Aus dem Therapiezentrum für Suizidgefährdete Leiter: Professor Dr. P. Götze Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Direktor: Professor Dr. D. Naber

Suizid nach Suizidversuch

Untersuchung des Mortalitätsrisikos in einem 15-Jahreszeitraum

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin, dem Fachbereich der Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von:

Matthias Pramschiefer, aus Darmstadt

Hamburg 2007

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 02.06.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/ die Vorsitzende: Herr Prof. Dr. Götze

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Herr Prof. Dr. Püschel

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Herr PD Dr. Lambert

Gewidmet:

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Epidemiologie von Suizidversuchen und Suiziden	6
1.2.	Methodische Probleme	
1.3.	Prädiktive Faktoren für Suizide	
1.4.	Fragestellung	
2.	Methode	16
2.1.	Auswahl der Patienten und Beschreibung des Suizidfragebogens	16
2.2.	Nachuntersuchung der Patienten	17
2.3.	Statistische Auswertung	20
3.	Ergebnisse	21
3.1.	Ausgangskollektiv	21
3.1.1.	Demographische Daten	21
3.1.1.1.	Altersverteilung	21
3.1.1.2.	Geschlechtsverteilung	22
3.2.	Auswertung des Suizidfragebogens	23
3.2.1.	Demographische Daten	23
3.2.1.1.	Beruflicher Status	23
3.2.1.2.	Familienstand	25
3.2.1.3.	Wohnverhältnisse	26
3.2.2.	Nähere Umstände des Suizidversuchs	26
3.2.2.1.	Aufnahmesituation in der Klinik	26
3.2.2.2.	Umstände des Suizidversuchs_	27
3.2.2.3.	Unmittelbare Folgeerscheinungen des Suizidversuchs	30
3.2.2.4.	Frühere Suizidversuche	30

3.2.3.	Selbsteinschätzungen	33
3.2.3.1.	Entwicklung der Suizidalität	33
3.2.3.2.	Vorbehandlungen	34
3.2.3.3.	Suizidmotivation	34
3.2.3.4.	Reaktion auf das Misslingen des Suizidversuchs	38
3.2.3.5.	Suizidalität im Umfeld	39
3.2.4.	Fremdeinschätzung der Untersucher	40
3.2.4.1.	Suizidmotivation	40
3.2.4.2.	Psychiatrische Diagnosen	42
3.2.4.3.	Andere Diagnosen von Belang	44
3.2.4.4.	Therapie nach dem Indexsuizidversuch	45
3.2.4.5.	Emotionale Reaktionen der Untersucher auf den Patienten	47
3.3.	Vitalstatusüberprüfung	48
3.4.	Methodenwandel zwischen Suizidversuch und Suizid	55
3.5.	Statistische Auswertung	57
3.5.1.	Übersicht der wesentlichen untersuchten Variablen	57
3.5.2.	Demographische Daten	61
3.5.3.	Umstände des Suizidversuchs	63
3.5.4.	Vorerkrankungen	70
4.	Diskussion	73
4.1.	Repräsentativität der Stichprobe	73
4.1.1.	Altersverteilung	74
4.1.2.	Geschlechtsverteilung	74
4.1.3.	Stellung im Erwerbsleben	75
4.1.4.	Familienstand	76
4.1.5.	Methode des Suizidversuchs	78
4.1.6.	Vorerkrankungen	79
4.2.	Mortalitätsrisiko nach Suizidversuch	80
4.2.1.	Gesamtmortalität	80
4.2.2.	Suizidrisiko	83
4.2.3.	Intervall zwischen Indexsuizidversuch und Suizid_	86
4.2.4.	Langzeitkatamnesen	87
4.3.	Methodenwandel zwischen Suizidversuch und Suizid	88

4.4.	Prädiktive Faktoren	88
4.4.1.	Demographische Faktoren	88
4.4.1.1.	Altersabhängigkeit	88
4.4.1.2.	Geschlechtsverteilung	89
4.4.1.3.	Stellung im Erwerbsleben	92
4.4.1.4.	Familienstand	93
4.4.2.	Umstände des Suizidversuchs	94
4.4.2.1.	Suizidmotivation	94
4.4.2.2.	Methode des Suizidversuchs	98
4.4.2.3.	Rezidivierende Suizidversuche	99
4.4.3.	Vorerkrankungen	101
4.4.3.1.	Psychiatrische Erkrankungen	101
4.4.3.2.	Somatische Erkrankungen	106
4.4.3.3.	Bedeutung der psychiatrischen Behandlung nach dem Suizidversuch	106
4.4.3.4.	Suizidalität im Umfeld	107
4.4.4.	Erfassung des Suizidrisikos mit Skalen	108
5.	Zusammenfassung	110
6.	Literatur	112
7.	Danksagung	125
8.	Lebenslauf	126
9.	Anhang	128
9.1.	Suizidfragebogen (SFB)	128

1. Einleitung

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen und 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 (Lindner, Fiedler u. Götze 2003).

1.1. Epidemiologie von Suizidversuchen und Suiziden

Suizide sind ein gravierendes Problem der öffentlichen Gesundheitssysteme. Weltweit verstarben im Jahr 2002 nach Schätzungen der WHO 877 000 Menschen infolge eines Suizids (WHO 2003). In Deutschland starben im Jahr 2005 10.260 Menschen, 7.523 Männer und 2.737 Frauen, durch Suizid (Statistisches Bundesamt). Die Suizidrate betrug 12,4/100.000 Einwohner, bei den Männer 18,6/100.000 und bei den Frauen 6,5/100 000. Das Verhältnis der Suizidrate von Männern zu Frauen lag bei 2,9:1 (Statistisches Bundesamt). Damit liegen die Suizidzahlen höher als beispielsweise die Summe der Verstorbenen durch Verkehrsunfälle mit 5.361, AIDS mit 720, den Konsum illegaler Drogen mit 1.326 und Mord und Totschlag mit 869 jeweils im Jahr 2005 (Statistisches Bundesamt 2005).

Die Suizidzahlen und die Suizidraten sinken in Deutschland seit einem Höhepunkt Mitte der 1970er Jahre und zeigen seit 1999 einen Trend zur Stabilisierung (Schmidtke et al. 2005).

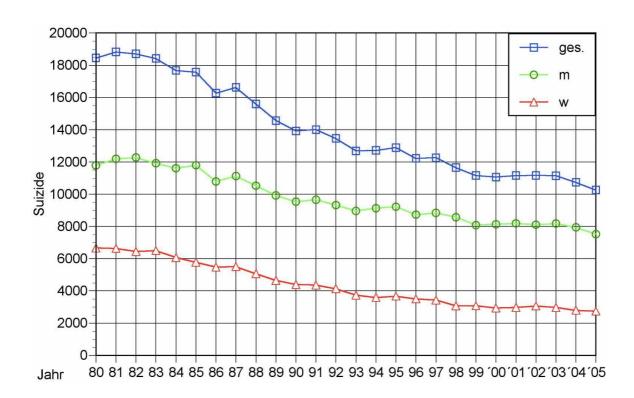


Diagramm 1: Suizide in Deutschland 1980 bis 2005. Bereich: Alte und neue Bundesländer. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Abb. von Fiedler 2007)

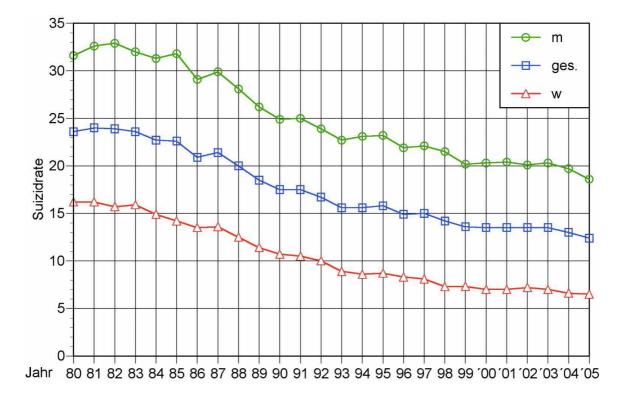


Diagramm 2: Suizidraten in Deutschland 1980 bis 2005. Bereich: Alte und neue Bundesländer. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Abb. von Fiedler 2007)

Für die Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland findet sich das sogenannte "ungarische Muster", d.h. die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen signifikant zu (Schmidtke et al. 2005). Im Jahr 2003 waren 35,5% der Männer, die sich suizidierten, über 60 Jahre alt, bei den Frauen 50% über 60 Jahre und 32,9% über 70 Jahre (Schmidtke et al. 2005). Der offiziell festgestellte Rückgang der Suizide mittels "weicherer" Methoden für über 60 Jahre alte Menschen ist anzuzweifeln, insbesondere angesichts der Zunahme in der Kategorie der "unklaren" Todesursachen für diese Altersgruppe (Schmidtke et al. 2005).

Die grundsätzliche Schwierigkeit einer validen Kodierung in der Todesursachenstatistik wurde durch die Untersuchung von Vennemann verdeutlicht (Vennemann et al. 2006). Bei Durchsicht der Todesbescheinigungen der Jahre 2002 und 2003 von 5 Gemeinden in Nordrhein-Westfalen wurden insgesamt 44 undokumentierte Suizide entdeckt und damit eine Unterschätzung der Suizidrate von 11 Prozent ermittelt. Auch frühere Studien in anderen Ländern deckten eine systematische Unterschätzung der Suizidraten auf (Linsley et al. 2001), so dass einige Forschungsgruppen in ihren Nachuntersuchungen, die sich auf Angaben behördlicher Todesursachenregister stützten, zumindest einen Teil der Todesfälle aus unklarer Ursache zu den Suiziden hinzurechneten (Hawton et al. 2006).

Bei Menschen unter 40 Jahren ist der Suizid nach den Unfällen die zweithäufigste Todesursache (Fiedler 2007). Hinsichtlich des Abfalls der Suizidraten in Deutschland seit Mitte der 1970er Jahre ist im Vergleich zu anderen Altersgruppen der Rückgang für die Gruppe der 15 bis 24jährigen und hier insbesondere für die Männer geringer ausgeprägt (Baumert et al. 2005). In der Studie von Boyle et al. wurde für Schottland sogar eine Zunahme der Suizidrate für junge Erwachsene in den letzten 20 Jahren nachgewiesen (Boyle et al. 2005).

Für den positiven Trend der offiziellen Statistiken können die Ergebnisse mehrerer Studien angeführt werden, nach denen durch präventive Maßnahmen - die teilweise auch in Deutschland zum Einsatz gekommen sind - ein Rückgang der Suizidzahlen erreicht werden konnte (Hegerl et al. 2003., Mann et al. 2005). Als Beispiele für evidente präventive Maßnahmen sind zu nennen u.a. die Weiterbildung von Hausärzten in der Diagnosestellung und der Behandlung von Depressionen oder die Restriktion besonders letaler Suizidmethoden, beispielsweise über in die Installation von Sprungsicherungen an exponierten Gebäuden oder

die Umstellung der Hausgasversorgung (Hegerl et al. 2003, Schapira et al. 2001). Positive Trends, aber noch keine evidenzbasierte Effektivität, sind für weitere Maßnahmen, wie die Verbesserung von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen für Risikogruppen, Nachsorgeprogramme für Personen, die einen Suizidversuch verübt haben, den Einsatz von Psychopharmaka bei psychiatrischen Erkrankungen, psychotherapeutische Maßnahmen und die Leitlinien für die Medienberichterstattung und Öffentlichkeitskampagnen, belegt (Allard et al. 1992, Aoun 1999, Arensmann et al. 1995, Bocchetta et al. 1998, Chesley et al. 2003, Etzersdorfer u. Sonneck 1998, Gaynes et al. 2004, Goldney 2005, Hall et al. 2003, Hegerl et al. 2003, Hepp u. Schnyder 2004, Mann et al. 2005, Niederkrotenthaler u. Sonneck 2006).

In Deutschland bestehen zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Suizidraten deutliche Unterschiede. Im Jahr 2005 hatte Nordrhein-Westfalen die niedrigste und Sachsen die höchste Suizidrate. Die Suizidraten in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg waren überdurchschnittlich hoch

Bundesland	je 100.000 Einwohner			Anzahl		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Sachsen	16,2	24,2	8,6	694	505	189
Bremen	14,2	20,2	8,5	94	65	29
Hessen	13,9	20,4	7,8	850	609	241
Bayern	13,8	20,8	7,2	1724	1267	457
Hamburg	13,8	19,3	8,6	240	163	77
Rheinland-Pfalz	13,5	21	6,1	546	419	127
Schleswig-Holstein	13,3	18,8	8,1	377	260	117
Baden-Württemberg	13,3	20,3	6,5	1424	1070	354
Brandenburg	13,1	19	6,6	336	251	85
Thüringen	12,7	19,8	6,5	298	221	77
Niedersachsen	12,5	18,7	6,5	999	735	264
Berlin	12,3	17	7.8	417	282	135
Saarland	12	19,7	4,6	126	101	25
Mecklenburg-Vorpommern	10,6	17,4	3,8	181	148	33
Sachsen-Anhalt	10,2	15,7	5	253	190	63
Nordrhein-Westfalen	9,4	14,1	5	1701	1237	464
zusammen	12,4	18,6	6,5	10260	7523	2737

Tab. 1: Suizide und Suizidraten in den Bundesländern Deutschlands im Jahr 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Tab. von Fiedler 2007)

Dass bei Suiziden die sogenannten "harte Methoden" wie Erhängen, Erschießen oder Sprung aus großer Höhe häufiger als die "weichen Methoden" wie Intoxikation angewendet werden, wurde in epidemiologischen und katamnestischen Untersuchungen nach einem Indexsuizidversuch vor allem für männliche Suizidenten nachgewiesen (Appleby et al 1999, Cooper et al. 2005, Gibb et al. 2005).

1.2. Methodische Probleme

Obwohl sich die Suizidforschung seit vielen Jahren intensiv um eine höhere Sensitivität und Spezifität in der Suizidprädiktion, eine validere Wertung der multiplen und vielfältig miteinander in Beziehung stehenden Risikofaktoren sowie die Entwicklung präventiver Strategien, insbesondere auch unter dem Druck knapper werdender Ressourcen bemüht, sind die bisherigen Ergebnisse in ihrer Aussagekraft leider oftmals eingeschränkt oder sogar nicht einheitlich (De Leo 2002). Als Gründe hierfür sind folgende, zum Teil auch dem Thema inhärente Probleme, anzuführen.

Ethische Gründe lassen einen experimentellen Untersuchungsansatz selbstverständlich nicht zu (Isometsä u. Lönnqvist 1998).

In mehreren Studien erfolgte die Erfassung der Daten nicht nach standardisierten Verfahren (Schapira et al. 2001) oder Komorbiditäten wurden nicht erfasst (Taylor et al. 2004).

Nachgewiesen wurde in zahlreichen Studien, dass das Suizidrisiko im ersten Jahr nach einem Indexsuizidversuch am höchsten ist (Nielsen et al. 1990, Nordström et al. 1995, Pino et al. 1979, Rosen 1976, Suokas u. Lönnqvist 1991, Wang et al. 1985). Darüber hinaus haben die wenigen Langzeitstudien eine anhaltend erhöhte Suizidrate über einen Zeitraum von Jahrzehnten gezeigt (De Moore u. Robertson 1996, Jenkins et al. 2002, Suominen et al. 2004). Das Intervall zwischen Suizidversuch und Suizid wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch Variablen, wie das Vorliegen psychiatrischer Erkrankungen, beeinflusst, so ist der suizidale Prozess bei Vorliegen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus oft von längerer Dauer (Runeson 2002). Um valide Daten zu erhalten, sind deshalb neben einer ausreichend langen Beobachtungsdauer auch engmaschige Nachuntersuchungen zur Erfassung temporärer Veränderungen der Lebensumstände wichtig.

Eine Schwierigkeit bei Langzeitstudien ist die hohe Ausfallrate, beispielsweise infolge der Verweigerung der Teilnahme durch die Betroffenen oder von Wohnortwechseln, nach denen die Betroffenen nicht mehr zu ermitteln sind (Pallis et al. 1984).

Die Untersuchung prädiktiver Faktoren und deren Erfassung mittels Skalen setzt wegen der unter statistischen Gesichtspunkten geringen Inzidenz von Suiziden, sogar in Hochrisikogruppen, eine ausreichend hohe Zahl untersuchter Personen voraus, die aus methodischen Gründen nur schwer zu erreichen ist (Harris u. Hawton 2005). Aufgrund der relativ niedrigen Suizidrate führt bereits eine geringe Ausfallsrate zu nicht tolerablen Ungenauigkeiten für die Bewertung prädiktiver Skalen (Pallis et al. 1984).

Ein weiteres grundsätzliches Problem entsteht durch selektive Faktoren in der Erfassung der untersuchten Personen. In verschiedenen Studien wurden ausschließlich Personen eingeschlossen, die nach Intoxikationen in suizidaler Absicht in eine spezielle Therapiemaßnahme überführt wurden (Ekeberg et al. 1991, Lönnqvist et al. 1975, Nordentoft et al. 1993, Pino et al. 1979, Suokas et al. 2001, Suominen et al. 2004) oder eine Behandlung in einer stationären Einrichtung erhalten hatten (Boehme 1984, Beck u. Steer 1989, Hall et al. 1998, Lönnqvist et al. 1975, Pino et al. 1979, Tejedor et al. 1999) mit den hieraus resultierenden Einschränkungen hinsichtlich generalisierender Schlussfolgerungen.

Trotz des globalen Auftretens von Suiziden können in nationalen Untersuchungen gewonnene Erkenntnisse aufgrund der Bedeutung von lokalen Faktoren nicht einfach von Land zu Land oder von Kontinent zu Kontinent übertragen werden (Isometsä u. Lönnqvist 1998, Lorant et al. 2005). Vielmehr deckten Studien bedeutende Unterschiede im Risikoprofil zwischen der ländlichen und der urbanen Bevölkerung eines Landes oder differenziert nach der ethnischen Zugehörigkeit einer Bevölkerungsgruppe auf (Castle et al. 2004, Johansson et al. 1996). Hieran anschließend sind auch spezifische Unterschiede aufgrund der Altersgruppenzugehörigkeit oder des Geschlechts zu nennen, die in Studien erfasst wurden (Lönnqvist u. Achte 1998, Waern et al. 2002, Hawton 2000, Qin et al. 2000).

Anzunehmen ist, dass es sich bei den Menschen, die durch einen Suizid versterben, um eine äußerst heterogene Gruppe mit differenten Motiven handelt, charakterisiert u.a. durch die Biographie, psychische und somatische Vorerkrankungen, Lebensereignisse und –krisen, soziale, kulturelle und biologische Faktoren, die - falls überhaupt möglich - nur in komplexen, multifaktoriellen Modellen zu erfassen sein werden, welche bis zum heutigen Zeitpunkt nicht existieren (Mann 2002, Moscicki 1997).

1.3. Prädiktive Faktoren für Suizide

Im Wesentlichen sind bislang im Rahmen der Suizidforschung zur Bestimmung von prädiktiven Faktoren für Suizide katamnestische, epidemiologische und sogenannte psychologische Autopsiestudien durchgeführt worden.

Durch letztere werden retrospektiv Angaben zur Situation, die im Suizid mündete, erfasst (Appleby et al. 1999). Die hierbei erfassten Daten ergeben sich aus den Angaben nächster Angehöriger oder professioneller Quellen, wie medizinischen oder öffentlichen Einrichtungen, die von den Suizidenten vor ihrem Tod aufgesucht wurden. Diese sind durch das persönliche Verhältnis, unterschiedliche Vorkenntnisse und natürlich die verschiedenen psychologischen Einflüsse, vor allem unter dem Eindruck des Verlustes durch den Suizid geprägt (Cavanagh et al. 2003). Vorteil der Methode ist der wahrscheinlich direkteste Zugang zu Angaben über Suizidenten und den Zusammenhängen zwischen Risikofaktoren und Suizid, wodurch auch die durch andere Verfahren erhaltenen Ergebnisse gestützt werden können (Cavanagh et al. 2003).

In epidemiologischen Studien wird das Auftreten von Suiziden in Verbindung mit soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Status oder Wohnverhältnisse und der zeitliche Verlauf, beispielsweise über zentrale nationale Register von Krankheits- und Todesfällen oder Register medizinischer Einrichtungen, untersucht (Moscicki 1997). Sie spielen eine große Rolle bei der Identifizierung und Bestimmung der Wertigkeit von Risikofaktoren für komplexe Ereignisse wie Suizide, und erlauben aufgrund des methodisch bedingten weitgehenden Fehlens eines Bias, die Überprüfung klinischer Studien auch hinsichtlich der Frage, ob die Ergebnisse auch generell für die Gesamtbevölkerung gelten (Moscicki 1997). Die epidemiologisch erhobenen Daten sind jedoch in ihrer Qualität und Differenziertheit häufig eingeschränkt, weil die Erhebungen nicht für spezifische Fragestellungen der Suizidforschung konzipiert worden sind (Qin et al. 2003), so wurden beispielsweise psychiatrische Vorbehandlungen nicht erfasst (Hall et al. 1998).

In zahlreichen klinischen Studien sind Patienten, die einer Risikogruppe, beispielsweise nach einem Suizidversuch, durch das Vorliegen einer affektiven Erkrankung oder einer Suchterkrankung, zuzurechnen sind, über unterschiedlich lange Zeiträume nachuntersucht

worden. Schon früh wurde in Studien nachgewiesen, dass ein Suizidversuch einen Hauptrisikofaktor für einen späteren Suizid darstellt (Übersichten bei Owens et al. 2002, Harris u. Barraclough 1997). Die Untersuchung von Personen nach einem Suizidversuch bietet gegenüber katamnestischen Studien, die Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie Psychosen auf den Endpunkt Suizid hin nachuntersucht haben, den Vorteil weniger selektiv zu sein und somit einem geringer ausgeprägten Bias zu unterliegen.

Eine wesentliche Erkenntnis aus Studien, die Menschen nach einem Suizidversuch katamnestisch untersuchten, ist der hohe Prozentsatz von Suiziden innerhalb der erste Monate nach einem Suizidversuch (Böhme 1984, Johnsson et al. 1996, Lönnqvist et al. 1975, Nielsen et al. 1990, Nordentoft et al. 1993, Nordström et al. 1995, Suokas et al. 2001, Tejedor et al. 1999, Wang et al. 1985). Langzeitstudien wiesen darüber hinaus ein lebenslang erhöhtes Suizidrisiko mit einem Höhepunkt in den ersten ein bis zwei Jahren und auch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko für natürliche Todesursachen nach (De Moore u. Robertson 1996, Suokas et al. 2001; Hawton et al. 2006).

Für einige Suizidrisikofaktoren, wie das Vorliegen einer schweren psychiatrischen Erkrankung oder einer ernsthaften Motivation, liegen in der Literatur übereinstimmende Ergebnisse vor (Harris u. Barraclough 1997; Douglas et al. 2004, Ekeberg et al. 1994, Henriques et al. 2005, Kumar et al. 2006, Rosen 1976, Suokas et al. 2001). Für andere Variablen, wie männliches Geschlecht, höheres Lebensalter, die Anzahl vorangegangener Suizidversuche, die Suizidversuchsmethode und -schwere, psychiatrische Vorbehandlungen, das Vorliegen einer Suchterkrankung, einer Persönlichkeitsstörung oder einer neurotischen Störung sowie das Vorliegen einer familiären Belastung mit suizidalem Verhalten, wurde mehrheitlich ein signifikant höheres Suizidrisiko oder zumindest ein positiver Trend festgestellt (Gibb et al. 2005; Hawton et al. 2003; Zahl u. Hawton 2004; Cooper et al. 2005; Tejedor et al. 1999; De Moore u. Robertson 1996; Allgulander u. Fisher 1990; Agerbo et al. 2002), in anderen Studien jedoch entweder kein Zusammenhang oder sogar ein geringeres Suizidrisiko gefunden (Wang et al. 1985; Suokas et al. 2001; Suominen et al. 2004; Hawton u. Fagg 1988; Cooper et al. 2005; Nordentoft et al. 1993; Johnsson et al. 1996). Stark differierende Ergebnisse ergaben sich vor allem für die Variablen Beschäftigungssituation, Sozialstatus, Familienstand oder Wohnsituation (Beck et al. 1989, Cooper et al. 2005, Cullberg et al. 1988, Ekeberg et al. 1991, Johansson et al. 1997).

Einige Studien untersuchten die Validität von Skalen zur Erfassung des Suizidrisikos nach einem Suizidversuch, wobei am häufigsten die Beck Suicide Intent Scale angewendet wurde

(Beck et al. 1989, Harris u. Hawton 2005, McMillan et al. 2007, Suominen et al. 2004). Die Ergebnisse mehrerer Studien sprechen für einen prädiktiven Wert (Beck et al. 1989, Henriques et al. 2005, Suominen et al. 2004), in anderen Studien konnte keine ausreichende Trennschärfe nachgewiesen werden (Harris u. Hawton 2005).

Nach unserer Kenntnis wurden nur wenige deutsche Studien vor längerer Zeit veröffentlicht, in denen eine definierte Patientengruppe nach Suizidversuch auf den Endpunkt Suizid nachuntersucht wurde (Pino et al. 1979, Böhme 1984).

In einer 1979 erschienenen Studie von Pino et al. wurden 100 Patienten katamnestisch nachuntersucht. Von besonderer Bedeutung für die Beurteilung des Suizidrisikos wurden Alter, Familienstand, Vereinsamung, soziale Entwurzelung, Existenzangst und Erschütterung des Selbstwertgefühls angegeben. Als alleinig nicht ausreichendes Kriterium wurde die Tiefe der Intoxikation beurteilt (Pino et al. 1979).

Böhme berichtete 1984 über eine Arbeit in der 3364 Patienten der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik Lübeck nach einem Suizidversuch über einen durchschnittlichen Zeitraum von 7 Jahren nachverfolgt wurden (Böhme 1984). Die größte Zahl der nachfolgenden Suizide ereignete sich innerhalb der ersten zwei Jahre, das Suizidrisiko lag deutlich über dem der Bevölkerung Schleswig-Holsteins. Festgestellt wurde eine besonders hohe Suizidgefährdung für Menschen in der zweiten Lebenshälfte, Psychose- und Alkoholkranke. Wurde der Suizidversuch mittels Erhängen oder der Kombination mehrerer Methoden verübt, sprach dies in der Untersuchung von Böhme nur bei den nichtpsychotischen Patienten für ein höheres Suizidrisiko. Ein erhöhtes Suizidrisiko mit zunehmender Häufigkeit von Suizidversuchen wurde ebenfalls nur für nichtpsychotische Patienten nachgewiesen. Hinsichtlich des sozialen Status war eine höhere Suizidalität bei Hochschulausbildung nachzuweisen und hinsichtlich des Familienstands eine höhere Suizidgefährdung für geschiedene Frauen, die nicht wieder geheiratet hatten. Es bestand eine positive Korrelation zwischen der Zunahme der Suizidalität und der Dauer des stationärpsychiatrischen Aufenthalts. Dies wurde als "Hinweis darauf interpretiert, dass die Schwere des zur Suizidhandlung hinführenden Krankheitsbildes bzw. die Schwere der Lebenskrise in der Klinik einerseits zwar erkannt worden ist, auf der anderen Seite aber entsprechende durchgreifende längerfristige Therapie- und Hilfsangebote nicht in ausreichendem Maße gemacht wurden" (Böhme 1984). Abgeleitet wurde von Böhme die Forderung, ökonomisch vertretbare sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der

Tertiärprophylaxe auszubauen. Für Schizophrene und Manisch-Depressive empfahl Böhme eine medikamentöse Suizidprophylaxe mit Langzeitneuroleptika bzw. Lithiumsalzen.

Anfang der 1990er Jahre wurde von Reimer und Arentewicz intensiv die Möglichkeiten einer Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch untersucht. In den Nachuntersuchungen nach 6 Wochen, 6 und 12 Monaten sowie 4-5 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik ergab sich zwar im Hinblick auf die Verhinderung von Rückfällen keine Überlegenheit der Kurzpsychotherapie gegenüber der Routineversorgung, jedoch in der Selbsteinschätzung der Kurzpsychotherapiepatienten eine psychische Besserung und das Erleben einer geringeren Suizidgefährdung. Nicht erfasst wurde die Suizidhäufigkeit in dieser Stichprobe (Reimer u. Arentewicz 1986 und 1993).

Aktuellere klinische Studien in Deutschland, die die seitdem entstandenen Veränderungen in der Versorgungssituation und die gesellschaftliche Entwicklung berücksichtigen, stehen aus. Bereits 1973 stellte Ringel fest, dass Personengruppen mit einem höheren Suizidrisiko, "... sich im ständigen Flusse (neue Gruppen können sich jederzeit konstituieren) [befinden], bedürfen also laufender Kontrolle, differieren natürlich auch von Kulturkreis zu Kulturkreis" (Ringel 1974).

1.4. Fragestellung

In dieser Studie wurden 260 Patienten, die konsekutiv zwischen August 1988 und Oktober 1989 nach einem Suizidversuch in der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufgenommen worden waren, hinsichtlich folgender Fragestellungen nachuntersucht:

- 1. Wie hoch ist das Risiko, nach einem Suizidversuch an einem Suizid zu versterben?
- 2. Gibt es einen Wandel in den Methoden von Suizidversuch und Suizid?
- 3. Wie unterscheidet sich die Gruppe der suizidierten von der Gruppe der nicht suizidierten Personen in soziodemographischer und in diagnostischer Hinsicht?

2. Methode

2.1. Auswahl der Patienten und Beschreibung des Suizidfragebogens (SFB)

Einbezogen wurden in die Studie initial Patienten, die zwischen August 1988 und Oktober 1989 konsekutiv nach einem Suizidversuch in 8 Hamburger Kliniken aufgenommen wurden. Das Erhebungsinstrument war ein Fragebogen, der an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf vom explorierenden Psychiater und an den anderen Kliniken retrospektiv von einem Mitarbeiter der Arbeitsgruppe anhand der Krankenakte ausgefüllt wurde. Insgesamt wurden 867 Patienten nach der Krankenhausaufnahme wegen eines Suizidversuchs erfasst: 260 Patienten an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, 171 am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbek, 155 am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Altona, 93 am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eilbek, 91 am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-St. Georg, 74 am Hafenkrankenhaus und 23 am Amalie-Sieveking-Krankenhaus. Die Untersuchung wurde unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. P. Götze durchgeführt.

Herr Dr. Menzel, der Hamburgische Datenschutzbeauftragte, nahm im Vorfeld der katamnestischen Untersuchung das Forschungs- und Datenschutzkonzept zur Kenntnis und erteilte datenschutzrechtliche Hinweise zur Durchführung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausschließlich die 260 Patienten der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf nachuntersucht werden.

Für dieses Kollektiv führte im Rahmen der Erstuntersuchung unabhängig von der Art der Weiterbehandlung der zuständige Psychiater ein Erstgespräch. Bei den aufnehmenden Ärzten handelte es sich um Fachärzte für Psychiatrie. Das Erstgespräch erfolgte in Form eines halbstrukturierten Interviews unter Einbeziehung des von Götze et al. entwickelten Suizid-Fragebogens (SFB, siehe Anhang). Erfasst wurden im Rahmen des Interviews demographische Fakten, die näheren Umstände des Suizidversuchs, Angaben zu früheren Suizidversuchen, eine Selbst- und Fremdeinschätzung der Suizidmotivation und eine diagnostischen Einordnung.

Im Rahmen der demographischen Erhebung wurden neben Alter und Geschlecht der Patienten Angaben zur Ausbildung, zur Berufstätigkeit und zum Familienstand erhoben. Erfragt wurde außerdem, ob der Patient alleine oder mit welchen anderen Personen er zusammenlebt.

Hinsichtlich der näheren Umstände des Suizidversuchs wurden der Wochentag, die Uhrzeit, der Ort des Suizidversuchs, die Situation des Auffindens und die Aufnahmesituation im Krankenhaus erfasst. Die Suizidmethode wurde nachträglich nach ICD-10-Kriterien klassifiziert, die unmittelbaren organischen Auswirkungen, beispielsweise der Grad der Vigilanzstörung oder die Schwere der Verletzungen, protokolliert. Erfragt wurden die Art der Vorbehandlung im Rahmen der jetzigen suizidalen Situation, frühere Suizidversuche einschließlich der verwendeten Methoden und suizidales Verhalten in der Familie und in der Lebensumgebung. Zur Suizidmotivation wurden die Dauer von Suizidgedanken/-phantasien, der Zeitpunkt des Entschlusses zum Suizid, der Wille zu sterben, die Einschätzung, ob der Suizidversuch hätte gelingen können, die Gründe für die Wahl der Methode und für den Suizidversuch sowie das Verfassen eines Abschiedsbriefes eruiert. Darüber hinaus wurden Fragen zur Einschätzung der Auswirkungen des Suizids auf das persönliche Umfeld, zum Kommunikationsverhalten im Vorfeld des Suizidversuchs, zur emotionalen Reaktion auf das Misslingen des Suizidversuchs und zur perspektivischen Orientierung gestellt.

In einem Fremdbeurteilungsteil wurde vom Untersucher die Motivation zum Suizidversuch eingeschätzt. Über den Verlauf des Gesprächs wurden die Suizidalität und Aspekte wie beispielsweise Hoffnungslosigkeit und Konfliktfähigkeit beurteilt. Der Untersucher stellte eine vorläufige Hauptdiagnose und erfasste weitere relevante Diagnosen. Abschließend wurden eine begründete perspektivische Einschätzung vorgenommen und die emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienten festgehalten.

2.2. Nachuntersuchung der Patienten

Eine erste Anfrage zur Abklärung des Vitalstatus der Kohorte erfolgte im Januar 2004 im Amt für zentrale Meldeangelegenheiten in Hamburg-Harburg. Übergeben wurde ein standardisierter elektronischer Datensatz, der den Namen, Vornamen, das Geburtsdatum und den Wohnort beinhaltete. Dieser wurde im Amt für zentrale Meldeangelegenheiten in einem ersten Durchgang mit den dortigen Meldedaten maschinell abgeglichen. Die Antwortdatei der im ersten Durchgang identifizierten Personen enthielt einzelfallbezogene Daten nach folgendem Antwortschlüssel:

- 10 Person unter angefragter Adresse gemeldet
- 11 Person unter anderer Hamburger Adresse gemeldet einschließlich Angabe der neuen Adresse
- 12 verstorben einschließlich Angabe des Sterbedatums
- 14 Person führt (jetzt) anderen Familiennamen einschließlich Namensangabe
- 17 verzogen / abgemeldet nach einschließlich Adressenangabe
- 18 Person führt (jetzt) anderen Rufnamen einschließlich Namensangabe
- 20 keine eindeutige Zuordnung, Lösungsvorschlag über Einwohnerdienststelle
- 30 nicht zu ermitteln

Nach manueller Nachbearbeitung der im ersten Durchlauf nicht gefundenen 127 von 260 Personen, waren 110 Fälle nicht zu klären. In einer zweiten Anfrage an das zentrale Einwohnermeldeamt im März 2004 wurde der elektronische Datensatz um die komplette Adresse zum Zeitpunkt der Erfassung erweitert.

Für weiterhin ungeklärte und unbekannt verzogene Fälle erfolgte eine manuelle Anfrage bei der Meldebehörde Hamburg-Mitte, um auch Personen ohne festen Wohnsitz zu ermitteln.

Für nach außerhalb Hamburgs und innerhalb Deutschlands verzogene Personen mit bekannter neuer Meldeadresse wurde ab Juni 2004 eine manuelle Anfrage zum Vitalstatus bei den jeweils zuständigen Einwohnermeldeämtern durchgeführt. Die hierdurch erfassten Personen wurden als gemeldet, verzogen oder verstorben registriert. Da mehrere Personen wiederholt umgezogen waren, wurden bis zu 5 aufeinanderfolgende Anfragen bei verschiedenen Einwohnermeldeämtern erforderlich. Die letzten Anfragen wurden im Juni 2006 verschiekt.

Keine Anfragen erfolgten für die Personen, die nach außerhalb Deutschlands verzogen sind.

Die so ermittelten Todesfälle wurden in einem weiteren Schritt, basierend auf dem jetzt bekannten Sterbedatum, sofern sich der Todesfall zum Zeitpunkt eines Meldestatus in Hamburg ereignet hat, über Hamburger Gesundheitsämter hinsichtlich der spezifischen Todesursache analysiert. Aufgrund der Zentralisierung des Archivs für Todesbescheinigungen für nach dem 01.01.1998 Verstorbene, wurden die vertraulichen Teile der Todesbescheinigungen, für in diesem Zeitintervall verstorbene Personen, bei dem zuständigen

Gesundheitsamt Hamburg-Wandsbek manuell erfragt. Daten von Personen, die vor dem 01.01.1998 verstorben sind, wurden von dem Gesundheitsamt Hamburg-Wandsbek an das für die verbleibenden Fälle zuständige Gesundheitsamt des Bezirksamts Hamburg-Eimsbüttel weitergeleitet. Den vertraulichen Teilen der Todesbescheinigungen, wurden die dort dokumentierten Todesursachen in Form von ICD-Mortalitätscodierungen entnommen.

Die Todesbescheinigungen außerhalb Hamburgs verstorbener Personen waren aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erhältlich, so dass für diese Personen die Todesursache nicht zu ermitteln war.

Zur Optimierung der Sensitivität des Vitalstatusabgleichs und zur Vervollständigung der Informationen über die Todesursachen und den katamnestischen Verlauf wurden die Daten der in Hamburg verstorbenen Personen mit der Datenbank des Instituts für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf zum Leicheneingang von September 1988 bis Juli 2006 manuell abgeglichen. Informationen über die Todesursache und falls vorhanden zu den näheren Umständen des Todes der identifizierten Personen wurden den Sektionsprotokollen entnommen.

Für die aus nicht natürlicher Todesursache verstorbenen Personen wurde von zwei Experten der Arbeitsgruppe, Herrn Dipl.-Psychologen Fiedler und Herrn Dr. Heinemann, Facharzt für Rechtsmedizin, anhand der Todesbescheinigungen und falls nach manuellem Abgleich zu identifizieren, nach den Daten der Sektionsprotokolle, abgesehen von einem Unfalltoten, für die restlichen Personen ein Suizid als Todesursache festgestellt und zwischen sicherer, wahrscheinlicher und möglicher Suizid differenziert.

Ein Teil der Patienten konnte im Rahmen einer 1-Jahres-Katamnese unter Einbeziehung eines von Götze et al. entwickelten Katamnese-Suizidfragebogens (K-SFB) nachuntersucht werden. Die hierbei erhobenen Daten sollen zu einem späteren Zeitpunkt ergänzend ausgewertet werden

2.3. Statistische Auswertung

Die deskriptive Statistik und die Datenanalyse wurden mit der SPSS-Software für Microsoft Windows in der 12. Version vorgenommen. Für die überwiegend nominalskalierten Daten wurden im Rahmen der Signifikanzüberprüfung nicht-parametrische Tests durchgeführt. Als Signifikanzschwelle legten wir p<0,05 fest.

3. Ergebnisse

3.1. Ausgangskollektiv

3.1.1. Demographische Daten

3.1.1.1. Altersverteilung

Das Histogramm zeigt die Altersverteilung in der Gruppe der 260 zwischen August 1988 und Oktober 1989 konsekutiv nach einem Suizidversuch erfassten Patienten der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Deutlich wird ein Altersgipfel zwischen 20 und 35 Jahren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs. Das Durchschnittsalter beträgt 38,5 Jahre.

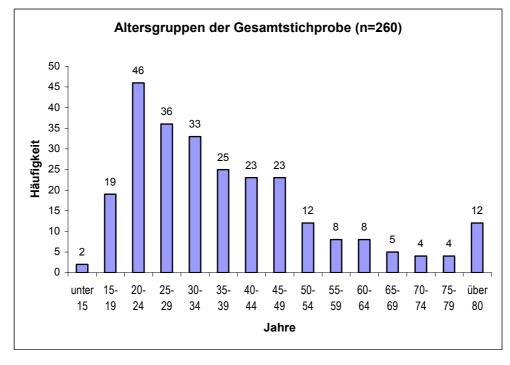


Diagramm 3: Altersverteilung der Gesamtstichprobe (n=260)

3.1.1.2. Geschlechtsverteilung

Hinsichtlich des Geschlechtsverhältnisses zeigt sich ein Überwiegen von weiblichen Patienten nach Suizidversuch, erfasst wurden 62 % Frauen und 38 % Männer.

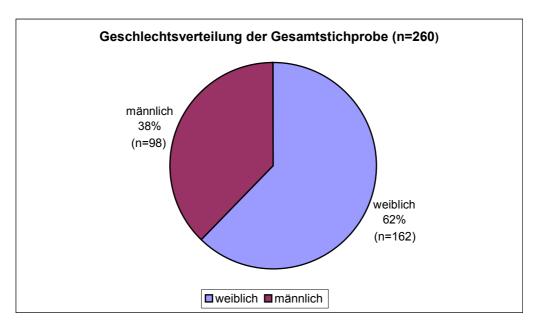


Diagramm 4: Geschlechtsverteilung der Patienten nach Suizidversuch (n=260)

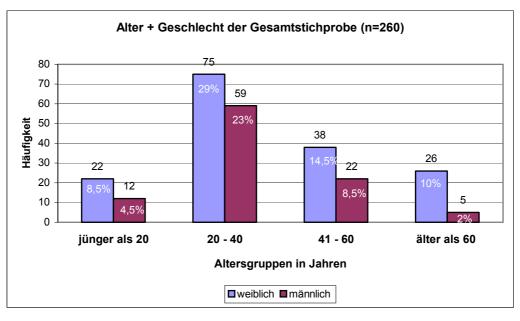


Diagramm 5: Geschlechtsverteilung in den unterschiedlichen Altersgruppen (n=260)

3.2. Auswertung des Suizidfragebogens (SFB)

Für 254 der Patienten (97,7% der Gesamtstichprobe) liegt ein auswertbarer Suizidfragebogen (SFB, siehe Anhang) vor. Eine Patientin, für die ein Suizidfragebogen vorlag, wurde ausgeschlossen, weil sie an den Folgen des Indexsuizidversuchs verstorben war. Die Häufigkeit der Angaben zu den einzelnen Fragen unterliegt aus verschiedenen Gründen deutlichen Schwankungen und wird im Folgenden gesondert angegeben. Für verschiedene Fragen war bereits bei der Konzeption die Möglichkeit der Antwort "weiß nicht" vorgesehen worden. Bei Fragen mit der Möglichkeit freier Antworten wurden teilweise nicht verwertbare oder schwer zu interpretierende Aussagen gemacht, die als keine Angaben zusammengefasst wurden, falls nicht gesondert vermerkt.

3.2.1. Demographische Daten

3.2.1.1. Beruflicher Status

Nachträglich wurden die erfassten beruflichen Daten (SFB, Frage 1 "Beruf") in Angaben zum erlernten Beruf sowie zum ausgeübten Beruf differenziert und ein Rating in die Bereiche niedriger (z.B. ungelernter Arbeiter), mittlerer (z.B. Facharbeiter) und hoher Status (z.B. Akademiker) durchgeführt. Der relativ hohe Anteil fehlender Angaben ist z.T. durch noch in der Ausbildung befindliche Patienten und Patienten ohne Berufsausbildung erklärt. Eine Differenzierung der fehlenden Angaben erfolgte jedoch im Rahmen der Erhebung nicht.

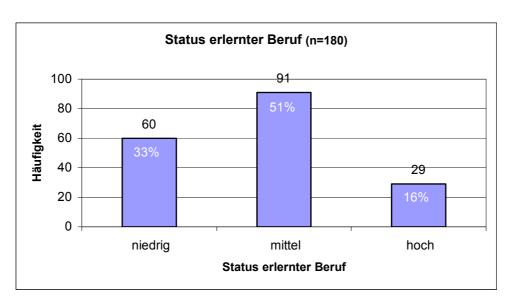


Diagramm 6: Häufigkeit und prozentuale Anteile der gültigen Angaben zum erlernten beruflichen Status von 180 der Patienten nach Suizidversuch (SFB Frage 1, n=180, keine Angabe=74)

Zum erlernten beruflichen Status sind die Angaben von 180 Patienten auszuwerten gewesen, dagegen für den ausgeübten beruflichen Status die Angaben von insgesamt 214 Patienten. Deutlich wurde hierbei, dass über die Hälfte der hierbei erfassten Patienten (53,7%, n=115) in einem Beruf mit einem niedrigen Status tätig waren.

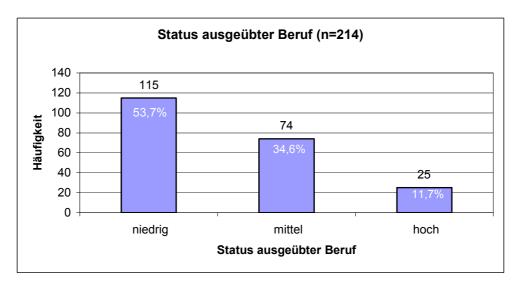


Diagramm 7: Häufigkeit und prozentuale Anteile der gültigen Angaben zum ausgeübten beruflichen Status von 214 der Patienten nach Suizidversuch (SFB Frage 1, n=214, keine Angabe=40)

Neben dem Beruf wurde für 244 Patienten die momentane Stellung im Erwerbsleben festgehalten. Nur knapp 59,4% (n=145) der Patienten waren erwerbstätig oder befanden sich in einer Ausbildung, die restlichen 40,6% (n=89) verteilten sich auf Rentner, Arbeits- und Erwerbslose.

Stellung im Erwerbsleben (n=254)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	
Gültige Angaben	erwerbstätig	98	38,6	40,2	
	in Ausbildung	47	18,5	19,2	
	berentet	28	11,0	11,5	
	arbeitslos	38	15,0	15,6	
	erwerbslos	33	13,0	13,5	
	Gesamt	244	96,1	100,0	
Keine Angabe	Gesamt	10	3,9		
Gesamt	'	254	100,0		

Tabelle 2: Stellung im Erwerbsleben (SFB Frage 1, n=244, keine Angabe=10)

3.2.1.2. Familienstand

Bei den Angaben zum Familienstand (SFB, Frage 1 "Familienstand") fällt der hohe Anteil der ledigen Patienten (45,15%, n=112) auf. Zusammen mit den geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Patienten macht diese Gruppe 66,95% (n=166) der Patienten mit gültigen Angaben (n=248) aus, nur 33,05% (n=82) macht die Gruppe der verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Patienten aus.

Familienstand (n=248)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	
Gültige Angaben	ledig	112	44,1	45,15	
	verheiratet	65	25,6	26,20	
	in Partnerschaft	17	6,7	6,85	
	geschieden	25	9,8	10,10	
	verwitwet	25	9,8	10,10	
	getrennt lebend	4	1,6	1,60	
	Gesamt	248	97,6	100,0	
Keine Angabe	Gesamt	6	2,4		
Gesamt	1	254	100,0		

Tabelle 3: Angaben zum Familienstand (SFB Frage 1, n=248, keine Angabe=6)

3.2.1.3. Wohnverhältnisse

Die Frage nach den Wohnverhältnissen (SFB, Frage 1 "Patient wohnt mit?") verdeutlicht, dass ein hoher Prozentsatz der erfassten Patienten (n=213, keine Angabe=41) tatsächlich allein lebte. Ein Anteil von über 46,4% (n=99) der Patienten, die eine Angabe gemacht hatten, gab an, allein zu wohnen und 3,8% (n=8) allein mit Kind.

3.2.2. Nähere Umstände des Suizidversuchs

3.2.2.1. Aufnahmesituation in der Klinik

Protokolliert wurden das Datum, der Wochentag und die Uhrzeit des Suizidversuchs (SFB Fragen 6, 7 und 8 "Suizidversuch am", "Wochentag" und "Uhrzeit"). Hierbei ergaben sich keine aussagekräftigen Häufungen, die auf Zeitpunkte einer besonders hohen Gefährdung hätten schließen lassen.

Knapp 80% (n=196) der Patienten wurden mit einem Krankenwagen, vom Zuführdienst oder einem Polizeieinsatzfahrzeug in die Klinik transportiert, von den restlichen 20% der Patienten wurde für die Mehrzahl ein privater PKW (n=29) genutzt (SFB Frage 3 "Patient kam mit?", n=246, keine Angabe=8).

Festgehalten wurde außerdem, ob der Patient allein oder in Begleitung in die Klinik gekommen war (SFB Frage 4 "Patient kam?", n=196, keine Angabe=58). Der weitaus größte Anteil von 51% (n=100) der Patienten, für die diese Angabe erfasst wurde, war allein gekommen. Für den größten Anteil der Patienten, die in Begleitung zur Aufnahme gekommen waren, wurde eine Person aus dem persönlichen Umfeld wie Partner/Partnerin (23,5%, n=46), Freundin (11%, n=22) oder Familienangehörige (3,5%, n=7) dokumentiert. Weniger als 10% (n=9) der Patienten wurden von einem Nachbarn oder einem professionellen Helfer begleitet.

Hinsichtlich des Aufnahmesettings wurde differenziert in ambulant, stationär oder stationär auf einer Intensivstation (n=248, keine Angabe=6). Für die letztere Gruppe, die einen Prozentsatz von 13% (n=33) ausmachte, ist von einer besonderen Schwere des Suizidversuchs auszugehen. Eine Aufnahme in einer Ambulanz ergab sich für 19% (n=47) der Patienten und

neben den stationär auf einer Intensivstation aufgenommenen Patienten wurde der hohe Anteil von knapp 68% (n=168) initial auf einer Station der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf behandelt.

3.2.2.2. Umstände des Suizidversuchs

Die Frage nach der Person, die den Patienten aufgefunden hatte, deckte auf, dass der größte Anteil von zusammen ca. 57% (n=105) der Patienten nahestehende Personen benannte (SFB Frage 12 "Von wem aufgefunden?", n=183, keine Angabe=71). Die restlichen Angaben verteilten sich auf Nachbarn, Passanten oder die Polizei.

Bei der Wahl des Ortes für den Suizidversuch stand die eigene Wohnung mit 73% (n=185) ganz im Vordergrund (SFB Frage 9 "Ort des Suizidversuchs?"). Die restlichen ca. 27% (n=68) verteilten sich auf die weiteren im folgenden Diagramm genannten Orte.

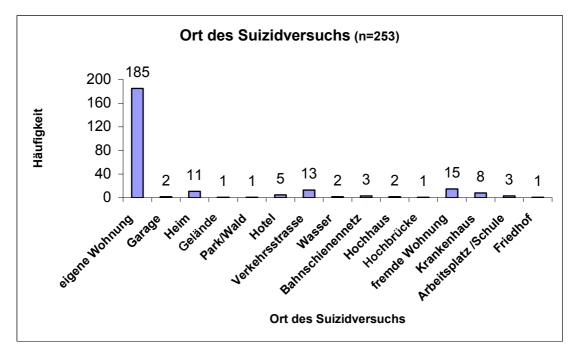


Diagramm 8: Ort des Suizidversuchs (SFB Frage 9, n=253, keine Angabe=1)

Bei der Suizidmethode wurde neben einer exakten Auflistung der Suizidmethoden und einer nachträglichen Klassifizierung nach ICD-10 auch eine Einteilung in sogenannte weiche (z.B. Intoxikationen oder Vergiftung mit Gasen), harte (z.B. Erhängen, Erschießen, Sturz aus großer Höhe oder vor eine Bahn) und kombinierte Methoden vorgenommen (SFB Frage 10

"Suizidmittel/-methode?"). Erwartungsgemäß zeigte sich hier, dass überwiegend weiche Methoden zur Anwendung kamen.

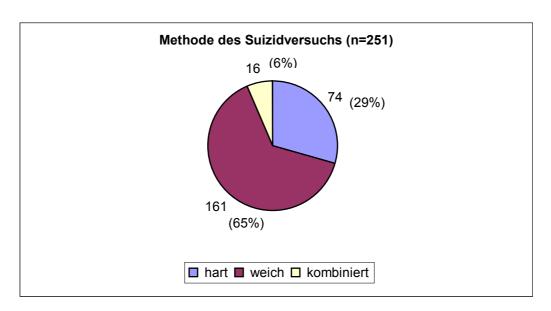


Diagramm 9: Methode des Suizidversuchs (SFB Frage 10, n=251, keine Angabe=3)

Die Arzneimittelintoxikationen, vorwiegend mit Tranquilizern, standen mit insgesamt 64% (n=161) bei den angewendeten Methoden im Vordergrund, hinzu kommen 2% (n=5) Alkoholintoxikationen. Als nächsthäufigste Methoden sind Schnittverletzungen (ca. 21%, n=52) und ein Sturz aus großer Höhe (ca. 4%, n=11) zu nennen.

Bei den kombinierten Methoden standen Mischintoxikationen sowie Kombinationen aus Intoxikation und harten Methoden, insbesondere Erhängen, Ertrinken, Erschießen, Verbrennen, Schneiden oder Stürzen aus großer Höhe, im Vordergrund.

Bei der Untersuchung des Geschlechtsverhältnisses der unterschiedlichen Methoden fällt der hohe Frauenanteil bei den weichen Suizidmethoden auf, während das Geschlechtsverhältnis bei den harten Suizidmethoden annähernd ausgeglichen ist. Bei den relativ wenigen Patienten, die eine kombinierte Suizidmethode benutzten, überwiegen die Männer. Die absolute und prozentuale Häufigkeit wird in dem nachfolgenden Diagramm angegeben

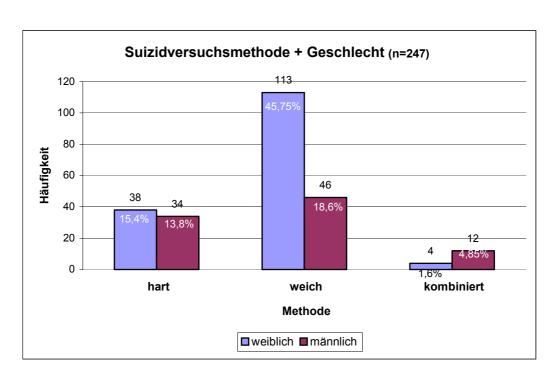


Diagramm 10: Suizidversuchsmethode und Geschlechtsverhältnis (SFB Frage 10, n=247, keine Angabe=7)

Ein hoher Prozentsatz der Suizidversuche wurde unter dem Einfluss von Alkohol verübt (SFB Frage 11 "Suizidversuch unter Alkohol?"), für 8% (n=20) der Patienten lagen hierzu keine Angaben vor.

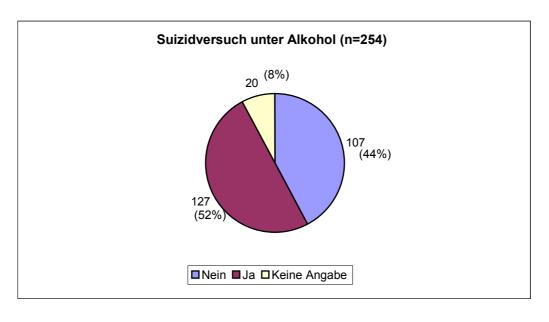


Diagramm 11: Anteil der Suizidversuche unter Alkoholeinfluss (SFB Frage 11, n=254)

3.2.2.3. Unmittelbare Folgeerscheinungen des Suizidversuchs

Die ausführliche Dokumentation der Verletzungen bei 29% (n=74) der 254 Patienten, unterschieden in Verbrennungen, Schnittwunden, Prellungen, Frakturen, Quetschungen oder Risse innerer Organe und Polytraumata, ergab einen hohen Anteil leichter Verletzungen (SFB Frage 13 "Mit Verletzungen aufgefunden?"). Den größten Anteil hiervon machten leichte Schnittverletzungen mit ca. 45% (n=33) aus. Der Anteil schwerer und lebensgefährlicher Verletzungen betrug 22% (n=16).

Die dokumentierte Vigilanz in der Situation des Auffindens war bei 13% (n=32) komatös, bei 44,3% (n=109) somnolent und bei 42,7% (n=105) wach und klar (SFB Frage 14 "In welcher Bewusstseinslage aufgefunden?").

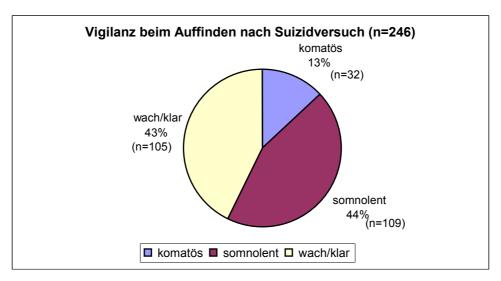


Diagramm 12: Vigilanz beim Auffinden nach dem Suizidversuch (SFB Frage 14, n=246, keine Angabe=8)

3.2.2.4. Frühere Suizidversuche

Von 226 der 254 Patienten wurde eine verwertbare Angabe zu früheren Suizidversuchen gemacht, von diesen hatten insgesamt 49% (n=111) der Patienten einen früheren Suizidversuch verübt. 31% (n=70) dieser Patienten gaben *einen* früheren Suizidversuch an, 8% (n=18) der Patienten zwei Suizidversuche und 3,5% (n=8) der Patienten drei Suizidversuche (SFB Frage 16 "Frühere Suizidversuche?").

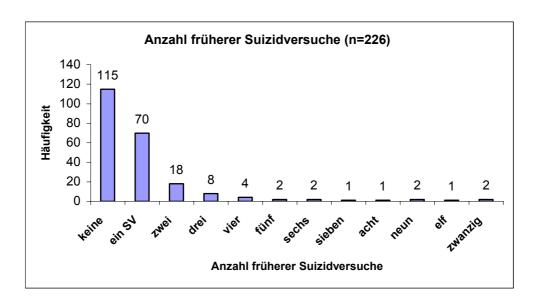


Diagramm 13: Anzahl früherer Suizidversuche (SFB Frage 16, n=226, keine Angabe=28)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1961	1	0,39	0,98	0,98
	1964	1	0,39	0,98	1,96
	1966	1	0,39	0,98	2,94
	1968	1	0,39	0,98	3,92
	1971	1	0,39	0,98	4,90
	1972	1	0,39	0,98	5,88
	1973	1	0,39	0,98	6,86
	1974	3	1,16	2,94	9,80
	1976	1	0,39	0,98	10,78
	1978	6	2,32	5,88	16,67
	1979	4	1,54	3,92	20,59
	1980	3	1,16	2,94	23,53
	1981	3	1,16	2,94	26,47
	1983	4	1,54	3,92	30,39
	1984	8	3,09	7,84	38,24
	1985	4	1,54	3,92	42,16
	1986	6	2,32	5,88	48,04
	1987	11	4,25	10,78	58,82
	1988	25	9,65	24,51	83,33
	1989	17	6,56	16,67	100,00
	Gesamt	102	39,38	100,00	
Fehlend		152	60,62		
Gesamt		254	100,00		

Tabelle 4: Jahr des früheren Suizidversuchs 1 (SFB Frage 16, n=102, keine Angabe=152)

Neben dem im Untersuchungszeitraum von August 1988 bis Oktober 1989 verübten Indexsuizidversuch gaben 102 Patienten (40% der Stichprobe von 254) den Zeitpunkt eines weiteren Suizidversuchs an. Bemerkenswert ist hierbei, dass 53 Patienten (52% von 102 Patienten mit einem dem Indexsuizidversuch vorangegangenen Suizidversuch, 20% der Stichprobe von 254) den vorangegangenen Suizidversuch innerhalb *eines* Jahres vor dem Indexsuizidversuch verübt hatten.

3.2.3. Selbsteinschätzungen

3.2.3.1. Entwicklung der Suizidalität

Die angegebene Dauer von Suizidgedanken und –phantasien bezogen auf den Indexsuizidversuch zeigt eine Spanne von einem abrupten Entschluss bis "schon immer" (SFB Frage 17 "Seit wann Suizidgedanken/-Phantasien bzgl. des Indexsuizidversuchs?"). Von den 87,4% der Patienten (n=222), die hierzu eine verwertbare Angabe machten, gaben 37% (n=88) eine kurze Dauer von Stunden bis zu Tagen an. 45% (n=108) hatten Suizidgedanken zwischen Tagen und einem Jahr. Die restlichen 6% (n=26) der Patienten klagten über Suizidgedanken zwischen Jahren und "schon immer". 12,6% (n=32) der Patienten machten keine verwertbaren Angaben.

Gefragt nach der "Dauer zwischen dem Entschluss zum Suizidversuch und der Durchführung?" gaben 52,5% (n=120) der Patienten, für die eine verwertbare Angabe vorlag, eine impulsive Durchführung des Suizidversuch abrupt oder innerhalb einer Stunde nach dem Entschluss an. 33,5% (n=77) berichteten, den Entschluss innerhalb von 1 Stunde bis zu 2 Tagen umgesetzt zu haben. 8% (n=19) schätzten die Dauer auf einen Zeitraum von 2 Tagen bis zu einer Woche ein und die restlichen 6% (n=14) gaben einige Wochen bis zu 10 Jahren an (SFB Frage 18 "Seit wann Entschluss zum Suizid bezogen auf den Indexsuizidversuch?").

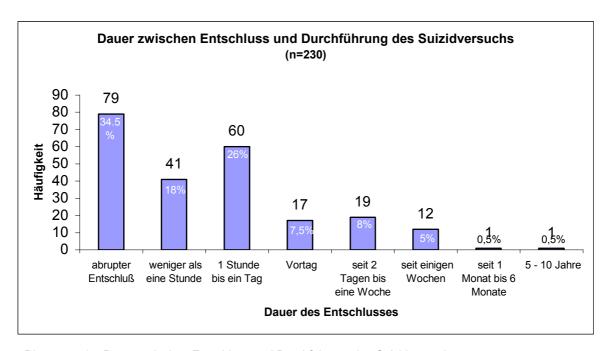


Diagramm 14: Dauer zwischen Entschluss und Durchführung des Suizidversuchs (SFB Frage 18, n=230, keine Angaben=14)

3.2.3.2. Vorbehandlungen

Ein hoher Prozentsatz von 49% (n=124) der Patienten gab an, sich in der suizidalen Situation in einer Vorbehandlung befunden zu haben (SFB Frage 19), 47,5% (n=121) verneinten diese und 3,5% (n=9) machten keine Angaben.

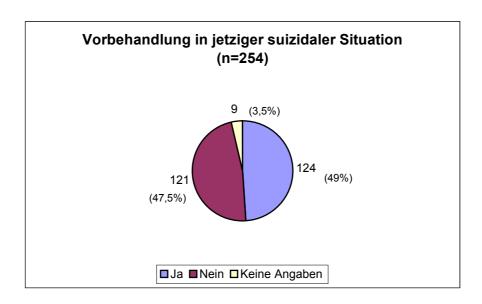


Diagramm 15: Häufigkeit von Vorbehandlungen in der aktuellen suizidalen Situation (SFB Frage 19, n=254)

Die angegebenen Vorbehandlungen (SFB Frage 20, n=126, keine Angaben=128) verteilten sich auf 35% (n=44) ambulante psychiatrische, 26% (n=33) stationäre oder teilstationäre psychiatrische, 9% (n=11) ambulante psychotherapeutische und 20,5% (n=26) ambulante hausärztliche Behandlungen. Die restlichen 9,5% (n=12) der Vorbehandlungen bezogen sich auf stationäre Behandlungen in anderen Fachrichtungen, psychosoziale Betreuungen oder paramedizinische Maßnahmen.

3.2.3.3. Suizidmotivation

Die Frage "Wollten Sie sterben?" (SFB Frage 21, n=254) beantworteten 66,5% (n=169) der Patienten mit "ja", 18% (n=45) der Patienten mit "nein" und die restlichen 15,5% (n=40) der Patienten machten keine verwertbaren Angaben.

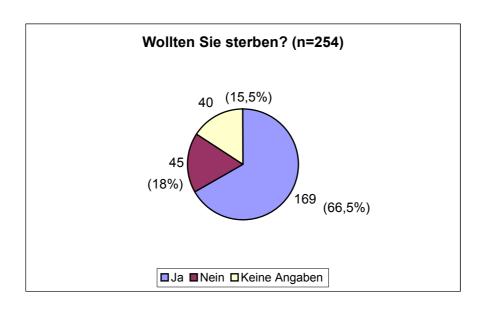


Diagramm 16: Antworten auf die Frage "wollten Sie sterben?" (SFB Frage 21, n=254)

Auf die Frage "Hatten Sie mit einem Gelingen des Suizidversuchs gerechnet?" (SFB Frage 22, n=254) antworteten 55,5% (n=141) der Patienten "ja" und nur 20% (n=50) "nein", die restlichen Patienten (24,5%, n=63) machten keine verwertbaren Angaben.

Die Frage nach dem "Grund für die Wahl der Methode?" (SFB Frage 22a, n=254) beantworteten 43% (n=109) der Patienten und 57% (n=145) machten keine Angaben. 32% (n=35) der Patienten, die eine verwertbare Angabe machten, antworteten, "dass das Mittel gerade zur Hand gewesen sei", 18% (n=20) betonten "eine angenehme Methode ohne Schmerzen gewählt zu haben" und 14% (n=15) gaben an, "nichts anderes zur Hand gehabt zu haben". "Die Wahl aufgrund der Sicherheit der Methode getroffen zu haben" gaben dagegen nur 8,5% (n=9) der Patienten an. Die restlichen Patienten machten die Angaben "einfache und saubere Methode" (7%, n=8), "ich wollte gerettet werden" (5,5%, n=6), "ich wollte vielleicht doch nicht sterben" (5,5%, n=6), "ich habe nicht darüber nachgedacht" (4,5%, n=5), "ich wollte nur schlafen" (3%, n=3), "damit kann ich anderen nicht schaden" (1%, n=1) sowie "aus schlechten Erfahrungen mit anderen Methoden" (1%, n=1)

Die Frage "Haben Sie einen Abschiedsbrief verfasst?" (SFB Frage 23, n=254) beantworteten 20% (n=51) der Patienten mit "ja", 74% (n=188) mit "nein" und die restlichen 6% (n=15) machten keine Angaben.

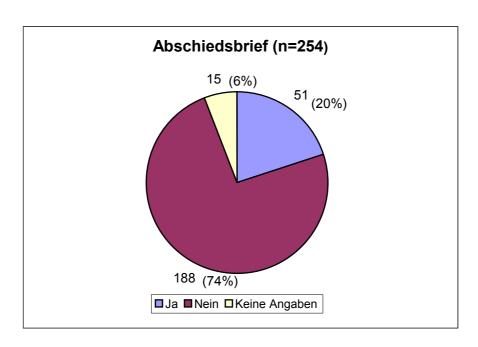


Diagramm 17: Antworten auf die Frage nach dem Verfassen eines Abschiedsbriefs (SFB Frage 23, n=254)

Auf die Frage "Warum wollten Sie sterben?", wurden Mehrnennungen registriert (SFB Frage 24, n=387). Genannt wurden in absteigender Häufigkeit die Gründe allgemeine Hoffnungslosigkeit (36,3%, n=82), Partnerschaftskonflikt/Trennung (35,8%, n=81), Versagensgefühle (16,4%, n=37), familiäre Probleme (12,8%, n=29), Einsamkeit/soziale Isolierung (11,5%, n=26), berufliche/schulische Probleme (10,2%, n=23), eigene schwere Krankheit (9,7%, n=22), Psychose (5,8%, n=13), Suchtprobleme (5,8%, n=13), Angstzustände (5,3%, n=12), finanzielle Probleme (3,5%, n=8), drohender sozialer Abstieg (3,1%, n=7), Konflikt im sozialen Umfeld (2,7%, n=6), Tod von Partner, Angehörigen oder Freund (1,3%, n=3) und sexuelle Problematik (1,3%, n=3) sowie Co-Abhängigkeit (0,4%, n=1). 9,3% (n=21) der Patienten gaben an "*nicht* sterben gewollt zu haben".

Aus den Antworten wurden darüber hinaus von der Arbeitsgruppe Angaben zur angsterfüllten Situation und zur zeitlichen Dynamik eines bestehenden Konfliktes abgeleitet. Hierbei ergab sich, dass 10% (n=26) der Patienten aus Angst vor einer möglichen Situation und 68,5% (n=174) aus Angst vor einer tatsächlich vorliegenden Situation sterben wollten, die restlichen 21,5% (n=54) antworteten "nicht sterben gewollt zu haben" oder machten keine verwertbaren Angaben. Der angegebene Konflikt wurde bei 41% (n=105) der Patienten als "chronisch", bei 33% (n=83) als "aktuell" und bei 5,5% (n=14) als "chronisch mit akuter Dekompensation" eingestuft, zu 20.5% (n=52) der Patienten wurden keine Angaben gemacht.

Auf die Frage "Wen würde Ihr Tod am meisten berühren?" (SFB Frage 25, n=254) gaben der größte Anteil von 44% (n=111) der Patienten einen vertrauten Menschen wie einen Verwandten oder einen Partner an, 1,5% (n=4) eine Person, mit der eine professionelle Beziehung bestand, 1,5% (n=4) Passanten und 1,5% (n=4) *keine* Person an. Die restlichen 51,5% (n=131) der Patienten machten zu dieser Frage die Aussage "unklar" oder "weiß nicht" oder keine Angaben.

Die "Schuld am Suizidversuch" (SFB Frage 27, n=254) wiesen der größte Anteil von 19% (n=48) der Patienten am ehesten einer vertrauten Person, 1,5% (n=4) einer weniger vertrauten Person und 0,5% (n=1) dem behandelnden Psychiater zu. 1% (n=3) der Patienten gaben sich selbst die Schuld. 55% (n=139) der Patienten gaben "niemand" die Schuld und 23% (n=59) machten keine Angaben.

Auf die Frage "Hätte jemand aus der Umgebung etwas von Ihrer inneren Gemütsverfassung bemerken müssen?" (SFB Frage 28, n=254) antworteten 39% (n=100) der Patienten "ja", 32% (n=81) "nein", 21% (n=53) "weiß nicht" und 8% (n=20) machten keine Angaben. Auf die sich hieran anschließende Frage "Welche Person hätte etwas bemerken müssen?" (SFB Frage 28, n=254) nannten 27,5% (n=70) der Patienten eine vertraute Person, 5% (n=12) einen Behandler bzw. eine Institution und 1,5% (n=4) einen Nachbarn. 66% (n=168) der Patienten machten hierzu keine Angaben.

18,5% (n=47) der Patienten bejahten die Frage "Haben Sie mit jemand aus ihrem Umkreis konkret über Ihre Suizidgedanken gesprochen?" (SFB Frage 29, N=254) und benannten zu 13,5% (n=34) eine vertraute Person. 3,5% (n=9) der Patienten nannten einen Behandler und 1,5% (n=4) einen Nachbarn oder Gastwirt. 81,5% (n=207) der Patienten antworteten mit "weiß nicht" oder machten keine Angaben.

Die Frage "Haben Sie jemand vor dem Suizidversuch um Hilfe gebeten?" (SFB Frage 30, n=254), beantworteten 14,5% (n=37) der Patienten mit "ja". 6,5% (n=16) der Patienten benannte eine vertraute Person und 8% (n=21) der Patienten einen Behandler bzw. eine Institution. 85,5% (n=217) der Patienten gaben die Antwort "keiner", "weiß nicht" oder machten keine Angaben.

3.2.3.4. Reaktion auf das Misslingen des Suizidversuchs

Gefragt nach dem "Gefühl nach Misslingen des Suizidversuchs" (SFB Frage 31, n=254) gaben die Patienten verschiedene Gefühle, Gedanken, Mischzustände und körperliche Empfindungen an. Auffällig erschien der hohe Anteil sich erleichtert fühlender Patienten von 24,5% (n=62). Das Gefühl von Verzweiflung gaben 20,5 % (n=52) der Patienten an, 18 % (n=46) Gleichgültigkeit und 6,5% (n=16) Wut. Bei den ebenfalls möglichen freien Antworten gaben 5% (n=13) der Patienten an, sich beschämt zu fühlen. 6,7% (n=17) machten keine Angaben.

Auf die Frage "Wie stehen Sie jetzt zum Misslingen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 32, n=254) ergaben sich Verschiebungen in der Qualität der angegebenen Empfindungen. So gaben beispielsweise mit 41% (n=104) deutlich mehr Patienten an, sich erleichtert zu fühlen. Für das Gefühl von Verzweiflung entschieden sich mit 15% (n=39), für Gleichgültigkeit mit 14% (n=35) und für Wut mit 3% (n=7) deutlich weniger Patienten. Beschämt fühlten sich mit 2,5% (n=6) ebenfalls weniger Patienten.

Auf die Frage "Haben Sie Schuldgefühle wegen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 33, n=254) antwortete die Mehrzahl von 44,5% (n=113) der Patienten "nein", nur 33% (n=83) "ja" und 18,5% (n=47) "weiß nicht". 4% (n=11) der Patienten machten keine verwertbaren Angaben.

Die Mehrzahl der Patienten waren der Meinung "Hilfe zur Lösung ihrer Schwierigkeiten zu benötigen" (SFB Frage 34, n=254). 60% (n=159) der Patienten antworteten auf die entsprechende Frage "ja", 14,5% (n=37) "nein" und 23,5% (n=60) "weiß nicht". 2% (n=4) der Patienten machten keine Angaben.

40% (n=102) der Patienten beantworteten die hieran anschließende Frage "Wer kann Ihnen am besten bei den Schwierigkeiten helfen?", 60% (n=152) machten keine Angaben. 9% (n=23) der Patienten nannten eine vertraute Person, 29% (n=73) einen professionellen Helfer bzw. eine entsprechende Institution und 0,5% (n=1) einen Nachbarn.

Die Frage "Haben Sie jetzt noch Suizidabsichten?" (SFB Frage 35) beantworteten insgesamt 98,4% (n=250) der Patienten, keine Angaben machten 1,6% (n=4). Der größte Anteil von 66% (n=167) der Patienten antwortete hierauf "nein", 16% (n=40) der Patienten antworteten "ja" und 17% (n=43) "weiß nicht".

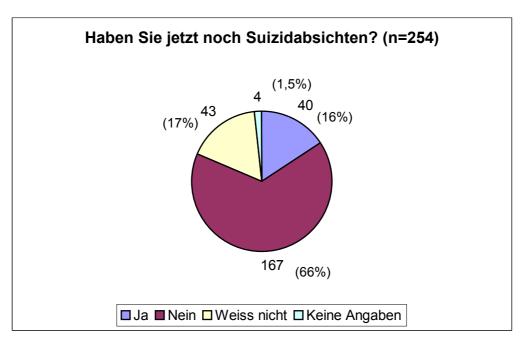


Diagramm 18: Antworten auf die Frage nach fortbestehenden Suizidabsichten (SFB Frage 35, n=254)

3.2.3.5. Suizidalität im Umfeld

Auf die Frage "Ob in der Familie oder der Lebensumgebung Suizide oder Suizidversuche bekannt seien?" (SFB Frage 36, n=254) gaben 92% (n=233) der Patienten eine verwertbare und 8% (n=21) keine Antwort. Die Mehrzahl von 56% (n=143) der Patienten verneinte die Frage, 24% (n=60) gaben an, dass Suizide oder Suizidversuche bekannt seien, 12% (n=30) antworteten "weiß nicht".

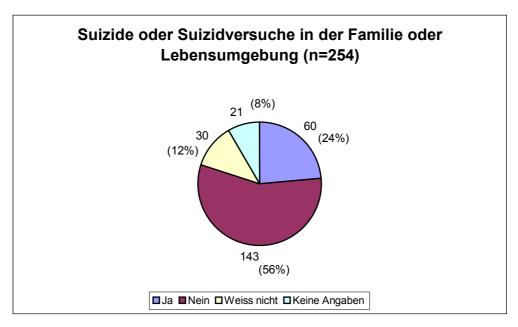


Diagramm 19: Antworten auf die Frage "Sind Ihnen in Ihrer Familie oder Lebensumgebung Suizide oder Suizidversuche bekannt?" (SFB Frage 36, n=254)

3.2.4. Fremdeinschätzung der Untersucher

3.2.4.1. Suizidmotivation

Für die Mehrzahl von 77% (n=146) der Patienten wurde festgehalten, dass der Suizidversuch nicht angekündigt worden war (SFB Frage 41 "Hat der Patient seinen Suizidversuch angekündigt?"). 20% (n=50) der Patienten hatten dagegen den Suizidversuch angekündigt, für 23% (n=58) fehlten verwertbare Angaben.

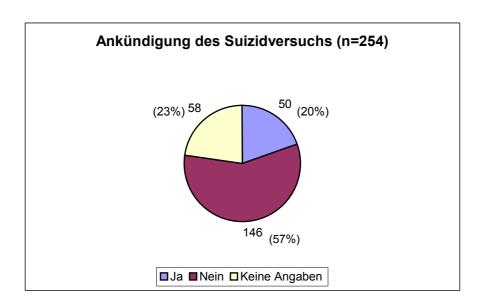


Diagramm 20: Häufigkeit der Ankündigung des Suizidversuchs (SFB Frage 41, n=254)

Für 16% (n=40) der Patienten wurde darüber hinaus festgehalten, wem gegenüber der Suizidversuch angekündigt worden war, für 84% (n=214) wurden keine Angaben gemacht. Bei 65% (n=26) der Patienten, für die eine Angabe vorlag, handelte es sich hierbei um eine vertraute Person, für 20% (n=8) wurde ein professioneller Helfer und für 15% (n=6) eine weniger nahestehende Person genannt.

Für 99% (n=251) der Patienten wurde eine Einschätzung abgegeben, ob der Suizidversuch als Affekt-/Impulshandlung, als Appell oder als Ausdruck einer schon länger erlebten subjektiven Aussichtslosigkeit zu interpretieren sei (SFB Frage 42 "Der Suizidversuch ist überwiegend zu verstehen als:").

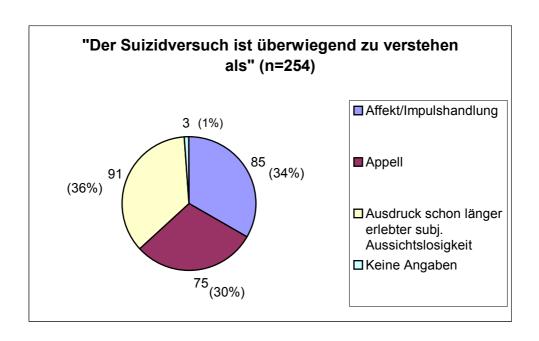


Diagramm 21: Interpretation des Suizidversuchs durch den Untersucher (SFB Frage 42, n=254)

Die Schwere des Suizidversuchs wurde für 56% (n=143) der Patienten als ernsthaft, für 30% (n=76) als eher nicht ernsthaft und für 14% (n=35) als parasuizidale Geste eingestuft (SFB Frage 43 "Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs", n=254).

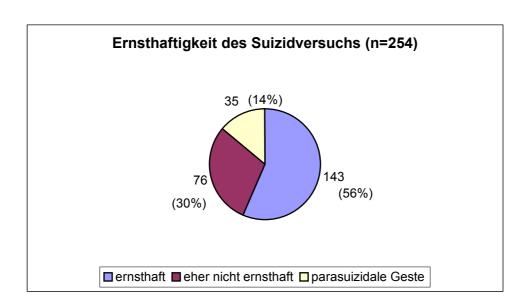


Diagramm 22: Beurteilung der Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs durch den Untersucher (SFB Frage 43, n=254)

Die Frage "Richtet sich der Suizidversuch an eine benennbare Person?" (SFB Frage 44) beantworteten die Untersucher für 52% (n=133) der Patienten mit "ja", für 25% (n=63) mit nein und für 23% (n= 58) wurden keine Angaben gemacht. Für 51,2% (n=130) der Patienten

wurde eine benennbare Person, vor allem der Partner oder die Partnerin (67%, n=87), angegeben und für 48,8% (n=124) wurden keine Angaben gemacht.

Für 51% (n=130) der Patienten erfolgte eine Angabe zu der Frage "An wen richtet sich der Suizidversuch?" (SFB Frage 44). Im Vordergrund standen hierbei mit einem Anteil von 47% (n=119) vertraute Personen, vor allem der Partner und deutlich seltener die Eltern, Kinder, andere Angehörige, die Freundin oder der Expartner. Deutlich geringer war nach der Einschätzung der Untersucher der Anteil professioneller Helfer mit 3% (n=9), wie der Psychotherapeut, der Psychiater oder der Hausarzt. Als weitere Personen wurden für 1% (n=2) der Patienten ein Nachbar und ein Gastwirt benannt. Für 49% (n=124) der Patienten wurden keine Angaben gemacht.

Die Einschätzung auf die Frage "Ausmaß der Suizidalität zu Beginn und am Ende des Gesprächs?" (SFB Frage 45, n=254) zeigte eine deutliche Abnahme der akuten, latenten und fraglichen Suizidalität von 12% (n=30) auf 7,5% (n=19) für die akute Suizidalität bzw. von 29% (n=74) auf 26% (n=66) für die latente und von 25% (n=64) auf 15,7% (n=40) für die fragliche Suizidalität. Im Verlauf des Gesprächs stieg dagegen der Anteil, der als nicht mehr suizidal eingeschätzten Patienten von 34% (n=86) auf 50,0% (n=127). Für 0,8% (n=2) der Patienten wurde am Ende des Gesprächs keine Einschätzung vorgenommen.

Darüber hinaus erfolgte eine Einschätzung durch den Untersucher, ob der Patient im Verlauf des Gesprächs hoffnungsloser bzw. hoffnungsvoller, belasteter bzw. entlasteter, abweisender bzw. zugewandter, konfliktverleugnender bzw. konfliktbewusster wirkte (SFB Fragen 49–52). Eine geringfügige bis leichte Besserung war in einem Prozentsatz von 95% (n=242) für hoffnungsvoller sowie in absteigender Folge für konfliktbewusster von 91% (n=232), entlasteter von 88% (n=223) und zugewandter von 80% (n=204) eingeschätzt worden.

3.2.4.2. Psychiatrische Diagnosen

Von den Untersuchern wurde für 96% (n=243) der Patienten eine psychiatrische/neurosenpsychologische Diagnose gestellt (SFB Frage 53, n=254). Einschränkend ist festzuhalten, dass keine Mehrfachnennungen erfolgten, obwohl für einen Teil der Patienten sicher Störungen auf den verschiedenen Achsen der diagnostischen Klassifikation (ICD-9) festzustellen gewesen wären. Außerdem wurden für 16% (n=41) der Patienten keine psychiatrische Diagnosen sondern eine soziale Problematik (13,5%, n=34), eine somatische Grunderkrankung (1,5%, n=4) oder eine parasuizidale Geste bzw. Appell (1%, n=3) genannt.

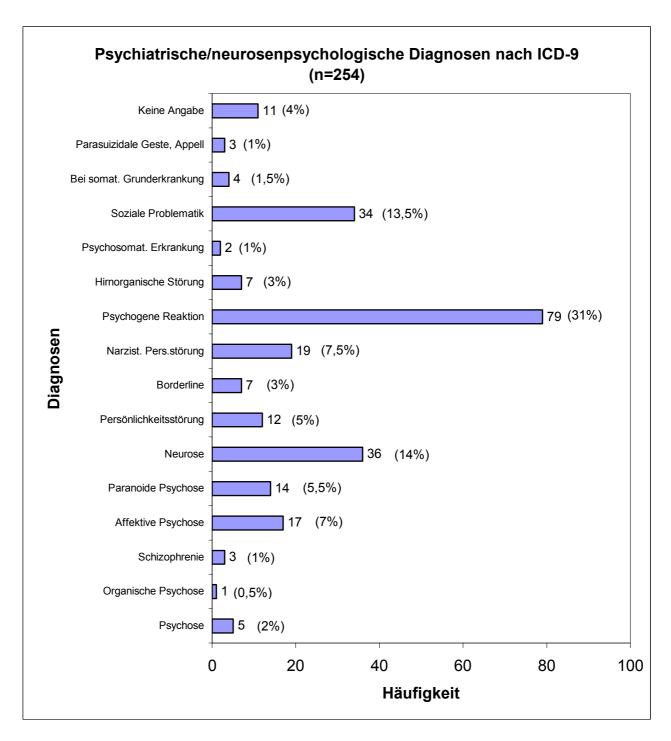


Diagramm 23: Psychiatrische/neurosenpsychologische Diagnosen der Stichprobe nach ICD-9 (SFB Frage 53, n=243, keine Angaben=11)

Im Vordergrund standen psychogene Reaktionen mit einem Anteil von 31% (n=79), Persönlichkeitsstörungen mit 16% (n=38), davon 8% (n=19) narzisstische Persönlichkeits-

störungen und 3% (n=7) Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Neurosen mit 14% (n=36), affektive Psychosen mit 7% (n=17) und paranoide Psychosen mit 6% (n=14).

Parallel zur vorläufigen Diagnose wurde für 93% (n=237) der Patienten eine Aussage zur Depressivität getroffen. Diese Aussage ist syndromatisch aufzufassen und nicht mit der psychiatrischen Diagnose einer Depression gleichzusetzen. Für den hohen Anteil von 70% (n=178) wurde ein depressives Syndrom gesehen, hiervon waren 64% Frauen und 36% Männer.

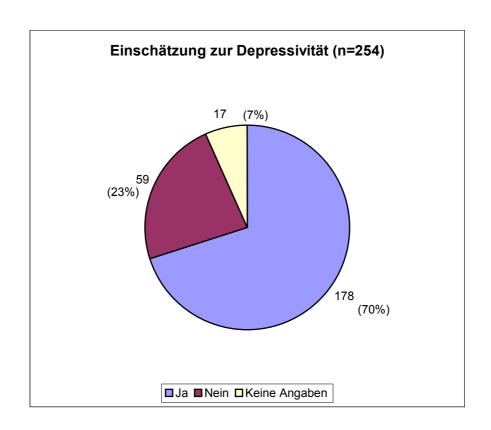


Diagramm 24: Einschätzung der Depressivität (SFB Frage 53, n=254)

3.2.4.3. Andere Diagnosen von Belang

Als andere Diagnosen von Belang wurden für 51% (n=129) der Patienten ein Abusus von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen oder neurologische, internistische, chirurgische, gynäkologische, urologische, dermatologische und otologische Erkrankungen festgestellt. Den größten Anteil von 27,5% (n=71) machte hierbei die Gruppe der Patienten mit einem Abusus von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen aus.

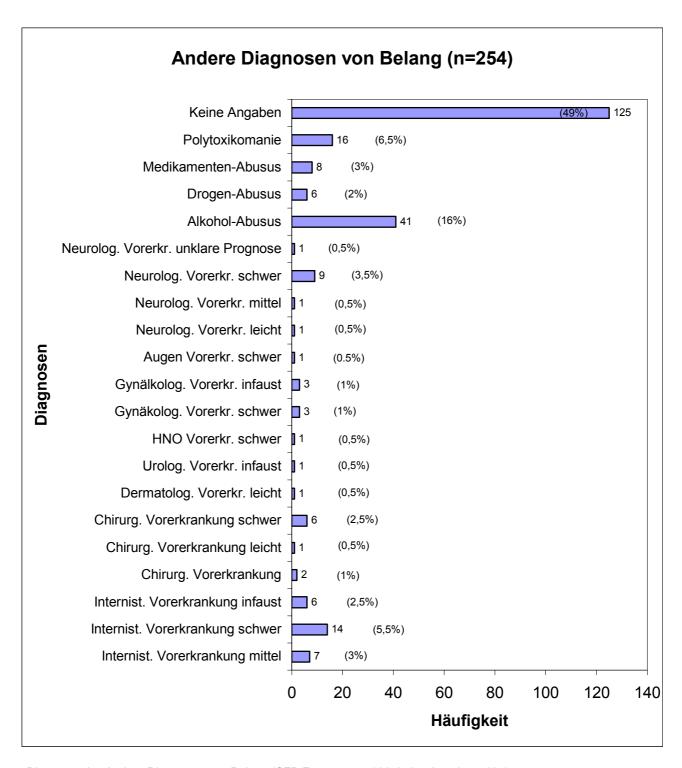


Diagramm 25: Andere Diagnosen von Belang (SFB Frage 54, n=129, keine Angaben=125)

3.2.4.4. Therapie nach dem Indexsuizidversuch

Die Frage "Wird der Patient professionelle Hilfe annehmen können?" (SFB Frage 55, n=254), wurde von den Untersuchern für 64% (n=163) der Patienten beantwortet, für die restlichen 36% (n=91) der Patienten wurden keine Angaben gemacht. Die Frage wurde für 87% (n=142) der Patienten mit "ja" und für 13% (n=21) mit "nein" beantwortet.

Als Gründe für die fehlende Möglichkeit professionelle Hilfe anzunehmen (SFB Frage 55, n=29, keine Angaben=225) wurden für 11% (n=29) der Patienten in absteigender Häufigkeit Widerstand für 35% (n=10), mangelnde Krankheitseinsicht und Kontaktstörung für je 17% (n=5), mangelnde Kooperation für 14% (n=4), im Vordergrund stehende soziale Situation für 10% (n=3) sowie fehlendes soziales Umfeld und im Vordergrund stehende Suchtproblematik für je 3,5% (n=1) genannt.

Für einen Anteil von 59,5% (n=151) der Patienten sahen die Untersucher eine stationäre Behandlung vor (SFB Frage 57 "Vorgesehene Behandlung:", n=254). Für 58% (n=148) dieser Patienten wurde auch eine Angabe über den Ort der stationären Aufnahme vorgenommen, hiervon sollten 89% (n=131) der Patienten in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden, 2% (n=3) auf eine Intensivstation und die restlichen 9% in Kliniken anderer Fachrichtungen.

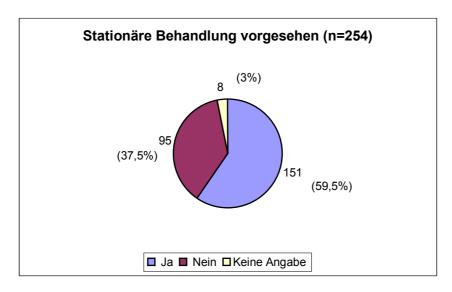


Diagramm 26: Anteil der Patienten für die eine stationäre Behandlung vorgesehen wurde (SFB Frage 57, n=254)

Für 38,6% (n=98) der Patienten wurde von den Untersuchern eine weiterführende ambulante Behandlung genannt und für 24,8% (n=63) nicht vorgesehen (SFB Frage 57, keine Angaben=93, 36,6%). Von 37% (n=93) dieser Patienten wurde in absteigender Häufigkeit die Behandlung in einer psychiatrischen Nachsorgeeinrichtung für 45% (n=42), ambulant psychiatrisch für 27% (n=25), ambulant psychotherapeutisch für 16% (n=15), im Rahmen einer psychosozialen Betreuung für 10% (n=9) und jeweils für 1% (n=1) der Patienten teilstationär oder durch den Hausarzt angegeben.

3.2.4.5. Emotionale Reaktionen der Untersucher auf den Patienten

Abschließend trafen die Untersucher eine Aussage über ihre emotionale Reaktionen auf den Patienten mit der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen. Hierbei fiel der hohe Prozentsatz gemäßigter Aussagen auf. 34,68% der befragten Untersucher (n=86) gaben "teilnehmend" an. Dagegen wurden aversive Reaktionen wie beispielsweise Ärger mit einer Nennung von 16,53% der Untersucher (n=41) seltener angegeben. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass 17,34% der befragten Untersucher (n=43) nicht auf die Frage eingegangen sind.

Emotionale Reaktionen der Untersucher (Mehrfachnennungen)				
	Häufigkeit	Prozent		
teilnehmend	86	34,68		
Sympathie	45	18.15		
geht nicht auf Frage ein	43	17,34		
ärgerlich	41	16,53		
betroffen	30	12,10		
verständnisvoll	29	11,69		
angestrengt	20	8,06		
frustriert	16	6,45		
besorgt	16	6,45		
remd, distanziert	16	6,45		
ablehnend	15	6,05		
peschützend	12	4,84		
neutral	11	4,44		
gleichgültig	11	4,44		
nilflos	11	4,44		
freundlich, distanziert	10	4,03		
resigniert	6	2,42		
traurig	6	2,42		
respektvoll	5	2,02		
Angst	3	1,21		
ungeduldig	1	0,40		
Gesamt	433	174,60		

Tabelle 5: Emotionale Reaktionen der Untersucher (SFB Frage 58, n=433)

3.3. Vitalstatusüberprüfung

Die Ergebnisse der Vitalstatusüberprüfung bei den Einwohnermeldeämtern innerhalb Deutschlands zwischen 2004 und 2006, durchschnittlich 15 bis maximal 18 Jahre nach dem Indexsuizidversuch, ergab für die Gesamtgruppe (n=260) folgende Verteilung.

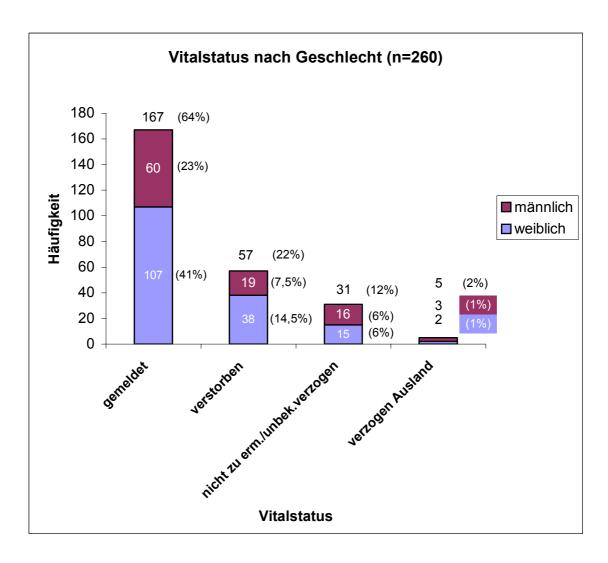


Diagramm 27: Ergebnisse der Vitalstatusüberprüfung differenziert nach Geschlecht (n=260)

Insgesamt 86% (n=224) der ehemaligen Patienten wurden ermittelt. 12% (n=31) der ehemaligen Patienten waren trotz intensiver Nachforschungen nicht zu ermitteln, der größte Teil dieser ist unbekannt verzogen. Ins Ausland verzogen sind insgesamt 2% (n=5) der ehemaligen Patienten, für die ebenfalls keine Überprüfung des Vitalstatus vorgenommen werden konnte.

Von den 260 erfassten Patienten nach Suizidversuch waren insgesamt 57 als verstorben im Nachbeobachtungszeitraum zu erfassen, dies entspricht einer Mortalitätsquote von 22%. Die folgende Graphik verdeutlicht den zeitlichen Verlauf der Todesfälle.

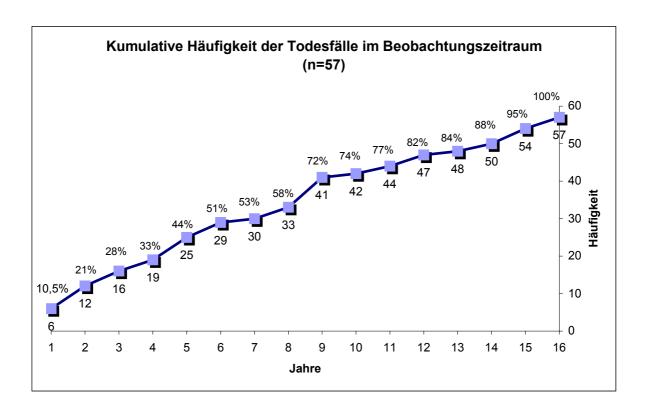


Diagramm 28: Kumulative Häufigkeit der Todesfälle pro Jahr (n=57)

Die Untersuchung der Todesart ergab, dass von den 57 verstorbenen ehemaligen Patienten 40,5% (n=23) eines natürlichen Todes und 33% (n=19) infolge einer nicht natürlichen Todesursache verstorben sind. Für einen Verstorbenen (2%) blieb auch nach der Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf die Todesursache unklar. Die Untersuchung der infolge einer nicht natürlichen Todesursache verstorbenen ehemaligen Patienten ergab, dass von der Gesamtgruppe (n=260) nach dem Indexsuizidversuch 6,9% (n=18) der ehemaligen Patienten durch einen Suizid verstorben sind und lediglich 1 Patient (0,5%) an den Folgen eines Unfalls verstorben ist.

Für 24,5% (n=14) der verstorbenen Personen waren keine Angaben zur Todesursache zu ermitteln, weil die Todesbescheinigung im Gesundheitsamt nicht aufzufinden war und außerdem keine Untersuchung im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf stattgefunden hatte oder sie außerhalb Hamburgs verstorben waren.

Hinsichtlich der Altersverteilung und der Geschlechtsverteilung gab es bei den verschiedenen Todesarten Unterschiede, die in den folgenden Diagrammen veranschaulicht werden.

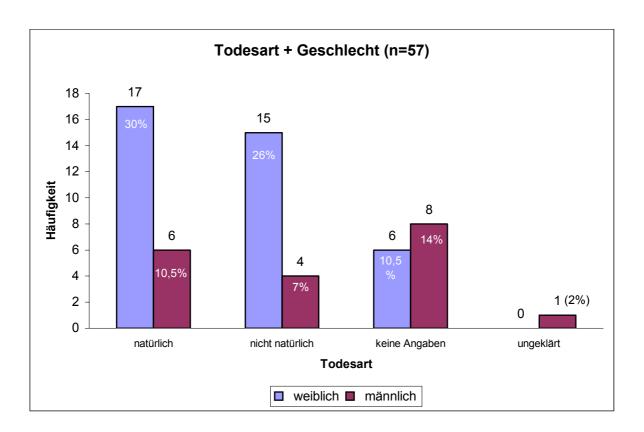
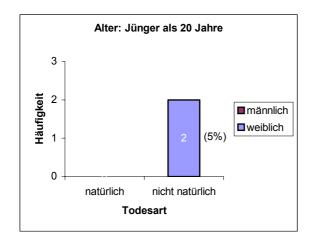
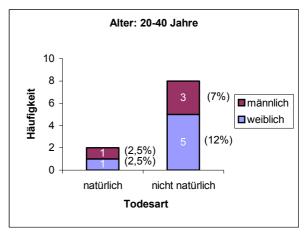


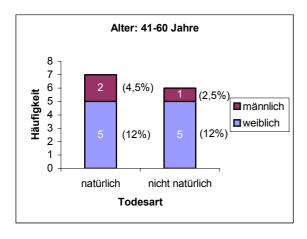
Diagramm 29: Todesart der Verstorbenen differenziert nach Geschlecht (n=57)

Lediglich bei den Verstorbenen, bei denen für die Todesart keine Angaben erhältlich waren, überwogen die Männer, auch der ungeklärte Todesfall betraf einen Mann. Bei den natürlichen und nicht natürlichen Todesarten überwogen die Frauen auch über das Geschlechtsverhältnis der Stichprobe (n=260, Frauen: Männern = 1,6:1) hinaus.

Die folgenden 4 Diagramme zeigen die Altersverteilung für die Todesarten natürlich und nicht natürlich (n=42)







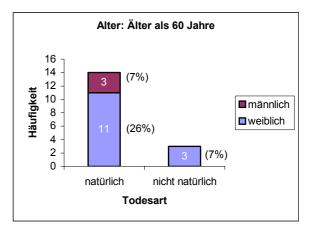


Diagramme 30-34: Altersverteilung für die Todesarten natürlich und nicht natürlich (n=42)

Erwartungsgemäß treten die natürlichen Tode mit zunehmendem Alter häufiger auf. Für die nicht natürlichen Tode liegt für Frauen der höchste Anteil zwischen 20 und 60 Jahren und für Männer zwischen 20 und 40 Jahren.

Anhand der Todesbescheinigungen und, falls nach manuellem Abgleich zu identifizieren, nach den Daten der Sektionsprotokolle, wurde für die Todesart "nicht natürlich" für die Suizide zwischen sicherer, wahrscheinlicher und möglicher Suizid differenziert.

Bezüglich der Methoden der 12 sicheren Suizide ist auf Tabelle 8, Seite 55, zu verweisen.

Bei den 4 wahrscheinlichen Suiziden handelt es sich ausschließlich um Tablettenintoxikationen. Die näheren Todesumstände legten bei diesen Fällen den Verdacht auf einen Suizid nahe, ohne dass hierfür Indizien wie ein Abschiedsbrief vorlagen, und daher mit letzter Sicherheit auch ein Unfall nicht auszuschließen war. Für die 2 möglichen Suizide wurde eine Drogenintoxikation bei bekanntem Drogenabusus nachgewiesen und aufgrund des vorangegangenen Suizidversuchs, auf die Möglichkeit eines Suizids geschlossen, ohne dass diesbezüglich stützende Befunde aus den näheren Todesumständen zu eruieren waren.

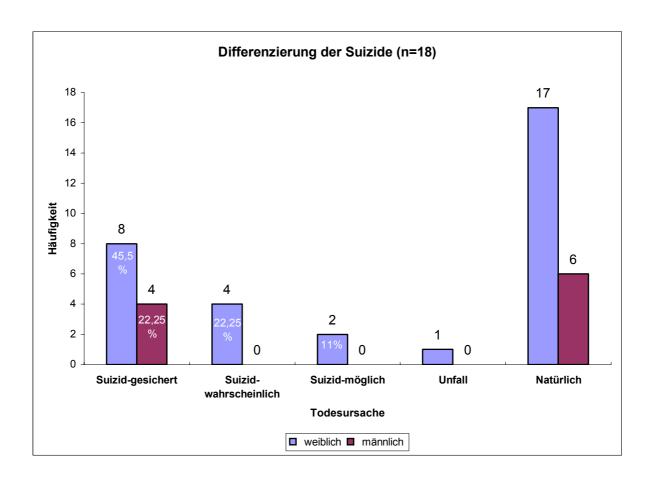


Diagramm 35: Differenzierung der Suizide nach dem Grad der Wahrscheinlichkeit und nach Geschlecht (n=18)

Für das Alter zum Zeitpunkt des Suizids ergab sich für die betroffenen 18 Personen folgende Verteilung:

Alter in Jahren	Häufigkeit	Prozent
15	1	5,56
16	1	5,56
31	1	5,56
34	1	5,56
36	1	5,56
39	2	11,11
41	1	5,56
44	1	5,56
46	2	11,11
49	1	5,56
53	1	5,56
58	1	5,56
59	1	5,56
67	1	5,56
77	1	5,56
82	1	5,56
Gesamt	18	100,00

Tabelle 6: Alter zum Zeitpunkt des Suizids (n=18)

Die nachfolgende Tabelle zeigt das zeitliche Intervall zwischen Indexsuizidversuch und Suizid (n=18), nach 8 Jahren waren keine weiteren Suizide zu sichern. Deutlich wird hierbei, dass der hohe Anteil von 50% (n=9), der an Suizid verstorbenen ehemaligen Patienten, innerhalb der ersten 12 Monate verstorben ist.

Zeit in Monaten	Häufigkeit der Suizide	Kumulierte Prozente
1	1	5,56
2	1	11,11
3	1	16,67
6	1	22,22
7	1	27,78
9	2	38,89
11	1	44,44
12	1	50,00
19	1	55,56
31	1	61,11
36	1	66,67
59	2	77,78
73	1	83,33
80	1	88,89
83	1	94,44
85	1	100,00

Tabelle 7: Zeitliches Intervall zwischen Indexsuizidversuch und Suizid (n=18)

Die Verteilung der Suizide (n=18) nach dem Indexsuizidversuch innerhalb des Beobachtungszeitraums von 15 bis 18 Jahren, ist dem folgenden Diagramm zu entnehmen.

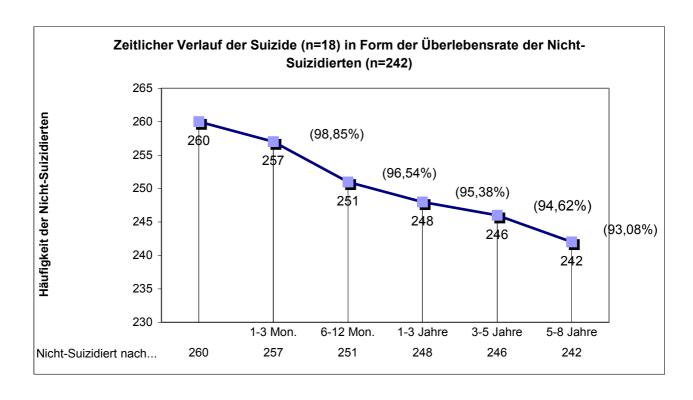


Diagramm 36: Überlebensrate über den zeitlichen Verlauf (n=260)

3.4. Methodenwandel zwischen Suizidversuch und Suizid

Zur Frage eines Wandels der Methoden zwischen Suizidversuch und Suizid werden die Ergebnisse zur besseren Übersicht in Tabellenform dargestellt. Für lediglich 22% (n=4) der späteren Suizidenten (n=18) ist die Suizidversuchsmethode im Rahmen eines dem Indexsuizidversuch vorangegangenen Suizidversuchs dokumentiert worden. 39% (n=7) der ehemaligen Patienten verübten sowohl bei dem Indexsuizidversuch als auch beim Suizid eine Intoxikation, bei den restlichen fand ein Methodenwechsel statt. Hiervon wechselte 1 (5,5%) ehemaliger Patient von einer Intoxikation mit Tabletten zu einer CO-Intoxikation, 22% (n=4) der Patienten von einer Intoxikation zu einer harten Methode, 22% (n=4) wechselten nach einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung überwiegend durch einen scharfen Gegenstand zu einem Sturz aus großer Höhe und 1 (5,5%) Patient von einer Selbstbeschädigung zu einer Intoxikation.

	Methode früherer Suizidversuch	Methode Indexsuizidversuch	Suizidmethode
1		Selbstbeschädigung	Sturz aus großer Höhe
2		Selbstbeschädigung durch scharfen	Sturz aus großer Höhe
		Gegenstand	
3		Tablettenintoxikation	Erhängen
4		Tablettenintoxikation	Tablettenintoxikation
5	Drogenintoxikation	Tablettenintoxikation	Drogenintoxikation mit Opiaten
6		Tablettenintoxikation	Tablettenintoxikation
7	Tablettenintoxikation	Tablettenintoxikation	CO-Vergiftung im Auto
8		Selbstbeschädigung durch scharfen	Sturz aus großer Höhe
		Gegenstand	
9		Selbstbeschädigung	Sturz aus 16. Stockwerk
10		Tablettenintoxikation	Tablettenintoxikation
11		Selbstbeschädigung durch scharfen	Drogenintoxikation
		Gegenstand	
12		Tablettenintoxikation	Sturz aus großer Höhe
13		Tablettenintoxikation	Sturz aus großer Höhe
14		Selbstbeschädigung durch scharfen	Tablettenintoxikation, Todesursache
		Gegenstand	Aspirationspneumonie
15		Drogenintoxikation	Sprung vor Schienenfahrzeug
16		Tablettenintoxikation	Intoxikation mit Barbituraten und
			BZD
17	Alkoholintoxikation	Tablettenintoxikation	Intoxikation
18	Tablettenintoxikation	Alkoholintoxikation	Tablettenintoxikation

Tabelle 8: Suizidversuchsmethoden, z.T. in Kombination angewandt und Suizidmethode (n=18)

Die Zahl der Suizidenten (n=18), für die das zeitliche Intervall zwischen dem Indexsuizidversuch und einem früheren Suizidversuch zu dokumentieren war, betrug lediglich 55,56% (n=10), für die restlichen 44,44% (n=8) lagen keine Angaben vor. Bemerkenswert ist, dass 60% (n=6) dieser Patienten einen weiteren Suizidversuch innerhalb von 24 Monaten vor dem Indexsuizidversuch verübt hatten. Aufgrund der geringen Patientenzahlen ließen sich keine signifikanten Ergebnisse bezüglich einer zeitlichen Verdichtung als Ausdruck eines erhöhten Suizidrisikos berechnen.

Jahre zwischen SCV 1	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
und Indexsuizidversuch			
0	3	30	30
1	1	10	40
2	2	20	60
5	2	20	80
10	1	10	90
16	1	10	100
Gesamt	10	100	

Tabelle 9: Jahre zwischen einem früheren Suizidversuch (SCV1) und dem Indexsuizidversuch (n=10)

3.5. Statistische Auswertung der erfassten Variablen auf Unterschiede zwischen den Gruppen der im Verlauf suizidierten und der nicht suizidierten Personen

3.5.1. Übersicht der wesentlichen untersuchten Variablen

In der statistischen Analyse wurden die mittels des SFB erfassten Variablen der Gruppe der suizidierten Patienten mit der Gruppe der nicht suizidierten Patienten der Stichprobe verglichen. Die jeweiligen Gruppengrößen schwanken aufgrund der unterschiedlichen Anzahl fehlender Angaben. Die wesentlichen Ergebnisse der Signifikanztests für die analysierten Variablen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

		Signi	fikanztests		
Variable	Gruppe	"Suizid"	Gruppe "K	ein Suizid"	р
		1. Demogra	phische Faktorer	1	
		_	+	_	
Alter beim Indexsuizid- versuch (SFB 1)	(n=18)		(n=191)		
Mittelwert	42,94		37,14		
Standardabweichung	18,23		17,59		
					T-Test p=0,210
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	p (Chi-Quadrat-Test)
Geschlecht (SFB 1)	(n=18)		(n=191)		
weiblich	14	78	125	65,5	
männlich	4	22	66	34,5	
					0,289
Stellung im Erwerbsleben (SFB 1)	(n=17)		(n=175)		
erwerbstätig	4	23,53	72	41	
in Ausbildung	3	17,65	36	21	
berentet	3	17,65	19	11	
arbeitslos	4	23,53	23	13	
erwerbslos	3	17,65	25	14	
					0,523
Familienstand (SFB 1)	(n=18)		(n=178)		
ledig	10	56	93	52	
verheiratet	3	16,5	48	27	
geschieden	2	11	19	11	
verwitwet	3	16,5	18	10	
					0,72

		2. Umstände o	les Suizidversuch	ıs	
Dauer der Suizid- gedanken (SFB 17)	(n=17)		(n=156)		
veniger als 1 Stunde bis 2 Tage	5	29,5	64	41	
2 Tage bis 1 Monat	5	29,5	47	30	
länger als 1 Monat	7	41	45	29	
					0,523
Dauer zwischen Entschluss zum und Durchführung des uizidversuchs (SFB 18)	(n=17)		(n=165)		
weniger als 1 Stunde bis 2 Tage	12	70,5	145	88	
2 Tage bis 1 Monat	4	23,5	19	11,5	
länger als 1 Monat	1	6	1	0,5	
					0,05
Wellton Charles and	(m. 45)		/: 455\		
Wollten Sie sterben? (SFB 21)	(n=15)		(n=155)		
Ja	14	93,3	118	76,1	
Nein	1	6,7	37	23,9	
					0,127
Haben Sie damit gerechnet, dass der Suizidversuch gelingt? (SFB 22)	(n=17)		(n=131)		
Ja	16	94,1	90	68,7	
Nein	1	5,9	41	31,3	
					0,029*
Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben? (SFB 23)	(n=17)		(n=171)		
Ja	7	41,2	32	18,7	
Nein	10	58,8	139	81,3	
					0,029*
			1		
Warum wollten Sie sterben? (SFB 24)	(n=17)		(n=144)		
Chronischer Konflikt	14	82,4	69	48	
aktueller Konflikt	2	11,8	64	44,4	
chronischer Konflikt mit akuter Dekompensation	1	5,8	11	7,6	
					0,023*
Wem geben Sie am ehesten die Schuld am Suizidversuch? (SFB 27)					
	Details siehe bi	tte Tabelle 15 S	eite 66		0,348

Hätte jemand im Vorfeld etwas bemerken müssen? (SFB 29)	(n=17)		(n=170)		
Ja	6	35	72	42,5	
Nein	9	53	58	34	
Weiß nicht	2	12	40	23,5	
					0,264
				1	
Haben Sie jetzt noch Suizidabsichten? (SFB 35)	(n=18)		(n=180)		
Ja	6	33,3	25	13,3	
Nein	7	38,9	123	68,4	
Weiß nicht	5	27,8	33	18,3	
					0,027*
Der Suizidversuch ist überwiegend zu ver- stehen als: (SFB 42)	(n=18)		(n=181)		
Affekt-/ Impulshandlung	2	11,1	66	36,5	
Appell	3	16,7	59	32,6	
Ausdruck schon länger erlebter subjektiver Aussichtslosigkeit	13	72,2	56	30,9	
					0,002**
Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs (SFB 43)	(n=18)		(n=182)		
ernsthaft	15	83,3	94	51,6	
eher nicht ernsthaft	2	11,1	58	31,9	
parasuizidale Geste	1	5,6	30	16,5	
					0,036
Richtet sich der Suizidversuch an eine benennbare Person? (SFB 44)	(n=13)		(n=141)		
Ja	7	54	100	71	
Nein	6	46	41	29	
					0,201
Methode des Indexsuizidversuchs (SFB 10)	(n=18)		(n=179)		
hart	6	33,3	46	25,7	
weich	12	66,7	120	67	
kombiniert	0	0	13	7,3	
					0.434

Indexsuizidversuch	(n=18)		(n=166)		
unter Alkohol	(** ***)		()		
(SFB 11)					
Nein	5	27,8	75	45,2	
Ja	13	72,2	91	54,8	
					0,157
Verletzungen nach dem	(n=18)		(n=182)		
Suizidversuch					
(SFB 13)					
Ja	4	22	50	27,5	
Nein	14	78	132	72,5	
					0,632
Vigilanz nach dem	(n=18)		(n=177)		
Suizidversuch (SFB 14)				10.5	
komatös	1	5,5	22	12,5	
somnolent	12	66,5	76	43	
wach	5	28	29	44,5	0.452
					0,152
Frühere Suizidversuche	(n=17)		(n=167)	<u> </u>	
(SFB 16)	, ,		(11=167)		
Ja	11	64,7	77	46,1	
Nein	6	35,3	90	53,9	
					0,144
		3. Vorer	krankungen		
V. I. I. I. I. I.	(10)	I	(475)		
Vorbehandlung in	(n=18)		(n=175)		
jetziger suizidaler Situation (SFB 19)					
Ja	14	77,8	83	47,4	
Nein	4	22,2	92	52,6	
Neili	4	22,2	92	52,0	0,014*
					0,014
Psychiatrische	(n=18)		(n=172)		
Diagnosen (SFB 53)	(11–10)		(11-112)		
Psychosen	3	17	16	9	
Affektive Psychosen	2	11	8	4,5	
Neurosen + psychogene	10	55	85	49,5	
Reaktion	10			10,0	
Persönlichkeitsstörungen	0	0	28	16,5	
Sonstige psychiatr.	3	17	35	20,5	
Diagnosen	•]]	,•	
<u> </u>					0,254
		•	•		

Andere Diagnosen von Belang (SFB 54)	(n=10)		(n=92)		
Abusus	8	80	49	53,3	
Internistische Vorerkrankungen	0	0	22	23,9	
Sonstige	2	20	21	22,8	
					0,167
Vorgesehene Behandlung stationär (SFB 57)	(n=18)		(n=175)		
Ja	15	83,3	102	58,3	
Nein	3	16,7	73	41,7	
					0,038*
Sind Ihnen in der Familie oder Lebensumgebung Suizide oder Suizidversuche bekannt? (SFB 36)	(n=17)		(n=168)		
Ja	6	35	41	24,5	
Nein	8	47	106	63	-
Weiß nicht	3	18	21	12,5	_
					0,432

Tabelle 10: Ergebnisse der Signifikanztests für wesentliche der analysierten Variablen (* p<0,05, ** p<0,01)

In den folgenden Abschnitten werden einzelne wichtige Ergebnisse der Signifikanztests für demographische Daten, Suizidversuchsumstände und Vorerkrankungen noch einmal detailliert wiedergegeben.

3.5.2. Demographische Daten

Hinsichtlich der Analyse des Alters und des Geschlechts ist auf die vorangegangene Übersichtstabelle (Tabelle 10) zu verweisen.

Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Angaben zur Erwerbstätigkeit in den Gruppen "Suizid" und "Kein Suizid" (n=192, SFB Frage 1).

Stellung im Erwerbsleben (n=192, SFB 1)							
		"Suizid"	"Kein Suizid"	Gesamt			
Erwerbstätig	Anzahl	4	72	76			
	Erwartete Anzahl	6,73	69,27	76			
	% von Stellung im Erwerbsleben	5,26	94,74	100			
	% von Suizid?	23,53	41,14	39,58			
n Ausbildung	Anzahl	3	36	39			
	Erwartete Anzahl	3,45	35,55	39			
	% von Stellung im Erwerbsleben	7,69	92,31	100			
	% von Suizid?	17,65	20,57	20,31			
Berentet	Anzahl	3	19	22			
	Erwartete Anzahl	1,95	20,05	22			
	% von Stellung im Erwerbsleben	13,64	86,36	100			
	% von Suizid?	17,65	10,86	11,46			
Arbeitslos	Anzahl	4	23	27			
	Erwartete Anzahl	2,39	24,61	27			
	% von Stellung im Erwerbsleben	14,81	85,19	100			
	% von Suizid?	23,53	13,14	14,06			
Erwerbslos	Anzahl	3	25	28			
	Erwartete Anzahl	2,48	25,52	28			
	% von Stellung im Erwerbsleben	10,71	89,29	100			
	% von Suizid?	17,65	14,29	14,58			
Gesamt	Anzahl	17	175	192			
	Erwartete Anzahl	17,00	175,00	192			
	% von Stellung im Erwerbsleben	8,85	91,15	100			
	% von Suizid?	100,00	100,00	100			

Tabelle 11: Häufigkeit der verschiedenen Angaben zur Erwerbstätigkeit für die Gruppen *Suizid* und *Kein Suizid* (SFB 1, n=192, p=0,523)

In der Gruppe "Suizid" sind die relativ hohen Anteile der Rentner, Arbeits- und Erwerbslosen in Relation zu der Gruppe "Kein Suizid" auffällig, signifikante Unterschiede bestanden jedoch nicht (Chi-Quadrat p=0,523).

Die weiteren erfassten demographischen Daten zum Familienstand (SFB Frage 1, n=196, Chi-Quadrat p=0,72), zum erlernten Beruf (SFB Frage 1, n=139, Chi-Quadrat p=0,864), zum ausgeübten Beruf (SFB Frage 1, n=169, Chi-Quadrat p=0,854) oder zur Wohnsituation (SFB Frage 1, n=169, Chi-Quadrat p=0,385) ergaben keine verwertbaren Unterschiede.

Familienstand (n=196, SFB 1)									
Familienstand Suizid Kein Suizid Gesamt									
	Annahi								
ledig	Anzahl	10,00	93,00	103,00					
	% von Familienstand	9,71	90,29	100,00					
	% von Suizid?	55,56	52,25	52,55					
	% der Gesamtzahl	5,10	47,45	52,55					
verheiratet	Anzahl	3,00	48,00	51,00					
	% von Familienstand	5,88	94,12	100,00					
	% von Suizid?	16,67	26,97	26,02					
	% der Gesamtzahl	1,53	24,49	26,02					
geschieden	Anzahl	2,00	19,00	21,00					
	% von Familienstand	9,52	90,48	100,00					
	% von Suizid?	11,11	10,67	10,71					
	% der Gesamtzahl	1,02	9,69	10,71					
verwitwet	Anzahl	3,00	18,00	21,00					
	% von Familienstand	14,29	85,71	100,00					
	% von Suizid?	16,67	10,11	10,71					
	% der Gesamtzahl	1,53	9,18	10,71					
Gesamt	Anzahl	18,00	178,00	196,00					
	% von Familienstand	9,18	90,82	100,00					
	% von Suizid?	100,00	100,00	100,00					
	% der Gesamtzahl	9,18	90,82	100,00					

Tabelle 12: Ergebnisse für den Familienstand in den Gruppen *Suizid* und *Kein Suizid* (SFB Frage 1, n=196, p=0,72)

3.5.3. Umstände des Suizidversuchs

Die folgende Tabelle zeigt die häufigsten Antworten auf die Frage "Warum wählten Sie gerade diese Suizidmethode?" (SFB Frage 22a).

Warum wählten Sie gerade diese Suizidmethode? (SFB 22a)					
Gruppe		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	
Gesamtstich- probe	Das Mittel war gerade zur Hand	35	13,46	33,02	
	Ohne Schmerzen sterben, angenehme Methode	19	7,31	17,92	
	Ich hatte nichts anderes	15	5,77	14,15	
	Ich wollte eine sichere Methode	8	3,08	7,55	
	Einfache, saubere Methode	8	3,08	7,55	
	Ich wollte gerettet werden	6	2,31	5,66	
		<u> </u>			
"Suizid"	Ohne Schmerzen sterben, angenehme Methode	3	16,67	37,50	
	Ich wollte eine sichere Methode	2	11,11	25,00	
	Das Mittel war gerade zur Hand	2	11,11	25,00	
	Ich hatte nichts anderes	1	5,56	12,50	
"Kein Suizid"	Das Mittel war gerade zur Hand	29	15,18	34,94	
	Ohne Schmerzen sterben, angenehme Methode	16	8,38	19,28	
	Ich hatte nichts anderes	10	5,24	12,05	
	Einfache, saubere Methode	6	3,14	7,23	
	lch hab nicht darüber nachgedacht	5	2,62	6,02	
	Ich wollte eine sichere Methode	5	2,62	6,02	
		·			
Vitalstatus/ Todesursache ungeklärt	Ich hatte nichts anderes	4	7,84	26,67	
	Das Mittel war gerade zur Hand	4	7,84	26,67	
	Ich wollte gerettet werden	2	3,92	13,33	
	Einfache, saubere Methode	2	3,92	13,33	
	Ich wollte eine sichere Methode	1	1,96	6,67	
	Damit kann ich anderen nicht schaden	1	1,96	6,67	

Tabelle 13: Ergebnisse auf die Frage "Warum wählten Sie gerade diese Suizidmethode?" (SFB 22a)

Die folgende Tabelle zeigt die häufigsten Antworten auf die Frage "Warum wollten Sie sterben?" (SFB Frage 24), die in Form von Mehrfachnennungen gegeben wurden.

War	um wollten Sie sterben? (Mehrfachnei	nnungen, SFB 2	4)	
Gruppe		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gesamtstichprobe	Partnerschaftskonflikte, 61 Trennung		23,46	27,85
	Allgemeine Hoffnungslosigkeit	54	20,77	24,66
	Wollte nicht sterben	17	6,54	7,76
	Familiäre Probleme	16	6,15	7,31
	Versagensgefühle	14	5,38	6,39
	Psychose	12	4,62	5,48
,Suizid"	Allgemeine Hoffnungslosigkeit	5	27,78	29,41
	Partnerschaftskonflikte, Trennung	3	16,67	17,65
	Einsamkeit, soziale Isolierung	2	11,11	11,76
	Suchtprobleme	2	11,11	11,76
	Familiäre Probleme	1	5,56	5,88
	Versagensgefühle	1	5,56	5,88
Kein Suizid",	Partnerschaftskonflikte, Trennung	51	26,70	32,48
	Allgemeine Hoffnungslosigkeit	35	18,32	22,29
	Wollte nicht sterben	13	6,81	8,28
	Familiäre Probleme	12	6,28	7,64
	Versagensgefühle	10	5,24	6,37
	Psychose	9	4,71	5,73
/italstatus/Todesursache ungeklärt	Allgemeine Hoffnungslosigkeit	14	27,45	31,11
	Partnerschaftskonflikte ,Trennung	7	13,73	15,56
	Einsamkeit, soziale Isolierung	4	7,84	8,89
	Wollte nicht sterben	4	7,84	8,89
	Familiäre Probleme	3	5,88	6,67
	Versagensgefühle	3	5,88	6,67

Tabelle 14: Ergebnisse auf die Frage "Warum wollten Sie sterben?" (Mehrfachnennungen, SFB 24)

Auffällig erscheint die Häufigkeit der Angaben "allgemeine Hoffnungslosigkeit" (28%), "Einsamkeit/ soziale Isolierung" (11%) und "Suchtprobleme" (11%) für die Gruppe späterer Suizidenten in Relation zu den anderen Gruppen.

Die Zahl der Angaben, insbesondere in der Gruppe der späteren Suizidenten, ist relativ gering, signifikante Unterschiede bestehen zwischen den Gruppen nicht.

Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Angaben auf die Frage "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?" (SFB Frage 27) für die Gruppen "Suizid" und "Kein Suizid".

	Wem geben Sie am ehesten die Schuld?	(SFB 27)		
		"Suizid"	"Kein Suizid"	Gesamt
Mir allein	Anzahl	0	2	2
	Erwartete Anzahl	0,18	1,82	2
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	1,31	1,19
	% der Gesamtzahl	0,00	1,19	1,19
Verwandte	Anzahl	1	3	4
	Erwartete Anzahl	0,36	3,64	4
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	25,00	75,00	100,00
	% von Suizid?	6,67	1,96	2,38
	% der Gesamtzahl	0,60	1,79	2,38
Partner/Expartner	Anzahl	0	32	32
	Erwartete Anzahl	2,86	29,14	32
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	20,92	19,05
	% der Gesamtzahl	0,00	19,05	19,05
Freunde/Bekannte	Anzahl	0	4	4
	Erwartete Anzahl	0,36	3,64	4
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	2,61	2,38
	% der Gesamtzahl	0,00	2,38	2,38
Behandler/Institution	Anzahl	0	1	1
	Erwartete Anzahl	0,09	0,91	1
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	0,65	0,60
	% der Gesamtzahl	0,00	0,60	0,60
Weiß nicht	Anzahl	0	18	18
	Erwartete Anzahl	1,61	16,39	18
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	11,76	10,71
	% der Gesamtzahl	0,00	10,71	10,71
Niemandem/keinem	Anzahl	14	93	107
	Erwartete Anzahl	9,55	97,45	107
	% von "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?"	13,08	86,92	100,00
	% von Suizid?	93,33	60,78	63,69
	% der Gesamtzahl	8,33	55,36	63,69

Tabelle 15: Häufigkeit der Angaben auf die Frage "Wem geben Sie am ehesten die Schuld?" für die Gruppen "Suizid" und "Kein Suizid" (SFB Frage 27)

Auffällig ist bei dieser Variable, die auf die Beziehungen der Patienten Rückschlüsse erlaubt, dass in der Gruppe "Suizid" ganz überwiegend keine Person benannt wurde (93%, n=14, Chi-

Quadrat p=0,348). Im Zusammenhang hiermit ist auch die Differenz zwischen den Gruppen hinsichtlich der Fremdeinschätzung für die Frage "Richtet sich der Suizidversuch an eine benennbaren Person?" (SFB Frage 44, n=154, Chi-Quadrat p=0,201) zu sehen. Für die Gruppe der Patienten, die im Verlauf einen Suizidversuch verübten, antwortete ein überdurchschnittlich höherer Anteil der Untersucher mit "nein" (46% und n=6 im Vergleich zu 29% und n=41 für die Gruppe der nicht suizidierten Patienten). Für beide Variablen ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied.

Die folgende Tabelle zeigt die häufigsten Antworten auf die Frage "Wie fühlten Sie sich nach Misslingen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 31), die in Form von Mehrnennungen gegeben wurden.

Wie fühlten Sie sich nach Misslingen des SCV? (Mehrfachnennungen, SFB 31)				
Gruppe		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gesamtstichprobe	erleichtert	62	23,85	26,61
	verzweifelt	51	19,62	21,89
	gleichgültig	45	17,31	19,31
	wütend	16	6,15	6,87
	beschämt	13	5,00	5,58
	keine Gefühle	7	2,69	3,00
		<u> </u>		
Suizid"	verzweifelt	6	33,33	33,33
	gleichgültig	5	27,78	27,78
	wütend	2	11,11	11,11
	keine Gefühle	2	11,11	11,11
	erleichtert	1	5,56	5,56
	niedergeschlagen	1	5,56	5,56
		<u> </u>		
Kein Suizid"	erleichtert	50	26,18	29,41
	gleichgültig	33	17,28	19,41
	verzweifelt	30	15,71	17,65
	wütend	12	6,28	7,06
	beschämt	11	5,76	6,47
	traurig	5	2,62	2,94
/italstatus/Todesurs :he ungeklärt	verzweifelt	15	29,41	33,33
	erleichtert	11	21,57	24,44
	gleichgültig	7	13,73	15,56
	wütend	2	3,92	4,44
	benebelt	2	3,92	4,44
	glücklich	1	1,96	2,22

Tabelle 16: Ergebnisse auf die Frage "Wie fühlten Sie sich nach Misslingen des Suizidversuchs?" (Mehrfachnennungen, SFB Frage 31)

Auffällig ist der hohe Anteil für die Angabe "verzweifelt" (33%) oder "gleichgültig" (28%) und der geringe Anteil für "erleichtert" (5,5%) innerhalb der Patientengruppe, die später einen Suizid verübten.

Die folgende Tabelle zeigt die häufigsten Antworten auf die Frage "Wie stehen Sie jetzt zum Misslingen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 32), die in Form von Mehrfachnennungen gegeben wurden.

vvie Sterieri Sie je	tzt zum Misslingen de	s Suiziuversuciis?	(weimacimemu	ilyeli, ərb əz)
Gruppe		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gesamtstichprobe	erleichtert	102	39,23	43,78
	verzweifelt	38	14,62	16,31
	gleichgültig	34	13,08	14,59
	wütend	7	2,69	3,00
	enttäuscht	7	2,69	3,00
	keine Gefühle	7	2,69	3,00
Suizid	verzweifelt	6	33,33	33,33
	erleichtert	2	11,11	11,11
	gleichgültig	2	11,11	11,11
	wütend	1	5,56	5,56
	hoffnungslos	1	5,56	5,56
	niedergeschlagen	1	5,56	5,56
Kein Suizid	erleichtert	80	41,88	47,34
	gleichgültig	24	12,57	14,20
	verzweifelt	21	10,99	12,43
	enttäuscht	7	3,66	4,14
	wütend	6	3,14	3,55
	keine Gefühle	6	3,14	3,55
/italstatus/Todesursache ungeklärt	erleichtert	20	39,22	43,48
	verzweifelt	11	21,57	23,91
	gleichgültig	8	15,69	17,39
	nachdenklich	2	3,92	4,35
	ambivalent	2	3,92	4,35
	beschämt	1	1,96	2,17

Tabelle 17: Ergebnisse auf die Frage "Wie stehen Sie jetzt zum Misslingen des Suizidversuchs?" (Mehrfachnennungen, SFB Frage 32)

Auch hier fällt der hohe Anteil für die Angabe verzweifelt (33%) innerhalb der Gruppe späterer Suizidenten auf.

Die auf die Suizidmotivation zielende Frage "Wollten Sie sterben?" (SFB Frage 21, n=170, Chi-Quadrat p=0,127) wurde tendenziell häufiger von Patienten aus der Gruppe der Suizidenten mit "ja" beantwortet.

Der Anteil späterer Suizidenten war unter den Patienten, die den Index-Suizidversuch unter Alkoholeinfluss begingen (SFB Frage 11, n=184, Chi-Quadrat p=0157), tendenziell höher (72% und n=13 im Vergleich zu 55% und n=91 in der Gruppe der nicht suizidierten Patienten).

Bei der Auswertung der Dauer zwischen Entschluss zum und Durchführung des Suizidversuchs ergab sich ein tendenziell höheres Suizidrisiko für die Gruppe, die einen Zeitraum zwischen 2 Tagen und einem Monat nannte (Frage 18 "Seit wann Entschluss zum Suizid?", n=189, Chi-Quadrat p=0,05).

Hinsichtlich einiger die Suizidmotivation (SFB Frage 24 "Sterben aus Angst vor?", n=163, Chi-Quadrat p=0,5) oder die Planung des Suizidversuchs (SFB Frage 17 "Seit wann Suizidgedanken?", n=190, Chi-Quadrat p=0,235) charakterisierender Variablen ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede.

Aus den Variablen, die die Schwere des Indexsuizidversuchs kennzeichnen, wie Methode des Suizidversuchs (SFB Frage 10, n=197, Chi-Quadrat p=0,434), Art (SFB Frage 13, n=200, Chi-Quadrat p=0,632), Schwere der Verletzung (SFB Frage 13, n=52, Chi-Quadrat p=0,169) oder Vorliegen und Tiefe einer initialen Bewusstseinsstörung (SFB Frage 14, n=195, Chi-Quadrat p=0,152), waren keine signifikanten Differenzen abzuleiten.

Während die Fremdeinschätzung der Untersucher der Stichprobe o.g. wichtige Hinweise auf die Schwere der Suizidalität lieferte, waren keine nennenswerten Unterschiede aus der Beurteilung der Entwicklung im Verlauf des Erstkontaktes hinsichtlich der "Hoffnung" (SFB Frage 49, n=200, Chi-Quadrat p=0,6), "Belastung" (SFB Frage 50, n=200, Chi-Quadrat p=0,79), "Zugewandtheit" (SFB Frage 51, n=200, Chi-Quadrat p=0,853) oder "Konfliktbewusstheit" (SFB Frage 52, n=200, Chi-Quadrat p=0,731) ableitbar.

Ein positiver Trend ergab sich für die Variable "frühere Suizidversuche" (SFB Frage 16, n=184, Chi-Quadrat p=0,144) im Sinne eines ansteigenden Suizidrisikos nach mehreren Suizidversuchen.

3.5.4. Vorerkrankungen

Für die Variable "Vorbehandlung in jetziger suizidaler Situation" (SFB 19, n=193, Chi-Quadrat p=0,014) ergab sich ein signifikant höheres Suizidrisiko für die Gruppe, die sich in einer Vorbehandlung befand (s.a. Übersichtstabelle 10 S. 60). Keine eindeutigen Unterschiede ergaben sich dagegen hinsichtlich der Art der Vorbehandlung (SFB Frage 20, n=99, Chi-Quadrat p=0,968).

Für die nachträgliche Einschätzung zur Depressivität der Patienten ergab sich ein höherer Anteil als depressiv eingeschätzter Patienten (89% im Vergleich zu 73% in der Gruppe der nicht suizidierten Patienten) in der Gruppe der späteren Suizidenten (SFB Frage 53, n=186, Chi-Quadrat p=0,134). Ein statistisch signifikanter Unterschied für diese Variable, die *nicht* der psychiatrischen Diagnose einer Depression entspricht, bestand jedoch nicht.

Keine statistisch relevanten Unterschiede ergaben sich bei der Überprüfung der verschiedenen Diagnosengruppen. Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeit der verschiedenen Diagnosegruppen für die Gruppen "Suizid" und "Kein Suizid" wieder.

	Vorläufige Diagnosen (n=1	190, SFB 53)		
	T	0 : . 1"	14.1.0 11.1	0
		"Suizid"	"Kein Suizid"	Gesamt
Psychosen	Anzahl	3,00	16,00	19,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	15,79	84,21	100,00
	% von Suizid?	16,67	9,30	10,00
	% der Gesamtzahl	1,58	8,42	10,00
Affektive Psychosen	Anzahl	2,00	8,00	10,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	20,00	80,00	100,00
	% von Suizid?	11,11	4,65	5,26
	% der Gesamtzahl	1,05	4,21	5,26
Neurosen, psychog. Reaktion	Anzahl	10,00	85,00	95,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	10,53	89,47	100,00
	% von Suizid?	55,56	49,42	50,00
	% der Gesamtzahl	5,26	44,74	50,00
Persönlichkeitsstörungen	Anzahl	0,00	28,00	28,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	0,00	100,00	100,00
	% von Suizid?	0,00	16,28	14,74
	% der Gesamtzahl	0,00	14,74	14,74
Sonstige	Anzahl	3,00	35,00	38,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	7,89	92,11	100,00
	% von Suizid?	16,67	20,35	20,00
	% der Gesamtzahl	1,58	18,42	20,00
Gesamt	Anzahl	18,00	172,00	190,00
	% von "Vorläufige Diagnose"	9,47	90,53	100,00
	% von Suizid?	100,00	100,00	100,00
	% der Gesamtzahl	9,47	90,53	100,00
	1			-

Tabelle 18: Häufigkeit der Diagnosegruppen für die Gruppen "Suizid" und "Kein Suizid" (n=190, SFB Frage 53)

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen "Suizid " und "Kein Suizid" ergaben sich für die einzelnen Diagnosen der Variablen "andere Diagnosen von Belang" (SFB 54, n=102, Chi-Quadrat p=0,167) nicht. Bemerkenswert ist dennoch der hohe Anteil der Diagnose Abusus in der Gruppe "Suizid" (80% im Vergleich zu 53,3% in der Gruppe "Kein-Suizid").

Hinsichtlich des Vorliegens suizidalen Verhaltens in der Familie oder der Lebensumgebung (SFB Frage 36, n=185, Chi-Quadrat p=0,432) ergaben sich keine relevanten Unterschiede.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich für die Frage "Wird der Patient professionelle Hilfe annehmen können?" (SFB Frage 55, n=126, Chi-Quadrat p=0,582).

Zum Abschluss dieses Kapitels fasst die folgende Tabelle die statistische Analyse der untersuchten Variablen auf Unterschiede zwischen den Gruppen der suizidierten und der nicht suizidierten Personen zusammen.

Zusammenfassung der statistischen Analyse der wesentlichen untersuchten Variablen						
Signifikante Variablen	Nicht-signifikante Variablen					
Haben Sie damit gerechnet, dass der Suizidversuch gelingt? (SFB 22): Höheres Suizidrisiko für die Antwort "Ja" (p=0,029)	Demographische Faktoren (SFB 1) (Alter, Geschlecht, Familienstand, Stellung im Erwerbsleben)					
Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben? (SFB 23) Höheres Suizidrisiko für die Antwort "Ja" (p=0,029)	Dauer der Suizidgedanken (SFB 17)					
Warum wollten Sie sterben? (SFB 24) Höheres Suizidrisiko für die Antwort "chronischer Konflikt" (p=0,023)	Dauer zwischen Entschluss und Durchführung des Suizidversuchs (SFB 17)					
Haben Sie jetzt noch Suizidabsichten? (SFB 35) Höheres Suizidrisiko für die Antwort "Ja" (p=0,027)	Wollten Sie sterben? (SFB 21)					
Der Suizidversuch ist überwiegend zu verstehen als: (SFB 43) Höheres Suizidrisiko für die Fremdeinschätzung "Ausdruck schon länger erlebter subjektiver Aussichtslosigkeit" (p=0,002) und geringeres Suizidrisiko für "Affekt/ Impulshandlung" oder "Appell"	Wem geben Sie am ehesten die Schuld am Suizidversuch? (SFB 27)					
Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs (SFB 43) Höheres Suizidrisiko für die Fremdeinschätzung "ernsthaft" (p=0,036)	Methode des Indexsuizidversuchs (SFB 10)					
Vorbehandlung in jetziger suizidaler Situation (SFB 19) Höheres Suizidrisiko für die Antwort "Ja" (p=0,014)	Indexsuizidversuch unter Alkohol (SFB 11)					
Vorgesehene Behandlung stationär (SFB 57) Höheres Suizidrisiko für die Antwort "Ja" (p=0,038)	Verletzungen nach dem Suizidversuch (SFB 13)					
	Bewusstseinslage nach dem Suizidversuch (SFB 14)					
	Frühere Suizidversuche (SFB 19)					
	Psychiatrische Diagnose (SFB 53) Weitere Diagnosen (SFB 54)					
	Suizidversuche in der Familie oder Lebensumgebung (SFB 36)					

Tabelle 19: Zusammenfassung der statistischen Analyse der wesentlichen untersuchten Variablen

4. Diskussion

4.1. Repräsentativität der Stichprobe

Angesichts der bereits genannten methodischen Schwierigkeiten katamnestischer Studien nach einem Suizidversuch sind bestimmte Anforderungen an die Repräsentativität einer Stichprobe zu stellen.

Die im Rahmen unserer Studie untersuchte Stichprobe (n=260) erfüllt aufgrund der Erfassung sämtlicher zwischen August 1988 und Oktober 1989 konsekutiv wegen eines Suizidversuchs in der Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgenommener Patienten wesentliche der von Owens et al. in ihrer Übersichtsarbeit genannten Qualitätskriterien für Studien mit dem Endpunkt Suizid (Owens et al. 2002). Als weitere Qualitätskriterien sind die Erfassung des hohen Anteils von insgesamt 86% der nachbeobachteten ehemaligen Patienten und die Benutzung eines öffentlichen Registers zur Erfassung der Todesfälle zu nennen. Auf die Einschränkungen, die sich aus der aus datenschutzrechtlichen Gründen fehlenden Möglichkeit der Nachuntersuchung aller ursprünglich erfassten 867 Patienten und somit der Beschränkung auf 260 Patienten ergeben, wird in den weiteren Ausführungen jeweils konkret eingegangen.

Folgende Aspekte sind als weitere Belege für die Repräsentativität der untersuchten Stichprobe anzuführen.

4.1.1. Altersverteilung

Die Altersverteilung in unserer Stichprobe mit einem Altersgipfel zwischen 20 und 35 Jahren entspricht vergleichbaren für Deutschland erhobenen Daten (Schmidtke et al. 2005) und ist auch mit den in anderen Ländern erhobenen Daten kongruent (Schmidtke et al. 1996a). 1996 veröffentlichten Schmidtke et al. zwischen 1988 und 1995 für Deutschland erhobene Daten der WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, nach denen hinsichtlich der Altersverteilung von Personen mit Suizidversuchen entgegengesetzt zu der für die Suizidenten die höchste Rate für die jüngeren Altersgruppen, besonders die weiblichen Altersgruppen zwischen 15 und 30 Jahren, ermittelt worden war (Schmidtke et al. 1996b). In der 1996 veröffentlichten multizentrischen Studie von Schmidtke et al. ergaben sich auch für andere europäische Länder vergleichbare Ergebnisse (Schmidtke et al. 1996a). Lönnqvist et al. fanden in ihrer 1975 veröffentlichten Studie an 100 Patienten nach Suizidversuch einen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich hohen Anteil jüngerer Personen, auch bei Pino et al. war der größte Anteil der zwischen 1967 und 1968 nach einer Intoxikation in suizidaler Absicht in Deutschland untersuchten Patienten zwischen 21 und 30 Jahre alt (Lönnqvist et al. 1975, Pino et al. 1979).

4.1.2. Geschlechtsverteilung

Hinsichtlich des Überwiegens der Frauen gegenüber den Männern bei den Suizidversuchen in einem Verhältnis von 1,6: 1 in unserer Stichprobe (n=260), ist ebenfalls eine Übereinstimmung mit der Datenlage in der Literatur zu sehen (Hawton 2000, Schmidtke et al. 2005 u. 1996a+b; Weissman et al. 1999). Schmidtke et al. erfassten 1008 Suizidversuche, die von 900 Personen durchgeführt worden waren, bei denen der Anteil der Männer 37% betrug (Schmidtke et al. 1996b). Das Verhältnis von Frauen zu Männern betrug bei Lönnqvist et al. in ihrer 1975 veröffentlichten Studie an 100 finnischen Patienten nach Intoxikation in suizidaler Absicht 72% zu 28% (Lönnqvist et al. 1975). Weissman et al. fassten 1999 die Ergebnisse von 9 epidemiologischen Studien zusammen und ermittelten im internationalen Vergleich ein Verhältnis von Frauen zu Männern von 1,18: 1 für Christchurch, Neuseeland bis 3,03: 1 für die USA in den 1980er Jahren (Weissman et al. 1999).

4.1.3. Stellung im Erwerbsleben

In der demographischen Datenerhebung wurde bei den Personen, die eine Berufsausbildung absolviert haben (n=180), ein hoher Anteil ermittelt, die einen niedrigen (33%, n=60) oder mittleren Status (51%, n=91) der Berufsausbildung aufweisen, wohingegen der Anteil der Personen mit einem hohen Status der Berufsausbildung (16%, n=29) deutlich geringer ist. Noch deutlicher werden die Unterschiede in Bezug auf den sozialen Status bei der Betrachtung des ausgeübten Berufs (n=214), der für einen Anteil von 53,7% (n=115) als niedrig, für 34,6% (n=74) als mittel und für lediglich 11,7% (n=25) als hoch eingeschätzt wurde. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung hohe Anteil von arbeitslosen (15%, n=38), erwerbslosen (13%, n=33) und berenteten (11%, n=28) Personen, im Gegensatz zu den erwerbstätigen (38,6%, n=98) und in der Ausbildung befindlichen (18,5%, n=47) Personen. Eine vergleichbare Verteilung hinsichtlich des Sozialstatus ergab sich in der bereits mehrfach zitierten großen, multizentrischen Studie von Schmidtke et al (Schmidtke et al. 1996a).

Die folgende Tabelle zeigt zum Vergleich die Arbeitslosenquoten in Hamburg, die sich auf die Hamburger Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter beziehen. Für die Stichprobe (n=254) wurde die Arbeitslosenquote für alle erfassten Patienten berechnet, so dass also ein relativ hoher Anteil an Frauen, die im Fall einer Beschäftigung im familiären Haushalt häufig nicht arbeitslos gemeldet sind, und ein hoher Anteil von Personen über 65 Jahren eingeschlossen wurde. Der Anteil der Arbeitslosen der Stichprobe ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Hamburgs also tatsächlich eher noch höher einzuschätzen. Darüber hinaus ist für die Interpretation der demographischen Daten zu berücksichtigen, dass die Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf für die Versorgung eines Hamburger Stadtgebiets mit einem durchschnittlich eher mittleren bis hohen sozialen Status und einer relativ niedrigen Arbeitslosenquote im Vergleich zu sozial schwächeren Stadtteilen zuständig ist.

Arbeitslosenquote in Hamburg

Jahr	Arbeitslose insgesamt	Männer	Frauen	Deutsche	Ausländer / -innen	Angestellte	Arbeiter und Arbeiterinnen	Jugendliche
1970	0,4	0,3	0,4					
1971	0,5	0,4	0,5					-
1972	0,6	0,5	0,6					-
1973	0,8	0,5	0,8					•
1974	1,7	1,6	1,6					2,5
1975	3,7	3,5	3,3					5,4
1976	3,9	2,8	3,9					3,5
1977	4,2	3,2	4,3		3,9			5,5
1978	4,3	3,2	4,5		4,4			6,4
1979	3,6	2,4	3,4		3,8			3,7
1980	3,4	2,8	3,4	•	4,4		•	4,9
1981	5,0	5,1	4,9	•	9,8		•	8,9
1982	7,4	8,4	6,5	•	13,6	4,5	12,0	10,3
1983	10,2	10,8	8,9		18,6	6,1	15,7	13,8
1984	11,2	12,0	10,2	•	19,6	6,9	17,4	13,2
1985	12,3	12,2	11,9		21,4			19,4
1986	13,0	12,6	12,8		23,8			18,5
1987	13,9	14,1	13,3		25,6			16,6
1988	13,4	13,0	11,9		22,1	7,7	19,1	10,6
1989	11,7	11,4	10,8		18,5	7,6	16,9	
1990	10,5	10,3	9,0		16,0	7,7	14,9	8,7
1991	8,7	8,9	7,2	7,5	14,6	6,0	13,1	8,1
1992	7,6	8,3	6,6	7,0	12,9	5,6	11,5	8,3
1993	8,6	9,8	7,3	7,9	14,6	6,5	13,1	9,8
1994	9,6	11,0	8,1	8,9	15,8	7,5	14,6	11,0
1995	10,8	12,2	9,1	9,8	18,6	8,2	16,5	14,9
1996	11,4	13,0	9,7	10,3	19,9	8,8	17,5	14,6
1997	13,0	14,7	11,1	11,7	22,6	10,0	19,8	17,5
1998	12,0	13,7	10,2	10,9	21,9	9,0	18,7	15,9
1999	11,2	12,9	9,3	9,9	20,2	8,5	17,1	13,8

Tabelle 20: Arbeitslosenquote in Hamburg (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg)

4.1.4. Familienstand

Hinsichtlich des Familienstands ergab sich in der Studie von Schmidtke et al. für Patienten, die einen Suizidversuch verübten, ein vergleichbar hoher Anteil lediger und allein lebender Personen (Schmidtke et al. 1996a). In unserer Stichprobe (n=254) betrug der Anteil lediger Personen 44,1% (n=112). Zu den potentiell allein lebenden Personen hinzuzuzählen sind die verwitweten und geschiedenen Personen jeweils mit einem Anteil von 9,8% (n=2x25) sowie die getrennt lebenden Personen mit einem Anteil von 1,6% (n=4). Vergleichsweise niedrig lag dagegen der Anteil der verheirateten oder in Partnerschaft lebenden Personen mit 25,6% (n=65) bzw. 6,7% (n=17). Die Unterschiede im Vergleich zur Bevölkerung Hamburgs verdeutlicht die nachfolgende Tabelle. Zumindest für Suizidversuche ist also ein geringeres

Risiko für Personen, die in einer Partnerschaft leben, anzunehmen. Auf das resultierende Suizidrisiko wird im Folgenden noch eingegangen.

Bevölkerung in Hamburg nach dem Familienstand

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Ledig	Ver- heiratet	Ver- witwet	Ge- schieden	Ledig	Ver- heiratet	Ver- witwet	Ge- schieden	
	Anzahl						Prozent			
1970	1 793 823	618 532	919 910	183 837	71 544	34,5	51,3	10,2	4,0	
1971	1 781 621	615 595	902 189	184 226	79 611	34,6	50,6	10,3	4,5	
1972	1 766 214	613 656	885 197	183 763	83 598	34,7	50,1	10,4	4,7	
1973	1 751 621	612 909	867 641	183 226	87 845	35,0	49,5	10,5	5,0	
1974	1 733 802	611 807	847 956	182 073	91 966	35,3	48,9	10,5	5,3	
1975	1 717 383	611 044	827 419	181 227	97 693	35,6	48,2	10,6	5,7	
1976	1 698 615	610 191	806 579	180 005	101 840	35,9	47,5	10,6	6,0	
1977	1 680 340	609 647	788 088	178 857	103 748	36,3	46,9	10,6	6,2	
1978	1 664 305	612 736	774 795	177 335	99 439	36,8	46,6	10,7	6,0	
1979	1 653 043	618 054	759 861	175 787	99 341	37,4	46,0	10,6	6,0	
1980	1 645 095	625 039	744 404	174 324	101 328	38,0	45,2	10,6	6,2	
1981	1 637 132	629 864	730 811	172 123	104 334	38,5	44,6	10,5	6,4	
1982	1 623 848	630 645	715 907	170 167	107 129	38,8	44,1	10,5	6,6	
1983	1 609 531	629 210	702 848	167 963	109 510	39,1	43,7	10,4	6,8	
1984	1 592 447	627 134	686 722	165 894	112 697	39,4	43,1	10,4	7,1	
1985										
1986	1 571 267	628 484	664 541	161 502	116 740	40,0	42,3	10,3	7,4	
1987	1 594 190	605 422	705 944	164 958	117 866	38,0	44,3	10,3	7,4	
1988	1 603 070	615 681	704 109	163 175	120 105	38,4	43,9	10,2	7,5	
1989	1 626 220	633 633	708 610	161 373	122 604	39,0	43,6	9,9	7,5	
1990	1 652 363	655 690	712 604	159 274	124 795	39,7	43,1	9,6	7,6	
1991	1 668 757	673 231	711 836	157 183	126 507	40,3	42,7	9,4	7,6	
1992	1 688 785	692 924	713 490	154 894	127 477	41,0	42,2	9,2	7,5	
1993	1 702 887	710 061	711 274	152 541	129 011	41,7	41,8	9,0	7,6	
1994	1 705 872	719 324	705 615	150 012	130 921	42,2	41,4	8,8	7,7	
1995	1 707 901	727 850	699 387	147 512	133 152	42,6	41,0	8,6	7,8	
1996	1 707 986	737 358	690 695	144 938	134 995	43,2	40,4	8,5	7,9	
1997	1 704 731	744 644	679 429	142 268	138 390	43,7	39,9	8,3	8,1	
1998	1 700 089	751 654	667 761	139 457	141 217	44,2	39,3	8,2	8,3	
1999	1 704 735	732 802	715 289	127 157	129 487	43,0	42,0	7,4	7,6	

Tabelle 21: Familienstand der Bevölkerung in Hamburg (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg)

Mit unserer Stichprobe (n=254) vergleichbare demographische Daten fanden sich in verschieden Studien. Beck und Steer fanden 1989 bei ihren Patienten nach Suizidversuch lediglich einen Anteil von 21,8% Berufstätigen und hinsichtlich des Familienstands ergab sich

eine Verteilung auf 43,8% Singles, 22,3% verheiratete oder in einer festen Partnerschaft lebende Personen sowie 33,9% verwitwete, getrennte oder geschiedene Personen (Beck u. Steer 1989). Bei De Moore und Robertson fanden sich 13% arbeitslose Frauen und 19% arbeitslose Männer, 42% waren verheiratet, 35% Singles, 9% in einer eheähnlichen Beziehung lebende, 10% getrennt lebende, 3% verwitwete und 1% geschiedene Personen (De Moore u. Robertson 1996). Die demographische Erhebung in der 1993 von Nordentoft et al. veröffentlichten Studie an 974 Patienten, die in Kopenhagen nach einer Intoxikation in suizidaler Absicht untersucht worden waren, ergab 23,3% allein lebende Männer und 15,1% allein lebende Frauen sowie 33,7% berufstätige Männer und 32,9% berufstätige Frauen (Nordentoft et al. 1993). Die 100 Patienten von Pino et al., die zwischen 1967 und 1968 nach einer Intoxikation in suizidaler Absicht in Deutschland nachuntersucht worden waren, waren zu 51% ledig, zu 27% verheiratet, zu 16% geschieden und zu 6% verwitwet (Pino et al. 1979).

4.1.5. Methode des Suizidversuchs

In vergleichbaren Studien ist, wie in unserer Stichprobe (n=254), ein deutliches Überwiegen für die Anwendung sogenannter weicher Suizidmethoden nachgewiesen worden (Schmidtke et al. 1996b). Isometsä et al. gaben 1998 für eine finnische Stichprobe den Anteil von Intoxikationen für Frauen mit 86% und für Männer mit 54% an (Isometsä et al. 1998). Die höchsten Zahlen ergeben sich in unserer Stichprobe für die Methode Intoxikationen (ICD-10: X60-X68), insbesondere mit Tranquilizern (X61), mit einem Anteil von 64% (n=161).

Schnittverletzungen und andere als hart bezeichnete Methoden, wie Sturz aus großer Höhe, sind dagegen deutlich seltener zu registrieren (Schmidtke et al. 2005 u.1996b) und weisen oft einen höheren Anteil bei Männern auf (Hawton 2000, Schmidtke et al. 1996b). In unserer Stichprobe wurden weiche Suizidmethoden überwiegend von Frauen, mit einem Anteil von 45,75% (n=113), im Gegensatz zu 18,6% (n=46) bei den Männern, angewendet. Bemerkenswert erscheint für unsere Stichprobe (n=254) der gering höhere Anteil der Frauen von 15,4% (n=38) auch bei den harten Methoden im Vergleich zu 13,8% (n=34) für die Männer, ohne dass hierfür eine Erklärung gegeben werden kann.

Bei den kombinierten Methoden überwiegen dagegen erwartungsgemäß die Männer mit 4,85% (n=12) im Vergleich zu 1,6% (n=4) Frauen. Vorwiegend wurden Mischintoxikationen und einmal eine Intoxikation kombiniert mit einer harten Suizidmethode dokumentiert.

4.1.6. Vorerkrankungen

Ein hoher Anteil von Personen, bei denen eine psychiatrische Erkrankung zu diagnostizieren war, ergab sich in mehreren Studien, die sich mit einer Stichprobe von Patienten nach einem Suizidversuch befassten (Adam et al. 1983, De Moore u. Robertson 1996, Hawton et al. 2003). Bei den Patienten unserer Stichprobe (n=254) wurde bei einem hohen Anteil von ca. 80% (n=203) eine psychiatrische Erkrankung nach ICD-9 diagnostiziert. Hiervon litten 14% der Patienten (n=36) an einer neurotischen Störung, bei 15,5% (n=38) wurde eine Persönlichkeitsstörung und bei 16% (n=40) eine Psychose festgestellt. Hawton et al. veröffentlichten 2003 Daten einer Untersuchung von 111 Personen, die nach einem Suizidversuch in einem Allgemeinen Krankenhaus in Oxford untersucht wurden, und fanden einen Anteil von 44% mit einer Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung (Hawton et al. 2003). Bei de Moore und Robertson fanden sich in der 1996 veröffentlichten Studie an 223 Personen nach einem Suizidversuch bei 11% der Frauen und 22% der Männer eine psychiatrische Erkrankung (De Moore and Robertson).

In der Literatur findet sich hinsichtlich der Verteilung innerhalb der Diagnosengruppen eine große Spannbreite, die auch vom Klassifikationsmodus und der Patientenselektion abhängt (Beck u. Steer 1989, Cullberg et al. 1988, Hawton u. Fagg 1988, Johnsson et al. 1996, Nordentoft et al. 1993, Paerregaard 1975, Tejedor et al. 1999, Zonda 1991). Beck und Steer gaben 1989 für ihre Stichprobe von 443 Patienten nach einem Suizidversuch 12,6% Persönlichkeitsstörungen, 5,1% psychotische Depression, 40,7% neurotische Depressionen, 2,7% bipolare Störungen, 1% Involutionsdepressionen, 1,5% organische Syndrome, 5,8% schizo-affektive Störungen, 10,4% paranoide Schizophrenien, 10,2% andere Schizophrenien, 0,2% Angststörungen, 0,5% Zwangsstörungen, 0,7% andere neurotische Störungen und 7% andere psychiatrische Störungen an (Beck u. Steer 1989). Johnsson et al. fanden 1996 bei 75 schwedischen Patienten, aufgenommen in das Suizid-Forschungszentrum nach einem Suizidversuch, bei 35% Major-Depressionen, 21% Dysthymien, 8% Suchterkrankungen, 17% Anpassungsstörungen, 9% Angststörungen, 5% Psychosen und 1,3% Essstörungen sowie bei 68% als Achse II-Diagnose nach DSM-II-R eine Persönlichkeitsstörung (Johnsson et al. 1996). Lönnqvist et al. gaben in ihrer Studie von 1975 an 100 finnischen Personen nach Intoxikation in suizidaler Absicht einen Anteil psychiatrischer Erkrankungen von 97% an und diagnostizierten ca. 50% neurotische Störungen und 14% Psychosen (Lönnqvist et al. 1975).

Als charakteristisch für eine Stichprobe von Patienten nach einem Suizidversuch ist auch der hohe Anteil an Suchterkrankungen zu nennen (Böhme 1984, Cullberg et al. 1988, De Moore u. Robertson 1996, Rosen 1976). Beck und Steer 1989 diagnostizierten 20,8% drogenabhängige und 32,9% alkholabhängige Patienten, Johnsson et al. 1996 8% Suchtkranke, Nordentoft et al. 1993 37,9% alkoholabhängige Männern und 15,3% Frauen sowie 7,3% drogenabhängige Männer und 2,7% Frauen und Tejedor et al. 1999 5% Substanzabhängige (Beck u. Steer 1989, Johnsson et al. 1996, Nordentoft et al. 1993, Tejedor et al. 1999). In unserer Stichprobe betrug der Anteil der Patienten mit einem Abusus von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen von allen Patienten mit einer anderen Diagnose von Belang 27,5% (n=71).

4.2. Mortalitätsrisiko nach Suizidversuch

4.2.1. Gesamtmortalität

Die Gesamtmortalität der Stichprobe (n=260) beträgt 22% (n=57) im Verlauf des Nachbeobachtungszeitraums von durchschnittlich 15 Jahren. Die Mortalitätsrate (Tote pro Jahr pro 100000 Personen) von 1435,9 für die Stichprobe liegt deutlich über der der Gesamtbevölkerung Hamburgs, die im Vergleichszeitraum durchschnittlich 832,3 betrug und dem folgenden Diagramm zu entnehmen ist. Das Mortalitätsrisiko für die Patienten der Stichprobe ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Hamburgs ca. *1,7fach* erhöht.

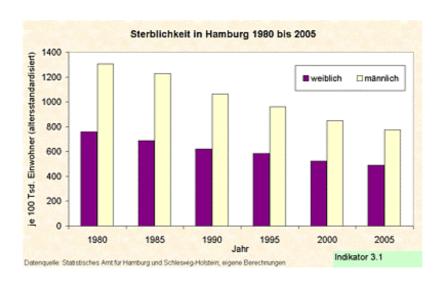


Diagramm 37: Sterblichkeit in Hamburg (Quelle: Statistisches Landesamt Hamburg)

Mit unseren Ergebnissen vergleichbar, ermittelten Ekeberg et al. bei 926 Patienten nach einem Suizidversuch in einem Zeitraum von 10 Jahren ebenfalls eine Mortalität von 22% und Suominen et al. im Rahmen einer 12-Jahres Katamnese bei 224 Patienten nach einem Suizidversuch eine Mortalität von 22% (Ekeberg et al. 1994, Suominen et al. 2004). Niedriger war die Mortalität in einer 2006 von Hawton et al. veröffentlichten Nachuntersuchung über durchschnittlich 20 Jahre von 11583 Patienten nach einer Selbstverletzung mit 10,2%, die mehr als zweimal die zu erwartende Zahl für die Gesamtbevölkerung überstieg, in der von Böhme veröffentlichten Untersuchung von 3364 Patienten nach einem Suizidversuch mit 14,8% und bei Nielsen et al. in einer 5-Jahres-Katamnese bei 207 Patienten nach einem Suizidversuch mit 16,4% (Böhme 1984, Nielsen et al. 1990, Hawton et al. 2006). Eine höhere Mortalität von 31,4% ermittelten Nordentoft et al. im Rahmen einer 10jährigen Nachuntersuchung von 974 Patienten nach einem Suizidversuch (Nordentoft et al. 1993).

Neben dem deutlich erhöhten Risiko an einem Suizid zu versterben, welches einen hohen Anteil an der Gesamtmortalität ausmacht und auf das im Folgenden noch genauer eingegangen wird, sind bereits an dieser Stelle einige Überlegungen zu der hohen Mortalitätsrate auszuführen.

Partiell ist die höhere Mortalität der Stichprobe durch den Altersanstieg im Verlauf der Katamnese erklärt. Diese Annahme wird durch das hohe Durchschnittsalter der Personen, die aus natürlicher Ursache verstorben sind, gestützt. Kritisch zu sehen ist allerdings die niedrige Rate der Suizide bei den älteren Personen der Stichprobe, die im Gegensatz zu den hohen Suizidraten für ältere Personen in der Gesamtbevölkerung in neueren epidemiologischen Studien steht. Wahrscheinlich kommen nicht selten Fehleinschätzungen, im Sinne der fälschlichen Bescheinigung einer natürlichen Todesursache für ältere Personen, bedingt auch durch das häufige Vorliegen körperlicher Erkrankungen mit zunehmendem Alter, durch den ärztlichen Leichenschauer vor (Schmidtke et al. 2005).

Darüber hinaus ist vor dem Hintergrund des hohen Anteils somatischer Erkrankungen in der Stichprobe, eine höhere Suizidalität bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung zu diskutieren. In diesem Zusammenhang sind auch die Ergebnisse von Harris und Barraclough, zumindest für neurologische Erkrankungen wie Epilepsie und Multiple Sklerose, anzuführen (Harris u. Barraclough 1997). Hawton et al. zogen als Erklärung für dieses Phänomen das Auftreten von Depressivität und das Leiden an Schmerzen in Erwägung (Hawton et al. 2006).

Der hohe Anteil an Suchterkrankungen, die oft mit körperlichen Folgeerscheinungen verbunden sind, kann als weiterer erklärender Faktor angeführt werden. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Suizidalität und Nikotinkonsum liegen dagegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Ob tatsächlich, wie Hawton et al. vermuten, über den Substanzabusus hinaus weitere mit Suchterkrankungen verbundene Verhaltensweisen, wie Aggressivität, Impulsivität und Risikobereitschaft mit erhöhter Suizidalität einhergehen und ein höheres Risiko körperlicher Erkrankungen nach sich ziehen, ist noch nicht ausreichend untersucht (Hawton et al. 2006).

Festzuhalten ist der Zusammenhang einer höheren Sterblichkeit mit einem niedrigen Sozialstatus. Patienten mit einem niedrigen Sozialstatus waren in unserer Stichprobe (n=254) überdurchschnittlich häufig vertreten. Die diesbezüglich festzustellenden Unterschiede, auch in einer Stadt mit einem durchschnittlich hohen Lebensstandard wie Hamburg, sind dem folgenden Diagramm zu entnehmen. Für die Einstufung der hamburgischen Stadtteile bezüglich der sozialen Lage wurde von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Stadt Hamburg über die statistische Methode der Faktorenanalyse für jeden Stadtteil eine Maßzahl bestimmt, die die mittlere soziale Lage seiner Bevölkerung abbildet. Die Maßzahl verdichtet die verwendeten Sozialindikatoren, wie Bildungsniveau, Arbeitslosenanteil, mittleres Einkommen und die Variabilität der Bevölkerung zu einem einzigen Wert, der angibt, welche soziale Gruppe überwiegt und wie schwerwiegend die sozialen Probleme im Mittel sind (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Stadt Hamburg 2001).

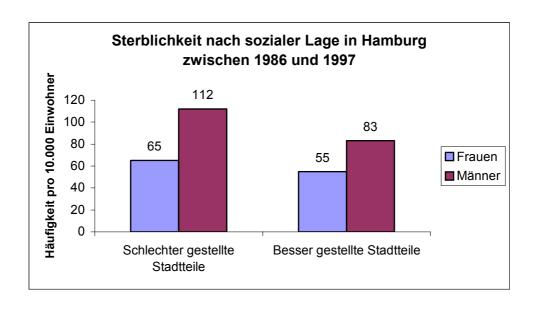


Diagramm 38: Sterblichkeit nach sozialer Lage in Hamburg (Quelle; Statistisches Landesamt)

Auffällig niedrig ist, im Vergleich mit anderen Studien, die Todesrate für Unfälle in unserer Untersuchung. Außer der geringen Größe der Stichprobe, waren hierfür keine Gründe erkennbar.

4.2.2. Suizidrisiko

Klar bestätigt wurde die Hypothese (Frage 1: Wie hoch ist das Risiko, nach einem Suizidversuch an einem Suizid zu versterben?) eines erhöhten Suizidrisikos für die Stichprobe der Patienten nach einem Suizidversuch (n=260). Unter Einbeziehung aller Personen für die ein Suizid möglich erschien, betrug die Suizidrate für die Stichprobe innerhalb des Nachbeobachtungszeitraums von 15 Jahren 6,9% (n=18). Die folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung der Suizidhäufigkeit und der Suizidraten in Hamburg getrennt nach Geschlecht in den letzten 50 Jahren.

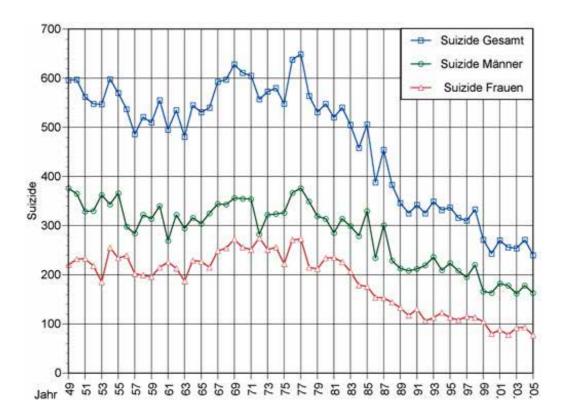


Diagramm 39: Häufigkeit der Suizide in Hamburg in den Jahren 1950 bis 2005 (Quelle Statistisches Landesamt)

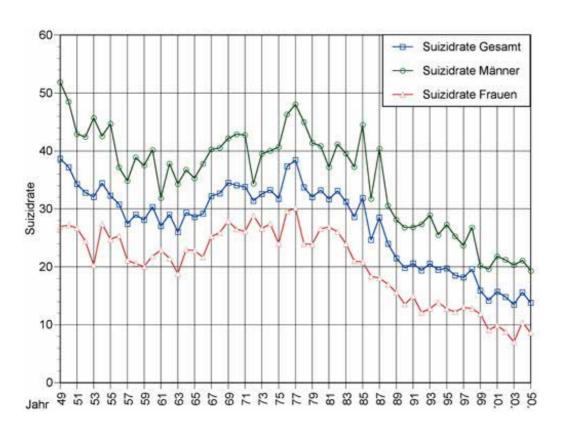


Diagramm 40: Suizidrate in Hamburg in den Jahren 1950 bis 2005 (Quelle Statistisches Landesamt)

Das Suizidrisiko der Stichprobe ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Hamburgs ca. um den *Faktor 15* erhöht.

Die Suizidrate von 6,9% ist zu vergleichen mit den Ergebnissen anderer Studien, die in der folgenden Tabelle aufgeführt werden.

Suizidraten in vergleichbaren Studien

Autor + Jahr der	Land	Suizidrate	Zahl der untersuchten	Beobachtungszeitraum
Veröffentlichung		in %	Patienten	in Jahren
Beck u. Steer 1989	USA	4,8	413	5-10
Böhme 1984	Deutschland	a) 4,9	a) 2590 nicht-	1-22, durchschnittlich 7
			psychotische	
		b) 11,8	b) 177 psychotische	
Cooper et al. 2005	Großbritannien	0,75	7968	4
Gibb et al. 2005	Neuseeland	4,6	3690	10
Harris u. Hawton	Großbritannien	2,3	2489	5,2
2005				
Hawton 2006	Großbritannien	1,5	11583	3-23
Jenkins et al. 2002	Großbritannien	8,6	223	22
Owens et al. 2002,	Diverse	0,5-2		1
Review (90 Studien)		5,0		9
Pino et al. 1979	Deutschland	5,0	100	6
Suominen et al. 2004	Finnland	8,0	224	12
Zonda 1991	Ungarn	2,94	583	11,6

Tabelle 22: Suizidrisiko von Patienten nach einem Suizidversuch in vergleichbaren Studien

In den in Deutschland durchgeführten Untersuchungen lagen die Rate von Pino et al. 1979 mit 5% niedriger und die Ergebnisse von Böhme, ebenfalls veröffentlicht 1979, mit einer Rate von 4,9% für nicht-psychotische Patienten und 11,8% für psychotische Patienten nach einem Suizidversuch durchschnittlich etwas höher als in unserer Untersuchung (Pino et al. 1979, Böhme 1984). Owens et al. veröffentlichen 2002 eine systematische Übersichtsarbeit, in der 90 Studien ausgewertet wurden, in denen das Risiko entweder eines erneuten Suizidversuchs oder eines Suizids nach einem Indexsuizidversuch untersucht wurde, und ermittelten ein signifikant höheres Suizidrisiko nach einem Indexsuizidversuch (Owens et al. 2002). Durchschnittlich wurde ein Suizidrisiko von 0,5 – 2% für das erste Jahr nach Suizidversuch und von ca. 5% innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 9 Jahren angegeben (Owens et al. 2002).

Festzuhalten bleibt, dass in allen Studien ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhtes Suizidrisiko für Personen, die einen Suizidversuch verübt haben, zu ermitteln war. Die Schwankungsbreite des ermittelten Suizidrisikos ist neben differenten Studiendesigns wahrscheinlich auf bislang nicht näher definierte nationale Unterschiede zurückzuführen.

Naturgemäß liegt die Suizidrate in einen langen Zeitraum betreffenden katamnestischen Studien höher, worauf im folgenden Abschnitt noch näher eingegangen wird.

Das Phänomen eines höheren Suizidrisikos für Frauen in der Altersgruppe über 50 Jahre und für Männer in der Altersgruppe über 75 Jahre in Stadtteilen mit einer besseren sozialer Lage (Definition der sozialen Lage siehe bitte Seite 82) wurde für Hamburg statistisch ermittelt (siehe hierzu auch die Diagramme 41 u. 42, Seite 91), ohne dass hierfür Ursachen zu sichern waren (Behörde für Wissenschaft und Gesundheit 2005). Als weitere Erklärung für die Höhe der Suizidrate unserer Stichprobe ist ein höheres Suizidrisiko in deutschen Großstädten im Vergleich zu ländlichen Gegenden anzuführen. Vergleichbare Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Lebensräumen wurden auch für andere Länder in Studien nachgewiesen (Johansson et al. 1997).

4.2.3. Intervall zwischen Indexsuizidversuch und Suizid

Hinsichtlich der Zeitspanne zwischen Indexsuizidversuch und vollendetem Suizid ergab sich für die Stichprobe eine eindeutige Häufung innerhalb der ersten 12 Monate. 16,7% (n=3) der Suizide wurden innerhalb der ersten 3 Monate verübt und 50% (n=9) innerhalb der ersten 12 Monate.

Anteil von Suiziden in einem definierten Intervall nach einem Indexsuizidversuch

Autor + Jahr der	Land	Zahl der	Intervall	Anteil innerhalb des	
Veröffentlichung		untersuchten Patienten	zwischen	Intervalls verübter Suizide	
			Index-SCV und	in % (n)	
			Suizid in		
			Jahren		
Böhme 1984	Deutschland	2707	1	46,5 (59)	
De Moore u. Robertson	Australien	223	1	27,0 (4)	
1996					
Johnsson et al. 1996	Schweden	75	1	50,0 (5)	
Nielsen et al. 1990	Dänemark	207	1	ca. 50 (12)	
Nordentoft et al. 1993	Dänemark	974	2	55,0 (57)	
Nordström et al. 1995	Schweden	1573	1	48,0 (43)	
Paerregaard 1975	Dänemark	484	1	34,0 (18)	
Soukas et al. 1991	Finnland	1018	0,1	21,0 (7)	
			1	55,0 (18)	
Tejedor et al. 1999	Spanien	150	2	50,0 (9)	
Wang et al. 1985	Dänemark	99	0,15	40,0 (4)	

Tabelle 23: Suizidrate innerhalb von 0,1 bis 2 Jahren nach einem Indexsuizidversuch in vergleichbaren Studien

Vergleichbare Ergebnisse fanden sich in der Mehrzahl der angeführten Studien. Deutlich niedriger lagen die Raten lediglich bei De Moore und Robertson mit 27% und bei Paerregaard mit 38% innerhalb des ersten Jahres nach dem Indexsuizidversuch (De Moore u. Robertson 1996, Paerregaard 1975).

In Studien belegt wurde außerdem, dass das Suizidrisiko unmittelbar nach der Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung im Vergleich zu allen anderen Episoden im Leben, auf das psychiatrische Hilfesystem angewiesener Patienten, am höchsten ist (Appleby et al. 1999, Crawford 2004). Nach der Literatur ist ein wesentlicher und trotz ausstehender statistischer Validierung nach den bisherigen Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit wirksamer Faktor die Organisation des Übergangs, der ambulanten Unterstützung und vertrauensbildender und die soziale Unterstützung verbessernder Maßnahmen (Appleby 1999, Crawford 2004, King et al. 2001). Die bereits von Böhme aufgestellte These, dass "der begrenzte Zeitraum eines hohen Suizidrisikos und das relativ niedrige Lebensalter der gefährdeten Patienten [...] die Forderung begründet erscheinen [lassen], ökonomisch vertretbare sozialpsychiatrischen und psychotherapeutische Maßnahmen im Rahmen einer Tertiärprophylaxe weiter auszubauen", ist also unverändert folgerichtig (Böhme 1984). Außerdem sind weiterhin Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen erforderlich.

4.2.4. Langzeitkatamnesen

Die in der Langzeitbeobachtung auch nach vielen Jahren weiterhin auftretenden Suizide wurden, neben unseren Ergebnissen, auch in den Langzeitstudien von Jenkins et al. über 22 Jahre und Suominen über 37 Jahre nachgewiesen und sprechen für ein lebenslang erhöhtes Suizidrisiko nach einem Indexsuizidversuch (Jenkins et al. 2002, Suominen et al. 2004). In unserer Stichprobe (n=260) waren nach 8 Jahren keine weiteren Suizide zu sichern. Dies ist wegen der relativen Seltenheit des Ereignisses eines Suizids wahrscheinlich auf die geringe Größe der Stichprobe zurückzuführen und widerspricht der vorangestellten Annahme nicht. Unterschiede zwischen Personen, die sich kurze Zeit nach einem Suizidversuch suizidieren und denen, die sich erst Jahre später suizidieren, sind anzunehmen. Feuerlein postulierte bereits 1973, dass bei Rezidiven nach Suizidversuchen zwischen "Patienten, die aufgrund ihrer abnormen Persönlichkeitsstruktur quasi habituell in kritischen Situationen mit

Selbstmordhandlungen reagieren und Patienten, bei denen der erste Selbstmordversuch nicht zu einer Lösung der aktuellen Problematik geführt hat ... [und] die zweite Selbstmordhandlung ziemlich rasch mit verstärktem Engagement in Richtung Autodestruktion folgt, zu differenzieren sei" (Feuerlein 1973).

Diesbezügliche Schlussfolgerungen sind aus unserer Studie nicht möglich, da, abgesehen von der Erhebung des von Götze et al. entworfenen Katamnese-Suizidfragebogens ein Jahr nach dem Indexsuizidversuch für einen Teil der Patienten, keine weiteren Verlaufsuntersuchungen vorgenommen wurden und weder das Auftreten weiterer Suizidversuche noch Veränderungen in der Lebenssituation registriert wurden.

4.3. Methodenwandel zwischen Suizidversuch und Suizid

Statistisch verwertbare Ergebnisse, im Sinne eines höheren Suizidrisikos, bei einem Wechsel von weichen zu zunehmend härteren Methoden und auch aus einer zeitlichen Verdichtung bei rezidivierenden Suizidversuchen, waren aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht zu erhalten und somit keine Aussage zu dieser Hypothese (Frage 2: Gibt es einen Wandel in den Methoden zwischen Suizidversuch und Suizid?) zu treffen.

4.4. Prädiktive Faktoren

Bei der Untersuchung der Variablen hinsichtlich der Unterschiede zwischen der Gruppe der "Suizidenten" und der "Nicht-Suizidenten" (Frage 3: Wie unterscheidet sich die Gruppe der suizidierten von der Gruppe der nicht suizidierten Personen in soziodemographischer und in diagnostischer Hinsicht?), sind die Ergebnisse auf demographische Faktoren, Suizidversuchsumstände und Vorerkrankungen zu betrachten

4.4.1. Demographische Faktoren

4.4.1.1. Altersabhängigkeit

Hinsichtlich der Altersabhängigkeit des Suizidrisikos lag in unserer Studie der höchste Anteil für Frauen zwischen 20 und 60 Jahren, bei den Männern zwischen 20 und 40 Jahren. Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen bestanden jedoch nicht. Die auffällig

geringe Zahl älterer Personen, die ja bereits einen Suizidversuch verübt hatten, bei denen ein Suizid als Todesursache diagnostiziert wurde, ist bereits kritisch diskutiert worden (s.o.). Keine signifikante Altersabhängigkeit der Suizide ergab sich ebenfalls in einigen früheren Studien (Suokas et al. 2001, Suominen et al. 2004, Rosen 1976). In den meisten weiteren Studien, die sich mit der katamnestischen Untersuchung von Patienten nach einem Suizidversuch befassten, ergab sich dagegen ein höheres Suizidrisiko mit zunehmendem Alter (Allgulander u. Fisher 1990, Böhme 1984, Ekeberg et al. 1991, Hawton et al. 2003, Johnsson et al. 1996, Nordentoft et al. 1993, Nordström et al. 1995, Pino et al. 1979, Wang et al. 1985). Ein geringeres Risiko bei höherem Alter fanden lediglich Tejedor et al. (Tejedor et al. 1999). De Moore und Robertson wiesen ein hohes Suizidrisiko für männliche Teenager nach (De Moore u. Robertson 1996).

4.4.1.2. Geschlechtsverteilung

Auffällig ist die Geschlechtsverteilung innerhalb der Gruppe der ehemaligen Patienten, die sich im weiteren Verlauf nach dem Indexsuizidversuch suizidierten, mit einem Verhältnis von Frauen zu Männern von 3,5 : 1. Es suizidierten sich 14 Frauen, entsprechend 8,6% aller Frauen der Stichprobe, und nur 4 Männern, entsprechend 4% aller Männer der Stichprobe (n=260). Ein höherer Frauenanteil von 2:1 wurde auch von Wang et al. 1985 in einer dänischen Studie veröffentlicht (Wang et al. 1985). Hier fand sich ein Altersgipfel für Suizide bei Personen zwischen 50 und 60 Jahren. Den größten Anteil machten verheiratete Frauen mittleren Alters aus. Wang et al. diskutierten, dass diese Frauen in der dänischen Gesellschaft über geringe soziale Bindungen verfügen und sich im Falle familiärer Probleme einsam und hoffnungslos fühlen (Wang et al. 1985). In der 1994 von Ekeberg et al. veröffentlichten norwegischen Studie ergab sich ebenfalls ein höherer Frauenanteil bei den erfassten Suiziden von 29% im Vergleich zu 16% Männern, ohne dass hierfür eine Erklärung gefunden wurde (Ekeberg et al. 1994).

In mehreren Studien wurden keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechtsverteilung bei den Suizidenten nach einem Indexsuizidversuch gefunden (Nielsen et al. 1990, Nordentoft et al. 1993, Parregaard 1975, Rosen 1976, Suominen et al. 2004, Tejedor et al. 1999). In den in Deutschland durchgeführten Untersuchungen fanden Pino et al. in einer Stichprobe von 100 Patienten 3 Frauen und 2 Männer, die sich suizidierten, und in der von Böhme veröffentlichten Untersuchung betrug die Geschlechtsverteilung bei den nicht psychotischen

Patienten 7,2% Männer zu 3,3% Frauen und bei den psychotischen Patienten 9% Männer zu 13% Frauen (Böhme 1984, Pino et al. 1979).

Bemerkenswert ist der höhere Frauenanteil in der Gruppe der Suizidenten unserer Stichprobe (N=260) vor allem auch angesichts durchgehend höherer Suizidraten für Männer in den offiziellen Statistiken (siehe Diagramme 39 und 40, Seite 83 und 84).

Folgende mögliche Ursachen für den höheren Frauenanteil bei den Suiziden in unserer Studie sind - neben der geringen statistischen Aussagekraft aufgrund der relativ kleinen Stichprobezu diskutieren: Da der Anteil der Männer bei den Todesfällen mit fehlender Angabe zur Todesursache und ungeklärter Todesursache größer ist, könnten einige Suizide bei Männern nicht erfasst worden sein.

Ein bekannter wichtiger Suizidrisikofaktor ist das Vorliegen einer depressiven Symptomatik. In unserer Stichprobe zeigte sich ein deutlich höherer Frauenanteil (64% Frauen, n=122 zu 36% Männer, n=62) für die vorläufige Einschätzung zur Depressivität, die allerdings nicht der psychiatrischen Diagnose einer Depression gleichzusetzen ist. Ein signifikant höheres Suizidrisiko für die als depressiv eingeschätzten Patienten ließ sich allerdings nicht nachweisen.

Auffällig ist auch der hohe Frauenanteil bei den Patienten unserer Stichprobe mit einem Abusus von Alkohol, Medikamenten oder Drogen (55% Frauen, n=39 zu 45% Männern, n=32). In der Gesamtbevölkerung ist dagegen der Anteil betroffener Männer, insbesondere für den Abusus von Alkohol und illegalen Drogen, deutlich höher. Da von einem erhöhten Suizidrisiko bei einem Abusus auszugehen ist, dies wird in den folgenden Abschnitten noch ausführlicher diskutiert, könnte hierdurch eine Verschiebung zu einer höheren Zahl von Suiziden bei Frauen entstanden sein. Erwähnenswert ist vor diesem Hintergrund, dass ausschließlich bei Frauen unserer Stichprobe wahrscheinliche oder mögliche Suizide im Rahmen von Intoxikationen und vor dem Hintergrund eines Abusus vermutet wurden.

Laut statistischer Erhebung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Stadt Hamburg ist, wie in der folgenden Abbildung dargestellt, insgesamt ein höherer Anteil von Suiziden bei Frauen über 50 Jahren in besserer sozialer Lage zu verzeichnen, ohne dass hierfür bislang eine schlüssige Erklärung vorliegt (Behörde für Wissenschaft und Gesundheit 2005). (Für die Definition der sozialen Lage in den hamburgischen Stadtteilen ist auf den entsprechenden Abschnitt auf Seite 82 zu verweisen)

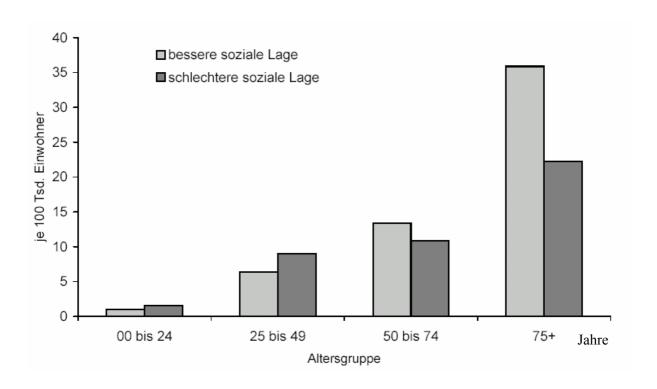


Diagramm 41: Suizidrisiko bei Frauen nach Alter und sozialer Lage in Hamburg 1998 bis 2003 (Quelle: Statistisches Amt Hamburg und Schleswig-Holstein)

Bei Männern dagegen ist statistisch gesehen das Suizidrisiko in schlechterer sozialer Lage bis zu einem Alter von 75 Jahren höher.

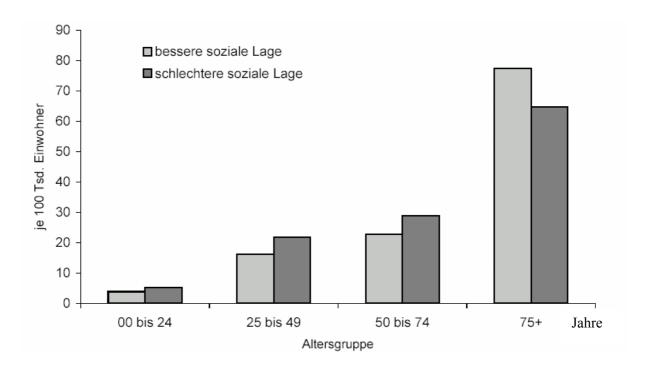


Diagramm 42: Suizidrisiko bei Männern nach Alter und sozialer Lage in Hamburg 1998 bis 2003 (Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein)

Ein weiterer Grund für den höheren Frauenanteil an den Suiziden könnte sein, dass Männer häufiger bereits bei der ersten Suizidhandlung versterben, so dass in der Studie eher Männer mit einem geringeren Suizidrisiko erfasst wurden.

4.4.1.3. Stellung im Erwerbsleben

Aus unserer Untersuchung lässt sich lediglich ein tendenziell höheres Suizidrisiko bei Rentnern und Arbeitslosen bzw. Erwerbslosen der Stichprobe (n=254) feststellen und keine signifikante Differenz. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ergaben sich aus den Angaben zum erlernten beruflichen Status und zum ausgeübten Beruf, insbesondere auch kein erhöhtes Risiko für die beruflichen "Absteiger", die also keine ihrer beruflichen Qualifikation entsprechende Tätigkeit ausübten. Beck und Steer wiesen ein signifikant höheres Suizidrisiko und Nordentoft et al. ein tendenziell höheres Suizidrisiko für die Variable Arbeitslosigkeit nach (Beck u. Steer 1989, Nordentoft et al. 1993). Tejedor et al. beschrieben ein geringeres Suizidrisiko bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis (Tejedor et al. 1999). Pino et al. gaben an, dass alle Suizidenten sich in einem Zustand von Existenzangst und stark ausgeprägter innerer Verunsicherung befanden (Pino et al. 1979), ohne hierzu detailliertere Angaben zu machen. Kein erhöhtes Suizidrisiko bei Arbeitslosigkeit wurde dagegen in mehreren anderen Studien nachgewiesen (Cooper et al. 2005, De Moore u. Robertson 1996, Hawton and Fagg 1988, Nielsen et al. 1990, Zonda 1991).

In epidemiologischen Studien wurde mehrfach ein erhöhtes Suizidrisiko für Arbeitslose, tendenziell für Männer ausgeprägter als für Frauen, festgestellt (Agerbo 2004 u. 2005b, Lewis u. Slogett 1998, Qin et al. 2003).

Noch schwieriger erscheinen Aussagen über die nicht klar und einheitlich definierte Variable Sozialstatus. Cullberg et al. beschrieben kasuistisch, dass die Suizidenten oft an einer Abhängigkeitserkrankung verbunden mit einem sozialen Abstieg litten (Cullberg et al. 1988). Ekeberg et al. fanden kein erhöhtes Suizidrisiko bei Abhängigkeitserkrankungen oder in Bezug auf die soziale Schicht (Ekeberg et al.1991). Einen geringen prädiktiven Wert für einen späteren Suizid fanden Lönnqvist und Achté für die Variable niedrigste soziale Schicht in ihrer Untersuchung älterer Patienten nach Suizidversuch (Lönnqvist u. Achté 1985). Nielsen et al. und Paerregaard beschrieben ein erhöhtes Suizidrisiko bei Kriminalität, Nielsen et al. fanden dagegen kein erhöhtes Suizidrisiko für finanzielle Schwierigkeiten oder Erziehungsprobleme (Nielsen et al. 1990, Paerregaard 1975). Agerbo et al. berichteten 2001 in einer Studie, dass, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, das Suizidrisiko in Dänemark für an

einer psychiatrischen Erkrankung leidende Personen mit einem hohen Einkommen erhöht ist und diskutierten, ob hierfür Stigmatisierung, Kränkung und Scham aufgrund der psychiatrischen Erkrankung eine Rolle spielen (Agerbo et al. 2001).

4.4.1.4. Familienstand

Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Suizidrisikos ergaben sich aus den Fragen zum Familienstand, zur Wohnsituation und zur Begleitperson des Patienten auf dem Weg ins Krankenhaus nach dem Suizidversuch für unsere Stichprobe (n=254).

Ebenfalls kein erhöhtes Suizidrisikos für allein Lebende fand sich in mehreren Patienten nach einem Suizidversuch betreffenden Studien (De Moore u. Robertson 1996, Hawton u. Fagg 1988, Zonda 1991). In den großen epidemiologischen Studien war dagegen überwiegend ein erhöhtes Suizidrisiko für allein lebende Personen nachzuweisen (Johansson et al. 1997), wobei oft über die Angabe zum Familienstand die tatsächliche Lebenssituation nicht erfasst wurde, d.h. verheiratete, aber getrennt lebende oder in fester Partnerschaft lebende Personen werden nicht korrekt zugeordnet. Ein höheres Suizidrisiko für allein lebende Personen fanden auch Cooper et al., die dagegen keines für die Variable "ohne Partner" nachweisen konnten, Nordentoft und Paerregaard (Cooper et al. 2005, Nordentoft et al. 1993, Paerregaard 1975). Auch bei Pino et al. lebten alle Suizidenten allein (Pino et al. 1979).

Die Ergebnisse der epidemiologischen Studien zur Frage des mit dem Familienstand assoziierten Suizidrisikos sind nicht einheitlich, überwiegend wurde jedoch ein erhöhtes Risiko für ledige oder geschiedene/getrennte Personen festgestellt, hierbei scheinen Männer tendenziell gefährdeter zu sein (Agerbo 2005b, Kposowa 2000, Johansson et al. 1997). Zu einem gegenteiligen Ergebnis mit einem sogar höheren Anteil Verheirateter oder in fester Partnerschaft Lebender kamen Wang et al., wobei erneut auf die Besonderheit des höheren Frauenanteils bei den Suizidenten nach Suizidversuch und die beschriebenen besonderen gesellschaftlichen Umstände, als mögliche Erklärung hierfür, in dieser Studie hinzuweisen ist (Wang et al. 1985).

Lönnqvist und Achté fanden in ihrer Untersuchung älterer Patienten nach einem Suizidversuch einen geringen prädiktiven Wert für die Variable Verwitwetsein (Lönnqvist u. Achté 1985).

In der Untersuchung von Lönnqvist et al. litten alle Suizidenten an Einsamkeit (Lönnqvist et al. 1975). Bille-Brahe und Jessen berichteten, dass wiederholte Suizidversuche eher bei

geschiedenen, allein oder allein mit Kindern lebenden Personen zu beobachten waren (Bille-Brahe u. Jessen 1994).

Zusammengefasst ist bei den erhobenen demographischen Angaben kritisch anzumerken, dass Rückschlüsse auf die tatsächliche Lebenssituation der erfassten Personen nur sehr eingeschränkt möglich sind, da diese nur zum Zeitpunkt des Indexsuizidversuchs dokumentiert wurden und gravierende Veränderungen in der Zeit danach aufgetreten sein können.

Der prädiktive Wert der aufgeführten demographischen Faktoren für das Suizidrisiko unserer Stichprobe (n=254) nach einem Suizidversuch ist für sich genommen eher gering. Selbstverständlich soll durch diese Schlussfolgerung in keiner Weise die Bedeutung, die der Belastung beispielsweise durch Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen oder soziale Isolation bei entsprechender Prädisposition für das Problem Suizidalität zukommt, herabgesetzt werden. Der protektive Wert einer sozialen Integration oder einer Verbesserung der Beschäftigungssituation steht außer Frage und Bemühungen allgemeiner Art sowie im Einzelfall, insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen, sind sicher auch unter dem Aspekt der Suizidprophylaxe hoch sinnvoll und förderungswürdig. Zur Prognoseeinschätzung bei Vorliegen von Suizidalität sind aber wahrscheinlich andere vorwiegend seelische Faktoren von deutlich höherem Aussagewert. Hierauf wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

4.4.2. Umstände des Suizidversuchs

4.4.2.1. Suizidmotivation

Bei den Suizidversuchsumständen haben sich für die die Suizidmotivation und die Schwere des Indexsuizidversuchs charakterisierenden Angaben folgende Unterschiede ergeben:

Ein signifikant höherer Anteil späterer Suizidenten (Chi-Quadrat p=0,029) unserer Stichprobe (n=254) gab zum Zeitpunkt des Indexsuizidversuchs an, mit dem Gelingen des Suizidversuchs gerechnet zu haben (SFB Frage 22). Eine tendenziell höhere Suizidgefährdung war auch aus einer Bejahung der Frage, ob der- oder diejenige sterben wollte, abzuleiten (SFB Frage 21). Signifikant höher war ebenfalls der Anteil in der Gruppe der Suizidenten, die einen Abschiedsbrief verfasst hatten (Chi-Quadrat p=0,029, SFB Frage 23). Ein signifikant größerer Teil (Chi-Quadrat p=0.023) in der Gruppe der Suizidenten gab auf die Frage "Warum wollten Sie sterben?" (SFB Frage 24) für den Indexsuizidversuch eine chronische

Belastung an, im Gegensatz zu der selteneren Angabe einer aktuellen Belastung oder einer akuten Dekompensation einer chronischen Belastung. Als interessante Selbsteinschätzung ist sicher auch der signifikant höhere Anteil (Chi-Quadrat p=0,027) von ehemaligen Patienten, die im Verlauf einen Suizid begingen, zu sehen, der im Rahmen der psychiatrischen Exploration auf die Frage "Haben Sie jetzt noch Suizidabsichten?" mit "Ja" antwortete (SFB Frage 35).

Als Hinweis auf ein tendenziell höheres Suizidrisiko isoliert lebender Menschen oder umgekehrt als prognostisch günstiger bei Vorliegen einer Beziehung zu interpretieren, ist der sehr hohe Anteil späterer Suizidenten, der auf die Frage, "Wem würden sie am ehesten die Schuld an dem Suizidversuch geben?" (SFB Frage 27), keine Person benannte. Eine vergleichbare Interpretation lässt auch der tendenziell höhere Anteil der Antwort "keine Person" in der Fremdbeurteilung auf die Frage "Richtet sich der Suizidversuch an eine benennbare Person?" zu (SFB Frage 44).

Für einen signifikant höheren Anteil (Chi-Quadrat p=0,036) späterer Suizidenten schätzten die untersuchenden Psychiater den Indexsuizidversuch als ernsthaft ein (SFB Frage 43). Signifikant niedriger war das spätere Suizidrisiko, wenn die Fremdbeurteilung eher "nicht ernsthaft" oder "parasuizidale Geste" lautete.

Als die Suizidmotivation ebenfalls gut charakterisierend ist sicher die Frage nach der Einordnung des Indexsuizidversuchs als Affekt/Impulshandlung, Appell oder als Ausdruck schon länger erlebter subjektiver Aussichtslosigkeit zu werten (SFB Frage 42). In Übereinstimmung mit den genannten, die Suizidmotivation charakterisierenden, Aspekten steht, dass für einen hoch signifikant größeren Anteil (Chi-Quadrat p=0,002) der Gruppe, die in der Folge einen Suizid verübten, der Indexsuizidversuch als "Ausdruck länger erlebter subjektiver Aussichtslosigkeit" eingeschätzt wurde.

Keine statistisch relevanten Unterschiede ließen sich für die Fragen mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen berechnen (SFB Fragen 22a, 24, 31 u. 32). Bemerkenswert erscheint jedoch der hohe Anteil der Gruppe der späteren Suizidenten, der auf die Fragen "Wie fühlten Sie sich nach Misslingen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 31) und "Wie stehen Sie jetzt zum Misslingen des Suizidversuchs?" (SFB Frage 32) mit "verzweifelt" antwortete, im Gegensatz zu der häufigsten Antwort "erleichtert" in der Gruppe der Patienten, die sich nicht suizidierten. Dieses könnte als weiterer Hinweis auf die Ernsthaftigkeit der Suizidmotivation

interpretiert werden. Die Antworten auf die Fragen "Warum wählten Sie gerade dieses Mittel/Methode zum Suizid?" (SFB Frage 22a) und dem "Warum wollten Sie sterben?" (SFB Frage 24) wiesen zwischen den Gruppen bzgl. des Suizidrisikos dagegen keine eindeutigen Unterschiede auf.

Hinsichtlich der Zeitspanne zwischen Entschluss zum Suizid und Durchführung des Suizidversuchs (SFB Frage 18, Chi-Quadrat p=0,05) ergab sich ein höherer Anteil für die Gruppe der späteren Suizidenten, die einen Zeitraum von 2 Tagen bis 1 Monat angab. Ein signifikanter Unterschied lies sich jedoch für diese Variable nicht nachweisen.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich für die Fragen, die sich auf die Ankündigung des Suizidversuchs (SFB Frage 41), die Dauer der Suizidgedanken (SFB Frage 17) das Sprechen über die Suizidabsicht (SFB Frage 29) oder die Bitte um Hilfe (SFB Frage 30) bezogen. Ebenso ergaben die Fragen "Hätte jemand im Vorfeld etwas merken müssen?" (SFB Frage 28), nach der Person, die den Patienten nach dem Suizidversuch fand (SFB Frage 12), über Schuldgefühle im Anschluss an den Suizidversuch (SFB Frage 33) oder Gründe für den Suizidversuch (SFB Frage 24) sowie die unterschiedlichen Angaben zur Notwendigkeit von Hilfestellungen (SFB Frage 34) keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen.

Die Ergebnisse in der Literatur zu der Frage, ob sich aus der Motivation zum Suizid und der Schwere des Indexsuizidversuchs eine Gruppe höherer Gefährdung selektieren lässt, sind nicht einheitlich. In den Untersuchungen *schwerer* Suizidversuche fanden Douglas et al. in Großbritannien und Kumar et al. in Indien charakteristische Unterschiede im Vergleich zu Patienten mit weniger schweren Suizidversuchen, wie das häufigere Vorliegen einer Depression (Douglas et al. 2004, Kumar et al. 2006). Ekeberg et al. fanden 1994 in einer katamnestischen Untersuchung von 926 Patienten nach Intoxikation aus unterschiedlicher Ursache über 10 Jahre, dass der einzige prädiktive Faktor, mit einem 3,1fach höheren Suizidrisiko, eine suizidale Motivation bei der Aufnahme wegen eines Indexsuizidversuchs war. Als suizidale Motivation wurde hierbei von Ekeberg et al. die Intention zu sterben gewertet, die aus der Angabe des Patienten sterben gewollt zu haben, der Einnahme einer potentiell letalen Dosis, einer fehlenden Kontaktaufnahme zu anderen Personen nach der Intoxikation oder dem Verfassen eines Abschiedsbriefes geschlossen wurde. Bei Fehlen der genannten Hinweise auf eine ernsthafte suizidale Motivation, wurde der Suizidversuch als

Hilfeappell interpretiert (Ekeberg et al. 1994). Henriques et al. fanden 2005 bei der Untersuchung von 393 Patienten nach Suizidversuch ein 2,5 fach erhöhtes Suizidrisiko in der Nachuntersuchungszeit von 5 -10 Jahren für die Gruppe, die als Reaktion auf das Misslingen des Suizidversuchs den Wunsch "gestorben zu sein" angab, im Gegensatz zu denen, die sich ambivalent oder glücklich fühlten (Henriques et al. 2005). Als besten Prädiktor für das Suizidrisiko von Patienten älter als 64 Jahre werteten auch Lönnqvist und Achté in ihrer 1985 veröffentlichten Studie an 3040 Personen mit Suizidversuchen zwischen 1973 und 1979, die global erfasste Intention zu sterben im Rahmen des Indexsuizidversuchs (Lönnqvist u. Achté 1973). In der 1976 veröffentlichten Studie von Rosen an 886 Personen nach Suizidversuch sah dieser die Hypothese, dass schwere Suizidversuche ein höheres Suizidrisiko nach sich ziehen in einer 2,1fach höheren Suizidrate nach einem als schwer gewerteten Indexsuizidversuch bestätigt (Rosen 1976). Als schwer wurden in dieser Studie Suizidversuche gewertet, die eine schwere Vigilanzstörung nach dem Suizidversuch aufwiesen, einen hohen Intoxikationsgrad oder eine lebensgefährliche Verletzung zur Folge hatten (Rosen 1976). Suokas et al. fanden in ihrer 2001 veröffentlichten Untersuchung von 1018 Patienten nach Suizidversuch über 14 Jahre heraus, dass das relative Risiko für einen späteren Suizid 2,92 betrug, wenn das subjektive mit dem Suizidversuch verbundene Motiv, der Wunsch zu sterben war (Suokas et al. 2001).

Exemplarisch für Studien, die aus der Schwere des Suizidversuchs kein erhöhtes Suizidrisiko ableiten konnten, ist die Studie von Zonda von 1991 zu erwähnen, der aus einer Stichprobe von 583 Personen nach Suizidversuch diejenigen Suizidversuche als schwer klassifizierte, die ein tiefes Koma als Folge einer Intoxikation erlitten oder als nur wenige Sekunden von einem Exitus letalis beim Erhängungsversuch entfernt eingeschätzt wurden, und für diese 4,5% im Verlauf von durchschnittlich 11,6 Jahren Nachbeobachtung keine Suizide nachweisen konnte (Zonda 1991). Auch Pino et al. konnten aus der Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs kein höheres Suizidrisiko ableiten (Pino et al. 1979). Ebenfalls keine sich aus den Umständen des Suizidversuchs ergebenden Diskriminationsmöglichkeiten für das spätere Suizidrisiko sahen Wang et al. (Wang et al. 1985).

Bislang untersuchten nur wenige Autoren die Bedeutung der Planung des Indexsuizidversuchs für das spätere Suizidrisiko. De Moore und Robertson fanden in ihrer Studie ein erhöhtes Suizidrisiko für Frauen, die einen geplanten Indexsuizidversuch begangen haben, für Männer dagegen nicht (De Moore u. Robertson 1996). Suokas et al. fanden in ihrer 14-Jahres-Katamnese ein höheres Suizidrisiko für die nicht impulsiven, sondern geplant durchgeführten Suizidversuche (Suokas et al. 2001).

Vier von sieben Suizidenten im 1. Jahr der Nachuntersuchung von De Moore und Robertson litten an Trauer aufgrund des Verlustes einer nahestehenden Person (De Moore u. Robertson 1996). Suominen et al. fanden ein höheres Suizidrisiko für diejenigen Patienten, die Probleme mit dem Partner oder den Wunsch durch ihren Tod anderen Menschen eine Erleichterung zu verschaffen, als Grund für den Index-Suizidversuch angaben (Suominen et al. 2004). Eine Erschütterung des Selbstwertgefühls, soziale Entwurzelung und Vereinsamung beschrieben Pino et al. bei ihren Suizidfällen (Pino et al. 1979). Dagegen fanden Hawton und Fagg in ihrer Nachbeobachtung nur selten eine Trennung vom Partner kurz vor dem Indexsuizidversuch (Hawton u. Fagg 1998).

4.4.2.2. Methode des Suizidversuchs

Bei genauerer Analyse des Indexsuizidversuchs ließen sich für unsere Stichprobe (n=254) für den Ort, an dem der Suizidversuch durchgeführt wurde (SFB Frage 9), die Suizidmethode (SFB Frage 10), das Vorliegen, die Art und Schwere einer Verletzung (SFB Frage 13) und die Vigilanz beim Auffinden (SFB Frage 14) *keine* Unterschiede zwischen den Gruppen berechnen.

Die Ergebnisse in der Literatur bezüglich der Bedeutung der Methode des Suizidversuchs für das Suizidrisiko sind nicht einheitlich. Kein höheres Suizidrisiko bei Benutzung einer besonders letalen Suizidmethode für den Indexsuizidversuch fanden Hawton und Fagg, De Moore und Suominen in ihren Studien (Hawton u. Fagg 1988, De Moore u. Robertson 1996, Suominen et al. 2004). Auch Böhme sah das häufig gestellte Postulat, "dass die Wahl harter Mittel bei Selbstmordversuchen auf eine höhere persistierende Suizidalität hindeute", durch seine Untersuchung nur teilweise gestützt, da zwar bei Suizidversuchen durch Erhängen oder die Kombination mehrerer Suizidmittel der prozentuale Anteil späterer Suizide über dem bei anderen Suizidmitteln lag, diese Feststellung aber nur für die nicht-psychotischen und nicht für die psychotischen Patienten seiner Stichprobe zutraf (Böhme 1984). Darüber hinaus führt Böhme als bedeutsam für die Suizidprophylaxe aus, "...daß in absoluten Zahlen gemessen, die Selbstmorde in der Gruppe, die beim Selbstmordversuch Medikamente, Drogen oder Gifte benutzt hatten, am häufigsten vorkamen" (Böhme 1984). Ein Zusammenhang im Sinne eines höheren Suizidrisikos bei Durchführung eines schweren Suizidversuchs wurde eindeutig in den Studien von Cooper et al., die dies bei der Benutzung eines Schneidewerkzeugs

nachwiesen, von Gibb et al., von Lönnqvist und Achté speziell für ältere Personen, von Nielsen et al., Rosen, Suokas et al. und Tejedor ermittelt (Cooper et al. 2005, Gibb et al. 2005, Lönnqvist u. Achté 1985, Nielsen et al. 1990, Rosen 1976, Suokas u. Lönnqvist 1991, Tejedor et al. 1999).

Ein vergleichsweise hoher Anteil späterer Suizidenten unserer Stichprobe hatte den Indexsuizidversuch unter Alkoholeinfluss verübt (SFB Frage 11), allerdings ergab sich für diese Variable kein signifikant höheres Suizidrisiko. In der 1986 von Chiles et al. veröffentlichten Studie wurde nachgewiesen, dass Patienten in den 24 Stunden vor einem Suizidversuch häufiger Alkohol oder Marihuana konsumierten und seltener Kontakt zu einer medizinischen Institution aufnahmen als eine Kontrollgruppe (Chiles et al. 1986).

4.4.2.3. Rezidivierende Suizidversuche

Mehrheitlich sprechen die Ergebnisse in der Literatur für ein Ansteigen des Suizidrisikos mit zunehmender Häufigkeit von Suizidversuchen (De Moore u. Robertson 1996, Nordentoft et al. 1993, Paerregaard 1975, Suokas et al. 2001, Zahl u. Hawton 2004, Ziherl u. Zalar 2005). 2003 wiesen Conner et al. nicht nur für Selbstverletzungen, sondern auch für Verletzungen aus unklarer Ursache und für Patienten nach Körperverletzung ein erhöhtes Suizidrisiko nach (Conner et al. 2003). Ein hohes Suizidrisiko fanden Carter et al. für Patienten, die in zunehmender Schwere Intoxikationen in suizidaler Absicht verübten (Carter et al. 2005). Böhme beschrieb eine Zunahme des Suizidrisikos bei zunehmender Zahl von Suizidversuchen nur für die Gruppe der nicht-psychotischen Patienten, Lönnqvist und Achté für die Gruppe der älteren Patienten (Böhme 1984, Lönnqvist u. Achté 1985). Ein tendenziell höheres Suizidrisiko bei zunehmender Häufigkeit von Suizidversuchen ergab sich in den Untersuchungen von Hawton und Fagg sowie bei Wang (Hawton u. Fagg 1988, Wang et al. 1985).

In unserer Untersuchung ergab sich in dieser Frage ein zumindest tendenziell höheres Suizidrisiko. Eine Signifikanz wurde jedoch, am ehesten aufgrund der geringen Patientenzahl, nicht erreicht.

Kein eindeutiger Zusammenhang mit vorangegangenen Suizidversuchen fand sich dagegen nur in wenigen Studien (Nielsen et al. 1990, Pino et al. 1979, Rodger u. Scott 1995, Suominen et al. 2004).

Zu vermuten ist, dass wiederholte Suizidversuche in Patientengruppen mit differierendem Suizidrisiko zu registrieren sind. Bancroft und Marsack vermuteten aufgrund ihrer Ergebnisse einer Untersuchung von 690 Patienten nach einem Suizidversuch, dass folgende drei Typen von Wiederholern existieren: Ein "chronischer, habitueller Typ", der von einer Krise in die nächste gerät und für den der Suizidversuch eine Coping-Methode darstellt, ein "individueller Typ", der in einer schweren Lebenssituation mehrfache Suizidversuche in einer kurzen Zeitspanne begeht und ein "on-off Typ", der im Rahmen einer schweren Krise einen Suizidversuch verübt, aber nur selten zu Rezidiven neigt (Bancroft u. Marsack 1977).

Zusammengefasst lassen die Ergebnisse für unsere Stichprobe (n=254) erkennen, dass eine höhere Suizidgefährdung für die Personen nach einem Suizidversuch anzunehmen ist, die mit einem Gelingen des Suizidversuchs gerechnet hatten, einen Abschiedsbrief verfasst hatten, persistierende Suizidabsichten schilderten und an einem chronischen Konflikt litten, die von den Untersuchern als ernsthaft motiviert eingeschätzt wurden und deren Suizidversuch als Ausdruck einer länger erlebten subjektiven Aussichtslosigkeit gewertet wurde.

Auf die Einschränkung, dass aufgrund der geringen Zahl der Suizidenten und der unterschiedlichen Gruppengröße generelle Schlussfolgerungen nur eingeschränkt möglich sind, ist erneut hinzuweisen.

Die Motivation zum Suizid scheint im Vergleich zur Methode eine höhere prädiktive Wertigkeit zu besitzen. Eine wahrscheinliche Erklärung hierfür ist, dass die Wahl des Suizidmittels von zahlreichen anderen Faktoren, wie der Erreichbarkeit und dem individuellen Wissen über die Wirkungsweise, abhängig ist.

Als ein möglicher Schwerpunkt zukünftiger Untersuchungen leitet sich hieraus die umfassende Exploration der Suizidumstände ab. Erneut für die praktische Beschäftigung mit suizidalen Patienten hervorzuheben ist, dass aus der geringen Letalität einer Suizidversuchsmethode keinesfalls unmittelbar auf eine günstige Prognose Rückschlüsse gezogen werden können, sondern immer eine sorgfältige Überprüfung der dahinterstehenden Motivation erforderlich ist.

4.4.3. Vorerkrankungen

4.4.3.1. Psychiatrische Erkrankungen

Vorbehandlung

Für unsere Stichprobe ergab sich ein signifikant höheres Risiko (Chi-Quadrat p=0,014) im Verlauf an einem Suizid zu versterben, für die Patienten, die eine Vorbehandlung in der suizidalen Situation angaben (SFB Frage 19). Ein unterschiedliches Suizidrisiko für ambulant oder stationär durchgeführte Vorbehandlungen lies sich nicht nachweisen (SFB Frage 20). Die Behandlung war vorwiegend eine psychiatrisch-psychotherapeutische, daneben wurden aber auch hausärztliche oder in anderen medizinischen Fachgebieten durchgeführte Therapien dokumentiert (SFB Frage 20).

Für diesen Aspekt besteht eine Übereinstimmung mit den Studien, die diese Variable in die Nachuntersuchung von Patienten nach einem Suizidversuch einbezogen haben (Cooper et al. 2005, Suokas et al. 2001, Tejedor et al. 1999). Ein höheres Suizidrisiko lediglich für Frauen und nicht für Männer, die eine Vorbehandlung erhalten hatten, fanden Harris und Hawton sowie Wang (Harris u. Hawton 2005, Wang et al. 1985), wobei von diesen auch frühere, vor Auftreten der suizidalen Situation durchgeführte psychiatrische Behandlungen berücksichtigt wurden. In der Studie von Hawton und Fagg wurde ein erhöhtes Suizidrisiko für die Variablen psychiatrische Erkrankung einschließlich stationär-psychiatrische Aufnahmen, Chronizität der Erkrankung und Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung zum Zeitpunkt des Suizidversuchs nachgewiesen (Hawton u. Fagg 1988). In einer großen epidemiologischen Studie ergab sich als wichtigster Suizidrisikofaktor eine stationär-psychiatrische Vorbehandlung (Qin et al. 2003).

Für ein eindeutig erhöhtes Suizidrisiko bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung sprechen die zahlreichen Untersuchungen dieser Patientengruppen. Exemplarisch aus der Vielzahl zu nennen sind die Ergebnisse der psychologischen Autopsie-Studie von Cheng et al. an 117 Personen in Taiwan, die infolge eines Suizids verstorben waren und der Metaanalyse von Harris und Barraclough (Cheng et al. 2000, Harris u. Barraclough 1997).

In der Untersuchung von Cheng et al. wurde bei 78,1% der Verstorbenen eine Major Depression, bei 27,6% eine Suchterkrankung, insbesondere für Alkohol und bei 61,9% eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die höchsten Suizidraten fanden sich in der Metaanalyse von Harris und Barraclough für die psychiatrischen Erkrankungen, die niedrigsten für die organischen Erkrankungen und eine Mittelstellung nahmen die Suchterkrankungen ein (Harris u. Barraclough 1997).

Auch in unserer Stichprobe wurde für einen sehr hohen Anteil der Patienten (96%, 243 von 254 Patienten) eine psychiatrische oder neurosenpsychologische Diagnose gestellt. *Keine* signifikanten Unterschiede ergaben sich für das Suizidrisiko zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen wahrscheinlich aufgrund der für diese Fragestellung zu geringen Patientenzahlen.

Depression

Für die vorläufige psychiatrische Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Symptomatik (SFB Frage 53) ergab sich für unsere Stichprobe ein prozentual höherer Anteil bei den Patienten, die später einen Suizid verübten, aber kein signifikanter Unterschied. Da die vorläufige Einschätzung der Depressivität nicht der psychiatrischen Diagnose einer Depression entspricht, ist auch die Vergleichbarkeit mit Studienergebnissen für Patienten mit einer Major oder Minor Depression nicht gegeben. Für die Patienten unserer Stichprobe (n=254) mit der Diagnose einer Major Depression ergab sich kein signifikant höheres Suizidrisiko, am ehesten aufgrund der geringen Patientenzahl.

Einen Überblick über die Ergebnisse in der Literatur hinsichtlich des Suizidrisikos depressiver Patienten aus einer Stichprobe von Patienten nach einem Suizidversuch bietet die folgende Tabelle.

Studienergebnisse zum Suizidrisiko nach einem Indexsuizidversuch für depressive Patienten

Autor + Jahr der	Land	n	Suizidrate	Erhöhtes Suizidrisiko bei
Veröffentlichung			(n)	Vorliegen einer Depression
Allgulander u. Fisher	Schweden	8895	Frauen 4,8% (262)	Risikofaktor nur für Frauen
1990			Männer 6,8%	RR 2,6
Cooper et al. 2005	Großbritannien	7986	0,75% (60)	Nein
Cullberg et al. 1988	Schweden	163	6,1 (10)	3 von 10 Suizidenten waren
				Frauen, die an einer
				Depression litten
De Moore u.	Australien	223	6,7% (15, hiervon 9	4 Frauen mit Depressionen
Robertson 1996			Frauen und 6	oder einer gesteigerten
			Männer)	Konfliktempfindlichkeit
Hawton u. Fagg	Großbritannien	1959	2,8% (43)	Ja (keine näheren Angaben)
1988				
Johnsson et al.	Schweden	75	13% (10)	Ja, 70% vs. 55%, nicht
1996				signifikant
Lönnqvist et al.	Finnland	100	4% (4, hiervon 1	Alle 4 Suizidenten litten an
1975			Frau und 3 Männer)	einer Depression
Nielsen et al. 1990	Dänemark	207	11,6% (24, hiervon	Ja, 3,6fach höherer Anteil an
			12 Frauen und 12	Depressionen in der Gruppe
			Männer)	der Suizidenten, p<0,05
Nordentoft et al.	Dänemark	974	10,6% (103)	Ja (keine näheren Angaben)
1993				
Paerregaard 1975	Dänemark	484	11% (53)	30% aller Suizidenten litten an
				einer Depression
Tejedor et al. 1999	Spanien	150	12% (18)	Nein
Zonda 1991	Ungarn	583	2,94% (17)	Von 17 Suizidenten litten 3 an
				einer Major Depression und 1
				an einer Dysthymie

Tabelle 24: Ergebnisse in Studien, die eine Stichprobe von Patienten nach einem Indexsuizidversuch nachuntersuchten, zum Suizidrisiko bei Depression

Eine Mehrzahl der Studien wies ein erhöhtes Suizidrisiko für depressive Patienten innerhalb einer Stichprobe von Patienten nach einem Suizidversuch eindeutig und vor allem für Frauen nach.

In zahlreichen weiteren Untersuchungen depressiver Patienten ist ebenfalls ein höheres Suizidrisiko (Bostwick u. Pankratz 2000, Brown et al. 2000, Conwell et al. 1996, Hawton et al. 2005, Harris u. Barraclough 1997, Oquendo et al. 2004, Pokorny 1983, Wolfersdorf 1998), insbesondere auch für ältere Patienten (Waern et al. 2002) nachgewiesen worden.

Schizophrenien

In der Literatur wurde vielfach über ein erhöhtes Suizidrisiko für Personen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, berichtet (Baxter u. Appleby 1999, Harris u. Barraclough 1997, Roy 1982). In den Untersuchungen von Stichproben nach einem Suizidversuch ergaben sich diesbezüglich differente Ergebnisse. Hawton und Fagg wiesen ein signifikant höheres Suizidrisiko für Patienten mit einer Schizophrenie nach, Paerregaard fand eine hohe Suizidrate bei an einer Schizophrenie leidenden Patienten, bei allerdings nur geringer Patientenzahl, bei Cullberg et al. litten 2 von 10 Suizidenten an paranoiden Symptomen (Hawton u. Fagg 1988, Paerregaard 1975, Cullberg et al. 1988). Tejedor et al. dagegen wiesen kein erhöhtes Suizidrisiko für die an einer Schizophrenie leidenden Patienten nach (Tejedor et al. 1999).

Ein statistisch signifikant höheres Suizidrisiko ließ sich für die schizophrenen Patienten unserer Stichprobe wahrscheinlich aufgrund der geringen Patientenzahl nicht nachweisen.

Zu diskutieren ist darüber hinaus, ob aufgrund der Anwendung überwiegend harter Suizidmethoden schizophrener Patienten, insbesondere bei psychotischer Motivation, im Vergleich zu anderen psychischen Störungen verhältnismäßig weniger Suizidversuche bis zum vollendeten Suizid erfolgen.

Neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Bei Vorliegen einer neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung sind die Ergebnisse in der Literatur für das Suizidrisiko nach Suizidversuch nicht einheitlich. Eine Übersicht bietet die folgende Tabelle.

Suizidrate für Patienten mit neurotischer Störung bzw. Persönlichkeitsstörung nach einem Indexsuizidversuch

Autor + Jahr der	Land	n	Suizidrisiko
Veröffentlichung			
Adam et al. 1983	Neuseeland	200	Persistierende Suizidalität und rez.
			Suizidversuche ausgeprägter für Patienten
			mit Persönlichkeitsstörungen (79%, 22 von
			28) als für Patienten mit einer neurotischen
			Störung (59%)
Allgulander u. Fisher 1990	Schweden	8895	1,7fach höheres Suizidrisiko für betroffene
			Frauen
Johnsson et al. 1996	Schweden	75	Kein erhöhtes Suizidrisiko
Paerregaard 1975	Dänemark	484	Suizidrisiko von 11% für Patienten mit
			neurotischer Störung
Tejedor et al. 1999	Spanien	150	Kein erhöhtes Risiko
Zonda 1991	Ungarn	583	Hoher Anteil Suizidenten mit
			Persönlichkeitsstörung

Tabelle 25: Literaturübersicht zum Suizidrisiko bei Patienten nach einem Indexsuizidversuch mit neurotischer Störung bzw. Persönlichkeitsstörung

In prospektiven Studien an psychiatrisch erkrankten Patienten, Autopsiestudien an Suizidenten und epidemiologischen Studien wurde das erhöhte Suizidrisiko von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, häufig kombiniert mit Suchterkrankungen und depressiven Symptomen, nachgewiesen (Allebeck et al. 1988, Borg u. Stahl 1982, Isometsä et al. 1996). Für unsere Stichprobe ließ sich für Patienten mit einer neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung kein signifikant höheres Suizidrisiko nachweisen. Dies ist wahrscheinlich wiederum auf die geringe Patientenzahl zurückzuführen.

Abusus und Abhängigkeitserkrankungen

Für die Variable "andere belangvolle Diagnosen" (SFB Frage 54) fand sich ein hoher Anteil von Patienten mit einem Abusus von Alkohol, Medikamenten oder Drogen. Ein signifikant höheres Suizidrisiko für diese Patienten ließ sich wahrscheinlich aufgrund der geringen Zahl nicht nachweisen.

In der Literatur wurde mehrheitlich ein höheres Suizidrisiko für Patienten nach einem Suizidversuch mit einer Suchterkrankung nachgewiesen (Allgulander u. Fisher 1990, Beck u. Steer 1989, Böhme 1984, Cooper et al. 2005, Cullberg et al. 1988, De Moore u. Robertson

1996, Harris u. Hawton 2005, Nielsen et al. 1990 und Zonda 1991). Rosen wies eine hohe Rate an Alkoholabhängigkeit bei Suizidenten nach, das Ergebnis blieb aber unter der Signifikanzgrenze (Rosen 1976). Lediglich in der Studie von Nordentoft et al. war kein höheres Suizidrisiko für Patienten nach einem Indexsuizidversuch mit einer Abhängigkeitserkrankung nachzuweisen (Nordentoft et al. 1993).

Exemplarisch für die zahlreichen Studien, die ein erhöhtes Suizidrisiko für Patienten mit einer Alkoholkrankheit nachgewiesen haben, sind die Übersichtsarbeit von Sher und die epidemiologische Studie von Appleby et al. zu nennen (Sher 2006, Appleby et al. 1999).

4.4.3.2. Somatische Erkrankungen

In mehreren Studien wurde auch bei Vorliegen einer anderen schweren und chronischen Erkrankung, wie beispielsweise einer Carcinomerkrankung, ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen (Allgulander u. Fisher 1990, Cooper et al. 2005, Johnsson et al. 1996, Hawton u. Fagg 1988, Nielsen et al. 1990, Suokas et al. 2001). Dieses Ergebnis war in unserer Stichprobe (n=254) wie in den Studien von De Moore und Robertson sowie von Tejedor et al. nicht zu bestätigen (De Moore u. Robertson 1996, Tejedor et al. 1999).

4.4.3.3. Bedeutung der psychiatrischen Behandlung nach dem Indexsuizidversuch

Die Bedeutung einer psychiatrischen Erkrankung für die Prognose nach einem Suizidversuch wird auch durch den hohen Prozentsatz der Patienten, für die eine psychiatrische Weiterbehandlung vorgesehen wurde, hervorgehoben (SFB Frage 57). Für 60% (n=117) der Patienten, für die ein Ergebnis vorlag (n=193), wurde eine stationär-psychiatrische Behandlung vorgesehen. Für diese Gruppe, der als schwerer psychisch beeinträchtigt zu interpretierenden Patienten, ergab sich ein signifikant höheres Suizidrisiko (Chi-Quadrat p=0,038).

Zu dieser Frage gibt es in der Literatur bisher nur wenige Ergebnisse. Ein erhöhtes Suizidrisiko für die Gruppe der Patienten, die nach einem Suizidversuch stationärpsychiatrisch behandelt wurden, ergab sich auch in der Studie von Hawton und Fagg, wobei diese betonten, dass nicht belegt wurde, ob ein erhöhtes Suizidrisiko der Grund für die stationäre Aufnahme war (Hawton u. Fagg 1988). Bei Böhme fand sich ein erhöhtes Suizidrisiko bei zunehmender Dauer der stationären Behandlung nach Suizidversuch (Böhme 1984). Allgulander und Fisher stellten einen Zusammenhang zwischen einem längeren

stationären Aufenthalt nach der Aufnahme wegen eines Suizidversuchs und dem Suizidrisiko für die erfassten Männer fest, wobei hier auch die Schwere der Intoxikation einen entscheidenden Faktor für die Dauer der Behandlung darstellte (Allgulander u. Fisher 1990). Für ältere Patienten sahen Lönnqvist und Achté in ihrer Untersuchung für das Suizidrisiko nur einen geringen, sich aus der Indikation einer stationär-psychiatrischen Behandlung nach dem Index-Suizidversuch ergebenden, prädiktiven Wert (Lönnqvist u. Achté 1985).

2004 eruierten Baca-Garcia et al. in einer Untersuchung von 509 Patienten, die nach einem Suizidversuch in der Notaufnahme eines Allgemeinen Krankenhauses in Madrid behandelt wurden 6 Variablen, die mit einer stationär-psychiatrischen Behandlung assoziiert waren und zwar die Intention zur Wiederholung der Suizidhandlung, den Plan eine letale Methode zu benutzen, eine schwierige psychosoziale Situation vor dem Suizidversuch, vorangegangene stationär-psychiatrische Behandlungen, einen vorangegangenen Suizidversuch in den letzten 12 Monaten und Maßnahmen nach der Suizidhandlung nicht entdeckt zu werden (Baca-Garcia et al. 2004). Dagegen war in dieser Studie bei Vorliegen der 5 Aspekte realistische Zukunftsorientierung, Erleichterung über das Misslingen des Suizidversuchs, die Vermeidung eines prinzipiell verfügbaren Suizidmittels, die Annahme der Suizidversuch würde andere beeindrucken und familiäre Unterstützung die Wahrscheinlichkeit einer stationärpsychiatrischen Behandlung geringer (Baca-Garcia et al. 2004). Die Autoren folgern, da sich die psychiatrische Einschätzung vorwiegend auf die o.g. Angaben des Patienten stützte und weniger auf demographische Faktoren, Diagnosen oder psychosoziale Schwierigkeiten, dass Leitlinien für eine umfassende Risikoeinschätzung förderlich wären (Baca-Garcia et al. 2004). Die Annahme, dass neben der psychiatrischen Erkrankung vor allem die, über die genannten Kriterien erfasste, Suizidalität ein entscheidender Faktor für den Entschluss, eine stationärpsychiatrische Behandlung zu veranlassen, auch für unsere Stichprobe zutrifft, erscheint begründet.

Im Fremdbeurteilungsteil ließen sich keine signifikanten Unterschiede für die Variable "Wird der Betroffene professionelle oder nicht-professionelle Hilfe annehmen können?" (SFB Frage 55 + 56) nachweisen.

4.4.3.4. Suizidalität im Umfeld

Häufig wird von einem Zusammenhang eines erhöhten Suizidrisikos mit dem Vorliegen eines suizidalen Verhaltens in der Familie ausgegangen. In den Studien, die Patienten nach Suizidversuch untersuchten, war dies bislang nicht eindeutig zu belegen. Verschiedene Arbeitsgruppen wiesen ein tendenziell aber nicht signifikant höheres Suizidrisiko bei

Erfahrungen mit suizidalem Verhalten bei Angehörigen oder im näheren Umfeld nach (Agerbo et al. 2002 u. 2005b, Nielsen et al. 1990, Wang et al. 1985). In unserer Untersuchung ließ sich kein Zusammenhang nachweisen, dies ist wahrscheinlich auf die offene Fragestellung zu dieser Variablen im SFB und die geringe Zahl erfasster Antworten zurückzuführen (SFB Fragen 36-40).

Zusammengefasst wurde also die Annahme eines höheren Suizidrisikos bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung durch die Ergebnisse gestützt. Für die Vorbehandlung in der aktuellen suizidalen Situation und die durch den aufnehmenden Psychiater gestellte Indikation einer stationär-psychiatrischen Weiterbehandlung ergab sich ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko. Signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen ließen sich, am ehesten aufgrund der diesbezüglich zu geringen Patientenzahl, nicht nachweisen.

Für Patienten, die hinsichtlich ihres Suizidrisikos nach einem Suizidversuch einzuschätzen sind, hat also die psychiatrische Vorgeschichte eine wesentliche Bedeutung, kann aber aufgrund ihrer geringen Spezifität hinsichtlich der Einleitung spezieller suizidprophylaktischer Maßnahmen nicht allein ausschlaggebend sein.

4.4.4. Erfassung des Suizidrisikos mit Skalen

Die Bedeutung einer möglichst validen Einschätzung des Suizidrisikos der Patienten, die nach einem Suizidversuch psychiatrisch exploriert werden, ergibt sich aus der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung hohen Zahl vollendeter Suizide im weiteren Verlauf. Einige wesentliche Aspekte für eine Unterscheidung zwischen den Gruppen mit einer hohen und einer weniger hohen Gefährdung sind aus den im SFB ermittelten Variablen abzuleiten. In Relation zum Aufwand der Erfassung mit dem SFB ist jedoch die Ausbeute relevanter Aussagen vergleichsweise niedrig.

In bislang nur wenigen Studien wurden Skalen auf ihre Validität in Bezug auf die Feststellung des Suizidrisikos geprüft. In der Übersichtsarbeit von McMillan et al. ergab sich, dass die Beck Hopelessness Scale für die Identifikation einer Hochrisiko-Gruppe für Suizide sensitiv ist, jedoch für die Auswahl einer Zielgruppe für eine therapeutische Intervention aufgrund der niedrigen Spezifität nicht geeignet erscheint (McMillan et al. 2007). Beck und Steer fanden in ihrer Studie von 1989, dass die Beck Depression Inventory, die Beck Hopelessness Scale und die Suicidal Intent Scale bei nach einem Suizidversuch hospitalisierten Patienten keine ausreichend sichere Aussage über das Suizidrisiko ermöglichen (Beck u. Steer 1989). Eine

eindeutige Unterscheidung zwischen Suizidenten und Nicht-Suizidenten erlaubte lediglich die Precautions Subscale der Suicid Intent Scale (Beck u. Steer 1989). Die Autoren diskutierten, dass ein beim Indexsuizidversuch vorhandenes Verhaltensmuster häufig beibehalten werde und so bei weiteren Versuchen diejenigen, die Vorkehrungen gegen eine vorzeitiges Entdecken und Interventionen treffen, eher einen Suizid vollenden und deswegen besonders intensiver präventiver Maßnahmen bedürfen (Beck u. Steer 1989). In ihrer 2004 veröffentlichten Studie fanden Suominen et al. einen hohen Punktwert in der Beck Suicid Intent Scale als signifikanten Risikofaktor für einen späteren Suizid bei 224 finnischen Patienten nach Suizidversuch, keine valide Aussage über das Suizidrisiko war dagegen nach der Beck Hopelessness Scale, der State Trait Anger Scale, der Self Esteem Scale, den Motives for present parasuicide und der Beck Depression Inventory möglich (Suominen 2004). In der Untersuchung des präventiven Wertes des Beck Suicidal Intent Scale fanden Harris und Hawton 2005 nur einen geringen positiven prädiktiven Wert von 4% und betonten ihre Ansicht, dass Checklisten nicht ausschlaggebend für das Treffen von Therapieentscheidungen sein können (Harris u. Hawton 2005). Höhere Punktwerte in der Beck Depression Inventory, der Beck Hopelessness Scale und der Suicide Intent Scale aber keinen spezifischen prädiktiven Wert bezüglich des Suizidrisikos fanden 2005 Henriques et al. in ihrer Untersuchung von 393 Patienten nach Suizidversuch (Henriques et al. 2005). Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe von Pierce berichteten Wang et al. 1985 über die geringe Aussagekraft der Pierce Suicide Intent Scale in ihrer Untersuchung von 99 dänischen Patienten nach einem Suizidversuch (Wang et al. 1985, Pierce 1981). Buglass und McCulloch entwarfen eigene Skalen und fanden für die untersuchten Frauen einen prädiktiven Wert, aber nicht für Männer (Buglass u. McCulloch 1970).

Ein geeignetes Instrument zur Erfassung des Suizidrisikos nach einem Suizidversuch wurde also bisher nicht entwickelt und es erscheint auch zweifelhaft, ob ein derart vielschichtiges Problem, wie das der Suizidalität, welches auch immer wieder aktuellen gesellschaftlichen Zuflüssen unterliegt, hierdurch jemals ausreichend erfasst werden kann. Wesentliche Aspekte der Suizidalität, wie insbesondere die Suizidmotivation, die auch in unserer Studie erneut in ihrer Bedeutung zu belegen waren, sollten unter der besonderen Aufmerksamkeit aller, die sich mit Personen nach einem Suizidversuch befassen, stehen. Das Bemühen um die Etablierung präventiver Strukturen, vor allem in der Phase der höchsten Gefährdung nach einem Suizidversuch, sollte nicht nachlassen angesichts der gesellschaftlichen Relevanz der Suizidalität.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie erfolgte für 260 zwischen August 1988 und Oktober 1989 wegen Suizidversuchs in Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf eines der konsekutiv aufgenommener Patienten eine katamnestische Nachuntersuchung nach einem durchschnittlichen Intervall von 15 Jahren. Zum Aufnahmezeitpunkt wurde eine sehr detaillierte Exploration unter Einbeziehung demographischer, die näheren Umstände des Suizidversuchs und die Krankheitsvorgeschichte betreffender Aspekte im Rahmen eines semistrukturierten Interviews von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie unter Anwendung eines von Götze et al. entwickelten Fragebogens (Suizid-Fragebogen SFB) durchgeführt. Durch den aufnehmenden Arzt erfolgte hierbei eine differenzierte Einschätzung der Suizidmotivation, der aktuellen Verfassung des Patienten sowie eine diagnostische Einschätzung nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen ICD-9.

Ziele der katamnestischen Nachuntersuchung waren die Ermittlung erstens des Risikos nach einem Suizidversuch an einem Suizid zu versterben, zweitens des Wandels der Methode zwischen Suizidversuch und Suizid und drittens der Unterschiede zwischen den Gruppen der suizidierten und der nicht suizidierten Personen.

Die Vitalstatusüberprüfung erfolgte über die Register der zuständigen Einwohnermeldeämter für die in Deutschland verbliebenen Personen. Für die in Hamburg verstorbenen Personen wurden bei den zuständigen Gesundheitsämtern die dokumentierten Todesursachen in Form von ICD-Mortalitätskodierungen dem vertraulichen Teil der Todesbescheinigungen entnommen. Zur Optimierung der Sensitivität des Vitalstatusabgleichs und zur Vervollständigung der Informationen über die Todesursachen sowie den katamnestischen Verlauf, wurden die Daten mit der Datenbank des Instituts für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf manuell abgeglichen.

64% (n=167) der ehemaligen Patienten der Stichprobe (n=260) waren als gemeldet und 22% (n=57) als verstorben zu registrieren, trotz intensiver Nachforschungen waren 12% (n=31) nicht zu ermitteln. Nicht nachverfolgt wurden die 2% (n=5) der ehemaligen Patienten der Stichprobe, die nach außerhalb Deutschlands verzogen sind.

Die Untersuchung der Todesart ergab, dass von allen Verstorbenen (n=57) ein Anteil von 40,5% (n=23) eines natürlichen Todes und von 33% (n=19) aufgrund einer nicht natürlichen Todesursache verstorben sind. Für einen Verstorbenen (2%) blieb die Todesursache unklar.

Für 24,5% der Personen (n=14) waren keine Angaben zur Todesursache erhältlich, weil sie außerhalb Hamburgs verstorben waren oder die Todesbescheinigung nicht vorlag. Von den 19 an einer nicht natürlichen Todesursache verstorbenen Personen wurde für 95% (n=18) ein Suizid festgestellt und für 1 Person (5%) ein Unfalltod. Die Gesamtmortalität betrug 22% (n=57) im Verlauf des Nachbeobachtungszeitraums von durchschnittlich 15 Jahren und übersteigt die Mortalitätsrate der Gesamtbevölkerung Hamburgs um den Faktor 1,7. Die ermittelte Suizidrate von 6,9% (n=18) für die Stichprobe (n=260) ist vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien. Das Suizidrisiko der Stichprobe ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Hamburgs ca. um den Faktor 15 erhöht.

Statistisch verwertbare Ergebnisse im Sinne eines höheren Suizidrisikos bei einem Wechsel von weichen zu härteren Methoden und auch aus einer zeitlichen Verdichtung bei rezidivierenden Suizidversuchen waren am ehesten aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht zu erhalten.

In der statistischen Analyse fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der suizidierten und der nicht suizidierten Personen vor allem für die Umstände des Indexsuizidversuchs mit einem höheren Suizidrisiko für die Personen, die mit einem Gelingen des Suizidversuchs gerechnet hatten, einen Abschiedsbrief verfasst hatten, persistierende Suizidabsichten schilderten und an einem chronischen Konflikt litten, die von den Untersuchern als ernsthaft motiviert eingeschätzt wurden und deren Suizidversuch als Ausdruck einer länger erlebten subjektiven Aussichtslosigkeit gewertet wurde. Mit keinem höheren Suizidrisiko waren dagegen die Dauer der Suizidgedanken, die Methode des Indexsuizidversuchs, die Schwere eventueller Verletzungen und die Schwere der konsekutiven Vigilanzstörung verbunden. Eine psychiatrische Vorbehandlung in der aktuellen suizidalen Situation und die Indikationsstellung für eine psychiatrische Weiterbehandlung durch den aufnehmenden Psychiater, als Hinweis auf die Bedeutung der psychiatrischen Morbidität, waren ebenfalls mit einem signifikant höheren Suizidrisiko verknüpft, die Art der psychiatrischen Erkrankung oder das Vorliegen eines Alkoholabusus dagegen wahrscheinlich aufgrund der geringen Gruppengröße ebenso wie die erfassten demographischen Faktoren nicht.

Die Förderung präventiver Strukturen, vor allem für die Phase der höchsten Gefährdung nach einem Suizidversuch mit den (aufgezeigten) erhöhten Risikofaktoren, sollte – nicht zuletzt angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz des Themas Suizidalität auch in den Zeiten knapper werdender Ressourcen – unbedingt erhöht werden.

6. Literaturverzeichnis:

Adam, K.S., Isherwood, J., Taylor, G., Scarr, G., Streiner, D.L.: Attempted suicide in Christchurch: three-year follow-up of 195 patients. NZ Med J 1981; 93: 376-81.

Adam, K.S., Valentine, J., Scarr, G., Streiner, D.: Follow-up of attempted suicide in Christchurch. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1983; 17: 18-26.

Agerbo, E.: Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? J Epidemiol Community Health 2005a; 59: 598-602.

Agerbo, E.: Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. J Epidemiol Community Health 2005b; 59: 407-412.

Agerbo, E., Mortensen, P.B., Eriksson, T., Qin, P., Westergaard-Nielsen, N.: Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. BMJ 2001; 322: 334-335.

Agerbo, E., Nordentoft, M., Mortensen, P.B.: Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. BMJ 2002; 325: 74-78.

Allard, R., Marshall, M., Plante, M.: Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. Suicide and Life-Threatening Behavior 1992; 22(3): 303-314.

Allebeck, P., Allgulander, C., Fisher, L.D.: Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men: role of personality and deviant behavior. BMJ 1988; 297:176-178.

Allgulander, C., Fisher, L.D.: Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8895 self-poisoning patients. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 1990; 239: 270-276.

Aoun, S.: Deliberate self-harm in rural Western Australia: Results of an intervention study. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 1999; 8: 65-73.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H., Parsons, R.: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ 1999; 318: 1235-1239.

Arensman, E., Kerkhof, A.F.M., Hengeveld, M.W., Mulder, J.D.: Medically treated suicide attempts: A four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. Journal of Epidemiology and Community Health 1995; 49: 285-289.

Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Resa, E.G., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Saiz-Ruiz, J., de Leon, J.: Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patients suicide attempt. Psychiatric Services 2004; 55: 792-797.

Bancroft, J., Marsack, P.: The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. Brit. J. Psychiat. 1977; 131: 394-399.

Baumert, J.J., Erazo, N., Ladwig, K-H.: Sex- and age-specific trends in mortality from suicide and undetermined death in Germany 1991-2002. BMC Public Health 2005; 5:61-68.

Baxter, D., Appleby, L.: Case register study of suicide risk in mental disorders. British Journal of Psychiatry 1999; 175:322-326.

Beck, A.T., Steer, R.A.: Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. Journal of Affective Disorders 1989; 17: 203-209.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Stadt Hamburg (Herausgeber): Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. 1. Auflage 2001.

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Stadt Hamburg (Herausgeber): Hamburger Suizidbericht 2005. 1. Auflage 2005.

Bille-Brahe, U., Jessen, G.: Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. Crisis 1994, 15/2: 77-82.

Bocchetta, A., Ardau, R., Burrai, C., Chilotti, C., Quesada, G., Del Zompo, M.: Suicidal behavior on and off Lithium prophylaxis in a group of patients with prior suicide attempts. J Clin Psychopharmacol 1998; 18/5: 384-389.

Böhme, K.: Wie geht es weiter? – Eine katamnestische Untersuchung zu Überlebenszeiten und Todesursachen nach Selbstmordversuchen. In V. Faust and M. Wolfersdorf (Eds.), Suizidgefahr. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, 1984: 207-213.

Borg, S.E., Stahl, M.: Prediction of suicide. Acta psychiatr. scand. 1982; 65: 221-232.

Bostwick, J.M., Pankratz, V.S.: Affective Disorders and suicide risk: A reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157: 1925-1932.

Boyle, P., Exeter, D., Feng, Z., Flowerdew, R.: Suicide gap among adults in Scotland: population study. BMJ 2005; 330:175-176.

Brown, G.K., Beck, A.T., Grisham, J.R., Steer, R.A.: Risk factors of suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68/3: 371-377.

Buglass, D., McCulloch, J.W.: Further suicidal behavior: the development and validation of predictive scales. Brit. J. Psychiat. 1970; 116: 483-91.

Carter, G., Reith, D.M., Whyte, I.M., McPherson, M.: Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. British Journal of Psychiatry 2005; 186: 253-257.

Castle, K., Duberstein, P.R., Meldrum, S., Conner, K.R., Conwell, Y.: Risk factors for suicide in blacks and whites: an analysis of data from the 1993 national mortality followback survey. Am J Psychiatry 2004; 161: 452-458.

Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, M.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine 2003; 33: 395-405.

Cheng, A.T.A., Chen, T.H.H., Chen C., Jenkins, R.: Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 360-365.

Chesley, K., Loring-McNulty, N.E.: Process of Suicide: perspective of the suicide attempter. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2003; 9: 41-45.

Chiles, J.A., Strosahl, K., Cowden, L., Graham, R., Linehan, M.: The 24 hours before hospitalization: factors related to suicide attempting. Suicide and Life-Threatening Behavior 1986; 16 (3): 335-342.

Conner, K.R., Langley, J., Kenneth, J.T., Conwell, Y.: Injury hospitalization and risks for subsequent self-injury and suicide: a national study from New Zealand. Am J Public Health 2003; 93: 1128-1131.

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forbes, N.T., Caine, E.D.: Relationsship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry 1996; 153: 1001-1008.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., Appleby, L.: Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. Am J Psychiatry 2005; 162: 297-303.

Crawford, M.J.: Suicide following discharge from in-patient psychiatric care. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10: 434-438.

Cullberg, J., Wassermann, D., Stefansson, C.-G.: Who commits suicide after a suicide attempt? Acta psychiatr scand 1988; 77: 598-603.

De Leo, D.: Why are we not getting any closer to preventing suicide? British Journal of Psychiatry 2002; 181: 372-374.

De Moore, G.M., Robertson, A.R.: Suicide in the 18 years after deliberate self-harm. A prospective study. British Journal of Psychiatry 1996; 169: 489-494.

Douglas, J., Cooper, J., Amos, T., Webb, R., Guthrie, E., Appleby, L.: "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. Journal of Affective Disorders 2004; 79: 263-268.

Ekeberg, O., Ellingsen, O., Jacobsen, D.: Suicide and other causes of death in a five-year follow-up of patients treated for self-poisoning in Oslo. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 432-437.

Etzersdorfer, E., Sonneck, G.: Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. Archives of Suicide Research 1998; 4:67-74.

Feuerlein, W.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Med. Klinik 1973; 68: 1717-1721.

Fiedler, G.: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. 2007. http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf.

Gaynes, B.N., West, S.L., Ford, C.A., Frame, P., Klein, J., Lohr, K.N.: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004; 140:822-835.

Gibb, S.J., Beautrais, A.L., Fergusson, D.M.: Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2005; 39: 95-100.

Goldney, R.D.: Suicide prevention. Crisis 2005; 26: 128-140.

Hall, D.J., O'Brien, F., Stark, C., Pelosi, A., Smith, H.: Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. British Journal of Psychiatry 1998; 172: 239-242.

Hall, R.C.W., Platt, D.E., Hall, R.C.W.: Suicide Risk Assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Psychosomatics 1999: 40: 18-27.

Hall, W.D., Mant, A., Mitchel, P.B., Rendle, V.A., Hickie, I.B., McManus, P.: Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-200: trend analysis. BMJ 2003; 326: 1008-1013.

Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. British Journal of Psychiatry 1997; 170: 205-228.

Harris, L., Hawton, K.: Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. Journal of Affective Disorders 2005; 86: 225-233.

Hawton, K.: Sex and suicide. British Journal of psychiatry 2000; 177: 484-485.

Hawton, K., Fagg, J.: Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. British Journal of Psychiatry 1988; 152: 359-366.

Hawton, K., Harriss, L., Zahl, D.: Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. Psychological Medicine 2006; 36: 397-405.

Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L.:. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. Am J Psychiatry 2003; 160: 1494-1500.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harris, L.: Suicide and attempted suicide in bipolar disorders: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry 2005; 66: 693-704.

Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R.: Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. British Journal of Psychiatry 2003; 182: 537-542.

Hegerl, U., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A.: Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2732-2737.

Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G.K., Beck, A.T.: Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. Am J Psychiatry 2005; 162: 2180-2182.

Hepp, U., Schnyder, U.: Ist Suizidalität heilbar? Praxis 2004; 93: 1817-1823.

Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinnen, M.E., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I., Lönnqvist, J.K.: Suicide among subjects with personality disorders. Am J Psychiatry 1996; 153: 667-673.

Isometsä, E.T., Lönnqvist, J.K.: Suicide attempts preceding completed suicide. British Journal of Psychiatry 1998; 173: 531-535.

Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M.J., Tyrer, P.: Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. BMJ 2002; 325: 1155.

Johansson, L.M., Sundquist, J., Johansson, S.-E., Bergman, B.: Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 125-131.

Johnsson Fridell, E., Öjehagen, A., Träskman-Bendz, L.: A 5-year follow-up study of suicide attempts. Acta Psychiatr Scand 1996; 93:151-157.

King, E.A., Baldwin, D.S., Sinclair, J.M.A., Baker, N.G., Campbell, M.J., Thompson, C.: The Wessex recent in-patient study, I. British Journal Of Psychiatry 2001; 178: 531-536.

Kposowa, A.: Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 254-261.

Kumar, C.T.S., Mohan, R., Ranjith, G., Chandrasekaran, R.: Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. Journal of Affective Disorders 2006; 91: 77-81.

Lewis, G., Sloggett, A.: Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. BMJ 1998; 317: 1283-1286.

Lorant, V., Kunst, A.E., Huisman, M., Costa, G., Mackenbach, J.: Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. British Journal of Psychiatry 2005; 187: 49-54.

Lindner, R., Fiedler, G., Götze, P.: Diagnostik der Suizidalität. Dtsch Arztebl 2003; 100: A 1004-1007.

Linsley, K.R., Schapira, K., Kelly, T.P.: Open verdict v. suicide–importance to research. British Journal of Psychiatry 2001; 178, 465-468.

Lönnqvist, J., Achte, K.: Follow-up Study on the attempted suicides among the elderly in Helsinki in 1973-1979. Crisis 1985 6/1: 10-18.

Lönnqvist, J., Niskanen, P., Achte, K.A., Ginman, L.: Self-Poisoning with follow-up considerations. Suicide 1975; 5 (1): 39-46.

Mann, J.J.: A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med. 2002; 136: 302-311.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Hass, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H.: Suicide prevention strategies. A systematic review. JAMA 2005; 294: 2064-2074.

McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., Neilly, L.: Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychological Medicine 2007; 37: 769-778.

Moscicki, E.K.: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Suicide 1997; 20: 499-517.

Niederkrotenthaler, T., Sonneck, G.: Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007; 41: 419-428.

Nielsen, B., Wang, A.G., Bille-Brahe, U.: Attempted suicide in Denmark. IV. A five-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 1990; 81:250-254.

Nordentoft, M., Breum, L., Munck, L.K., Nordestgaard, A.G., Hunding, A., Laursen Bjaeldager, P.A.: High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. BMJ 1993; 306:1637-41.

Nordström, P., Samuelsson, M., Asberg, M.: Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 336-340.

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

Owens, D., Horrocks, J., House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. British Journal of Psychiatry 2002; 181: 193-199.

Paerregaard, G.: Suicide among attempted suicides: a 10-year follow-up. Suicide 1975; 5 (3): 140-144.

Pallis, D.J., Gibbons, J.S., Pierce, D.W.: Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. Brit. J. Psychiat. 1984; 144: 139-148.

Pierce, D.W.: The predictive validation of a Suicide Intent Scale: A five year follow-up. British Journal of Psychiatry 1981; 139: 391-396.

Pino, R., Kockott, G., Feuerlein, W.: Sechs-Jahres-Katamnese an hundert Patienten mit Suizidversuchen durch Tabletteneinnahme. Arch. Psychiat. Nervenkr. 1979; 227: 213-226.

Pokorny, A.D.: Prediction of Suicide in Psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 249-257.

Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P.B.: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A National Register–Based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. Am J Psychiatry 2003; 160: 765-772.

Qin, P., Agerbo, E., Westergard-Nielsen, N., Eriksson, T., Mortensen, P.B.: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 546-550.

Reimer, C., Arentewicz, G.: Physicians' attitudes toward suicide and their influences on suicide prevention. Crisis 1986; 7 / 2: 80-83.

Reimer, C., Arentewicz, G.: Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Springer 1993.

Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Med. Mschr. 1974, 3: 104-110.

Rodger, C.R., Scott, A.I.F.: Frequent deliberate self-harm: Repitition, suicide and cost after three or more years. Scot Med J 1995; 40: 10-13.

Rosen, D.H.: The serious suicide attempt. JAMA 1976; 235: 2105-2109.

Roy, A.: Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:1089-1095.

Runeson, B.S.: Suicide after parasuicide. BMJ 2002; 325: 1125-1126.

Schapira, K., Linsley, K.R., Linsley, J.A., Kelly, T.P., Kay, D.W.K.: Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods. British Journal of Psychiatry 2001; 178: 458-464.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wassermann, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, J.G.: Attempted suicide in europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.

Schmidtke, A., Weinacker, B., Fricke, S.: Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. Nervenheilkunde 1996; 15: 496-506.

Schmidtke, A., Sell, R., Wohner, J., Löhr, C., Tatsek, K.: Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. Suizidprophylaxe 2005; 32, Heft 3 / 4: 87-.

Sher, L.: Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 13-22.

Suokas, J., Lönnqvist, J.: Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: Risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 1991; 84: 545-549.

Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J.: Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 117-121.

Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J.: Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. BMC Psychiatry 2004; 4.

Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lönnqvist J.: Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry 2004; 161: 563-564.

Taylor, R., Page, A., Morrell, S., Carter, G., Harrison, J.: Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. British Journal of Psychiatry 2004; 185: 486-493.

Tejedor, M.C., Diaz, A., Castillon, J.J., Pericay, J.M.: Attempted suicde: repetition and survival – findings of a follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1999; 100:205-211.

Tyrer, P.: The risk of suicide after deliberate self harm was signifikant and persistant over the long term. Evid. Based Med. 2004; 9: 59.

Vennemann, M., Berger, K., Richter, D., Baune, B.: Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. Dtsch Arztebl 2006; 103(18): A 1222-1226.

Waern, M., Runeson, B.S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., Wilhelmsson, K.: Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. Am J Psychiatry 2002; 159: 450-455.

Wang, A.G., Nielsen, B., Bille-Brahe, U., Hansen, W., Kolmos, L.: Attempted suicide in Denmark. Acta psychiatr. scand. 1985; 72: 389-394.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., HWU, H.-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Lepine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.-U., Yeh, E.-K.: Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Pychological Medicine 1999; 29 (1): 9-17.

World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

Wolfersdorf, M.: Depression and suicidal behavior. Archives of Suicide Research 1998; 1-5.

Zahl, D.L., Hawton, K.: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. British Journal of Psychiatry 2004; 185: 70-75.

Ziherl, S., Zalar, B.: Risk of suicide after attempted suicide in the population of Slovenia from 1970 to 1996. European Psychiatry 2006; 21: 396-200.

Zonda, T.: A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material. Crisis 1991; 12/1: 48-57.

7. Danksagung

Für die Überlassung des Themas und die freundliche, ermutigende und kompetente Betreuung danke ich Herrn Professor Dr. P. Götze und Herrn Dipl.-Psych. G. Fiedler ganz besonders.

Herrn Dr. Heinemann und dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Püschel danke ich sehr für die kompetente Unterstützung.

Mein großer Dank gilt Herrn Dipl.-Psych. R. Foerster für die fachkundige Unterstützung bei der statistischen Analyse.

Zu danken haben ich den Mitarbeiterinnen des Therapiezentrums für Suizidgefährdete (TZS) der UK Hamburg-Eppendorf Frau Werder und Frau Brüggemann für die freundliche Unterstützung, insbesondere bei den Anfragen zum Vitalstatus bei den Einwohnermeldeämtern.

Schließlich danke ich ganz herzlich meiner Frau und ärztlichen Kollegin Frau Dr. Rosemarie Pramschiefer für die kritische Durchsicht, die beständige Ermutigung und die Ermöglichung vieler Stunden am Schreibtisch und meinen Kindern Emilie und Nicolas, denen in dieser Zeit viel Rücksicht abverlangt wurde. Vielmals danke ich nicht zuletzt meinen Eltern Hannelore und Jürgen Pramschiefer, die gerne viele Stunden mit ihren Enkelkinder verbrachten.

8. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Matthias Pramschiefer

Geburtsdatum: 08.04.1965
Geburtsort: Darmstadt

Familienstand: verheiratet mit Dr. Rosemarie Pramschiefer

Kinder: Emilie, geboren 19.12.2000

Nicolas Ben, geboren 08.09.2003

Eltern: Hannelore Pramschiefer, geb. Behrmann

Jürgen Pramschiefer

Konfession: evangelisch

Anschrift: Wellingsbütteler Landstr. 157, 22337 Hamburg

Schulbildung

1985 Hochschulreife

Zivildienst

1985- 1987 Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg

Studium

1987 – 1994 Universität Hamburg

11.05.1994 Ärztliche Prüfung

Weiterbildung

Arzt im Praktikum

01.08.1994 - 31.01.1996

Assistenzarzt Neurologie Neurologische Abteilung, AK Eilbek,

01.02.1996 – 30.04.2000 Leitende Ärztin: Frau Dr. Igloffstein

Assistenzarzt Psychiatrie Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev.

01.05.2000 - 30.04.2005 Krankenhaus Hamburg-Alsterdorf und Heinrich-

Sengelmann-Krankenhaus, Bargfeld-Stegen,

Leitender Arzt: Herr Dr. Funke

Assistenzarzt Neurologie Neurologische Abteilung, AK Wandsbek,

seit dem 01.05.2007 Leitender Arzt: Herr Prof. Dr. Arning

Facharztprüfungen

06.11.2002 Facharzt für Neurologie

09.03.2005 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

9. Anhang

9.1. Suizidfragebogen (SFB)

Suizid-Fragebogen (SFB)

Erläuterung:

Dieser Fragebogen wird vom Untersucher ausgefüllt und soll alle Patienten erfassen, die nach einem Suizidversuch (SCV) in das UKE kommen. Dies sollte unabhängig davon geschehen, ob der jeweilige Patient nach dem Erstgespräch mit dem dh Psychiater/Konsiliarius/Poliklinikarzt der Notfallsprechstunde (ohne weitere diagnostische und therapeutische Empfehlungen) entlassen, an die psychiatrische Poliklinik verwiesen oder stationär aufgenommen wird.

Das Erstgespräch soll unter Einbeziehung dieses Fragebogens als halbstrukturiertes Interview geführt werden. Es ist wichtig, daß Sie die Angaben - wenn irgendmöglich - vollständig machen und im

Zweifelsfall die am ehesten zutreffende Aussage markieren.

Wichtig ist, daß der Patient am Ende des Erstgespräches gebeten wird, auf der letzten Seite dieses Fragebogens sich mit einer Nachbefrägung durch einen Mitarbeiter der Klinik, der der Schweigepflicht unterliegt, einverstanden zu erklären. Ist eine stationäre Aufnahme vorgesehen, so kann die Bitte um Einverständnis - je nach Situation - auch zu einem späteren Zeitpunkt vorgetragen werden.

Die Fragebögen liegen in ausreichender Zahl im Dienstbuch bereit. Ein weiterer Vorrat befindet sich im Arztzimmer der Männerstätion im Erdgeschoß. Der die Arzt sollte für Erstgespräche außerhalb des Psychiatriegebäudes 2-3 Bögen in der Kitteltasche bei sich tragen.

Die ausgefüllten Fragebögen sollten nach Dienstende in der Poliklinik oder auch im Anschluß an die

Morgenkonferenz bei einem Poliklinikmitärbeiter abgegeben werden.

Bitte unterrichten Sie die Poliklinik zwischen 8.00 - 9.00 Uhr morgens telefonisch, wenn sie einen Patienten nach SCV stationär aufgenommen haben.

Für Rückfragen wie auch zur Besprechung diagnostischer und/oder therapeutischer Fragen stehen wie vereinbart Herr Götze und Herr Mohr zur Verfügung.

Diese Untersuchung soll mit dazu dienen, eine diagnostisch und therapeutisch relevante Differenzierung der Gesamtstichprobe der Patienten nach Suizidversuch empirisch gesichert beschreibbar zu machen. Auf dem Hintergrund der so erhobenen Daten sollen entsprechend differenzierte Versorgungsangebote (z.B. poliklinische und tagesklinische Krisenintervention, stationäre Behandlung und poststationäre zeitlich limitierte Fokaltherapie u.a.) entwickelt und auf ihre therapeutische Effizienz und auch Akzeptanz hin untersucht werden.

Name:		V	orname:		geb.
					,
Anschrift:					Tel.

Name des Untersuchers:

1.	Demographisc	he Angaben:	Beruf:				
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		Familienstand:				
			Patient wohnt mi	it:	******	*****	****
	•				• ,		
2	Untersuchungs	sdatum:		Uhrzeit:			
		,					
3.	Pat. kam mit:	RTW			()	1
		NAW			()	2
		Polizei			()	3
		Zuführdienst			1)	4
		Taxe	der er er ja det skaper og er for De engelse drædere jalende		()	5
		PKW privat			()	6
		zu Fuß			()	7
4.	Pat. kam:	allein	en de la company de la com La company de la company d	•	()	1
		in Begleitung	von:		()	2
,				* **			
			e they is				
5.	Ort der Untersu	chung: Psyc	hiatrische Klinik		()	1
		ZAL)		()	2
		Unfa	llzimmer Chirurgi	e	(,	3
		ande	re UKE Klinik		()	4
							1
6.	Suizidversuch	am:	•••••				
7.	Wochentag: .		• • • • •				
8.							,
٥.	Omzen (ca.):	••••••	• • • • • • •				
			* · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
g	Ort des SCV:	eigene Wohn	tina)	: •
٦.	Off des BCV.	Wohnung vo			())	2
		Park/Wald	***************************************		()	3
		Hotel			Č	<i>'</i>	4
		Heim			. ()	5
		andere out			,	, ·	

10.	Suizidmittel/-methode:	nente, Dosis, kon	ibinie	rté N	/lethoden)
11.	Suizidversuch unter Alkohol:	ja	()	1
,		nein	()	2
		unklar	, (, ()	3
12.	Von wem aufgefunden ?:		٠		
13.	Mit Verletzungen aufgefunden:	ja	(٠	1
15.	A STATE OF THE STA	nein	()	2
	wenn ja, welche ?:				-
		*			
14.	In welcher Bewußtseinslage aufgefunden?:	komatös	•)	1
		somnolent	()	2
		wach/klar	()	3
		•			
			,		
15.	Bewußtseinslage während der Untersuchung:		(.)	l
		wach/klar	. ()	2
16.	Frühere SCV:	ja	()	1
		nein	()	2
		unklar	()	3
	wenn ja, wieviele ?:				
	wann ?:				
	wie ?:				
			* 1		
	•				
17.	Seit wann Suizidgedanken/-phantasien ?: (bzgl. des jetzigen SCV)	•••••	•••••		

18.	Seit wann E (bzgl. des jetz	ntschluß zum Suizid ?:zigen SCV)		•		
19.	Vorbehandlun	gen im Zeitraum der jetzigen suizida	len Situation:			
		ia di la ja		()	1
		in a single sign of the sign o	ein	()	2
		uı	ıklar	()	3
20.	Wenn ja:	stationär-psychiatrisch		(1))	- 1
		stationär-sonstige		()	2
		teilstationär		(, ()	3
		psychiatrische Nachsorgeeinric	chtungen	()	4
		ambulant-psychiatrisch		• ()	5
		ambulant-psychotherapeutisch		· ()	6
		ambulant-sonstige (welche?)	***********	()	1
			.*			
Fra	igen, die d	em Patienten direkt gestell	l werden so	llen:	• •	
21.	Wollten Sie st	terben 7: ja	t	1))	1
		n	ein	()	2
		i kan di jarah di kacamatan di jarah d Manggaran di jarah d	nklar	()	3
22.	Haben Sie dan	nit gerechnet, daß Ihr Selbstmordver	rsuch gelingt?:			11
		ja	, – –	()	1
	1	ne	ein	())	2
		tı	ıklar	()	3
22a.	Warum wählte	ntschlossen hatten, nicht mehr weite en Sie geräde dieses Mittel/Methode ilsaderschnitt, Sprung/Sturz etc.)		n:		* · · · ·
	* *	The second secon				1.7
	(frei formulie	пе Апімоп):			1. 0	<u> </u>
	***********	•••••••		· • • • • •		
	••••••	***************************************		• • • • • •	••••	••••
						٠,

23.	Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben	?: ja		()	1
		nein		(, .) _.	2
		unklar		()	3
24.	Warum wollten Sie sterben ?:		• • • • • •	••••	••••	••
				••••	• • • •	••
				••••	••••	••
25.	Wen würde Ihr Tod am melsten berühren?		• • • • • •	••••	••••	••
26.	Wen würde Ihr Tod am wenigsten berührer	ı ?:	• • • • •	••••	••••	• •
27	Wem geben Sie am ehesten die Schuld?:	sich selbst		(5	1
21.	(bitte nur eine Nennung)	Mutter		(<u>,</u>	2
	·	Vater		()	3
		Geschwister	÷	()	4
		Partner	;	()	5
		Kinder		()	6
		Freund(-in)		()	7
		Kollege(-in)	ţ	()	8
		Psychotherapeur	(-in)	()	9
		Hausarzt(-in)		()	10
		Psychiater(-in)		()	11
		Anderer Arzt		()	12
		welcher:	•••••	• • • • •		•••
28.	Hätte Ihrer Meinung nach jemand aus Ihrer U	mgebung etwas v	on I	rei	in	nere
	Gemütsverfassung merken müssen ?:	ja	e eg	(-)	1
		nein		()	2
		weiß nicht		()	3

Haben Sie mit jemandem aus Ihrem Umkreis k	onkret über Ihre	Selbst	moi	rdge-
danken oder -absichten gesprochen?:	ja	()	1
	nein	, (٠)	2
Wenn ja, mit wem ?:	••••			
				**
Haben Sie vor Ihrem Selbstmordversuch jeman	iden wegen Ihre	r Selbs	tmc	rdge
danken um Hilfe gebeten (z.B. Familie, Freund	le, Ärzte) ?			
	ja	()	1
	ņein ,)	2
	unklar	7 ')	3
Wenn ja, wen ?:	•••			
Wenn nein, warum nicht ?:	•••			
Wie fühlten Sie sich, nachdem Sie bemerkten,	daß Ihr Selbstm	ordver	such	1
mißlungen war ?:	erleichtert	()	1
	gleichgültig	()	2
	verzweifelt	()	3
	wütend	()	4
	anders	()	5
Wenn anders, wie ?:	•••	Ì		
	•			
	•			
Wie stehen Sie letzt zu dem Mißlingen Ihres S	elbstmordversuc	hs ?		
Wie stehen Sie <u>jetzt</u> zu dem Mißlingen Ihres S		:hs ?:	```	t
Wie stehen Sie <u>jetzt</u> zu dem Mißlingen Ihres S	erleichtert	chs ?:)	1
Wie stehen Sie <u>jetzt</u> zu dem Mißlingen Ihres S	erleichtert gleichgültig	chs ?: ()	1 2 2
Wie stehen Sie <u>jetzt</u> zu dem Mißlingen Ihres S	erleichtert gleichgültig verzweifelt	()	3
Wie stehen Sie <u>jetzt</u> zu dem Mißlingen Ihres S	erleichtert gleichgültig	chs ?: ((()))	
	danken oder -absichten gesprochen?: Wenn ja, mit wem?: Haben Sie vor Ihrem Selbstmordversuch jemandanken um Hilfe gebeten (z.B. Familie, Freund Wenn ja, wen?: Wenn nein, warum nicht?:	danken oder -absichten gesprochen?: Janein Wenn ja, mit wem?: Haben Sie vor Ihrem Selbstmordversuch jemanden wegen Ihredanken um Hilfe gebeten (z.B. Familie, Freunde, Ärzte)? Janein unklar Wenn ja, wen?: Wenn nein, warum nicht?: Wie fühlten Sie sich, nachdem Sie bemerkten, daß Ihr Selbstmeißlungen war?: erleichtert gleichgültig verzweifelt wütend anders	danken oder -absichten gesprochen?: ja (nein (Wenn ja, mit wem ?: Haben Sie vor Ihrem Selbstmordversuch jemanden wegen Ihrer Selbstdanken um Hilfe gebeten (z.B. Familie, Freunde, Ärzte)? ja (nein (unklar (Wenn ja, wen ?: Wenn nein, warum nicht ?: Wenn nein, warum nicht ?: Wie fühlten Sie sich, nachdem Sie bemerkten, daß Ihr Selbstmordversmißlungen war ?: erleichtert (gleichgültig (verzweifelt (wütend (anders ()	Wenn ja, mit wem ?: Haben Sie vor Ihrem Selbstmordversuch jemanden wegen Ihrer Selbstmordversuch jemanden wegen Ihrer Selbstmordversuch ja () nein () nein () unklar () Wenn ja, wen ?: Wenn nein, warum nicht ?: Wie fühlten Sie sich, nachdem Sie bemerkten, daß Ihr Selbstmordversuch mißlungen war ?: erleichtert () gleichgültig () verzweifelt () wütend () anders ()

33.	Haben Sie wegen Ihres Selbstmordversuchs Se	chuldgefühle?:			
		ja	()	1
		nein	,(·)	2
		weiß nicht	(, ,)	3
	Wenn ja, wem gegenüber ?:	••••			
				,	
34.	Meinen Sie, daß Sie für die Lösung ihrer Schw	vierigkeiten Hilfe	e brau	cher	1 ?:
<i>.</i>		ja)	1
)	2
		nein weiß nicht	()	3
	Wenn ja, wer könnte Ihnen dabei am				
	besten helfen ?:	••••			
			,		
35.	Haben Sie Jetzt noch Selbstmordabsichten?:	ja	()	1
		nein	()	
		weiß nicht	,	,	1 3
36.	Sind Ihnen in Ihrer Familie oder in Ihrer Lebe	nsumgebung Sel	bstm	orde	
	oder -versuche bekannt?	ja	()	1
		nein	()	2
	on the state of t	weiß nicht	()	3
37.	Wenn ja: SC in der Familie (wer?):	••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		••••	• • • • •
38.	Wenn ja: SCV in der Familie (wer ?):			• • • • •	
39.	Wenn ja: SC in der Umgebung (wer?):			• • • • •	
40.	Wenn ja: SCV in der Umgebung (wer?): .				
Eir	schätzung des Untersuchers:				,
41.	Hat der Patient seinen SCV angekundigt?:	ja	(,)	1
		nein	()	2
		unklar	1	1),	3
	Wenn ia wie ?:				

42.	Der SCV ist <u>überwiegend</u> : (bitte nur eine Nennung)	zu verstehen als: Affekt-/Impulshandlung	, ,	Y	1
	(blue har eme remains)	Appell	(1)	2
		Ausdruck schon längere Zeit erlebter subjektiver Aussichts-		, , ,	L
		losigkeit	, (),	. 3
			· \		
43.	Ernsthaftigkeit des SCV:	ernsthaft,) (,)	·: 1
		eher nicht ernsthaft	()	2
		parasuizidalė Geste	()	3
					٠.
44.	Richtete sich der SCV an e	ine benennbare Person ?:	٠.		
		ja	()	1
		nein ein	()	2
		unklar	()	. 3
	Wenn ja, an wen ?:	•••••			
45.	Ausmaß der Suizidalität zu	Beginn des Gesprächs:			
		akut	()	1
		latent	()	2
		fraglich	(·)	3
		nicht mehr suizidal	(·)	4
				•	
	•				
46.	Ausmaß der Suizidalität an	i Ende des Gesprächs:			
		äkut	()	- 1
		latent	(),	2
		fraglich	()	3
		nicht mehr suizidal	()	4
		family and the second	1113		
47.	Warum hat der Patient Ihre	r Meinung nach den SCV unternomi	men i	?:	
		n de la Santa Maria de la Carlo de la C La carlo de la			
•	*****************************	••••••	•••••	••••	••••
•	••••••••••	***************************************	•••••	••••	• • • •

•		• • • •	; • •	••••	• • • •	• • • • •		• • • •	•••						
•••	•••••	••••	• • • •	• • • •	• • • •				• • •	• • • •		••••	••••	••••	
• • •	•••••	· 	•••									• • • • •			
,															
r P	atient wirkt am Ende des (Ges	prå	ich	in in	n V	ergl	eic	h z	um	Beg	ginn	;		
	hoffnungsloser	2	•	1	-	0	-	1	•	2	hc	offine	ings	voll	er
	belasteter	2	-	1		0		1	-	2	en	tlast	etėr		
	abweisender	2	•	1	•	0	-	1	_	2	zu	gew	and	ter	
	konfliktverleugnender											_			ter
													٠,		
V	orläufige Diagnose (psych	ilatr	isc	:h/n	eu	tose	enps	vel	hol	ogi	sch)	•			
V	orläufige Diagnose (psych														
• • •	•••••	• • • • •	•••	••••	•••		• • • •	•••	•••	••••					
•••		• • • • •	•••	••••	•••		• • • •	•••	•••	••••					
•••		••••	•••	• • • •	•••		• • • • •	•••	••••	••••	••••	••••	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••	•••
•••	•••••	••••	•••	• • • •	•••		• • • • •	•••	••••	••••	••••	••••	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••	•••
•••		elan	ıg:	••••			•••••	••••	••••	••••	•••••	••••		****	••••
•••	indere Diagnose von Be	elan	ıg:	••••			•••••	••••	••••	••••	•••••	••••		****	••••
• • •	indere Diagnose von Be	elan	ıg:	••••			•••••	••••	••••	••••	•••••	••••		****	••••
	indere Diagnose von Be	elan	ig:	••••	•••					••••	••••	•••••			••••
	indere Diagnose von Be	elan	ig:	••••	•••		sior			••••	••••	•••••			••••
	indere Diagnose von Be	elan	ig:	••••	•••	ofes ja	sior			••••	••••	•••••			••••

Wenn nein, warum nicht ?: 7. Vorgesehene Behandlung: -stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo ?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche ?: 8. Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	() 2 () 3
Wenn nein, warum nicht ?: 7. Vorgesehene Behandlung: -stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo ?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche ?: 8. Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	() 3
7. Vorgesehene Behändlung: -stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?:	
7. Vorgesehene Behandlung: -stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?:	
-stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?: - Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	
-stationäre Aufnahme ja nein Wenn ja, wo?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?: - Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	
Wenn ja, wo ?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche ?: Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	
Wenn ja, wo ?: -ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche ?: 3. Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	(',), 1
-ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?: Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	() 2
-ambulante Behandlung ja nein Wenn ja, welche?: Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	
Wenn ja, welche ?: Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	
Wenn ja, welche?: Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	() 1
Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	() 2
Emotionale Reaktion des Untersuchers auf den Patienter	

	•
	<u>.</u> .
A commendation of the definition of the second section of the	
- A nmarkiinaan (billa hiar qiirh varmarkan wann der P	atient sein Finverstän
zur Nachuntersuchung nicht gibt, Bedingungen daran k	
Zui Machametsuchung nicht giot, Dedingungen daran k	nupit o.a.).

Einverständniserklärung

IIII W CIS.	
Wir wissen noch zu wenig darüber, wie es unseren Patienten eigentlich nach de	et
Behandlung durch uns ergeht. Um besset helfen zu können, ist es für uns wich	ıtig,
mehr zu wissen. Zu diesem Zweck möchten wir gem nach einem Jahr eine Nach	ch-
befragung machen, wofür wir um Ihr Einverständnis bitten:	

Ich bin einverstanden/nicht einverstanden* mit einer Nachbefragung in einem Jahr durch einen der Schweigepflicht unterliegenden Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg.

·		
Hamburg, den	Unterschrift	

^{*}Zutreffendes bitte unterstreichen

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: