einbinden.

Dafür vereinbaren wir mit Ihnen monatliche Termine über einen **Zeitraum von einem halben Jahr**. Die Termine finden in unserer **Institutsambulanz** statt (Isar-Amper-Klinikum Nord, Erdgeschoss, Kölner Platz 1, 80804 München), **dauern ca. 1/2 Stunde** und werden von Ärzten und Psychologen des Hauses durchgeführt. Wir werden Sie vor Beginn der Termine einer von zwei Gruppen zuteilen. Die **Gruppe A** beginnt mit ihren Terminen **direkt nach Entlassung** aus dem Krankenhaus, die **Gruppe B** beginnt **im 3. Monat nach Entlassung**. Die Studienleiterin wird 1x monatlich Kontakt zur Studiengruppe B während der Wartezeit halten. Im Notfall werden wir Sie mit allen notwendigen Maßnahmen unterstützen.

Bei den Terminen in der Institutsambulanz werden wir untersuchen, ob sich im Verlauf ihrer ambulanten Therapie ihr Befinden und letztlich ihre Haltung zu Suizidalität verändert. Hierfür erhalten Sie bei jedem ambulanten Termin zwei Skalen zur Auswertung. Vor dem letzten Termin erhalten Sie zusätzlich zwei Fragebögen zum Ausfüllen. Es sind **keine Risiken** mit der Teilnahme an den Erhebungen für sie verbunden und es wird **keine medizinische Diagnostik** (Blutabnahmen, EKG etc.) durchgeführt. Sie bekommen auf diesem Weg die Möglichkeit, mit einem Facharzt alle Themen ihrer ambulant laufenden Therapie zu besprechen und Fragen zu stellen. Sie leisten durch Ihre Teilnahme einen erheblichen **Beitrag zur Erforschung der Suizidalität**. Die Erkenntnisse dieser Studie dienen der Optimierung des poststationären Therapieangebots für Patienten. Die Studienteilnahme ist **freiwillig**. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen (mündlich oder schriftlich) und ohne, dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Diejenigen Mitarbeiter, die die Befragungen persönlich mit Ihnen durchgehen, stehen unter **Schweigepflicht**. Alle Informationen, die wir im Rahmen des Projekts von Ihnen erhalten, werden absolut vertraulich behandelt.

Studie zur Suizidprophylaxe

Studieninformation, Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Datenschutzerklärung

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten nicht nur erhoben, sondern auch ausgewertet und gespeichert werden. Die Daten werden in Übereinstimmung mit den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Die Verwendung unterliegt der folgenden, noch vor meiner Studienteilnahme freiwillig erteilten Einwilligungserklärung.

Ich bin damit einverstanden, dass die über mich in Zusammenhang mit der klinischen Studie erfassten personenbezogenen Daten, in der folgenden Klinik und zugehörigen Ambulanz in Papierform und auf elektronischen Datenträgern gespeichert werden: Isar-Amper Klinikum-München Nord. Zur wissenschaftlichen Auswertung dürfen die verschlüsselten Daten an eine von der Klinik beauftragte Stelle weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass bei Beendigung der Studienteilnahme, alle die bis zu diesem Zeitpunkt über mich gespeicherte Daten auch weiterhin genutzt werden dürfen, sofern dies notwendig ist. Nicht mehr benötigte Daten werden unverzüglich gelöscht.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Gesundheitsdaten von anderen behandelnden Ärzten eingesehen werden können, insoweit dies für die Studie notwendig ist. Aus diesem Grund entbinde ich diese Ärzte von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Psychiater(in)/Psychotherapeut(in)

Frau/Herr _____

über meine Studienteilnahme informiert wird.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme durch die Studienleiterin zur Erinnerung an Termine oder Nachuntersuchungen einverstanden.

Studie zur Suizidprophylaxe

Studieninformation, Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Studie

Die Studienärztin Frau D. Bohn hat mich über die geplante Studie aufgeklärt. Die Aufklärung habe ich verstanden. Ich konnte hierzu alle meine Fragen stellen, ich habe auch die Patienteninformation und die Datenschutzerklärung genau durchgelesen. Ein Exemplar der Patienteninformation / Datenschutz / Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mich zur Teilnahme an der Studie einverstanden erkläre.

München, den _____

Unterschrift Studienarzt

Unterschrift Studienpatient

Studie zur Suizidprophylaxe

Studieninformation

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr _____

Ihr Patient nimmt an einer poststationären Prophylaxe Studie teil.

Dieser Brief dient dazu, Sie über das Ziel der Studie sowie über das Vorgehen im Forschungsprojekt zu informieren.

1. Ablauf und Inhalt der Untersuchungen

Ihr Patient wurde während seines stationären Aufenthalts in der Isar-Amper-Klinik München-Nord zweimal zur Teilnahme an der dort stattfindenden „Suizidpräventionsgruppe“ eingeladen. Anschließend nach stationärer Entlassung hat er die Möglichkeit bekommen über ein halbes Jahr, monatliche Termine in unserer Institutsambulanz wahrzunehmen. Der Patient bekommt auf diesem Weg die Möglichkeit mit einem Facharzt der Ambulanz alle Themen seiner laufenden Therapie zu besprechen und Möglichkeiten der Verbesserung zu erörtern. Es wird bei diesen Sitzungen keine medizinische Diagnostik durchgeführt. Es wird neben Fragen zum Befinden und zum bisherigen Verlauf nach Entlassung, die Haltung des Patienten zur Suizidalität eingeschätzt. Um Änderungen des Befindens und der Haltung des Patienten zur Suizidalität im Verlauf wissenschaftlich untersuchen zu können, wird die Hälfte der Patienten einer Wartegruppe zugeteilt, die erst ab dem 3. Monat nach Entlassung mit den Studienterminen beginnt, bis dahin aber 1x monatlich telefonisch kontaktiert wird.

Sollte im Gespräch Handlungsbedarf erkannt werden, zum Beispiel eine psychische Verschlechterung, die einen erneuten Krankenhausaufenthalt notwendig machen würde, werden wir Sie darüber sofort in Kenntnis setzen. Selbstverständlich wären wir im Notfall auch bereit, den Patienten unabhängig von der ursprünglichen Gruppenzuteilung, mit allen notwendigen Maßnahmen zu unterstützen.

2. Ziel des Forschungsprojektes

Der Prävention von Suizidalität wurde in den letzten Jahren durch klinische und gesellschaftliche Maßnahmen größere Beachtung entgegengebracht. Da aber weiterhin spezifische Maßnahmen für suizidgefährdete Patienten nach einer stationären Behandlung weitestgehend fehlen, gilt die poststationäre Zeit für psychiatrische Patienten weiterhin als größter Risikofaktor für suizidale Handlungen.

Das Ziel dieser Studie ist es, durch direkt an die stationäre Behandlung anschließende spezifische psychiatrische Nachbetreuung, die im Rahmen des stationären Aufenthaltes erreichte Stabilität der Patienten zu erhalten, den Genesungsprozess hierdurch letztlich zu beschleunigen und so zu einer Senkung des poststationären Suizidrisikos beizutragen.

Wir sind, durch unseren gemeinsamen Patienten von der Schweigepflicht entbunden, damit können Sie uns bei Fragen jederzeit kontaktieren.

Kontakt:

Darja Bohn, Studienärztin

Kölner Platz 1, 80804 München

Telefonnummer: 089-412 006-149 oder 089-4562-0

E-Mail-Adresse: darja.bohn@kbo.de

Eidesstattliche Versicherung

Amon geb. Bohn, Darja

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Poststationäre Suizidprävention an einer psychiatrischen Versorgungsklinik

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiterer Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 21.11.2021

Darja Amon

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin