

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber

WISSEN UND EINSTELLUNG ZUM SUIZID

EINE BEFRAGUNG VON MEDIZINSTUDENTEN, KLINIKASSISTENTEN, ALLGEMEINMEDIZINERN, PSYCHOLOGIESTUDENTEN UND ANGEHÖRIGEN ANDERER BERUFSGRUPPEN

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Sonja Richter
aus Hamburg

Hamburg 2010

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16.04.2010**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

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

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Klaus Püschel

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. Rainer Thomasius

Inhaltsverzeichnis

1. Arbeitshypothese und Fragestellung	4
2. Einleitung	5
2.1. Suizid, Suizidversuch und Suizidalität: Begriffsbestimmung.....	5
2.2. Relevanz der Studie	5
2.2.1. Daten und Fakten zum Suizid	5
2.2.1.1. Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch.....	5
2.2.1.2. Risikogruppen für einen Tod durch Suizid	7
2.2.2. Kontakt des Arztes zum suizidalen Patienten	9
2.2.3. Die Doppelbelastung des Arztes: Die eigene Suizidalität und Probleme im Umgang mit suizidalen Patienten.....	10
2.3. Definition des Einstellungsbegriffs	14
2.4. Vorstellung von anderen Fragebögen, die Wissen und Einstellung zum Suizid messen	17
2.4.1. SOQ – Suicide Opinion Questionnaire.....	17
2.4.2. SUIATT – Suicide Attitude Questionnaire	21
2.4.3. SEDAS - Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal Behaviour.....	22
2.4.4. ATTS – Attitudes towards Suicide.....	22
2.4.5. Weitere Fragebögen	24
2.5. Ergebnisse anderer Studien	25
2.5.1. Wissen und Einstellung von Medizinstudenten zum Suizid.....	26
2.5.2. Wissen und Einstellung von Krankenhausärzten zum Suizid.....	27
2.5.3. Wissen und Einstellung von Allgemeinmedizinern zum Suizid.....	28
2.5.4. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Medizinstudenten, Krankenhausärzten und Allgemeinmedizinern zum Suizid.....	29
2.5.5. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Angehörigen sozialer Berufe und der Allgemeinbevölkerung zum Suizid	30
2.5.6. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Ärzten und Angehörigen anderer helfender Berufe (Pflegepersonal, Psychologen) zum Suizid	31
3. Material und Methoden	34
3.1. Instrument	34
3.2. Datenerhebung	42
3.3. Stichprobenbeschreibung	43
3.3.1. Gesamtkollektiv	43
3.3.2. Die sechs Gruppen	47
3.4. Entwicklung der Skalen des FKHS.....	49
3.4.1. Faktorenanalyse	49
3.4.2. Reliabilitätsanalyse	51

3.5. Auswertung	51
3.5.1. Signifikanztests	51
3.5.2. Auswertung der übrigen Nicht-Skalen-Items	53
4. Ergebnisse	54
4.1. Faktorenanalyse	54
4.2. Reliabilitätsanalyse	57
4.3. Gruppenunterschiede	61
4.3.1. Gruppenunterschiede der Skalen	61
4.3.2. Gruppenunterschiede der Nicht-Skalen-Items	63
4.3.2.1. Wissen	63
4.3.2.2. Wissen und Einstellung (J-Items)	76
4.4. Zusatzfragebogen	78
5. Diskussion	84
5.1. Diskussion des Materials und der Methoden	84
5.1.1. Stichprobe	84
5.1.2. Instrument	86
5.1.2.1. Pre-Test	86
5.1.2.3. Skalenwahl	87
5.1.2.4. Antworttendenzen	87
5.1.2.5. Inhalt	88
5.1.3. Datenerhebung	88
5.2. Diskussion der Ergebnisse	89
5.2.1. Faktorenanalyse	89
5.2.2. Reliabilitätsanalyse	91
5.2.3. Gruppenunterschiede	92
5.2.3.1. Gruppenunterschiede der Skalen	92
5.2.3.2. Gruppenunterschiede der Nicht-Skalen-Items	98
5.2.3.3. Ergebnisse des Zusatzfragebogens	109
5.3. Fazit der Diskussion und Ausblick	110
6. Zusammenfassung	115
Abbildungsverzeichnis	116
Tabellenverzeichnis	117
Literaturverzeichnis	118
Danksagung	129
Anhang	I
Anhangsverzeichnis	XLIII

1. Arbeitshypothese und Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit geht es in erster Linie um die Konstruktion eines Fragebogens zu einem Thema, das bislang in nur geringem Maße Studien und Messinstrumente aufzuweisen hat. Des Weiteren handelt es sich in dieser Studie um eine erste Überprüfung hinsichtlich der Eignung der Fragen mit Erarbeitung von Vorschlägen zu zweckmäßigen Veränderungen.

Zu diesem Zweck wurden möglichst viele Versuchspersonen aus verschiedenen Bereichen gewählt, um eine recht breite Basis für spätere Untersuchungen mit dem gleichen Instrument zu bilden.

In diesem Zusammenhang interessieren folgende Fragen, die jedoch zum Großteil nur unter dem Vorbehalt der eingeschränkten Repräsentativität beantwortet werden konnten:

Eignet sich der Fragebogen zur Erforschung der Einstellung zum Suizid und lassen sich sinnvolle Skalen¹ bilden?

Welche Haltungen und Kenntnisse zum Suizid lassen sich bei Medizinstudenten², Klinikassistenten und niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen finden?

Unterscheiden sich die Haltungen und Kenntnisse zum Suizid zwischen Medizinstudenten, Klinikassistenten und niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen?

Unterscheiden sich die Haltungen zum und Kenntnisse vom Suizid zwischen Medizinstudenten und Psychologiestudenten?

Unterscheiden sich Medizinstudenten, Klinikassistenten, niedergelassene Allgemeinmediziner, Psychologiestudenten und Angehörige anderer sozialer Berufe in ihren Haltungen und Kenntnissen bezüglich des Suizids von den Angehörigen primär nicht sozialer Berufe?

¹ Im Folgenden werden die Bezeichnungen „Skala“ und „Faktor“ hinsichtlich der Faktorenanalyse synonym gebraucht.

² In dieser Arbeit werden die männlichen Formen von Personen jeweils für Frauen und Männer verwendet.

2. Einleitung

2.1. Suizid, Suizidversuch und Suizidalität: Begriffsbestimmung

In der vorliegenden Studie werden die Begriffe Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanke und Suizidalität im folgenden Sinn verstanden: Suizid bedeutet nach Wolfersdorf (2000, S. 16) „die Tötung der eigenen Person“, ein Suizidversuch „die überlebte Handlung der Selbsttötung“. Ein Suizidgedanke ist „das sich gedanklich damit Beschäftigen ohne ... erklärte ... Absicht, sich das Leben zu nehmen.“ Laut Götze (2002, S. 641) ist Suizidalität eine „Denk-, Erlebens- und Verhaltensweise, die ein bestimmtes psychisches Leiden ausdrückt, eine Bewältigung von Betroffenen selbst aber nicht möglich erscheinen läßt und überwiegend bewußt oder unbewußt auf Fremdhilfe ausgerichtet ist. Nur in diesem Sinne besitzt Suizidalität als Befindlichkeit Krankheitswert, ohne jedoch den Kriterien einer Krankheitsentität zu entsprechen.“

Dementsprechend werden drei dieser Begriffe am Anfang des Fragebogens in stark vereinfachter Form erläutert:

Suizid: vollendete Selbsttötung

Suizidversuch: überlebter Versuch einer Selbsttötung

Suizidalität: umfassender Begriff, der auch die Gedanken an eine Selbsttötung umfasst

2.2. Relevanz der Studie

2.2.1. Daten und Fakten zum Suizid

Im Folgenden sollen einige relevante Daten und Fakten zu Epidemiologie und Risikogruppen von Suizid und Suizidversuch vorgestellt werden, wie sie auch im Rahmen der Wissensfragen des Instruments erfasst werden und so als Grundlage für deren Bewertung dienen. Dabei werden bewusst überwiegend Zahlen von 2002 oder früher genutzt, da die Datenerhebung dieser Studie von Juni 2003 bis Mai 2004 stattfand.

2.2.1.1. Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch

Im Jahre 2002 starben in Deutschland 11.163 Menschen durch Suizid, während „nur“ 6.917 Personen durch Verkehrsunfälle (Quelle: Statistisches Bundesamt), 1.513 Menschen durch illegale Drogen und 2.664 durch Mord und Totschlag (Quelle: Bundeskriminalamt) ums Leben kamen. Die jährlichen HIV-assoziierten Todesfälle beliefen sich in den letzten Jahren auf 600 bis 700 (geschätzte Zahlen; für 2002: 653), wobei die Zahl der am Vollbild AIDS Verstorbenen deutlich niedriger einzuschätzen ist (Quelle: Robert-Koch-Institut).

Die reellen Zahlen der Tode durch Suizid sind möglicherweise noch höher anzusetzen. Eine niedersächsische Studie ergab z. B. „eine systematische Unterschätzung der offiziellen Todesursachenstatistik“ bezüglich des Suizids um durchschnittlich 11%, die die Autoren hauptsächlich dem unterschiedlichen bzw. mangelhaften Management der Totenscheine zuschrieben (Vennemann 2006, S. B1038).

Von diesen 11.163 durch Suizid Verstorbenen waren 3.057 weiblich und 8.106 männlich. Das bedeutet eine Suizidrate (= Anzahl der Suizide auf 100.000 Einwohner) von 7,2 für Frauen und 20,1 für Männer. Das Verhältnis der Suizidrate von Männern zu Frauen lag demnach bei 2,8:1. Dabei kamen Suizide unter Kindern und Jugendlichen so gut wie gar

nicht vor, waren unter jungen Leuten selten und stiegen im Alter deutlich an (Anhang A 1; Quelle: Statistisches Bundesamt).

Die Zahl der Suizidversuche wird über alle Altersgruppen und über beide Geschlechter hinweg auf das zehnfache der registrierten Suizide geschätzt (Weisser 1994, S. 6). Basierend auf der „WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide“, einer multizentrischen Studie, die Suizidversuche in verschiedenen europäischen Regionen in einem Zeitraum von drei Jahren (1989 – 1992) untersuchte, gaben Schmidtke et al. (1996) eine durchschnittliche Suizidversuchsrate von 140 für Männer und 193 für Frauen an. Während bei Männern Suizidversuche am häufigsten in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre vorkamen (199/100.000), geschahen die meisten Suizidversuche unter Frauen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre (283/100.000). Bei letzteren verringerte sich die Suizidversuchsrate mit jeder höheren Altersgruppe, bei den Männern war das ab 25 bis 34 Jahre der Fall. In der ebenfalls an der Studie teilnehmenden Stadt Würzburg waren (insgesamt) weniger Suizidversuche zu verzeichnen (65/100.000 für Männer, 99/100.000 für Frauen). Hier kamen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 24 Jahre) die meisten Suizidversuche vor, die mit zunehmendem Alter stetig weniger wurden. Das Geschlechterverhältnis war ab 55 Jahre/dem 55. Lebensjahr ausgeglichen (38/100.000 für Männer, 39/100.000 für Frauen).

Auch verschiedene andere Untersuchungen stellten bei Suizidversuchen ein deutliches Überwiegen von Frauen fest (Beautrais 2001; Christofferson et al. 2003; DeMoore und Robertson 1996; Hawton et al. 2003; Meehan et al. 1992; Ramberg und Wassermann 2000; Renberg 2001) und belegten, dass Suizidversuche eher in jüngeren Altersgruppen zu finden sind (Beautrais 2001; DeMoore und Robertson 1996; Hawton et al. 2003; Renberg 2001).

Die Suizidrate hat in den letzten zehn Jahren vor der Datenerhebung in Deutschland stetig abgenommen (Abb. 1; Quelle: Statistisches Bundesamt):

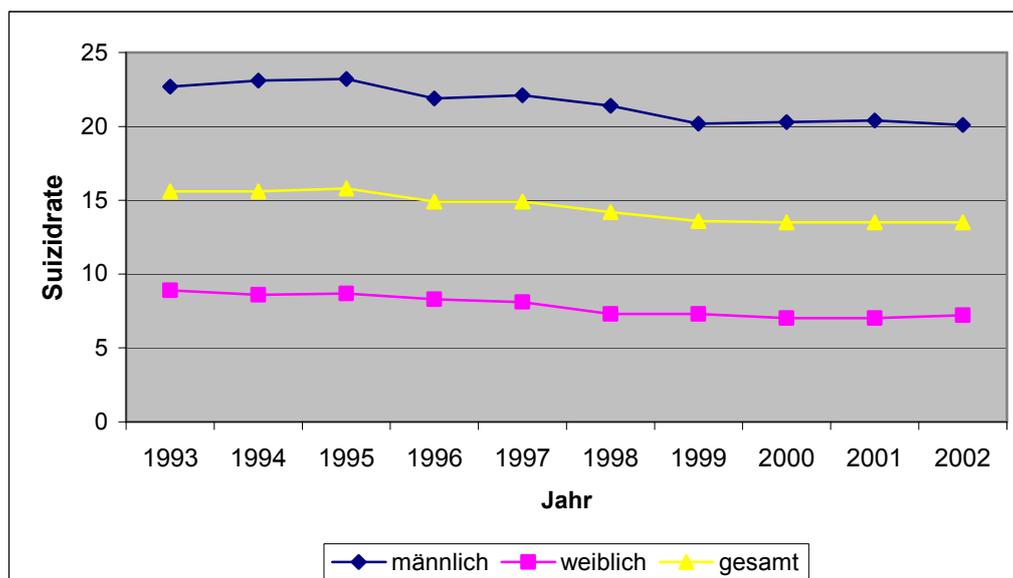


Abbildung 1: Suizidraten³ in Deutschland 1993 bis 2002
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

³ Suizidrate = Anzahl der Suizide auf 100.000 Einwohner

Während sich im Jahre 1993 15,6 Personen pro 100.000 Einwohner in Deutschland das Leben nahmen, waren es im Jahre 1998 noch 14,2. Seit 1999 beträgt die Suizidrate in Deutschland weniger als 14 (13,5-13,6) pro Jahr (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Nach zahlreichen nord- (Hakko et al. 1998; Morken et al. 2002) und südeuropäischen (Preti und Miotto 1998) Studien geschahen mehr Suizide im Frühling und Sommer als im Herbst und im Winter. Hakko et al. (1998) fanden Häufungen in Mai, Juni und Juli, Morken et al. (2002) die meisten Suizide in April und Mai, gefolgt von den Monaten Juni und August. Preti und Miotto (1998) berichteten bei über 25-jährigen (die jüngeren Suizidenten bildeten in seiner Studie nur 7,1% des Gesamtkollektivs) von höchsten Werten im Frühling und dann im Sommer, wobei diese Häufung mit zunehmendem Alter der Suizidenten immer deutlicher wurde. Chew und McLeary (1995) nannten in einer Studie über 28 Länder für 26 Länder - darunter auch Westdeutschland - mehr Suizide im Frühling als im Winter. Sie sprachen von Spitzen in den warmen Monaten und von Tiefen in den kalten. Separate Daten zu Deutschland sind nicht verfügbar.

2.2.1.2. Risikogruppen für einen Tod durch Suizid

Wolfersdorf (2000, S. 71) gab drei Hauptrisikogruppen für suizidales Verhalten an:

Zuerst nannte er die psychisch Kranken, bei denen Menschen mit Depressionen ganz oben standen. Es folgen Suchtkranke mit einer Alkoholkrankheit oder Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit vor Schizophrenen und Persönlichkeitsgestörten.

Harris und Barraclough (1997, S. 222) überprüften englischsprachige Studien von 1966 bis 1993 und fanden heraus, dass alle psychiatrischen Diagnosen außer mentaler Retardation und Demenz mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Für Depressionen gaben sie ein 20faches Risiko an, für Psychosen ein 15faches, für Schizophrenen ein achtfaches und für somatisierte Störungen ein fünffaches. Baxter und Appleby (1999) ermittelten aufgrund einer britischen Studie, dass Männer mit psychischen Störungen 11,4mal und Frauen 13,7mal so oft wie die Gesamtbevölkerung an Suizid sterben. Für Schizophrene kamen sie auf ein 14- (Männer) bzw. 15faches (Frauen) Risiko. Ein ähnliches Ergebnis gaben Tidemalm et al. (2005, Schweden) an mit einem 11,4fachen Risiko für männliche psychisch Kranke und einem 12,4fachen für Frauen mit einer psychischen Erkrankung. Beautrais (2001, Neuseeland) nannte für depressive Menschen einen Faktor von 10,9 und für Menschen mit Psychosen einen solchen von 7,3.

Baxter und Appleby (1999) gaben in ihrer Studie für männliche Suchtkranke gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein 14,3faches Risiko für einen Tod durch Suizid an, Oyfeso et al. (1999) ein vierfaches für männliche britische (schottische/nordirische) Drogenabhängige und ein elfaches für weibliche. Zahlreiche Studien in verschiedenen Ländern ermittelten den gegenüber aus anderen Gründen Verstorbenen erhöhten Anteil an Alkoholkranken und Drogenabhängigen unter Suizidtoten (s. z. B. Beautrais 2001 (Neuseeland); Boardman et al. 1999 (Großbritannien); Kim et al. 2003 (Kanada)). Laut Brådvik und Berlund (2002) suizidieren sich 7,8% aller schwedischen Alkoholiker im Laufe ihres Lebens, Inskip et al. (1998) gaben, basierend auf einer Vielzahl von nationalen und internationalen Studien, ein Lebenszeitrisiko von 7% für Alkoholkranken an.

Die zweite Gruppe bilden nach Wolfersdorf „Menschen in Krisen“. Hierunter fallen z. B. alte und vereinsamte Menschen (2000, S. 71).

Beautrais (2001) gab z. B. an, dass 22,8% der Suizidenten ihrer Studie und 36,4% derjenigen, die schon einmal einen Suizidversuch begangen hatten, unzureichende

Sozialkontakte besaßen. Johnson et al. (2002) fanden in einer amerikanischen Studie heraus, dass „loneliness and interpersonal isolation, lack of close friends, and poor relationships with friends and peers“ (S. 744) unter jungen Amerikanern deutlich mit dem Risiko für Suizidversuche assoziiert seien. Und Radebold und Schlesinger (1982, S. 154 ff.) stellten mehrere Studien vor, in denen die positive Korrelation zwischen Alterssuizid und Einsamkeit aufgezeigt wurde. Auch laut Qin et al. (2003) seien allein lebende Menschen und aufgrund ihres Alters Pensionierte einer stärkeren Gefährdung als die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt, an einem Suizid zu sterben. Der Tod einer nahe stehenden Person wirke hingegen eher präventiv (Kölves et al. 2006).

Zu der dritten Gruppe („Menschen mit bereits offensichtlich erhöhter Suizidalität“) zählte Wolfersdorf (2000) u. a. Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben (S. 71).

Verschiedene Studien, in denen Patienten nach einem Suizidversuch neun bis 18 Jahre begleitet wurden, ergaben für Menschen, die schon einmal einen Suizidversuch unternommen haben, gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein 34- bis 180faches Risiko, an einem Suizid zu sterben (Cooper et al. 2005 (England und Wales); DeMoore und Robertson 1996 (Australien); Hawton et al. 2003 (UK); Owens et al. 2002 (Europa, Nordamerika, Ozeanien); Tejedor et al. 1999 (Spanien)). Dieses Risiko nimmt mit den Jahren, die die betreffende Person von ihrem Suizidversuch trennen, ab, doch das Risiko bleibt wohl lebenslang erhöht (DeMoore und Robertson 1996; Suominen et al. 2004 (Finnland)).

Laut Henseler (1974, S. 73 ff.) sei der Suizidale aufgrund einer bei diesem Patientenkollektiv häufigen Störung des narzisstischen Systems nicht dazu in der Lage, Kränkungen auf eine angemessene Art und Weise zu begegnen. Im Mittelpunkt einer derartigen Störung stehe ein labiles Selbstwertgefühl, das dieses nicht zulasse. Bei nicht ausreichender Bestätigung durch die Umwelt drohe die „narzisstische Katastrophe“ (S. 84), die man jedoch, um dennoch „Sieger“ zu bleiben, vermeiden wolle. Das könne im Falle des Suizidalen den Suizid bedeuten. Gunnell und Frankel (1994) nannten zwei Entstehungsmechanismen für suizidales Verhalten: Zum einen sei der Suizid Abschluss einer langen Entwicklung bei physischen und/oder psychischen Leiden. Zum anderen handele es sich dabei um die „Bewältigung“ einer aktuellen Krise in Verbindung mit einer vulnerablen Persönlichkeit. Cheng et al. (2000) bezeichneten die „emotionally unstable personality disorder“ (S. 363) aufgrund einer Studie als Risikofaktor für suizidales Verhalten.

Arnetz et al. (1987) stellten in einer Studie ein gegenüber der Gesamtbevölkerung um den Faktor 5,7 erhöhtes Suizidrisiko für schwedische Ärztinnen fest. Im Vergleich zu anderen Akademikern gaben sie sowohl für Ärzte (1,9fach) als auch für Ärztinnen (4,5fach) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Tod durch Suizid an. Die Vertreter der einzigen Fachrichtung, die hier eine signifikant höhere Suizidrate als die der anderen aufwiesen, waren die Allgemeinchirurgen. Laut Carpenter (1997) gilt für britische Ärztinnen/Ärzte ebenfalls ein gegenüber der Gesamtbevölkerung erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, und zwar vor allem für Ärztinnen und unter diesen besonders für Anästhesistinnen. Außerdem gaben sie an, dass Psychiater/-innen 1,56mal so häufig an Suizid stürben wie Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen. Lindeman et al. (1996) überprüften über einen Zeitraum von 35 Jahren (1958 bis 1993) durchgeführte Studien und fanden für Ärzte ein 1,1- bis 3,4faches Risiko und für Ärztinnen ein 2,5- bis 5,7faches Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung heraus, wobei sie weder signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern noch zwischen den einzelnen Fachrichtungen feststellten. Auch Schernhammer und Colditz (2004) kamen bei einem Überblick über die entsprechende

Literatur der letzten 43 Jahre (1960-2003) auf ein durchschnittlich 2,3- bzw. 1,4faches Risiko für Ärztinnen bzw. Ärzte. Hierbei handelte es sich hauptsächlich um Mediziner, die im nordeuropäischen und nordamerikanischen Raum tätig waren. Eine fachrichtungsspezifische Aufschlüsselung erfolgte nicht.

2.2.2. Kontakt des Arztes zum suizidalen Patienten

In der vorliegenden Studie werden Allgemeinmediziner gewählt, da diese als erste Ansprechpartner für Suizidale betrachtet werden, was im Folgenden näher erörtert wird. Neben Psychiatern („Suizidalität ist psychiatrischer Alltag.“ (Fiedler et al. 2003, S. 166)) kommen besonders Internisten, Chirurgen (hier nicht befragt) und Rechtsmediziner in Kontakt mit dem Thema Suizid, im Falle der Rechtsmediziner am ehesten in Form von Angehörigengesprächen. Außer Ärzten der Erstversorgung werden Medizinstudenten untersucht, da sie eine Gruppe zukünftiger Ärzte darstellen und ein Vergleich zwischen diesen drei Gruppen – Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmediziner – Hinweise auf Veränderungen bezüglich des Wissens und der Haltung im Laufe des beruflichen Werdegangs geben kann. Psychologiestudenten und Angehörige anderer sozialer Berufe werden befragt, um einen Vergleich von Medizinern mit anderen Helfern zu ermöglichen. Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe werden in das Kollektiv aufgenommen, um Vergleiche mit sozialen Berufen durchzuführen und die Validität des Instruments zu messen. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass sämtliche Vergleiche unter Vorbehalt betrachtet werden sollten, da die Stichprobe aus mehreren Gründen nicht als repräsentativ gewertet werden kann.

Dass nicht nur Psychiater in ihrem Arbeitsalltag mit dem Problem der Suizidalität konfrontiert werden, zeigen folgende Zahlen (Literatur, die sich ausschließlich mit Daten aus Deutschland befasst, ist leider nicht bekannt.):

Luoma et al. (2002) fanden in einem Review der entsprechenden Literatur heraus, dass 100% der Frauen und 78% der Männer im Jahr vor ihrem Suizid einen Arzt der Erstversorgung aufsuchen. Für den letzten Monat ergaben verschiedene Studien Werte zwischen 45 und 77%, wobei ältere Patienten sich häufiger an einen Arzt wenden als jüngere (Andersen et al. 2000 (Dänemark); Chiu et al. 2004 (Hongkong); Luoma et al. 2002). In der letzten Woche vor dem Tod verzeichneten britische Suizidale 2,8mal mehr Arztbesuche als die Kontrollgruppe (Boardman et al. 1999).

Verschiedene Studien ergaben, dass 63 bis 78% der Personen, die an Suizid sterben, im Jahr vorher ihren *Allgemeinarzt* aufsuchen. Einen Monat vor dem Suizid sind es 20 bis 67%, in der Woche vor dem Suizid bis zu 25% (Achté 1975; Andersen et al. 2000; Boardman et al. 1999; Luoma et al. 2002; Vassilas und Morgan 1993 (GB)). Boardman et al. fanden zudem heraus, dass britische Suizidale im Jahr vor ihrem Suizid 1,68mal, im Monat vorher 1,25mal und in der letzten Woche ihres Lebens 2,56mal so oft wie andere Patienten bei ihrem Allgemeinarzt vorstellig werden. Portzky et al. (2005, S. 928) kommentierten den präsuizidalen Kontakt von belgischen Jugendlichen zu ihrem Hausarzt mit den Worten: „The assessment of the possibility for detection of affective disorders or suicidal ideation at these contacts can thus be life-saving.“

In einer Studie mit älteren (>60 Jahre) durch Suizid verstorbenen Personen in Hongkong kamen Chiu et al. (2004) zu dem Ergebnis, dass 64,6% in ihrem letzten Lebensjahr im Krankenhaus gewesen waren. Im letzten Monat sind es bis zu 71% (Andersen et al. 2000; Chiu et al. 2004; Gairin et al. 2003 (GB); Luoma et al. 2002). Gairin et al. (2003) gaben an, dass 39% aller Suizidalen in den 30 Tagen vor ihrem Tod in einem „Accidents and Emergency Department“ vorstellig werden.

Dabei finden die meisten dieser Besuche auf den ersten Blick gar nicht aufgrund der fast immer schon zumindest latent vorhandenen Suizidalität statt.

Chiu et al. (2004) ermittelten für über 60jährige, dass bei einem Großteil derer, die im letzten Jahr vor ihrem Tod durch Suizid im Krankenhaus gewesen waren, dieses aufgrund physischer Beschwerden geschah. Gairin et al. (2003) bemerkten, dass die meisten letzten Besuche in einem „Accidents and Emergency Department“ nicht aufgrund von Suizidversuchen stattfanden. Michel et al. (1997) untersuchten Patienten, die einen Suizidversuch begangen hatten, und erfuhren, dass nur 35 bis 82% (Stockholm/Bern) ihrem Allgemeinarzt beim letzten Besuch ihre suizidalen Gedanken mehr oder weniger deutlich mitgeteilt hatten. 47 bis 58% konsultierten ihren Arzt scheinbar ausschließlich aufgrund physischer Probleme.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum (auch bzw. besonders) das Wissen über den Suizid und die Einstellung dazu von Mediziner, die keine Psychiater sind, so wichtig sind. Sie müssen den psychiatrischen Behandlungsbedarf eines Patienten ja erst einmal erkennen und ein oftmals verstecktes Suizidrisiko abschätzen. Wissenslücken wären hier besonders fatal, weil die betreffenden Mediziner häufig die einzige professionelle Instanz sind, die den suizidalen Patienten vor einer suizidalen Handlung zu Gesicht bekommt. Gleichzeitig wird klar, welche Auswirkungen „[d]ie den Selbstmord fördernde Einstellung“ (Ringel 1969, S. 161) der Ärzte auf den Suizidalen haben kann.

2.2.3. Die Doppelbelastung des Arztes: Die eigene Suizidalität und Probleme im Umgang mit suizidalen Patienten

Die Interaktion mit suizidalen Patienten stellt für psychiatrische und nicht-psychiatrische Ärzte insbesondere auf der emotionalen Ebene eine erhebliche Belastung dar (Hendin et al. 2006; Maltzberger und Buie 1974; Motto 1969; Reimer 1981, S. 1 ff.), wobei letztere an „seelische(r) Bedrohung in Grenzsituationen“ meist nicht gewöhnt sind (Stolze 1975, S. 187). Es ist besonders für den Fachfremden äußerst schwierig, ein Suizidrisiko zunächst zu erkennen und dann richtig einzuschätzen, wobei der Helfer zusätzlich mit Abwehrmechanismen des Patienten und der eigenen Person zu kämpfen hat (Hawton 1987; Motto 1969; Pöldinger 1982).

Verschiedene Autoren beschäftigten sich mit der narzisstischen Problematik des suizidalen Patienten, dem – wenn auch in gewissem Maße oft erwünschten (Götze und Mohr 2003, S. 117) - Phänomen der (Gegen-) Übertragung in der Arzt-Patienten-Beziehung bei der Arbeit mit suizidalen Patienten und den damit verbundenen Problemen, besonders beim nicht entsprechend geschulten Arzt. Der könne durch die aggressiven Impulse, die oft beim Patienten vorherrschten, bei falscher Deutung nicht nur diesem, sondern auch sich selbst schaden (s. z. B. Henseler 1981; Maltzberger und Buie 1974; Mohr und Götze 2003; Radebold und Schlesinger 1982, S. 161 ff.; Reimer 1981, S. 6 ff.; Stolze 1975). Götze et al. (2003) erhielten in einer Studie mit Patienten nach Suizidversuch Hinweise darauf, dass „das narzisstische Persönlichkeitssystem [bei suizidalen Patienten] pathologisch verändert“ sei (S. 206). Henseler (1981) meinte z. B., die narzisstische Verunsicherung des suizidalen Patienten lasse ihn das Anderssein des Arztes zunächst als Bedrohung erleben. Er reagiere verschlossen bis aggressiv-provokativ, was beim Arzt Selbstentwertung oder Überfürsorglichkeit hervorrufen könne. Komme es zur idealisierten Übertragung, sehe der Mediziner sich mit unerfüllbar hohen Erwartungen seines Patienten konfrontiert, die unweigerlich zu Enttäuschungen beim Patienten und Helfer führten. Stolze (1975, S. 186) erläuterte den ständigen Konflikt des Arztes zwischen „Versuchung“, dem Hilferuf des Patienten an das „Sendungsbewusstsein“ des helfenden Arztes zu entsprechen, und „Versagung“, dem Unvermögen des Arztes, den hohen Ansprüchen des Patienten gerecht

zu werden. Radebold und Schlesinger (1982, S. 163 ff.) gingen speziell auf den Alterssuizid ein und die besonders stark ausgeprägten Übertragungs-/Gegenübertragungsmechanismen, die mit dem möglicherweise großen Altersunterschied zwischen Arzt und Patient verbunden seien.

Ältere suizidale Patienten stellten laut Murray et al. (2006) in vielerlei Hinsicht ein Problem dar. Sie betrachteten ihre depressive Symptomatik oftmals als nicht wichtig genug oder unpassend, um die Zeit ihres Arztes in Anspruch zu nehmen, und sähen sie als normale Erscheinung des Alterungsprozesses. Des Weiteren sei es besonders für die ältere Generation oftmals schwierig, die von ihnen als Schwäche empfundenen Symptome mitzuteilen. Auch empfänden sie das Stigma, das mit psychischen Erkrankungen verbunden sei, als besonders große Hürde, sich damit an einen anderen Menschen zu wenden. Oft seien sie aber auch gar nicht dazu in der Lage, ihre Symptomatik mitzuteilen oder diese überhaupt von physischen Beschwerden zu unterscheiden. Für die behandelnden Ärzte käme noch hinzu, dass es auch bei kooperativen Patienten schwierig für sie sei, diese Unterscheidung vor dem Hintergrund der oftmals zahlreichen physischen Beschwerden der älteren Menschen vorzunehmen und zu entscheiden, ob es sich bei den beklagten Symptomen tatsächlich um behandlungsbedürftige psychische Störungen handele oder um Zeichen von Einsamkeit und sozialer Isolation, die ganz anders angegangen werden sollten.

Ein weiteres Spannungsfeld in der Beziehung zwischen Arzt und suizidalem Patienten ist die Tatsache, dass besonders der nicht-psychiatrische Arzt sich unter Umständen in seiner Helferrolle abgelehnt fühlt. Der Patient weigert sich, die „Komplementärrolle zum Helfer“ zu übernehmen, was beim letzteren eine starke Verunsicherung hervorrufen könne (Reimer 1981, S. 24; Reimer und Clement 1981, S. 229). Ausgeprägt scheint dieses bei Patienten der Fall zu sein, die schon einen oder mehrere Suizidversuch(e) unternommen haben. Dabei fühlt sich der Arzt auf professioneller und möglicherweise auch auf persönlicher Ebene besonders abgelehnt, sieht er, der ja Leben erhalten möchte, sich mit einer wiederholt selbst zugefügten unmittelbaren Krankheit konfrontiert (Ramon et al. 1975; Ramon 1980).

Des Weiteren konfrontiert der Suizidale den Arzt in der Interaktion eventuell mit eigenen Ängsten, Schwächen und im Einzelfall mit persönlichen (unbewussten) suizidalen Tendenzen (Maltsberger und Buie 1974; Radebold und Schlesinger 1982, S. 165 f.; Reimer 1981, S. 5 ff.). Es stellt sich die Frage nach eventuellen Parallelen zwischen der Helfermentalität und der Problematik des Suizidalen (Reimer 1981, S. 4 ff.), was im Folgenden näher erläutert werden soll.

Dass Ärzte als besonders suizidgefährdet gelten, ist relativ gesichert (Arnetz et al. 1987; Carpenter et al. 1997; Lindeman et al. 1996; siehe auch 2.2.1.2. „Risikogruppen für einen Tod durch Suizid“ in dieser Arbeit).

Dass der Suizid auch unter Medizinstudenten eine Rolle spielt, zeigte eine Studie mit amerikanischen Studenten der Medizin, die zwar eine niedrigere Suizidrate als unter gleichaltrigen Studierenden anderer Fächer ergab, doch rangierte der Suizid auf der Liste der Todesursachen bei den Medizinstudenten weiter oben als bei der Kontrollgruppe (Hays et al. 1996).

Viele Studien bewiesen die hohe Prävalenz von Suizidgedanken unter Ärzten, Medizinstudenten und Angehörigen anderer helfender Berufe (s. z. B. Ramberg und Wasserman 2000; Tyssen et al. 2001; Wallin und Runeson 2003). Dieses scheint für psychische Störungen wie Depressionen und Substanzabhängigkeit ebenso der Fall zu

sein (Center et al. 2003; Vaillant et al. 1972; Wallin und Runeson 2003). Center et al. meinten außerdem, dass der psychischen Gesundheit der Ärzte in der medizinischen Kultur dennoch keine besondere Bedeutung beigemessen werde und man ihnen gleichzeitig das Bemühen um Hilfe erschwere (u. a. durch darauf folgende berufliche Nachteile). Auch nähmen Mediziner häufig keine ärztliche Hilfe in Anspruch, wenn sie bei sich Depressionen oder suizidale Gedanken feststellten, da sie derartige Tendenzen oft als persönliche Niederlage ansähen oder Stigmatisierung und erwähnte berufliche Konsequenzen fürchteten (Mäulen 2005). Vaillant et al. (1972) stellten fest, dass die Anfälligkeit Suizid fördernder Probleme mit dem Leben vor dem Medizinstudium korreliere. Tyssen et al. (2001) fanden bei der Untersuchung norwegischer Medizinstudenten und junger Ärzte heraus, dass die hohe gedankliche Suizidalität mit Arbeitsstress und der Persönlichkeit des Probanden korreliere. Bei der Diskussion stellte sich die Frage, ob ein Mensch eines bestimmten Persönlichkeitstyps medizinische Berufe ergreife oder Mediziner eine größere Bereitschaft an den Tag legten, suizidale Gedanken anzugeben. Nach Bittker (1976) machten dieselben Eigenschaften, die als Tugenden des Arztberufes angesehen werden (Entsagung, Nächstenliebe, Erfolgsstreben, Gefühlsnegierung), den Arzt besonders anfällig für Depressionen und deren Folgen wie Alkoholismus und Drogenmissbrauch.

Zu erwähnen ist außerdem, dass „Depressionen bei Ärzten sowie die Besorgnis erregende Inzidenz von Suiziden“ zu den Hauptthemen der Internationalen Konferenz für Ärztegesundheit des Jahres 2004 in Chicago zählten (Mäulen 2005, S. B24).

Diese Doppelbelastung bei der Interaktion mit suizidalen Patienten, die möglicherweise vorhandene (unbewusste) eigene Suizidalität in Verbindung mit allgemeinen Problemen, die diese Art von Patienten mit sich bringt, stellt eine hohe emotionale Anforderung an den Helfer dar.

Um zu vermeiden, dass aus dieser emotionalen Belastung eine ablehnende Haltung gegenüber dem suizidalen Patienten resultiert, der sich daraufhin eventuell an gar keinen Arzt mehr wendet und so eine professionelle Intervention entscheidend erschwert, ist es unerlässlich, dass der Arzt sich seiner Einstellung bewusst ist, diese versteht und möglichst kontrolliert. Nur so ist ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis möglich, das Suizidprävention möglich macht und weder dem Patienten noch dem Arzt schade. Götze (1993, S. 380) meinte zu diesem Thema: „Die persönliche Einstellung und Haltung des Therapeuten zum suizidalen Erleben und Verhalten i.S. der Fähigkeit, eine zwischenmenschliche Beziehung kompetent aufzunehmen und mitzugestalten, sind m.E. entscheidender als Sachkompetenz.“

Während es einige Studien gibt, die sich mit dem Wissen vom Suizid und/oder der Einstellung dazu von Medizinstudenten (z. B. Etzersdorfer et al. 1998; Wallin und Runeson 2003; Weisser 1994, S. 48 ff.), Krankenhausärzten (z. B. Anderson et al. 2000; Domino und Perrone 1993; Herron et al. 2001) und Allgemeinmedizinern (z. B. Michel und Valach 1992; Ritter et al. 2002; Talmon-Gros 1987) befassen, sind Vergleiche zwischen diesen drei Gruppen kaum zu finden (Herron et al. 2001). Relationen dieser Art, die sich mit der Haltung zu verwandten Themen wie Suizidversuch und Sterbehilfe beschäftigen, sind etwas zahlreicher (z. B. Barber et al. 1975; Duberstein et al. 1995; Ghodse et al. 1986; Goldney und Bottrill 1980; Lee et al. 1996). Es gibt jedoch offenbar keine Untersuchung, die Medizinstudenten und Psychologiestudenten gegenüberstellt. Auch Vergleiche zwischen „Helfern“ bzw. Angehörigen sozialer Berufe und z. B. der Allgemeinbevölkerung sind nur vereinzelt zu finden (DeRose und Page 1985; Holmes und Howard 1980; Platt und Salter 1987; Talmon-Gros 1987, S. 80 ff.).

Vergleiche zwischen Ärzten und Pflegepersonal (z. B. Anderson et al. 2000; Domino und Swain 1986; Herron et al. 2001; Reimer 1981, S. 8 ff.), Ärzten und Psychologen (z. B. Hammond und Deluty 1992; Holmes und Howard 1980; Talmon-Gros 1987, S. 80 ff.) und Ärzten und Angehörigen anderer helfender Berufe (z. B. Domino und Swain 1986; Holmes und Howard 1980) sind dagegen häufiger.

Des Weiteren gibt es nur wenig Instrumente, die Wissen und Einstellung zum Suizid messen und dabei nicht nur in der Studie verwendet wurden, die ihre Konstruktion beschreibt. Und es scheint große Uneinigkeit darin zu herrschen, was die Praktikabilität, Reliabilität und Validität der vorhandenen Instrumente betrifft (s. 2.4. „Vorstellung von anderen Fragebögen, die Wissen und Einstellung zum Suizid messen“, S. 17 ff.).

Im Jahre 2002 starben in Deutschland nur wenig mehr Personen durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen, Mord und Totschlag und HIV-assoziiert als durch Suizid. Dabei kamen Suizide unter Männern und älteren Menschen deutlich häufiger vor als unter Frauen und jungen Menschen. Die Zahl der Suizidversuche wird deutlich höher eingestuft. Verschiedene Studien ergaben erheblich höhere Werte für Frauen und junge Menschen als für Männer und für ältere Menschen. Die Suizidrate hat in den letzten zehn Jahren vor der Datenerhebung in Deutschland stetig abgenommen. Nach zahlreichen Untersuchungen geschahen mehr Suizide im Frühling und Sommer als im Herbst und im Winter.

Zahlreiche Studien ergaben ein erhöhtes Suizidrisiko für psychisch Kranke. Des Weiteren seien alte und vereinsamte Menschen einem höheren Suizidrisiko ausgesetzt. Ein bereits in der Vergangenheit unternommener Suizidversuch erhöhe nach vielen Untersuchungen die Wahrscheinlichkeit für einen Tod durch Suizid. Eine große Rolle in der Dynamik von suizidalem Verhalten spiele eine Störung des narzisstischen Systems des Suizidalen. Ärzte und besonders Ärztinnen hätten ein erhöhtes Suizidrisiko gegenüber der Gesamtbevölkerung, wobei teilweise auch fachrichtungsspezifische Unterschiede aufgezeigt wurden.

Es wird begründet, warum in dieser Studie die entsprechenden Versuchspersonen gewählt wurden. U.a. wird aufgezeigt, dass nicht nur Psychiater in ihrem Arbeitsalltag mit dem Problem der Suizidalität konfrontiert werden. Verschiedene Studien ergaben, dass ein Großteil der Personen, die an Suizid sterben, im Jahr vorher einen Arzt der Erstversorgung aufsuchen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum das Wissen über den Suizid und die Einstellung dazu von Medizinern, die keine Psychiater sind, so wichtig sind.

Die Interaktion mit suizidalen Patienten stellt für psychiatrische und nicht-psychiatrische Ärzte insbesondere auf der emotionalen Ebene eine erhebliche Belastung dar. Es ist besonders für den Fachfremden äußerst schwierig, ein Suizidrisiko zunächst zu erkennen und dann richtig einzuschätzen, wobei der Helfer zusätzlich mit Abwehrmechanismen des Patienten und der eigenen Person zu kämpfen hat. Des Weiteren konfrontiert der Suizidale den Arzt in der Interaktion eventuell mit eigenen Ängsten, Schwächen und im Einzelfall mit persönlichen (unbewussten) suizidalen Tendenzen.

2.3. Definition des Einstellungsbegriffs

Allport sagte 1935, das Konzept der Einstellungen bilde den „Eckstein der amerikanischen Sozialpsychologie“ (S. 798, zitiert nach Six 1996, S. 1), während Lemon 1973 den Begriff „attitude“ aufgrund der bis dato breiten, oft heterogenen Anwendung, die seiner Meinung nach nicht zu einer operationalen Klarheit beitrug, lediglich als einen „pot pourri term“ ohne generell akzeptierte Definition bezeichnete (Lemon 1973, S. 1).

Dies zeigt, dass man sich hinsichtlich des Ausmaßes der Bedeutung, die Einstellungen in der Forschung haben, ähnlich uneinig war wie bezüglich der Frage, was der Einstellungsbegriff definitorisch darstelle („Attitudes today are measured more successfully than they are defined.“ (Allport 1935, S. 828, zitiert nach Meinefeld 1977, S. 188)).

Laut Ajzen (1988, S. 4) sei „eine Einstellung ... eine Disposition, zustimmend oder ablehnend auf ein Objekt, eine Person, eine Institution oder ein Ereignis zu reagieren.“⁴

Auch wenn in der Literatur zahlreiche ähnliche Definitionen des Einstellungsbegriffs zu finden sind (z. B. Secord und Backmann 1964, S. 97: „The term *attitude* refers to certain regularities of an individual's feelings, thoughts, and predispositions to act toward some aspect of his environment.“), hat man sich bis heute auf eine einheitliche Definition nicht einigen können. In der Encyclopedia Britannica des Jahres 2004 steht so unter „attitudes“ u. a.: „Generally accepted terminology is lacking“.

Der Begriff „Einstellung“ wurde offensichtlich und wird auch heute noch auf sehr unterschiedliche Weise definiert und diskutiert. Daher ist es hilfreich, diesen im historischen Verlauf zu betrachten, um ihn verstehen zu können (Meinefeld 1977, S. 11). Deshalb hier ein kurzer Überblick über die geschichtliche Entwicklung:

1872 verstand Darwin unter dem Begriff Einstellung „die *physiologische* Bereitschaft des Körpers, in bestimmter Weise zu handeln“ (Meinefeld 1977, S. 12), während Thomas und Znanieckie (1927) Anfang des 20. Jahrhunderts ihn lediglich als einen „process of individual consciousness which determines real or possible activity of the individual in the social world“(S. 22) definierten. Nach der Veröffentlichung der ersten Auflage ihres Werkes *The Polish Peasant in Europe and America* 1918-1920 wurde die bis heute gültige sehr allgemeine Definition der „Beziehung zwischen einem Individuum und einem sozial signifikanten Objekt“⁵ begründet (DeFleur und Westie 1963, S. 19), was den Beginn der Einstellungsmessung bedeutete. In den folgenden Jahren ließ sich ein begeistertes Hinwenden zur Einstellungsforschung verzeichnen, wobei die Problematik hinsichtlich der Definition des zentralen Begriffs immer mehr in den Hintergrund geriet, bestimmte Definitionen einfach vorausgesetzt wurden oder man Aussagen tätigte wie „attitudes are what the attitude scales measure“ (DeFleur und Westie 1963, S. 19). Anfang der 60er Jahre konnte man eine Umorientierung von Techniken und kritiklosem Anwenden der Einstellungsmessung zu einem stärkeren Befassen mit dem Beantworten der Frage, woraus Einstellungen entstehen, verzeichnen (McGuire 1968, S. 1136 ff.). Wurde in den frühen Definitionen die Handlungskomponente oft fraglos akzeptiert bzw. vollkommen negiert, untersuchte man erstmals kritisch die Beziehung zwischen Einstellung und Handeln (Meinefeld 1977, S. 14 f.). Diese Diskussion hält bis heute an.

⁴ Eigene Übersetzung der Autorin dieser Arbeit aus dem Englischen; Original: „An attitude is a disposition to respond favourably or unfavorably to an object, person, institution, or event.“ (Ajzen 1988, S. 4)

⁵ Eigene Übersetzung der Autorin dieser Arbeit aus dem Englischen; Original: „... a relationship between an individual and a socially significant object“ (DeFleur und Westie 1963, S. 19)

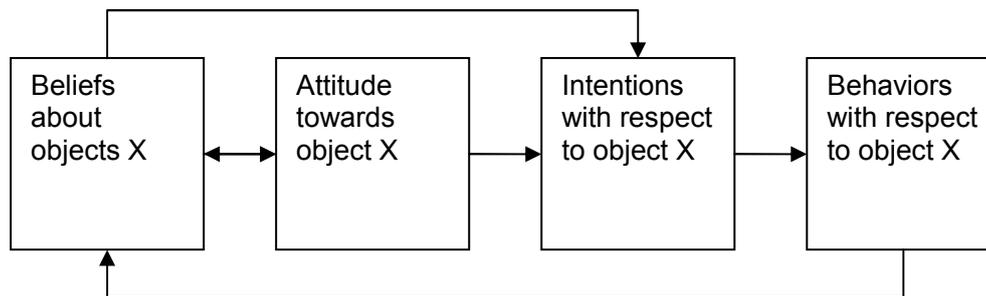
Ein vollständiges Aufzeigen des Verlaufs und der Tendenzen dieser Diskussion zur Beziehung zwischen Einstellung und Handeln würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hier sollen nun abschließend zwei anerkannte Theoreme des Verhältnisses von Einstellungen zum Handeln und Fühlen erklärt werden:

Der „Tri-Componential-Viewpoint“ (Rosenberg und Hovland 1960, S. 3) geht davon aus, dass Einstellungen „Prädispositionen (darstellen), auf eine bestimmte Weise auf irgendeine Art von Stimulus mit bestimmten Arten von Antworten zu reagieren“, und behauptet, dass diese Antworten aus drei Komponenten bestehen, einer kognitiven (Wissen und Annahmen), einer affektiven (Gefühle und Emotionen) und einer Handlungskomponente („behavioral component“; Handlungstendenzen).

Dazu meinten Oskamp und Schultz (2005, S. 10), dass eine zu hohe Konsistenz dieser drei Anteile die Legitimation einer Dreiteilung (drei Namen für die gleiche Sache) und eine zu geringe Konsistenz der Komponenten die Berechtigung zur Annahme der Zusammengehörigkeit derselben in Frage stelle.

Interessant ist, dass schon Plato ein ähnliches Modell auf den Menschen anwandte. Er unterschied drei Komponenten der menschlichen Seele (Intellekt, Emotion und Konation (Handlungstendenzen)), die verschiedene Funktionen im menschlichen Leben erfüllten (Wissen, Wollen und Handeln-Werden („Willing“)). Laut Plato entwickelten sich diese drei Regionen der Seele unabhängig voneinander (vgl. Scheibe 1970, S. 4).

Fishbein und Ajzen (1975, S. 13 ff.) erstellten aufgrund dieser Problematik und der allgemeinen Uneinigkeit, die sich bis dato über das gesamte Feld der Einstellungsforschung erstreckte, ein neueres Konzept, das sie „conceptual framework“ (Abb. 2) nannten und es ermöglichen sollte, die bis dahin widersprüchliche Literatur zum Thema Einstellung in Einklang zu bringen. Sie unterschieden in ihrer Theorie die vier Variablen Annahmen („beliefs“), Einstellungen, Intentionen und Verhalten („behavior“), die sich abhängig von der Situation in den unterschiedlichsten Konstellationen gegenseitig beeinflussen könnten und dabei keine unbedingte Kongruenz aufweisen müssten. Vergleicht man dieses Konzept mit dem oben erläuterten, sieht diese Theorie den Einstellungsbegriff („attitudes“) nicht als dreigeteilt an, sondern ordnet ihn der affektiven Ebene zu. Dabei bestehe eine Verbindung von und zu der kognitiven Ebene („beliefs“), und sowohl „beliefs“ als auch „attitudes“ führten zu Intentionen, die die Wahrscheinlichkeit von Handlungen (behavior) erhöhen, welche wiederum rückkoppelnd die „beliefs“ beeinflussen.



**Abbildung 2: Einstellungsmodell „conceptual framework“
(Schema nach Fishbein und Ajzen 1975, S. 15)**

Neuere modelltheoretische Überlegungen führten in den vergangenen zwei Jahrzehnten u. a. zur Entwicklung eines Zwei-Komponenten-Modells, wobei z. B. versucht wurde, semantische Netzwerkmodelle zur Verknüpfung der affektiven und kognitiven Einstellungskomponente zu erstellen (Six 1996, S. 12). Beispiele hierfür sind das „sociocognitive model“ Pratkanis (1989, S. 89) („Einstellungs-Objekte sind als Kategorien im semantischen Gedächtnis repräsentiert, und die zugehörige Bewertung ist ebenfalls als Gedächtnisinhalt abgespeichert. Die jeweilige Einstellung ist mit anderen Wissensinhalten assoziativ verknüpft und bildet mit ihnen gemeinsam ein Einstellungsschema.“ (Six 1996, S. 12)) und das Strukturmodell von Judd und Krosnick (1989, S. 108 ff.) (Objekte sind durch untereinander verbundene Knotenpunkte im Gedächtnis abgespeichert, denen jeweils eine positive oder negative Bewertung anhaftet, welche die Einstellung eines Individuums zum betreffenden Objekt darstellt. Über diese Verbindungen sind außerdem Information und eine Evaluation abgespeichert.).

Abgesehen davon gibt es bis heute nur wenige Alternativen zum Drei-Faktoren-Modell, wie z. B. das physiologisch fundierte „Homöostase-Modell“ von Cacioppo et al. (1989) („Attitudes, therefore, can be viewed as having evolved along with representational processes and structures to serve as rapid, cognitively inexpensive heuristics for deriving meaning from, imparting predictability to, and deriving behavioral guidelines for dealing with a complex, sometimes hostile world.“ S. 297; „... an individual’s system of attitudes can be viewed as representing a dynamic process by which generally constant conditions of an individual’s physical and social world are achieved.“ S. 299).

Für die vorliegende Arbeit erscheint es weniger wichtig, sich einem bestimmten Theorem anzuschließen - für jedes der erwähnten gibt es sowohl in der älteren als auch in der aktuellen Literatur zahlreiche Verfechter und Kritiker -, als vielmehr vorauszusetzen, dass es eine Verbindung zwischen Einstellungen und Handlungen gibt, um dem Anspruch gerecht zu werden, die Arbeit über die rein theoretische Ebene erheben zu können.

Dabei sollte nicht die Diskrepanz vergessen werden, die oftmals zwischen einer Handlung, die eine Versuchsperson angibt, und der Realität bestehen kann. Behauptet der Proband im Rahmen einer Studie, sich etwa in einer angebotenen Situation auf eine bestimmte Art und Weise zu verhalten, bedeutet das nicht, dass er dies in der Zukunft in vergleichbaren Szenarien auch tatsächlich tun werde. Gibt eine Versuchsperson z. B. an, sie sei der Meinung, man solle einem Suizidgefährdeten nur dann helfen, wenn er ausdrücklich darum bittet (s. Anhang A 4, J 39), kann man aus dieser Antwort nicht unbedingt schließen, dass der Proband, sollte er wissentlich auf eine(n) Suizidgefährdete(n) treffen, auch tatsächlich nur dann Maßnahmen ergreife, wenn letztere(r) ihn ausdrücklich darum ersuchte.

Hier sei auf Allports (1935) „Doktrin der Generalität“ verwiesen, bei der er angab, dass Einstellungen „nicht bloße konstante Dispositionen sind, um die gleiche Handlung in genau der gleichen Weise zu wiederholen, wenn der gleiche Stimulus in einem alten oder neuen Kontext auftritt. Sie sind bezüglich des Verhaltens, das sie hervorrufen, variabel und nur hinsichtlich ihrer Bedeutung stabil“ (S. 822, zitiert nach Six 1996, S. 2).

Auch Fishbein und Ajzen (1975, S. 13 ff.) berücksichtigten in ihrem „conceptual framework“ (Abb. 2) diese mögliche Diskrepanz, indem sie zwischen Intentionen und Handlungen (behavior) unterschieden und Intentionen als die subjektive Wahrscheinlichkeit zum Ausführen einer entsprechenden Handlung bezeichneten.

Vor dem historischen Hintergrund und mit Hilfe unterschiedlicher Modelle wird der Begriff Einstellung definiert. Gemein ist den meisten Ansätzen das Vorhandensein dreier Komponenten, einer kognitiven, einer affektiven und einer Handlungskomponente. Für die vorliegende Arbeit ist es wichtig vorauszusetzen, dass es eine Verbindung zwischen Einstellungen und Handlungen gibt, ohne dabei die Diskrepanz zu vergessen, die oftmals zwischen einer Handlung, die eine Versuchsperson angibt, und der Realität bestehen kann.

2.4. Vorstellung von anderen Fragebögen, die Wissen und Einstellung zum Suizid messen

2.4.1. SOQ – Suicide Opinion Questionnaire

Wie schon erwähnt, gibt es nur wenige Fragebögen, die Wissen und Haltung zum Suizid messen und großflächig eingesetzt wurden. Aufgrund dieses Mangels an umfassender Literatur ergibt sich im Laufe der vorliegenden Arbeit immer wieder die Schwierigkeit, dem Anspruch der Aktualität gerecht zu werden, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass auch ältere Literatur zu einem Thema wie dem hier diskutierten heute noch aktuell ist. Der Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) von Domino et al. (1980) ist wohl der am häufigsten verwendete Fragebogen und soll deshalb hier zuerst behandelt werden.

Domino et al. veröffentlichten im Jahre 1980 erstmals eine Studie, in der sie den SOQ benutzten, um Einstellungen zum Suizid zu messen. Basierend auf einem im Jahre 1978 erstellten Pool von 3000 Items ermittelten die Autoren die 100 Items mit der höchsten Test-Retest-Reliabilität (alle $>0,70$), die die endgültige Version des SOQ darstellten. Dabei testeten einige Punkte die reine Einstellung, während andere Items auch eine Faktenkomponente aufwiesen. Es sollte auf einer fünfstufigen Likert-Skala geantwortet werden, die von 1 „strongly agree“ bis 5 „strongly disagree“ reichte. Zusätzlich zu den 100 Einstellungs-Items beinhaltete der Fragebogen sieben Punkte, die Informationen über die Versuchspersonen erfragt (Domino et al. 1982, S. 258):

1. “the sex of the respondent”
2. “whether the person ever has considered ...
3. ... or attempted suicide”
4. “whether the person has known someone who has committed suicide ...
5. ... and the relationship to that person”
6. “the self-estimated probability of a possible future suicide attempt by the respondent”
7. “the honesty of response to the entire questionnaire”

In den folgenden Jahren boten Domino und seine Mitarbeiter verschiedene 15-Faktoren-Lösungen (Domino et al. 1982; Domino und Swain 1986) und eine Acht-Faktoren-Lösung (Domino et al. 1988-1989) für die Einstellungs-Items des SOQ an:

1. „*Acceptability and Normality*. This factor centers on the notion that suicide is both acceptable and normal.” (16 Items)
2. “*Mental and Moral Illness*. Suicide represents both an evil act and the result of mental illness.” (13 Items)
3. “*Suicide as Semiserious*. Suicide threats need not to be taken seriously.” (7 Items)
4. “*Religion*. Suicide is more likely in those without religious ties.” (5 Items)
5. “*Risk*. Certain variables, such as parental suicide and broken homes, contribute to the risk of suicide.” (4 Items)
6. “*Lethality*. Suicide goes beyond a mere cry for help.” (4 Items)
7. “*Normality*. Suicide is normal, and not a reflection of loneliness or depression.” (6 Items)
8. “*Irreversibility*. Once a person is suicidal, the risk is “forever“.” (4 Items)
9. “*Demographic Aspects*. The suicide rate is higher for minority and extreme socioeconomic groups.” (3 Items)
10. “*Aging*. The rate is higher for older people.” (3 Items)
11. “*Motivation*. Suicide is reflective of motivational dynamics.” (5 Items)
12. “*Impulsivity*. Suicide attempts are impulsive rather than premeditated acts.” (3 Items)
13. “*Getting Even*. Suicide attempts reflect a getting-even mentality.” (3 Items)
14. “*Individual Aspects*. Suicide attempters are rigid individuals, do not believe in an afterlife, and are single or only children.” (3 Items)
15. “*Sensation Seeking*. Suicide attempts may reflect a sensation-seeking style.” (3 Items)

(Domino et al. 1982; Domino und Leenaars 1989, S. 162 f.)

1. *“Acceptability; (9,8%⁶)* suicide is an acceptable act, particularly as a response to old age, terminal illness, or chronic problems of living.”
2. *“Manipulative Aspects; (3,3%)* suicide attempts are attention getting, manipulative ploys.”
3. *“Impervious Drive; (3,1%)* humans have a self-destructive drive impervious to social influence.”
4. *“Harsh World; (6,2%)* suicide is a reaction to a harsh world and transcends different cultures and time periods.”
5. *“Elderly; (2,4%)* older people have a greater risk of suicide.”
6. *“Differential Aspects; (2,9%)* those who are “different”, such as minority members, those who are depressed or obese, the very rich and the very poor, present a greater incidence of suicide.”
7. *“Irrationality; (2,7%)* suicide is an irrational act often reflective of psychopathology.”
8. *“Instability; (2,5%)* suicide is more prevalent among those who have “character defects” rather than among those who are victims of external circumstances.”
9. *“Hidden Suicide; (3%)* dangerous or unhealthy lifestyles, such as automobile racing or alcoholism, may represent unconscious attempts at suicide.”
10. *“Fatality; (2,3%)* the desire to die, although rare, is fatal and not preceded by suicidal gestures.”
11. *“Romantic and Common; (2,1%)* suicide is romantic, that is it reflects heroism and/or unreturned love, and is common in the United States.”
12. *“Cultural Values; (1,9%)* cultural values such as patriotism, personal integrity, and family honor interact with suicide.”
13. *“Social Institutions; (2,2%)* suicide is reflective of social institutions and has social consequences and implications.”
14. *“Communication; (3,6%)* suicide attempts are a form of communication, a “cry for help”.
15. *“Religion; (5,2%)* suicidal behavior reflects weak religious values.”

(Domino und Swain 1986, S. 303)

1. *“Mental Illness”*: “People who commit suicide are usually mentally ill.”⁷ (13 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,83)
2. *“Cry for Help”*: “A suicide attempt is essentially a “cry for help”.” (12 Items; 0,86)
3. *“Right to Die”*: “If someone wants to commit suicide, it is their business and we should not interfere.” (8 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,79)
4. *“Religion”*: “The higher incidence of suicide is due to the lesser influence of religion.” (7 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,82)
5. *“Impulsivity”*: “Most suicide attempts are impulsive in nature.” (7 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,76)
6. *“Normality”*: “Suicide is normal behavior.” (7 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,77)
7. *“Aggression”*: “Suicide is clear evidence that man has a basically aggressive and destructive nature.” (6 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,75)
8. *“Moral Evil”*: “In general, suicide is an evil act not to be condoned.” (4 Items; Test-Retest-Reliabilität: 0,75)

(Domino et al. 1988-1989, S. 254)

Rogers und DeShon führten 1992 aufgrund mangelnder psychometrischer Informationen über den SOQ eine Studie durch, in der sie das Acht-Faktoren-Modell (Domino et al. 1988-1989) des Fragebogens überprüften und die von Domino angegebenen psychometrischen Daten nicht bestätigen konnten. Deshalb revidierten sie die Skalen und kamen auf eine

⁶ Anteil der Gesamtvarianz, der durch diesen Faktor erklärt wird

⁷ Hierbei handelt es sich um ein für den jeweiligen Faktor repräsentatives Item.

Fünf-Faktoren-Lösung, die 72% der Gesamtvarianz erklärte und bis auf eine Skala zufriedenstellende Innere Konsistenzen aufwies (Rogers und DeShon 1992, S. 437-438):

1. "Acceptability": suicide as a sanctioned behaviour, positive attitude towards suicide⁸, „Suicide is a normal behaviour“⁷ (11 Items; Cronbach's α : 0,887)
2. "Perceived Factual Knowledge": confidence in knowledge about suicidal behaviors irrespective of accuracy of information, „The large majority of suicides results in death“ (10 Items; Cronbach's α : 0,748)
3. "Social Disintegration": suicide is related to poor interpersonal or societal relationships, „The higher incidence of suicide is due to the lesser influence of religion“ (11 Items; Cronbach's α : 0,728)
4. "Personal Defect": suicidal behavior is related to a constitutional or characterological weakness, „People who commit suicide are usually mentally ill“ (12 Items; Cronbach's α : 0,731)
5. "Emotional Perturbation": presence of heightened negative emotionality is a significant factor for suicidal behavior, „Most people who attempt suicide are lonely and depressed“ (8 Items; Cronbach's α : 0,597)

In einer weiteren Studie drei Jahre später bestätigten und verbesserten sie diese Lösung (Rogers und DeShon 1995, S. 307 f.):

1. "Acceptability" (11 Items; Cronbach's α : 0,85; Test-Retest-Reliabilität: 0,92)
2. "Perceived Factual Knowledge" (10 Items; Cronbach's α : 0,56; Test-Retest-Reliabilität: 0,78)
3. "Social Disintegration" (11 Items; Cronbach's α : 0,66; Test-Retest-Reliabilität: 0,55)
4. "Personal Defect" (12 Items; Cronbach's α : 0,68; Test-Retest-Reliabilität: 0,77)
5. "Emotional Perturbation" (8 Items: Cronbach's α : 0,48; Test-Retest-Reliabilität: 0,34) – (11 Items: Cronbach's α : 0,59; Test-Retest-Reliabilität: 0,51)

77% der Gesamtvarianz wurden durch dieses Modell erklärt.

Domino (1996) reagierte auf die Kritik an den fehlenden psychometrischen Angaben bezüglich des SOQ und veröffentlichte Test-Retest-Reliabilitäten von Studien mit Stichproben aus acht Ländern. Alle Skalen erreichten Werte von 0,72 bis 0,96. Eine Analyse der Inneren Konsistenz hielt er für nicht angebracht, weil die Heterogenität der Skalen beabsichtigt sei.

Der SOQ in seiner Acht-Faktoren-Version wurde bis heute in zahlreichen Studien verwendet, die sich größtenteils mit Vergleichen von Kollektiven aus zwei verschiedenen Kulturen beschäftigten (z. B. Domino und Groth 1997, Domino und Perrone 1993, Domino und Takahashi 1991). In anderen wurden lediglich Teile oder geänderte Formen verwendet, wie z. B. von Cruikshanks und Slavich (1993-1994) oder DeRose und Page (1985). Außerdem gibt es Autoren, die auf dem SOQ basierende Instrumente erstellten, für die Anderson et al. (2000) mit ihrem Vergleich von britischem Pflegepersonal und Ärzten nur ein Beispiel sind.

⁸ nach Rogers und DeShon 1992, S. 437

2.4.2. SUIATT – Suicide Attitude Questionnaire

Der zweite im Bereich der Einstellungsforschung bezüglich suizidalen Verhaltens etablierte Fragebogen ist der Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT).

Diekstra und Kerkhof (1989) übten massive Kritik am SOQ und setzten sich zum Ziel, ein reliables und valides Instrument zum Messen von Einstellungen zum Suizid zu entwickeln. Auf der Basis der drei Einstellungskomponenten kognitiv, affektiv und instrumental und aufgrund der Meinung, dass eine Einstellung vom Handelnden und Überlebenden (z. B. Verwandte von Suizidalen) abhängt, bildeten sie 63 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten waren. Eine Faktorenanalyse führte zu sechs Faktoren, die 65% der Gesamtvarianz erklären:

1. Probability of suicide by respondent and the person most near and dear to respondent in case of severe physical impairment and/or social disruption (Anteil an Gesamtvarianz: 30%)
2. Right to commit suicide and willingness to assist with suicide (euthanasia) (Anteil an Gesamtvarianz: 12,4%)
3. Rationality vs. (mental) abnormality of suicide (Anteil an Gesamtvarianz: 10%)
4. Emotional or affective meaning of suicide (Anteil an Gesamtvarianz: 5,6%)
5. The probability of suicide by people in general in case of physical and/or social impairment (Anteil an Gesamtvarianz: <5%)
6. Consequences of suicide (Anteil an Gesamtvarianz: <5%)

Es zeigte sich eine ausreichende Reliabilität für die einzelnen Skalen und den gesamten Fragebogen.

Der SUIATT misst alle drei Einstellungskomponenten. Dabei wird die affektive Komponente durch Items repräsentiert, die sich mit der Bewertung von Todesarten im Verhältnis zu einem Suizid und der Bewertung vom Suizid unter Nahestehenden und allgemein befassen. Die kognitive Komponente wird durch Fragen nach dem Suizid als feige vs. mutig, impulsiv vs. durchdacht, unmoralisch, irrational und nach einem Recht auf Suizid eruiert und die instrumentale Ebene durch Punkte, die Umstände anbieten, die zu einem Suizid führen können. Dabei werden die Items jeweils auf bis zu drei den Suizid Ausführende (die Versuchsperson, eine nahestehende Person, allgemein) und bis zu drei „Überlebende“ (die Versuchsperson, eine nahestehende Person, allgemein) bezogen. Außerdem sind Fragen zu ernsthaften Suizidgedanken und Suizidversuchen in der Vergangenheit zu beantworten. (Kerkhof und Nathawat 1989)

Etzersdorfer et al. veröffentlichten 1998 eine Studie, in der sie die Einstellung von österreichischen und indischen Medizinstudenten zum Suizid untersuchten. Sie nutzten dafür zwar den SUIATT, weil sie die 19 Subskalen (Diekstra und Kerkhof 1989) jedoch für schwierig differenzierbar hielten, diskutierten sie die Ergebnisse anhand von fünf ihrer Meinung nach zentralen Themen (Etzersdorfer et al. 1998, S. 105 ff.):

1. „Cowardly versus brave“
2. „Deliberate versus impulsive“
3. „Role of mental illness“
4. „Right to commit suicide“
5. „Institutions for assisted suicide“

Ritter et al. publizierten im Jahre 2002 eine Studie, in der sie die Einstellung und das Wissen zum Thema Suizidalität von österreichischen Allgemeinmediziner*innen untersuchten. Zu diesem Zweck entwickelten sie einen Fragebogen mit 41 Items (Anhang A 2). Dieser besteht aus Teilen des SUIATT (Diekstra und Kerkhof 1989) und eigenen Items. Für die meisten Fragen ist dabei auf einer vierstufigen Skala der Grad der Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken. Es gibt einige offene Fragen, Fragen zur eigenen Erfahrung mit suizidalen Patienten, und die Probanden sollen neben den üblichen demographischen Daten auch eventuelle Zusatzausbildungen in der Psychosomatischen Grundversorgung oder Psychotherapie angeben. Laut den Autoren wurde absichtlich nicht zwischen den drei Einstellungskomponenten unterschieden, weil eine solche Trennung ihrer Meinung nach weder praktikabel noch sinnvoll sei. Bei diesem Instrument handelt es sich um den Fragebogen, der als Grundlage für die vorliegende Studie dient. (Ritter et al. 2002)

2.4.3. SEDAS - Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal Behaviour

Jenner und Niesing (2000) waren der Meinung, die Einstellung zum suizidalen Verhalten hänge von der emotionalen Nähe des Beantwortenden zum Suizidalen (actor) und den Umständen des Suizidalen (situation) ab. Weil sie diese Differenzierung sowohl im SOQ als auch im SUIATT vermissten, ersterer zudem psychometrisch unzureichend zu sein schien und letzterer für eine klare Aussage sowie für eine klinische Anwendung zu komplex sei, entwickelten sie einen weiteren Fragebogen, den SEDAS (SEmantic Differential scale Attitudes towards Suicidal behaviour; Anhang A 3). Die Autoren gaben an, eine semantische Differentialskala (s. z. B. Feinstein 1987, S. 27 f.; Osgood 1957, S. 76 ff.) sei aufgrund von hoher Flexibilität und einfacher zeitsparender Anwendung besonders geeignet, Einstellungen zu messen. Im Gegensatz zur Likert-Skala vermöge sie nicht nur Intensität, sondern auch Richtung einer Einstellung zu messen (wie es auch bei der Bewertung eines Suizids der Fall sei). Sie erstellten 15 Adjektivpaare, die Gefühle (affektiv) und Meinungen (kognitiv und instrumental) beschreiben sollen. Mit diesen sind sieben verschiedene Szenarien auf einer siebenstufigen semantischen Differentialskala zu bewerten („(a) my own suicide, (b) that of an adolescent (14 years), (c) that of an 81-year-old person, (d) that of a 34-year-old addict, (e) that of a person with an incurable tumor, (f) that of a suicide repeater, (g) that of a person very dear to me.“ (S. 140)). Die Adjektivpaare konnten auf zwei Faktoren verteilt werden, welche 47 bis 48% der Gesamtvarianz erklären („Health/illness“ und „Acceptance/rejection“). Bei weiteren Analysen zeigten sich eine akzeptable bis gute Innere Konsistenz, diskriminative Validität und Test-Retest-Reliabilität. Nach den Autoren könne die Anzahl der Szenarien variiert werden, solange die Sets „my own suicide“, „that of an adolescent (14 years)“ und „that of a person with an incurable tumor“ erhalten blieben.

2.4.4. ATTS – Attitudes towards Suicide

Im Rahmen von zwei mit der nordschwedischen Allgemeinbevölkerung (18-65 Jahre) durchgeführten Studien der Jahre 1986 und 1996 entwickelten Renberg und Jacobsson (2003) einen neuen Fragebogen mit dem Ziel, ein Instrument zu schaffen, das es ermöglichen sollte, großflächige Einstellungsmessungen in der Allgemeinbevölkerung durchzuführen (Anhang A 4). Dabei sollten auf der einen Seite die Multidimensionalität des Einstellungsbegriffs berücksichtigt und gleichzeitig Einstellungsveränderungen und das Verhältnis zwischen Einstellung und suizidalem Verhalten erfasst werden.

Nach Auswahl von Items aus einem ursprünglich an den SOQ angelehnten Fragenpool ergab sich zunächst eine Acht-Faktoren-Lösung mit 20 Items (Renberg und Jacobsson 2003, S. 55):

1. "Permissiveness" (4 Items; Cronbach's α : 0,66; Anteil an Gesamtvarianz: 13,2%)
2. "Unpredictability" (2 Items; Cronbach's α : 0,60; Anteil an Gesamtvarianz: 11,5%)
3. "Incomprehensibility" (3 Items; Cronbach's α : 0,40; Anteil an Gesamtvarianz: 8,3%)
4. "Noncommunication" (2 Items; Cronbach's α : 0,65; Anteil an Gesamtvarianz: 6,9%)
5. "Right to prevent" (2 Items; Cronbach's α : 0,34; Anteil an Gesamtvarianz: 6,5%)
6. "Preventability" (2 Items; Cronbach's α : 0,53; Anteil an Gesamtvarianz: 6,0%)
7. "Relation-caused" (2 Items; Cronbach's α : 0,45; Anteil an Gesamtvarianz: 5,5%)
8. "Suicidal process (duration)" (3 Items; Cronbach's α : 0,38; Anteil an Gesamtvarianz: 5,0%)

Diese Lösung erklärte 63% der Varianz. Die Innere Konsistenz des gesamten Instruments betrug 0,51.

In die 2. Studie (1996) wurden diese 20 Items auch unter verschiedenen Blickwinkeln (Beantwortung je für sich selbst und für einen engen Verwandten) mit einbezogen und weitere durch aktuelle Studien angeregte Punkte aufgenommen.

Mit 34 der 40 Einstellungs-Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten waren, ergab sich eine Zehn-Faktoren-Lösung (Renberg und Jacobsson 2003, S. 56):

1. „Suicide as a right“ (7 Items; Cronbach's α : 0,86; Anteil an Gesamtvarianz: 16,3%)
2. „Incomprehensibility“ (5 Items; Cronbach's α : 0,72; Anteil an Gesamtvarianz: 9,9%)
3. „Noncommunication“ (5 Items; Cronbach's α : 0,64; Anteil an Gesamtvarianz: 6,1%)
4. „Preventability“ (3 Items; Cronbach's α : 0,63; Anteil an Gesamtvarianz: 5,5%)
5. „Tabooing“ (3 Items; Cronbach's α : 0,45; Anteil an Gesamtvarianz: 4,9%)
6. „Normal – common“ (3 Items; Cronbach's α : 0,51; Anteil an Gesamtvarianz: 3,8%)
7. „Suicidal process“ (2 Items; Cronbach's α : 0,51; Anteil an Gesamtvarianz: 3,7%)
8. „Relation-caused“ (2 Items; Cronbach's α : 0,45; Anteil an Gesamtvarianz: 3,5%)
9. „Preparedness to prevent“ (2 Items; Cronbach's α : 0,38; Anteil an Gesamtvarianz: 3,1%)
10. „Resignation“ (2 Items; Cronbach's α : 0,54; Anteil an Gesamtvarianz: 3,1%)

Diese Lösung erklärte 60% der Varianz. Die Innere Konsistenz des gesamten Instruments betrug 0,60.

Die niedrige Innere Konsistenz erklärten sie durch die Heterogenität dieser Stichprobe und des Fragebogens, die Multidimensionalität des Einstellungsbegriffs bei dem Ziel der Entwicklung eines nicht zu zeitaufwendigen Instruments und nicht zuletzt durch die Ambivalenz, die die meisten Menschen dem Thema Suizid entgegenbrachten.

Der endgültige ATTS besteht aus 61 Fragen, die in drei Abschnitte aufgeteilt sind. Der Abschnitt „Contact with the suicide problem“ (1-3) beschäftigt sich mit Suizidalität im Umfeld der Probanden, im Abschnitt „Attitudes“ (4-43) sind die Versuchspersonen dazu angehalten, zu Aussagen Stellung zu nehmen, welche die Einstellung zum Suizid betreffen, und der Abschnitt „Finally some questions about yourself“ (44-59) erfragt demographische Daten und suizidale Gedanken bzw. die Lebenszufriedenheit der

Testpersonen. Abschließend (60-61) sind zwei Fragen zur Suizidmotivation und zu Präventionsmöglichkeiten zu beantworten.

Die Autoren gaben an, dass es möglich sei, bestimmte Items je nach Ziel einer Studie aus dem Fragebogen zu entfernen. (Renberg und Jacobsson 2003)

2.4.5. Weitere Fragebögen

Außer den bisher erwähnten Fragebögen gibt es nur vereinzelt Instrumente, zu denen psychometrische bzw. faktorenanalytische Angaben vorhanden sind.

Hammond und Deluty (1992) erstellten einen Fragebogen, der aus vier Teilen besteht und neben demographischen Daten Einstellungen zum Suizid von bestimmten Personen in bestimmten Situationen (Frauen/Männer, 45 Jahre alt/70 Jahre alt, chronische Depression/chronische physische Krankheit/terminale physische Krankheit) und zum Suizid generell unter verschiedenen Gesichtspunkten (Moral, Rationalität, Recht auf Suizid, Rolle psychischer Krankheiten) erfragt. Außerdem gibt es darin Punkte zu eigenen professionellen und persönlichen Erfahrungen mit dem Thema Suizid und dem Einfluss dieser Erfahrungen auf die Einstellung. Die Einstellungs-Items sind auf einer semantischen Differentialskala und auf einer Likert-Skala zu beantworten. Eine Faktorenanalyse ergab eine Ein-Faktoren-Lösung („General Acceptability“), wobei sechs Items mit $\geq 0,70$ auf diesen Faktor luden.

Stein et al. (1998) beschrieben in einer Studie mit israelischen Jugendlichen einen Fragebogen, der Fragen nach eigenen Suizidendenzen, Sichtweisen zu suizidalem Verhalten Erwachsener und Jugendlicher und Reaktionen und Einstellungen zu suizidalem Verhalten enthält. Die einzelnen Items sollten auf sechsstufigen Skalen oder mit ja/nein bearbeitet werden. Eine Vier-Faktoren-Lösung erklärte 32,1% der Varianz (S. 197):

1. “the right of society to prevent suicide” (7 Items)
2. “suicide as a symptom of deviance or mental illness/relating to suicidal peer” (7 Items)
3. “the right of the individual to talk about suicide” (6 Items)
4. “taking suicide statements and behaviour seriously” (7 Items)

Herron et al. entwickelten im Jahre 2001 im Rahmen einer Studie mit „mental health professionals“ einen aus 14 Items bestehenden Fragebogen zum Messen von Einstellungen zur Suizidprävention, den sie „Attitudes Towards Suicide Prevention“ (ASP) nannten. Es ergab sich eine Test-Retest-Reliabilität von 0,85. In diesem Instrument soll zu jedem Item auf einer fünfstufigen Likert-Skala Stellung genommen werden. Außerdem müssen demographische Angaben gemacht werden, u. a., ob die betreffende Versuchsperson schon Lehrveranstaltungen zum Thema Suizid besucht habe und ob sie bereits in Suizide involviert gewesen sei.

Wallin und Runeson (2003) verglichen die Einstellung zum Suizid und zu suizidalen Patienten von schwedischen Medizinstudenten unter Zuhilfenahme eines 51 Items umfassenden Fragebogens. Das Instrument besteht aus drei Teilen. Die ersten 16 Punkte (s. auch Suokas und Lönnqvist 1989, S. 227 ff.) prüfen die Einstellung zu suizidalem Verhalten unter Patienten. Der zweite Teil, aus 21 Items bestehend, beschäftigt sich mit Suizidgedanken und -versuchen der Probanden. Teil drei erfragt die psychosozialen

Umstände der Versuchspersonen. Eine Faktorenanalyse führte zu einer Fünf-Faktoren-Lösung für 13 der 16 Einstellungs-Items, die 57,5% der Varianz erklärte (S. 331-332):

1. "Preventive attitude" (3 Items; Anteil an Gesamtvarianz: 12,7%)
2. "Understanding attitude" (3 Items; Anteil an Gesamtvarianz: 12,5%)
3. "Idealistic view" (3 Items; Anteil an Gesamtvarianz: 12,3%)
4. "Medical view" (2 Items; Anteil an Gesamtvarianz: 10,3%)
5. "View on capacity" (2 Items; Anteil an Gesamtvarianz: 9,7%)

Der von Domino et al. (1980) entwickelte und von Rogers und DeShon (1992, 1995) modifizierte Suicide Opinion Questionnaire testet Einstellung und Wissen mit Hilfe von 100 Items und einer fünfstufigen Likert-Skala. Zusätzlich beinhaltet der Fragebogen Punkte, die Informationen über die Versuchspersonen erfragen. Im Laufe der Jahre boten die unterschiedlichen Autoren verschiedene 5- bis 15-Faktorenlösungen an mit Varianzen zwischen 53,1 und 77% und Inneren Konsistenzen der Skalen von 0,26 bis 0,89 (Domino et al. 1980, 1982, 1988-1989, Domino, Swain 1986, Domino 1996, Rogers, DeShon 1992, 1995).

Der zweite im Bereich der Einstellungsforschung bezüglich suizidalen Verhaltens etablierte Fragebogen ist der Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). Auf der Basis der drei Einstellungskomponenten kognitiv, affektiv und instrumental und aufgrund der Meinung, dass eine Einstellung vom Handelnden und Überlebenden (z. B. Verwandte von Suizidalen) abhängt, bildeten Diekstra und Kerkhof (1989) 63 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten waren. Eine Faktorenanalyse führte zu sechs Faktoren, die 65% der Gesamtvarianz erklären.

Jenner und Niesing (2000) entwickelten den SEDAS (SEmantic Differential scale Attitudes towards Suicidal behaviour). Sie erstellten 15 Adjektivpaare, die Gefühle und Meinungen beschreiben sollen. Mit diesen sind sieben verschiedene Szenarien auf einer siebenstufigen semantischen Differentialskala zu bewerten. Bei weiteren Analysen zeigten sich eine akzeptable bis gute Innere Konsistenz, diskriminative Validität und Test-Retest-Reliabilität.

Renberg und Jacobsson (2003) erstellten den ATTS. Dabei sollten auf der einen Seite die Multidimensionalität des Einstellungsbegriffs berücksichtigt und gleichzeitig Einstellungsveränderungen und das Verhältnis zwischen Einstellung und suizidalem Verhalten erfasst werden. Sie entwickelten zwei Faktorenlösungen mit Varianzen von 60 bis 63% und Innere Konsistenzen der Skalen von 0,34 bis 0,86. Der endgültige ATTS besteht aus 61 Fragen.

2.5. Ergebnisse anderer Studien

Im Folgenden soll ein Überblick gegeben werden über die für diese Studie relevante Literatur. Dabei werden zunächst die Untersuchungen vorgestellt, die sich mit der Beschreibung von Wissen und Haltungen von Medizinstudenten, Krankenhausärzten und Allgemeinmedizinern zum Suizid befassen, dann die Studien, die diese drei Gruppen miteinander vergleichen, anschließend Vergleiche zwischen Angehörigen sozialer Berufe und der Allgemeinbevölkerung und zum Abschluss Relationen zwischen besagten Haltungen von Ärzten und Vertretern anderer helfender Berufe wie Pflegepersonal und Psychologen.

Falls nicht auf eine andere Art von Erhebung hingewiesen wird, handelt es sich um schriftliche Befragungen.

Wie schon erwähnt, wird aufgrund eines Mangels an entsprechender Literatur in dieser Arbeit unter der Prämisse inhaltlicher Aktualität auch auf zahlreiche ältere Veröffentlichungen zurückgegriffen.

2.5.1. Wissen und Einstellung von Medizinstudenten zum Suizid

Domino und Takahashi (1991) verglichen die Einstellung von japanischen und amerikanischen Medizinstudenten zum Suizid. Dabei kam der SOQ (Domino et al. 1988-1989) zur Anwendung. Die Mehrheit der Probanden war der Meinung, es gebe ein Recht auf Suizid, ein Mangel an Religiosität begünstige einen Suizid, und Suizid sei unmoralisch. Die Amerikaner waren außerdem der Ansicht, ein Suizidversuch sei ein Hilfeschrei und Suizid ein Ausdruck von Aggression, die Japaner meinten, Suizid sei normal. Des Weiteren glaubten die Frauen beider Länder, suizidale Handlungen seien eher impulsiv als überlegt. Japanische Studenten unterschieden sich in ihrer Haltung signifikant von den amerikanischen Medizinstudenten.

In einer im Jahre 1994 publizierten Studie untersuchte Weisser die Einstellung zum Suizid von Medizinstudenten des ersten Semesters verschiedener Länder (Deutschland, Ungarn, Österreich, Schweden, Japan, Jugoslawien, Griechenland), deutschen Medizinstudenten des 4. Semesters und deutschen Patienten nach einem Suizidversuch mit besonderem Augenmerk auf die Korrelation von Einstellung und Häufigkeit von Suiziden unter den befragten Gruppen. Sie stellte weder signifikante Korrelationen zwischen Einstellung und länderspezifischen Suizidraten (S. 51 f.) noch signifikante Unterschiede zwischen der Einstellung der deutschen Medizinstudenten des ersten und vierten Semesters (S. 53 ff.) fest. Beim Vergleich von deutschen Medizinstudenten und Suizidversuchspatienten ergab sich, dass Suizidale signifikant häufiger meinten, dass es überhaupt keine Rechtfertigung für den Suizid gebe, Suizid eine persönliche Angelegenheit sei, in die sich die Gesellschaft nicht einmischen solle, und Menschen mit tödlichen Krankheiten nicht davon abgehalten werden sollten, Suizid zu begehen, wenn sie dies möchten (S. 55 ff.).

Etzersdorfer et al. veröffentlichten 1998 eine Studie, in der sie mit Hilfe des SUIATT (Diekstra und Kerkhof 1989) die Einstellung von österreichischen und indischen Medizinstudenten zum Suizid untersuchten. Außer dem Unterschied zwischen den jeweiligen Anteilen von Studenten, die schon einmal einen Suizidversuch begangen hatten, waren alle signifikant. Insgesamt war die Einstellung der Inder viel restriktiver und negativer als die der Österreicher, die eine eher positive Haltung zum Ausdruck brachten. Suizid wurde von beiden Gruppen eher als feige denn als mutig betrachtet, auch wenn die Europäer ihn unter bestimmten Umständen auch für mutig hielten. Er wurde für andere für eher durchdacht gehalten, für sich selbst für impulsiv (Indien) bzw. ebenfalls durchdacht (Österreich). Generell wurde die Rolle einer psychischen Erkrankung eher abgelehnt, wobei die Inder jedoch meinten, für einen eigenen Suizid müssten sie eher psychisch krank sein. Das Recht auf Suizid wurde von ihnen kategorisch abgelehnt, von den Österreichern dagegen bejaht, wobei beide sich selbst dieses Recht (noch) weniger zusprachen als anderen. Generell gab es nicht viel Unterstützung für organisierte Euthanasie, doch unter den Österreichern waren genauso viele Probanden absolut dafür wie dagegen. (Etzersdorfer et al. 1998)

Wallin und Runeson (2003) verglichen die Einstellung zum Suizid und zu suizidalen Patienten bei schwedischen Medizinstudenten des ersten und sechsten (= letzten) Jahres. Die Mehrheit der Studenten zeigte eine empathische und optimistische Haltung und war

der Meinung, ein Suizid müsse verhindert werden. In ihrer Ausbildung weiter fortgeschrittene Studenten betrachteten suizidale Patienten eher als andere Probanden von einem medizinischen Standpunkt aus. Probanden mit Suizidgedanken zeigten eine tolerantere Einstellung zum Suizid als andere.

2.5.2. Wissen und Einstellung von Krankenhausärzten zum Suizid

Die Studie von Reimer et al. (1986) stellt eine der wenigen Untersuchungen über die Einstellung deutscher Ärzte zum Suizid dar. Die Autoren wendeten dazu Wellhöfers Einstellungsskala (Wellhöfer 1975) und einen eigenen Fragebogen an. Die 116 Krankenhausärzte aus den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin und Psychiatrie sahen einen Suizidversuch als Hilfeschrei an und nicht als aggressive Handlung oder Bilanzziehen zum bisherigen Leben. Sie waren der Meinung, Menschen vor einem Suizidversuch wiesen die Umwelt typischerweise indirekt auf Depression und Einengung hin. Suizidgedanken und -ankündigungen sahen sie als am wenigsten charakteristisch an. Sie sprachen Suizidalen hauptsächlich egoistische und andere negative Wesenseigenschaften zu und nur wenige positive. Die Ärzte stimmten Gefühlen wie Unwohlsein, Trauer, Erschrecken, Überforderung und Hilflosigkeit beim eigenen Umgang mit suizidalen Patienten zu, viel weniger jedoch dem Auslösen von Fragen nach dem Sinn des eigenen Lebens oder Gedanken an den eigenen Tod. Sie nahmen einen Suizidversuch eher ernst, wenn sich die suizidale Person vorher isolierte, einen Abschiedbrief hinterließ oder sich einer medizinische Behandlung widersetzte, an einer unheilbaren/schweren seelischen Krankheit litt, den Verlust einer geliebten Person zu beklagen hatte, keinen Sinn im Leben sah und unter Einsamkeit litt und wenn die betreffende Person „harte“ Methoden wählte, die eine möglichst hohe Lebensgefahr auslösten. Nicht ernst genommen wurden Suizidversuche, wenn die Signalgebung vorher deutlich und der Appellcharakter groß war, der Auslöser familiäre oder soziale Probleme waren und die Person „weiche“ Methoden für die Tat wählte. Die Bereitschaft zu helfen war hochsignifikant größer, wenn der Suizidversuch als ernsthaft eingestuft wurde, auch wenn in jedem Fall ein ausführliches Gespräch über die Hintergründe der Tat für angebracht gehalten wurde. Ungefähr 50% des Kollektivs stimmten Wellhöfers Suizid hemmenden Aussagen zu. Von einem großen Teil wurden jedoch auch deutlich Suizid fördernde Haltungen angegeben. Die Hälfte der Ärzte hatte schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, zwei Drittel hielten einen Suizidversuch in der Zukunft, besonders bei unheilbarer Krankheit, zumindest für möglich. Die Ergebnisse wurden von den Autoren als bedenklich für Prävention und Therapie bewertet. Ein Bedarf an Aufklärung, Fortbildung und „Hilfe für Helfende“ wurde angesprochen.

1993 verglichen Domino und Perrone mit Hilfe des SOQ (Domino et al. 1988-1989) die Einstellung zum Suizid von jeweils 100 italienischen und amerikanischen Ärzten zahlreicher Fachrichtungen (hauptsächlich Psychiater/Neurologen, Internisten, Chirurgen und Gynäkologen). Während sie keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Facharztgruppen feststellen konnten, erreichten die italienischen Mediziner auf sieben der acht Skalen (s. 2.4.1. „SOQ – Suicide Opinion Questionnaire“, S. 17 ff.) signifikant höhere Werte als ihre amerikanischen Kollegen. Insgesamt sahen die Ärzte Suizid als Ausdruck psychischer Krankheit und Aggressivität, fassten suizidales Verhalten eher als manipulativ auf denn als Hilfeschrei, waren größtenteils gegen Suizid bei unheilbarer Krankheit und vertraten die Meinung, dass Suizid gegen religiöse Werte verstoße. Des Weiteren hatten 10% der italienischen und 28% der amerikanischen Ärzte Suizid schon einmal ernsthaft in Betracht gezogen. (Domino und Perrone 1993)

2.5.3. Wissen und Einstellung von Allgemeinmedizinern zum Suizid

Michel und Valach (1992) untersuchten den Einfluss, den Information in Form von Seminaren und Informationsblättern auf das Wissen von Schweizer Allgemeinmedizinern hat. Sie teilten ihre Versuchspersonen in drei Gruppen auf, von denen eine keine Informationen zum Thema Suizidalität erhielt, eine diese in schriftlicher Form erfuhr und die dritte ein Seminar besuchte. Als Instrument dienten zwei Fragebögen, die vor bzw. nach dem Seminar/dem Zusenden des Informationsblatts auszufüllen waren. Es konnte festgestellt werden, dass die Seminarbesucher nach der Veranstaltung mehr Wissen und eine positivere Einstellung besaßen als die anderen Probanden. Hier war auch die einzige signifikante Veränderung von Fragebogen 1 zu 2 zu verzeichnen. Doch zeigten beide Gruppen, die Informationen erhalten hatten, bei der 2. Erhebung eine aktivere Haltung.

Ritter et al. veröffentlichten im Jahre 2002 eine Studie, in der sie die Einstellung und das Wissen zum Thema Suizidalität von österreichischen Allgemeinmedizinern untersuchten. Zu diesem Zweck entwickelten sie einen Fragebogen mit 41 Items (Anhang A 2). Die 66 Kassenärzte zeigten insgesamt eine positive Einstellung und ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein. Ihr Wissen war zwar generell akkurat, doch gab es Ausnahmen. Das Risiko von Alkoholabhängigen, an einem Suizid zu sterben, wurde z. B. als viel zu niedrig eingeschätzt, das von Ärzten als zu hoch. Sie bejahten ein Recht auf Suizid, sahen suizidale Handlungen eher als durchdacht denn impulsiv an und unterschätzten die Rolle psychischer Krankheit. Psychiatrische Einrichtungen waren gut bekannt und generell in die Behandlung von Suizidalen integriert, ebenso psychotrope Medikamente. Auch wenn sie suggestiver behandelten als empfohlen, schienen sie über ein ausreichendes Wissen zu Hilfsmöglichkeiten für Suizidale zu verfügen. Die Mediziner fühlten sich allerdings zu mehr als 75% nicht ausreichend ausgebildet und unsicher im Umgang mit Suizidalen. 95% zeigten Interesse an Fortbildungsmaßnahmen, obgleich zwei Drittel Zeitmangel angaben. (Ritter et al. 2002)

Die einzige Studie, die u. a. die Einstellung zum Suizid von deutschen Allgemeinärzten untersuchte, ist die von Talmon-Gros (1987). Sie befragte norddeutsche Allgemeinärzte, Psychologen und andere Berufsgruppen zu vorstellbaren Motiven und Hilfsmöglichkeiten für suizidgefährdete Personen, zu hypothetischen Gefühlen bei suizidalen Handlungen in ihrem Umfeld und zu eigenen Erwartungen an Helfer, wenn die Probanden sich selbst in der Rolle des Suizidalen vorstellten. Die Allgemeinmediziner konnten sich für einen Suizidversuch anderer Menschen einen unlösbaren Partnerkonflikt, Einsamkeit bzw. Kontaktschwierigkeiten und ein Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens als häufigste Motive vorstellen und für sich selbst eher eine unheilbare Krankheit. Sie sahen einen appellativen Charakter in einem Suizidversuch einer anderen Person, waren jedoch auch der Ansicht, ein Suizidaler sei (psychisch) krank und sie würden versuchen, Verständnis aufzubringen und Hilfe zu leisten. Ein generelles Recht auf Suizid wurde negiert. Als Hilfsmöglichkeiten für suizidale Personen konnten sie sich den Partner und Freunde und Bekannte vorstellen. Außerdem sollte man den Suizidalen nicht sich selbst überlassen. Für andere, nicht jedoch für sich selbst, waren des Weiteren der Hausarzt, ein Geistlicher sowie die Eltern als Hilfe denkbar, für sich selbst, nicht jedoch für andere, sich auf die eigenen Möglichkeiten zu besinnen. Beim Suizid einer nahestehenden Person würden sich die Mediziner traurig und erschreckt fühlen, im Falle eines Suizides eines zuvor von ihnen behandelten Suizidalen außerdem enttäuscht, verunsichert und unwohl. Schließlich erwarteten sie in der Rolle des Suizidalen von eventuellen Helfern, die schwierige Situation verständnisvoll mit ihnen zu besprechen, sie vom Selbstmord abzuhalten und ihnen zu helfen, mit ihren Problemen selbst fertig zu werden

2.5.4. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Medizinstudenten, Krankenhausärzten und Allgemeinmedizinern zum Suizid

Die einzige Studie, die alle drei für diese Arbeit relevanten Gruppen vergleicht, stellt die von Goldney und Bottrill (1980) dar, befasst sich jedoch nicht direkt mit Suizid. Die Autoren untersuchten die Haltung, die australische Allgemeinärzte, Krankenhausärzte, Pflegepersonal, Medizinstudenten des ersten und des letzten Semesters und weitere im Krankenhaus Angestellte Patienten nach einem Suizidversuch im Vergleich zu anderen Patienten entgegenbringen. Dafür sollten die Probanden zu acht medizinischen Konditionen, darunter auch einem Suizidversuch, Stellung nehmen. Außer den Psychiatern, Sozialarbeitern und den Kaplanen stufte sämtliche Befragte den Suizidversuch am zweitnegativsten (vor Alkoholleber) ein. Insgesamt zeigten die Assistenzärzte der ersten drei Jahre die negativste Einstellung und die Kaplane, Sozialarbeiter, Medizinstudenten des ersten Jahres und Pflegeschüler des ersten Jahres die positivste. Die Medizinstudenten des ersten Jahres lagen vor allen Ärzten, die des letzten Jahres hinter den Psychiatern und vor den anderen Ärzten. Die Allgemeinmediziner zeigten eine negativere Einstellung als die Psychiater und eine positivere als die anderen Krankenhausärzte.

Auch Vergleiche von Krankenhausärzten und Allgemeinmedizinern bezüglich ihres Wissens und der Einstellung zum Suizid sind selten.

Duberstein et al. veröffentlichten 1995 eine amerikanische Studie, in der sie das Wissen und die Einstellung von Ärzten der Erstversorgung zum selbstbestimmten Tod untersuchten. Es stellte sich heraus, dass Allgemeinmediziner Euthanasie (physician-assisted suicide) seltener ablehnen als die übrigen Ärzte (hier: Geriater und Internisten). (Duberstein et al. 1995)

Lee et al. (1996) untersuchten die Einstellung zur Euthanasie (physician-assisted suicide) von verschiedenen Fachärzten (darunter auch Allgemeinmediziner) aus Oregon zu einem Zeitpunkt, zu dem Euthanasie in diesem Staat erstmals kurzzeitig legal gewesen ist. Etwas mehr als die Hälfte hielt eine Legalisierung für richtig, etwas weniger war in einem solchen Fall zu Euthanasie bereit, 31% wegen moralischer Bedenken jedoch nicht. Es gab keine signifikanten Einstellungsunterschiede zwischen den verschiedenen Facharzttrichtungen.

Die einzige hier aufgeführte Studie, die Allgemeinärzte und Krankenhausärzte hinsichtlich ihrer Haltung zum Suizid vergleicht, ist die von Herron et al. im Jahre 2001 in Liverpool und Manchester durchgeführte, die die Einstellung zur Suizidprävention unter den Berufsgruppen maß, die suizidalen Patienten vermehrt begegnen. Dazu bedienten sie sich des ebenfalls in dieser Studie entwickelten Fragebogens „Attitudes Towards Suicide Prevention“ (ASP), der aus 14 Items zum Thema besteht (s. auch unter 2.4.5. „Weitere Fragebögen“, S. 24 f.). Zwischen Psychiatern (in der Facharztausbildung), Krankenschwestern der Psychiatrie, Allgemeinmedizinern und Krankenschwestern der Notaufnahme gab es signifikante Unterschiede in der Gesamtpunktzahl des Instruments und in neun der 14 Items. Allgemeinmediziner und Schwestern der Notaufnahme zeigten hierbei die negativste Haltung und Krankenschwestern der Psychiatrie die positivste. In der Psychiatrie Arbeitende, nicht im Krankenhaus Beschäftigte und Personen, die eine gewisse Vorbildung zum Thema besaßen, gaben eine positivere Einstellung zur Suizidprävention an als andere. (Herron et al. 2001)

Studien, die Wissen und Einstellung von Medizinstudenten und Krankenhausärzten zum Suizid vergleichen, sind kaum zu finden.

Barber et al. (1975) verglichen die Einstellung von Krankenhausärzten, medizinischen Sozialarbeitern und Medizinstudenten des 4. und 6. Semesters zu selbst beigebrachter Vergiftung, indem sie die Probanden zehn medizinische Zustände, darunter auch (überlebte) selbst beigebrachte Vergiftung, auf einer 10 cm langen Skala bewerten ließen. Ältere Semester und Ärzte zeigten eine ablehnende Haltung, jüngere Semester und Sozialarbeiter eine positive (favourable) Bewertung.

Ghodse et al. (1986) befragten Malteser Medizinstudenten, Allgemeinmediziner, andere Ärzte und andere Helfer bezüglich ihrer Einstellungen zu Patienten, die unter verschiedenen Umständen eine Überdosis ohne tödlichen Ausgang genommen hatten. Zur Wahl standen eine suizidale Handlung, ein Suizidversuch, ein Versehen und eine Überdosis bei Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit. Am positivsten bewertete das Gesamtkollektiv die versehentliche Überdosis vor der suizidalen Handlung/dem Suizidversuch. Am negativsten betrachteten sie die Überdosis bei Drogen- und Alkoholabhängigkeit. Ärzte zeigten eine positivere Einstellung gegenüber der suizidalen Handlung/dem Suizidversuch als die Studenten und anderen Helfer. Eine Trennung der einzelnen Facharztgruppen erfolgte hierbei nicht. Die Studenten hatten eine deutlich positivere Haltung gegenüber der suizidalen Handlung als das Pflegepersonal. Letzteres ließ die negativste Einstellung gegenüber der Überdosis bei Sucht erkennen.

Vergleiche von Medizinstudenten und Allgemeinmedizineren oder Studien mit deutschen Medizineren als Versuchspersonen sind nicht bekannt.

2.5.5. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Angehörigen sozialer Berufe und der Allgemeinbevölkerung zum Suizid

Holmes und Howard veröffentlichten 1980 eine amerikanische Studie, in der sie das Wissen von (Berufs-) Gruppen, die in Kontakt mit suizidalen Menschen kommen, über Risikofaktoren für suizidales Verhalten maßen. 30 Studenten dienten als Kontrolle. Das Instrument, das zum Einsatz kam, waren 13 auf der Suicide Potential Rating Scale (oder Lethality Scale) basierende Items und einige weitere Multiple-Choice-Fragen. Dabei zeigten Ärzte (Internisten, Neurologen, Allgemeinmediziner und Psychiater) mehr Wissen als Psychologen, welche sich besser als Sozialarbeiter auskannten, die ihrerseits mehr über Risikofaktoren wussten als Geistliche und Studenten. Das Wissen korrelierte positiv mit der Berufserfahrung der Probanden. In absteigender Häufigkeit wurden folgende Risikofaktoren erkannt: "effective plan; prior attempts; isolation from friends and family; disruption of interpersonal relationships; depression, anxiety, and helplessness; immediate stress; chronic illness; marital status; not communicating; alcoholism; acute onset of symptoms; having seen a physician recently; and male over 50 years of age" (Holmes und Howard 1980, S. 385).

De Rose und Page publizierten 1985 eine Studie, in der sie mit Hilfe eines modifizierten SOQ (Domino et al. 1982) die Einstellung von kanadischen Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern und Laien zum Suizid untersuchten. Dazu formulierten sie 76 der 100 Items des SOQ um, so dass sie sich entweder auf einen Mann oder eine Frau bezogen. Die restlichen 24 blieben unverändert. Die Hälfte jeder Berufsgruppe erhielt die „Mann-Version“, die andere Hälfte die „Frau-Version“. Dabei stellten die Autoren fest, dass das Geschlecht, auf das sich das jeweilige Item bezog, und der Beruf des Befragten einen signifikanten Einfluss auf die gemessene Einstellung ausübten. Die Laien unterschieden sich von den anderen Gruppen besonders in den Items, die sich mit den Ursachen des Suizids und den Charakteristiken von suizidalen Menschen befassen. Psychologen und Sozialarbeiter bewiesen das größte Wissen und die größte Akzeptanz, die Gruppe der Laien wusste am wenigsten und hatte die am wenigsten akzeptierende Haltung. Außerdem

stellten De Rose und Page fest, dass das Geschlecht und die Religion der Probanden für signifikante Unterschiede sorgten. Jüdische Versuchspersonen zeigten am meisten Akzeptanz des Suizids, katholische am wenigsten. (DeRose und Page 1985)

Platt und Salter (1987) verglichen britisches Pflegepersonal, Psychiater, andere Ärzte und Laien hinsichtlich ihrer Einstellung zum Parasuizid. Insgesamt zeigte das Krankenhauspersonal eine positive und sympathisierende Haltung. Psychiater halfen parasuizidalen Patienten lieber und glaubten an die Wirkung ihrer Hilfe mehr als andere Ärzte. Sie nahmen besagte Patienten eher ernst als das Pflegepersonal, welches Suizidversuche vielmehr als Suche nach Aufmerksamkeit betrachtete. Das nicht-psychiatrische Personal zeigte eine weniger positive Einstellung als das psychiatrische. Ärzte und Pflegepersonal gaben mehr Verständnis an als Laien und sahen einen Suizidversuch als weniger unmoralisch an und eher als Möglichkeit, mit Problemen umzugehen. Sie betrachteten Suizidale jedoch auch weniger als die Kontrollgruppe als Opfer.

In der bereits erwähnten Studie von Talmon-Gros (1987) gab es zahlreiche signifikante Unterschiede zwischen Helfern (Allgemeinmediziner und klinisch tätige Psychologen) und Angehörigen anderer Berufsgruppen (Ingenieure und Rechtsanwälte) aus dem norddeutschen Raum (S. 80 ff.). Letztere waren z. B. eher als die Angehörigen helfender Berufe der Meinung, ein Suizidaler könne nicht sehen, wie schön das Leben sei. Auch bei der Frage, ob ein Suizidaler krank sei, gab es signifikante Unterschiede. Des Weiteren unterstützten die Helfer professionelle Hilfe stärker und Hilfe durch Freunde, Bekannte oder Verwandte weniger stark als die Nicht-Helfer, wobei erstere hauptsächlich sich selbst als sinnvolle Hilfe angaben. Außerdem machte der Suizid einer nahestehenden Person den Medizinern und Psychologen eher Angst als den Ingenieuren und Rechtsanwälten, und sie würden sich nach einem Suizidversuch eines zuvor von ihnen behandelten Patienten verunsicherter fühlen. Schließlich erwarteten die Nicht-Helfer von Behandlern im Falle einer eigenen Suizidalität eher ein direktes Eingreifen wie z. B. genaue Verhaltensvorgaben oder ein Ändern der Umgebung als die Mediziner und Psychologen.

2.5.6. Vergleiche des Wissens und der Einstellung von Ärzten und Angehörigen anderer helfender Berufe (Pflegepersonal, Psychologen) zum Suizid

Abschließend sollen einige Studien vorgestellt werden, die das Wissen und die Einstellung zum Suizid von Ärzten und von Angehörigen anderer helfender Berufe wie Pflegepersonal und Psychologen vergleichen.

Hammond und Deluty führten 1992 in den USA eine Studie mit klinischen Psychologen, Psychiatern und Onkologen durch, um der These nachzugehen, dass vermehrter Kontakt zu suizidalen Menschen und eigene Suizidgedanken zu einer erhöhten Akzeptanz von Suizid führen. Generell wurde Suizid bei tödlicher physischer Krankheit positiver bewertet als bei chronischer physischer nicht-tödlicher Krankheit und dieser eher akzeptiert als Suizid bei chronischer Depression. Bei der Frage nach Suizid bei chronischen Schmerzen war bei den Psychologen mehr Akzeptanz festzustellen als bei den Psychiatern. Die Onkologen zeigten hier die negativste Einstellung. Eigene suizidale Gedanken der Probanden hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung. (Hammond und Deluty 1992)

Talmon-Gros (1987) verglich ebenfalls Ärzte und klinisch tätige Psychologen, wobei auch hier mehrere signifikante Einstellungsunterschiede deutlich wurden (S. 80 ff.). Die befragten Lübecker Allgemeinmediziner vertraten einen eher medizinischen Standpunkt und stellten sich emotional weniger beteiligt dar als die ebenfalls aus dem norddeutschen

Raum stammenden Psychologen. Sie meinten z. B. häufiger, ein Suizidaler sei (psychisch) krank, und letztere vertraten die Auffassung, jeder Mensch habe ein Recht auf Suizid, was die Ärzte verneinten. Es fiel weiter auf, dass die Allgemeinmediziner professionelle Hilfe, auch in Form eines Geistlichen, viel eher als Hilfsmöglichkeit bei Suizidalität betrachteten als die anderen Helfer, die größeren Wert auf Selbstverantwortung und Selbstständigkeit des Suizidalen legten. Beim Suizid einer nahestehenden Person oder eines ihnen anvertrauten Patienten gaben die Ärzte deutlich weniger Betroffenheit an als die Psychologen. Letztere konnten sich außerdem im Gegensatz zu den Medizinern vorstellen, in einer solchen Situation mit einem Gefühl von Unfähigkeit zu reagieren.

In einer 1981 und 1982 publizierten Studie untersuchten Reimer (1981, S. 8 ff., und 1982) bzw. Reimer und Clement (1981) Wissen und Einstellung von Angehörigen verschiedener Helferberufe zum Suizid. Ein direkter Vergleich von ärztlichen und nicht-ärztlichen Helfern erfolgte in diesen Studien nicht. Die Hamburger Stichprobe setzte sich zusammen aus Psychologiestudenten des ersten Semesters, Pflegepersonal aus der Chirurgie, der Psychiatrie, der medizinischen Intensivmedizin und der Notaufnahme sowie Krankenhausärzten aus den Bereichen Anästhesie, Chirurgie, Neurologie und Psychiatrie. Für die Versuchspersonen war generell viel Hilfe für Suizidale vorstellbar, jedoch galt das nur für andere. Für die eigene Person meinten sie, man müsse sich selbst um Hilfe bemühen und auf die eigenen Fähigkeiten besinnen. Überhaupt beurteilten sich die Helfer selbst viel härter, als sie andere Menschen beurteilten. Sie zeigten Verständnis, erwarteten aber keines von anderen. Die Versorgungslage von Suizidalen betreffend, sahen über 80% der ärztlichen Abteilungen deutliche Mängel in der Nachsorge von Patienten nach Suizidversuch und fühlten sich mit derselben überfordert. 60% waren für Einführung einer Spezialambulanz. 60% lehnten jedoch Fortbildungen zu dem Thema ab, und über die Hälfte war gegen einen nichtärztlichen Experten auf Station. Schlechte Suizidanamnesen, wenige Konsile und unzureichende Nachsorge konnten auch im Rahmen einer gleichzeitigen Untersuchung in vielen Hamburger Krankenhäusern festgestellt werden (Reimer 1982).

1986 veröffentlichten Domino und Swain eine Studie, in der sie das Wissen bezüglich Suizid von klinischen Experten auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit testeten und die Korrelation von Wissen zu den 15 SOQ-Skalen (Domino und Swain 1986) analysierten. Mit Hilfe des RSL (Recognition of Suicide Lethality, Holmes und Howard 1980) fanden sie heraus, dass Psychiater, Psychologen und in der Krisenintervention Tätige mehr zum Thema wussten als nicht-psychiatrische Ärzte, die wiederum ein signifikant größeres Wissen aufwiesen als Sozialarbeiter, Krankenschwestern der Psychiatrie, Betreuer/Berater (Counselors) und Geistliche, wobei insgesamt kein zufriedenstellendes Wissen der Stichprobe festzustellen war. Signifikante positive oder negative Korrelationen gab es zu neun der 15 SOQ-Skalen. (Domino und Swain 1986)

Im Jahre 2000 gaben Anderson et al. eine Studie heraus, in der sie britische Ärzte und Pflegepersonal auf ihre Einstellung zum suizidalen Verhalten hin untersuchten. Dazu wandten sie die Acht-Faktoren-Version des SOQ an (Domino und Shen 1997, entnommen aus Anderson et al. 2000). Insgesamt unterstützten die Probanden die Skalen „Mental Illness“, „Cry for Help“, „Right to Die“, „Impulsivity“ und „Normality“ und lehnten die Faktoren „Religion“, „Aggression“ und „Moral Evil“ ab. Signifikante Unterschiede konnten weder zwischen den Berufsgruppen bzw. Fachrichtungen noch den verschiedenen Altersgruppen festgestellt werden. Mediziner mit mehr Erfahrung meinten signifikant seltener als andere, suizidales Verhalten sei normal. Männer waren signifikant häufiger als Frauen der Ansicht, suizidales Verhalten sei ein Hilfeschrei. (Anderson et al. 2000)

In den hier vorgestellten Studien zeigten Medizinstudenten eine eher empathische und optimistische Haltung gegenüber Suizidalität. Sie unterstützten deutlich ein Recht auf Suizid und lehnten psychische Krankheit als Ursache eher ab, meinten aber auch, ein Suizid müsse verhindert werden. Ein Suizidversuch wurde häufig als Hilfeschrei eingeordnet.

Im Rahmen der Einstellungsuntersuchungen von Klinikassistenten wurde besonders der große Anteil suizidfördernder Einstellungen deutlich. Sie zeigten eine eher negative Haltung gegenüber Suizidalen und nahmen diese nur unter bestimmten Umständen ernst. Sie sprachen jedoch psychischer Krankheit eine recht große Rolle zu und negierten oft ein Recht auf Suizid. Des Weiteren gaben sie eine hohe eigene Suizidalität an.

Allgemeinmediziner zeigten eine tendenziell positive Einstellung und ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein. Sie erkannten einen Mangel an entsprechender Ausbildung und zeigten Interesse an einer Vertiefung der Problematik, obwohl sie über ein breites Wissen verfügten. Ein Recht auf Suizid wurde eher abgelehnt.

In den wenigen Studien, die die Einstellung verschiedener Medizinergruppen zum Suizid untersuchten, gab es oft keine signifikanten Unterschiede zwischen Klinikassistenten und Allgemeinärzten. Medizinstudenten und Allgemeinmediziner zeigten eine positivere Haltung als (andere) Ärzte mit Ausnahme von Psychiatern.

Im Rahmen von Vergleichen zwischen Angehörigen helfender und anderer Berufe zeigten letztere das geringere Wissen und weniger Verständnis. Eine positive Haltung korrelierte dabei mit mehr (relevanter) Berufserfahrung.

Studien, die Wissen und Einstellung von Ärzten und anderen helfenden Berufen untersuchten, zeigten, dass vermehrter Kontakt zu suizidalen Menschen zu mehr Wissen und zu einer erhöhten Akzeptanz von Suizid führt. Nicht-psychiatrische Ärzte stellten sich emotional weniger beteiligt dar als im psychiatrischen Umfeld Arbeitende.

3. Material und Methoden

3.1. Instrument

Der vorliegende „Fragebogen über Kenntnisse und Haltungen zum Suizid und zur Suizidalität“ (FKHS) (Anhang A 5 und 6) basiert auf einem Instrument von Ritter et al. (2002; Anhang A 2), das aus 41 Items besteht, von denen einige aus dem SUIATT (Diekstra und Kerkhof 1989) stammen (Details siehe 2.4.5. „Weitere Fragebögen“). Zusätzlich wurden Items aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Instrumenten aufgenommen und weitere Punkte, die vor dem Hintergrund der Literatur zusätzlich wichtig erscheinen.

Krauth (1995, S. 43 ff.) wies auf einige Antworttendenzen von Probanden hin, worunter eine dadurch gekennzeichnet ist, dass Versuchspersonen eventuell dazu neigen, im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ zu antworten (S. 45). Aus diesem Grund wird versucht, bei der Itemformulierung extreme Aussagen zu vermeiden (Kline 1986, S. 70 f.).

Bevor die eigentliche Datenerhebung stattfindet, wird ein Pre-Test durchgeführt. Die Versuchspersonen des Pre-Tests weisen zwar einige Eigenschaften der endgültigen Stichprobe auf (so nehmen z. B. Medizinstudenten, Lehrer und Wirtschaftsingenieure daran teil), dem Verlangen Friedrichs' nach einer strukturellen Entsprechung kann jedoch nicht nachgekommen werden (Friedrichs 1980, S. 153). Aufgrund des Testlaufs werden einige Erläuterungen zu den Testfragen mit dem Ziel der besseren Verständlichkeit umformuliert. Die Unklarheiten, die bei der endgültigen Datenerhebung deutlich werden und weiter unten (s. 5.3. „Fazit der Diskussion und Ausblick“, S. 110 ff.) beschrieben werden, treten im Pre-Test nicht auf und können daher auch nicht verhindert werden.

Ist die Motivation von Testpersonen eingeschränkt, beobachtet man bestimmte Beantwortungsmuster wie Säulen- (nur einer der vier Werte wird bei jedem Item angekreuzt) oder Diagonalmuster (1, 2, 3, 4, 1, 2, 3, 4, etc.) oder gehäuft fehlende Antworten. Dieses geschieht umso häufiger, je länger die Bearbeitungszeit des Tests ist. Deshalb sollte man darauf achten, dass diese bei einem Fragebogen für gesunde Erwachsene 30 Minuten nicht überschreitet (Krauth 1995, S. 44). Der vorliegende Fragebogen ist in 15 Minuten gut zu bearbeiten und somit geeignet, Motivationsmängel zumindest aufgrund des Zeitfaktors so gering wie möglich zu halten. In der Tat ist die Motivation der Probanden des Pre-Tests hoch und ihr Feedback durchweg positiv („Endlich mal ein sinnvoller Fragebogen!“).

Der in dieser Studie verwendete FKHS umfasst vier Bereiche. Ein Teil erfragt demographische Daten der Probanden, Suizidalität im persönlichen und beruflichen Umfeld und eigene Suizidgedanken/-versuche. Ein nächster Bereich besteht aus 26 reinen Wissensfragen, die Daten zur Epidemiologie von suizidalen Handlungen und Risikogruppen abprüfen. Der dritte Teil misst in 106 Items die Einstellung zum Suizid. Der Zusatzfragebogen für Ärzte stellt den vierten Teil dar, der aus fünf Fragen zu demographischen Daten und zwei offenen bzw. sieben geschlossenen Fragen zu Erfahrung mit und der Behandlungsweise von suizidalen Patienten und damit einhergehenden eventuellen Problemen besteht.

3. Material und Methoden

Neben Fragen zu Geschlecht, Alter, Beruf und Konfession der Versuchspersonen beschäftigt sich ein Fragenblock damit, ob die Probanden durch ihr Umfeld schon durch Suizidgedanken, -versuche oder Suizide betroffen wurden:

L - Sind Sie durch Suizidgedanken, Suizidversuche oder Suizide schon betroffen worden?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

L 01 -	Durch meinen Beruf/meine Ausbildung	①---②---③---④
L 02 -	Durch Kollegen/Mitstudenten/Mitschüler	①---②---③---④
L 03 -	Im Freundes- und Bekanntenkreis	①---②---③---④
L 04 -	In der Familie	①---②---③---④
L 05 -	Durch andere: L 06:	①---②---③---④

Diese Items wurden unverändert von Ritter et al. übernommen (vgl. Anhang A 2, Punkt 22).

Um eigene Suizidgedanken und –versuche geht es beim nächsten Block:

M 01 - Ich habe selbst schon einmal Gedanken gehabt, mir das Leben zu nehmen: ja nein

Wenn ja: In welchem Alter

M 02 - <input type="radio"/> bis 15	M 03 - <input type="radio"/> 15-20	M 04 - <input type="radio"/> 20-25	M 05 - <input type="radio"/> 25-30
M 06 - <input type="radio"/> 30-40	M 07 - <input type="radio"/> 40-50	M 08 - <input type="radio"/> 50-60	M 09 - <input type="radio"/> 60-70
M 10 - <input type="radio"/> älter als 70			

M 11 - Ich habe schon einmal einen Suizidversuch unternommen: ja nein

Wenn ja: In welchem Alter

M 12 - <input type="radio"/> bis 15	M 13 - <input type="radio"/> 15-20	M 14 - <input type="radio"/> 20-25	M 15 - <input type="radio"/> 25-30
M 16 - <input type="radio"/> 30-40	M 17 - <input type="radio"/> 40-50	M 18 - <input type="radio"/> 50-60	M 19 - <input type="radio"/> 60-70
M 20 - <input type="radio"/> älter als 70			

Hier sind jeweils Mehrfachantworten in Form von Angaben mehrerer Altersgruppen möglich.

Die erste Frage, die sich mit dem Wissen zum Thema Suizid befasst, verlangt von den Versuchspersonen anzugeben, wie viele Menschen in Deutschland ihrer Einschätzung nach ungefähr pro Jahr an Verkehrsunfällen, Suiziden, Gewalttaten, Aids bzw. Drogen sterben:

C - Wie viele Menschen sterben in Deutschland nach Ihrer Einschätzung ungefähr pro Jahr durch

durch:	C 01 - Verkehrsunfälle	C 02 - Suizid	C 03 - Gewalttaten	C 04 - Aids	C 05 - Drogen
weniger als 1.500	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.500-2.500	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.500-5.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.000-8.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.000-10.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.000-20.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als 20.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Material und Methoden

Beim Fragenblock D „Risikogruppen“ müssen die Probanden angeben, welche von 13 angebotenen Gruppen ihrer Meinung nach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko haben, durch einen Suizid zu sterben:

D - Welche der folgenden Personengruppen haben ihrer Einschätzung nach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko, durch Suizid zu sterben?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

D 01 - Alkoholabhängige	①---②---③---④
D 02 - Drogenabhängige	①---②---③---④
D 03 - Leicht kränkbare Menschen	①---②---③---④
D 04 - Ärztinnen/Ärzte	①---②---③---④
D 05 - Menschen bis zum 25. Lebensjahr	①---②---③---④
D 06 - Menschen mit Depressionen	①---②---③---④
D 07 - Einsame Menschen	①---②---③---④
D 08 - Menschen mit Psychosen	①---②---③---④
D 09 - Kinder und Jugendliche	①---②---③---④
D 10 - Psychosomatisch Erkrankte	①---②---③---④
D 11 - Personen im öffentlichen Leben (Politiker, Schauspieler)	①---②---③---④
D 12 - Menschen über dem 60. Lebensjahr	①---②---③---④
D 13 - Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben	①---②---③---④
D 14 - Andere: D 15:	①---②---③---④

Dieser Block wurde weitgehend von Ritter et al. (2002) übernommen (vgl. Anhang A 2, Punkt 6). In deren Instrument gibt es einzelne Punkte für „Kinder“ und „Jugendliche“, aber keinen Punkt „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ oder „Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben“. Außerdem gibt es statt der vier Optionen des FKHS bei Ritter et al. jeweils die Antwortmöglichkeiten „erhöht“ und „nicht erhöht“.

Bei Item E 01 bis E 04 geht es darum, das Wissen der Versuchspersonen hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung bezüglich Suizid und Suizidversuchen zu testen. Item E 05 erfragt die Tendenz der Suizidhäufigkeit in den letzten zehn Jahren, und E 06 eruiert das Wissen der Versuchspersonen hinsichtlich des Zeitpunktes der meisten Suizide:

E -

Suizide werden nach Ihrer Einschätzung häufiger begangen von

E 01 - jungen Menschen oder älteren Menschen / **E 02 -** Männern oder Frauen

Suizidversuche werden nach Ihrer Einschätzung häufiger unternommen von

E 03 - jungen Menschen oder älteren Menschen / **E 04 -** Männern oder Frauen

E 05 - Die Häufigkeit von Suiziden in den letzten 10 Jahren

hat eher zugenommen hat eher abgenommen ist eher gleich geblieben

E 06 - Suizide finden häufiger statt im Winter oder Frühling oder Sommer oder Herbst

Bei der Frage nach der Zeitspanne, die meistens vom ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung (= Bedenkzeit) vergeht, gibt es vier Antwortmöglichkeiten:

G 01 - Meist beträgt die Zeitspanne vom ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung:

weniger als einen Tag im Durchschnitt eine Woche mehrere Monate über ein Jahr

3. Material und Methoden

Dieses Item wurde originalgetreu von Ritter et al. (2002) übernommen, ebenso wie die letzten Punkte des regulären Fragebogens (vgl. Anhang A 2, Punkt 8 und 18), die ermitteln, ob den Versuchspersonen Institutionen bekannt sind, an die sich suizidale Personen wenden können und welche diese sind:

N 01 - Kennen Sie Institutionen, an die sich suizidale Personen wenden können? Ja nein

N 02 - Wenn ja, welche:

.....
.....
.....
.....

In den Fragenblöcken, die sich mit der Einstellung zum Suizid beschäftigen, soll jeweils auf einer vierstufigen Likert-Skala Stellung genommen werden, wobei es meistens die Option gibt, die angebotenen Items durch „andere“ zu ergänzen. Weitere bekannte Skalen zur Messung von Einstellung, wie z. B. die Thurston-Skala oder die Guttman-Skala, sind, abgesehen von Mängeln, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen, für diese Studie zu aufwendig (Thurston) und/oder für einen Fragebogen mit einer großen Itemzahl eher ungeeignet (für Details s. Friedrichs 1980, S. 175 ff., oder Kline 1986, S. 111 ff.). Bei Skalen mit einer ungeraden Anzahl von Abstufungen gibt es Versuchspersonen, die eine „Central Tendency“ aufweisen, also gerne die mittlere Kategorie ankreuzen (Guilford 1954, S. 278 f.). Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, wählt man in dieser Studie eine Skala ohne mittlere Kategorie.

Zunächst sollen die Versuchspersonen angeben, ob bestimmte Umstände ihrer Meinung nach sehr oft Anlässe und Gründe für einen Suizid sind:

F - Anlässe und Gründe für einen Suizid sind sehr oft:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

F 01 -	Psychische Erkrankungen	①---②---③---④
F 02 -	Schwere körperliche Erkrankungen	①---②---③---④
F 03 -	Verlust oder Tod von wichtigen Bezugspersonen	①---②---③---④
F 04 -	Trennungen/Verlassenwerden	①---②---③---④
F 05 -	Schulden	①---②---③---④
F 06 -	Lebensüberdruß	①---②---③---④
F 07 -	Arbeitslosigkeit	①---②---③---④
F 08 -	Körperliche Misshandlung	①---②---③---④
F 09 -	Liebeskummer	①---②---③---④
F 10 -	Kränkungen	①---②---③---④
F 11 -	Innere Konflikte	①---②---③---④
F 12 -	Mobbing am Arbeitsplatz	①---②---③---④
F 13 -	Sexuelle Gewalt	①---②---③---④
F 14 -	Beruflicher Misserfolg	①---②---③---④
F 15 -	Erfahrungen in der Kindheit	①---②---③---④
F 16 -	Andere: F 17: ...	①---②---③---④

3. Material und Methoden

Des Weiteren sollen sie äußern, welche Vorstellungen sie spontan mit den Begriffen „Suizidalität“ und „Suizid“ verbinden.

H - Welche Vorstellungen verbinden Sie spontan persönlich mit den Begriffen "Suizidalität" und "Suizid"?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

H 01 -	Angst	①---②---③---④
H 02 -	Hoffnungslosigkeit	①---②---③---④
H 03 -	Erleichterung	①---②---③---④
H 04 -	Ärger	①---②---③---④
H 05 -	Trauer	①---②---③---④
H 06 -	Verlassenheit	①---②---③---④
H 07 -	Selbstbestimmung	①---②---③---④
H 08 -	Schuld	①---②---③---④
H 09 -	Ausweglosigkeit	①---②---③---④
H 10 -	Unbehagen	①---②---③---④
H 11 -	Scham	①---②---③---④
H 12 -	Nicht darüber nachdenken	①---②---③---④
H 13 -	Vorwurf	①---②---③---④
H 14 -	Freiheit	①---②---③---④
H 15 -	Leiden	①---②---③---④
H 16 -	Mitleid	①---②---③---④
H 17 -	Abhängigkeit	①---②---③---④
H 18 -	Wut	①---②---③---④
H 19 -	Bedrängtheit	①---②---③---④
H 20 -	Nichts damit zu tun haben wollen	①---②---③---④
H 21 -	Verantwortung	①---②---③---④
H 22 -	Trost	①---②---③---④
H 23 -	Einsamkeit	①---②---③---④
H 24 -	Entscheidungsfreiheit	①---②---③---④
H 25 -	Erlösung	①---②---③---④
H 26 -	Eigenverantwortung	①---②---③---④
H 27 -	Flucht	①---②---③---④
H 28 -	Andere: H 29: ...	①---②---③---④

3. Material und Methoden

Und schließlich sollen sie angeben, was ihrer Meinung nach eine Hilfe für Menschen mit Suizidgedanken sein könnte:

K - Ich glaube, dass Folgendes eine Hilfe für Menschen mit Suizidgedanken sein könnte:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

K 01 -	Mit Ratschlägen zur Seite stehen, wie eine solche Situation überwunden werden kann	①---②---③---④
K 02 -	Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung ernst nehmen, ohne sie ausreden zu wollen	①---②---③---④
K 03 -	Ablenken von den Suizidgedanken	①---②---③---④
K 04 -	Das Anrufen bei einem Notruf wie z. B. die Telefonseelsorge	①---②---③---④
K 05 -	Dass der behandelnde Arzt unbedingt Kontrolltermine vereinbart	①---②---③---④
K 06 -	Zuhören, ohne zu werten	①---②---③---④
K 07 -	Gemeinsam weitere Hilfsmöglichkeiten überlegen	①---②---③---④
K 08 -	Eine Behandlung mit antidepressiven Medikamenten	①---②---③---④
K 09 -	Der Beginn einer Psychotherapie	①---②---③---④
K 10 -	Ihnen die Entscheidung zum Suizid zu lassen	①---②---③---④
K 11 -	Vor allem auf die positiven Seiten des Lebens aufmerksam machen	①---②---③---④
K 12 -	Die stationäre Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik	①---②---③---④
K 13 -	Ein offenes Gespräch mit Freunden	①---②---③---④
K 14 -	Eine Betreuung rund um die Uhr	①---②---③---④
K 15 -	Sport treiben	①---②---③---④
K 16 -	Gespräche mit einem Geistlichen des eigenen Glaubens	①---②---③---④
K 17 -	Gespräche mit der eigenen Familie	①---②---③---④
K 18 -	Die Diskussion im Internet mit anderen Suizidgefährdeten	①---②---③---④
K 19 -	Die Aufnahme in eine geschlossene psychiatrische Station	①---②---③---④
K 20 -	Das direkte Ansprechen seiner Suizidgedanken	①---②---③---④
K 21 -	Anderes: K 22: ...	①---②---③---④

In dem letzten der soeben vorgestellten drei Blöcke tauchen sämtliche entsprechenden Punkte von Ritter et al. (2002) auf, die hier durch weitere Items ergänzt wurden (vgl. Anhang A 2, Punkt 16).

3. Material und Methoden

Im vierten Fragenblock, der sich mit der Einstellung zum Suizid beschäftigt, müssen die Versuchspersonen zu bestimmten Aussagen Stellung nehmen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen:

J - Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

J 01 -	Ich habe in meiner Ausbildung ausreichend praktisch Anwendbares über den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen erfahren.	①---②---③---④
J 02 -	Ich habe Interesse an Fortbildungsmaßnahmen zum Thema "Erkennen und Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen".	①---②---③---④
J 03 -	Ich glaube, dass jeder Mensch das Recht hat einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 04 -	Ich glaube, dass man psychisch krank sein muss um einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 05 -	Ein Suizid ist eine Seltenheit.	①---②---③---④
J 06 -	Der Glaube an Gott verhindert einen Suizid.	①---②---③---④
J 07 -	Wenn jemand in einer schweren depressiven Episode entschlossen ist sich umzubringen, kann ihn letztlich niemand davon abhalten.	①---②---③---④
J 08 -	Wer viel von Selbstmord redet, bringt sich eher nicht um.	①---②---③---④
J 09 -	Menschen, die vor einem Suizid stehen, haben oft eine starke Tendenz sich zu isolieren.	①---②---③---④
J 10 -	Ich kann es gut verstehen, wenn jemand sein Leben bilanziert und dann Suizid begeht.	①---②---③---④
J 11 -	Wer einmal versucht hat sich umzubringen, versucht es immer wieder.	①---②---③---④
J 12 -	Wer einen Suizidversuch unternimmt, möchte nur Aufmerksamkeit erregen.	①---②---③---④
J 13 -	Wenn man jemanden auf Suizidgedanken und Suizidpläne hin anspricht, besteht die Gefahr, dass er wirklich versucht sich zu töten.	①---②---③---④
J 14 -	Der Suizid kann eine Möglichkeit sein, sein Gesicht zu wahren oder seine Ehre wieder herzustellen.	①---②---③---④
J 15 -	Oft gehen schwere subjektive Kränkungen einem Suizid voraus.	①---②---③---④
J 16 -	Wer soziale Verantwortung übernimmt, begeht keinen Suizid	①---②---③---④
J 17 -	Man sollte generell nicht öffentlich über die Suizidproblematik reden oder schreiben.	①---②---③---④
J 18 -	Wenn in einer Partnerschaft oder Ehe jemand einen Suizid begeht oder einen Suizidversuch unternimmt, stimme sicher in der Beziehung etwas nicht.	①---②---③---④
J 19 -	Wer Suizidgedanken hat oder einen Suizidversuch unternimmt, möchte eigentlich nicht sterben, sondern nicht so wie bisher weiterleben.	①---②---③---④
J 20 -	Kurz vor dem Suizid wirken viele Menschen erstaunlich gelassen.	①---②---③---④
J 21 -	Wer einen Suizidversuch unternimmt, möchte andere damit erpressen.	①---②---③---④
J 22 -	Wenn jemand wirklich sterben will, dann ist sein Tod unausweichlich.	①---②---③---④
J 23 -	Wenn jemand sich das Leben nehmen will, sollte man seine Entscheidung respektieren.	①---②---③---④
J 24 -	Das Internet ist gefährlich für suizidgefährdete Menschen.	①---②---③---④
J 25 -	Der Suizid ist vertretbar, um eine unheilbar Krankheit zu beenden.	①---②---③---④
J 26 -	In unserer Gesellschaft wird viel zu wenig für Suizidgefährdete getan.	①---②---③---④
J 27 -	In der Regel hätten die Angehörigen oder Freunde einen Suizid verhindern können.	①---②---③---④
J 28 -	Wenn jemand in einer schweren Krankheit sein Leben beenden möchte, sollte man ihn dabei unterstützen.	①---②---③---④
J 29 -	Suizide werden häufig durch teilnahmslose Mitmenschen ausgelöst.	①---②---③---④
J 30 -	Ich kann mir Situationen vorstellen, in denen ich nicht mehr weiterleben möchte.	①---②---③---④
J 31 -	Wer einen Suizid begeht, möchte sich an anderen rächen.	①---②---③---④
J 32 -	Ein Suizid ist mit meinen religiösen Überzeugungen nicht vereinbar.	①---②---③---④
J 33 -	Es ist die Pflicht eines Arztes, jeden Suizid zu verhindern.	①---②---③---④
J 34 -	Der Suizid ist ein egoistischer Akt.	①---②---③---④
J 35 -	Wenn jemand im Internet einen Suizid ankündigt, sollte unbedingt die Polizei informiert werden.	①---②---③---④
J 36 -	Wenn ich zurückdenke, dann haben schon einige Menschen, die ich kannte, einen Suizid begangen oder einen Suizidversuch unternommen.	①---②---③---④
J 37 -	Jeder Mensch kann in die Lage kommen, einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 38 -	Wer einen Suizid begeht, bringt Schande über seine Familie.	①---②---③---④
J 39 -	Man sollte einem Suizidgefährdeten nur helfen, wenn er ausdrücklich darum bittet.	①---②---③---④
J 40 -	Ich habe Angst davor, jemanden, von dem ich weiß, dass er Suizidgedanken hat, direkt darauf anzusprechen.	①---②---③---④
J 41 -	Die meisten Menschen, die Suizidgedanken haben, suchen vor einem Suizid oder Suizidversuch Hilfe und Unterstützung.	①---②---③---④

3. Material und Methoden

Während einige Items dieses Frageblocks wörtlich aus dem Fragebogen von Ritter et al. (2002) übernommen wurden, glich man andere aufgrund unterschiedlicher Antwortkombinationen aneinander an und formulierte sie nötigenfalls um (vgl. z. B. J 01 bis J 04 mit Punkt 1 bis 4 im Anhang A 2).

Zusätzlich zu den Fragen, die alle Versuchspersonen zu beantworten haben, erhalten die Allgemeinmediziner einen Bogen mit Zusatzfragen (Anhang A 6), die ihre Erfahrungen und Probleme mit suizidalen Patienten in ihrer Praxis und die von ihnen gewählten Vorgehensweisen bei Kontakt mit dieser Patientengruppe erfragen. Bis auf Item S 02 „Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem suizidalen Patienten in Ihrer Sprechstunde?“ stammen alle Punkte des Zusatzfragebogens (teilweise in leicht abgewandelter Form) aus dem von Ritter et al. (2002) konstruierten Fragebogen (vgl. Anhang A 2, Punkt 9 bis 15 und 17). Nach Fragen, die eruieren, wie lange die Ärzte schon in Niederlassung tätig sind und ob sie eventuell für die Studie relevante Zusatzbezeichnungen führen, sollen die Versuchspersonen angeben, inwieweit sie es als schwierig erachten, suizidgefährdete Patienten zu identifizieren:

R 01- Nach meiner Erfahrung ist es schwierig, suizidgefährdete Patienten zu identifizieren.

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

R 02- Worin liegt Ihrer Erfahrung nach das größte Problem im Umgang mit Suizidalität?

Der darauf folgende Fragenblock beschäftigt sich mit dem Ausmaß des Kontaktes, den die Probanden in der Vergangenheit zu Suizidalen in der Praxis gehabt haben, und mit der jeweiligen Zusammenarbeit mit Psychiater/Psychiatrie.

S 01- Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem suizidalen Patienten in Ihrer Sprechstunde?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Noch niemals | <input type="radio"/> einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 6 bis 10 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> weniger als einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 2 bis 5 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten |

S 02- Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem Patienten *nach einem Suizidversuch* in Ihrer Sprechstunde?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Noch niemals | <input type="radio"/> einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 6 bis 10 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> weniger als einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 2 bis 5 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten |

S 03- Haben Sie je einen Ihrer Patienten aufgrund seines Suizidrisikos zu einem Psychiater überwiesen?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja, einmal | <input type="radio"/> Ja, schon oft |
| <input type="radio"/> Ja, öfter als einmal | <input type="radio"/> Nein |

S 04- Haben sie jemals einen suizidalen Patienten in eine psychiatrische Abteilung eingewiesen?

- Ja Nein

3. Material und Methoden

Des Weiteren sollen die Probanden angeben, welchen Stellenwert nach ihrer Erfahrung Medikamente bei der Behandlung akut suizidaler Patienten haben und welche sie generell verschreiben:

T 01- Welchen Stellenwert haben Ihrer Erfahrung nach Medikamente in der Behandlung akut suizidaler Patienten?

- unverzichtbar unterstützend sinnvoll
 meist notwendig meistens nicht notwendig

T 02- Wenn Sie suizidalen Patienten Medikamente verschreiben, welche sind das zumeist?

Abschließend sollen Angaben über eventuell stattgefundenen Suizide bei eigenen Patienten gemacht werden:

U 01- Haben Sie je erfahren, dass sich einer Ihrer Patienten suizidiert hat?

- Ja, einmal Ja, schon __ mal Nein

3.2. Datenerhebung

Die Datenerhebung findet von Juni 2003 bis Mai 2004 statt.

Nicht zuletzt, um die schon erwähnte Antworttendenz der „sozialen Erwünschtheit“ (Krauth 1995, S. 45) zu vermeiden, wird für die vorliegende Studie eine anonyme Datenerhebung gewählt. Es ist zu hoffen, dass sich diese Verzerrung in Grenzen hält, da es ja keinen Tester zu beeindrucken gilt.

Die Medizinstudenten betreffend, werden im Rahmen der im siebten Semester stattfindenden Pflichtveranstaltung des Psychiatriekurses Fragebögen an die an diesem Tag anwesenden Studenten ausgeteilt und teilweise am selben Tag, jedoch größtenteils im Kurs der darauffolgenden Woche wieder eingesammelt. Die jeweiligen Kursleiter, in der Psychiatrischen Klinik des UKE tätige Ärzte, werden jeweils durch ein den Fragebögen beiliegendes Schreiben um Mithilfe gebeten.

Die ausnahmslos im UKE angestellten Klinikärzte (Psychiater, Rechtsmediziner und Internisten, teilweise noch in der Facharztausbildung) erhalten den FKHS zum Teil in einem an sie adressierten Briefumschlag, der hausintern verschickt wird, mit beigefügtem erklärenden Schreiben und frankiertem Rückumschlag. Teilweise – so z. B. bei den Rechtsmedizinern – werden nicht adressierte Umschläge (ebenfalls mit Schreiben und Rückumschlag) in dem betreffenden Institut unter den potentiellen Probanden verteilt.

Für die Allgemeinmediziner werden 250 adressierte Briefumschläge mit beigefügtem frankierten Rückumschlag und erklärendem Anschreiben verschickt, von denen bis zur Auswertung 66 wieder im „Therapiezentrum für Suizidgefährdete“ (TZS) ankommen. Von diesen sind 62 verwertbar, die übrigen 4 stammen nicht von Allgemeinmedizinern und werden jeweils mit einer kurzen Erklärung unausgefüllt zurückgeschickt. Die Rücklaufquote der verwendbaren Fragebögen beträgt somit 26,4%. Lediglich bei der Gruppe der Allgemeinmediziner ist es aufgrund der organisatorischen Bedingungen überhaupt möglich, eine solche zu bestimmen.

Ein Großteil der Psychologiestudenten, die an der vorliegenden Studie teilnehmen, wird durch das Schneeballprinzip gewonnen. Der Doktorandin bekannte Hamburger Psychologiestudenten werden gebeten, nicht nur selbst die Bögen auszufüllen, sondern auch weitere an Kommilitonen weiterzuleiten. Andere Probanden erhalten die Möglichkeit zur Mitarbeit im Rahmen eines vom TZS angebotenen Seminars mit dem Titel „Suizidalität und Psychotherapie“. Eine Studentin erscheint aufgrund eines Aushangs im Psychologischen Institut der Universität Hamburg.

Die 8 Pädagogen und 13 Sozialpädagogen entstammen fast ausschließlich zwei Kollegien, erstere einem Kollegium aus dem Norden Niedersachsens, letztere einer Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein. Jede Gruppe wird durch eine der Doktorandin bekannte Person über die Arbeit mündlich informiert und erhält bei Interesse pro Mitglied einen Fragebogen.

Die Journalistikstudenten werden im Rahmen eines gemeinsamen Projekts des Journalistischen Instituts der Universität Hamburg und des Therapiezentrums für Suizidgefährdete des Universitätskrankenhauses Hamburg Eppendorf rekrutiert.

Die Daten der Jurastudenten werden wieder ausschließlich durch das oben erläuterte Schneeballprinzip akquiriert, ebenso die der Ingenieure, wobei sich sämtliche Wirtschaftsingenieurstudenten zur Zeit der Datenerhebung im vierten Semester befinden.

Weitere Studenten, die keiner der bisher erwähnten Gruppen zuzuordnen sind, werden ebenfalls durch das Schneeballprinzip gefunden. Dasselbe gilt für die „anderen Berufe“.

Die Polizisten des Bundesgrenzschutzes stammen aus einem niedersächsischen Kollegium und erhalten ihre Bögen betriebsintern. Dabei ist anzumerken, dass die Bundesgrenzschützer zuvor ein Seminar zum Thema Suizid besucht haben.

3.3. Stichprobenbeschreibung

3.3.1. Gesamtkollektiv

Laut Leonhart (2004, S. 373) ist für eine Faktorenanalyse eine Anzahl von Versuchspersonen erforderlich, die dreimal so groß wie die Anzahl der Variablen ist. Bei einer Itemzahl von ursprünglich 106 (s. 3.1. „Instrument“, S. 34 ff.) ist also eine Stichprobengröße von mindestens 318 erforderlich.

Insgesamt nehmen 347 Personen an der vorliegenden Studie teil.

Mit 51,9% (n=178) ist der Anteil der weiblichen Versuchspersonen etwas höher als derjenige der männlichen (48,1%, n=165). Vier Probanden (1,2% des Gesamtkollektivs) geben kein Geschlecht an.

Im Durchschnitt beträgt das Alter der befragten Personen 34,4 Jahre (s=11,7), wobei die jüngste Person 18 und die älteste 87 Jahre alt ist. 2 Versuchspersonen (0,6% des Gesamtkollektivs) machen zu ihrem Alter keine Angaben.

Das Gesamtkollektiv besteht aus Ärzten, Studenten und anderen Berufsgruppen (Abb. 3).

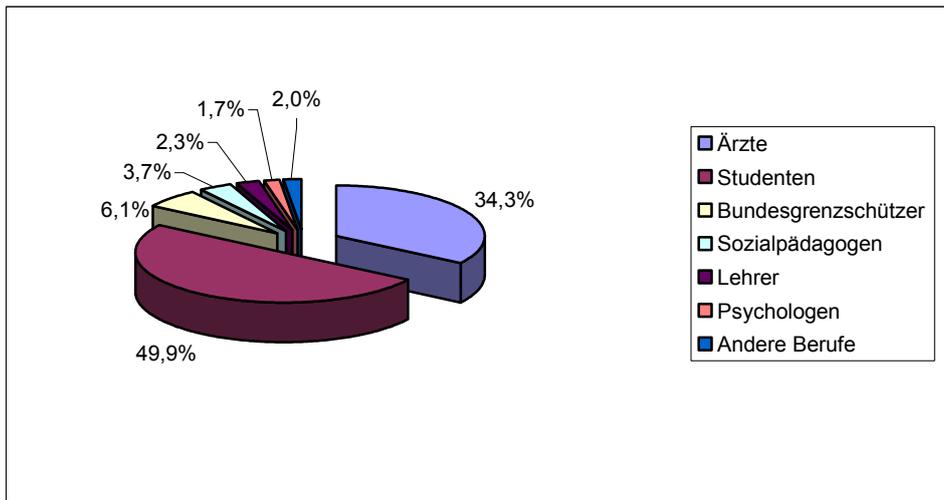


Abbildung 3: Berufe des Gesamtkollektivs (N=343)

Unter den 34,3% Ärzten (n=119) gibt es 52,1% (n=62) niedergelassene Allgemeinmediziner und 47,9% (n=57) Klinikassistenten aus den Bereichen Innere Medizin (50%, n=28), Psychiatrie (32,1%, n=18) und Rechtsmedizin (17,9%, n=10). Ein Assistent gibt keine Fachrichtung an.

Die 49,9% Studenten (n=173) teilen sich folgendermaßen auf verschiedene Studiengänge auf:

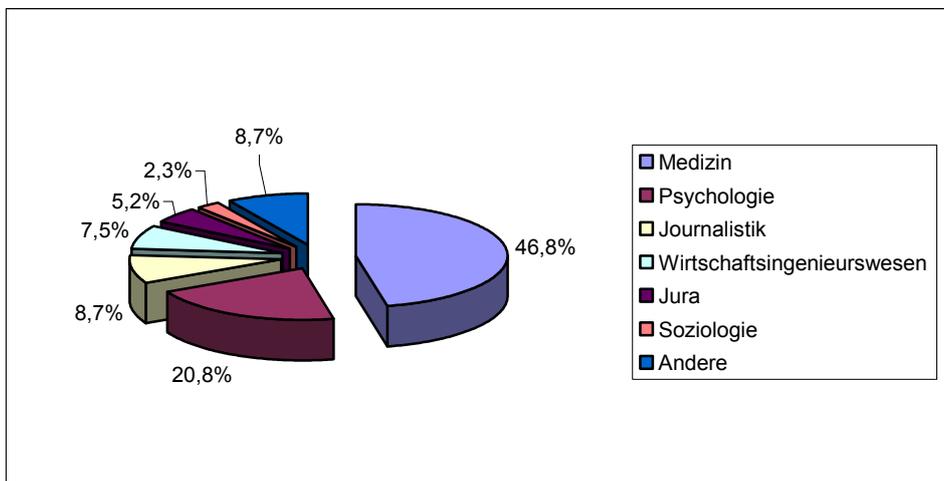


Abbildung 4: Studiengänge der Studenten des Gesamtkollektivs (N=173)

50% (n=2) der Soziologiestudenten studieren Psychologie im Nebenfach.

Auf die Frage, durch welchen Glauben sie in ihrem Leben am stärksten beeinflusst wurden, geben 50,3% der Probanden (n=167) den christlich-evangelischen an, 16,9% den christlich-katholischen, 1,5% den Islam, 1,2% den Buddhismus und 3,6% andere Glaubensrichtungen. 26,5% fühlen sich durch keinen Glauben beeinflusst, 4,3% des Gesamtkollektivs machen hierzu keine Angaben.

3. Material und Methoden

68,2% aller Versuchspersonen sind durch ihren Beruf/ihre Ausbildung schon Suizidgedanken, Suizidversuchen oder Suiziden begegnet, etwas mehr als die Hälfte durch Freunde und Bekannte, 38,1% durch Kollegen/Mitstudenten/Mitschüler und etwas mehr als ein Viertel durch die eigene Familie (Abb. 5).

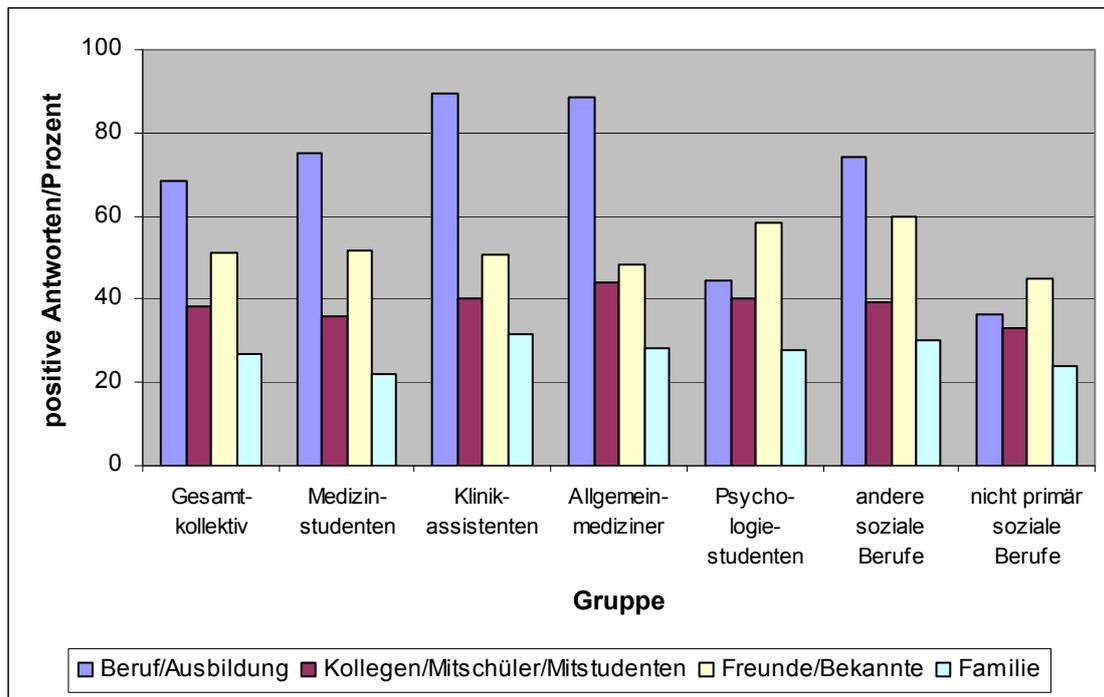


Abbildung 5: Suizidgedanken, Suizidversuche oder Suizide im Umfeld der Probanden, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

23 Versuchspersonen fühlen sich außerdem noch durch andere von dem Thema betroffen, wobei 6 nähere Angaben machen. Die Hälfte dieser gibt „mich selbst“ an.

40,9% der Probanden (n=139) haben selbst schon einmal Gedanken gehabt, sich das Leben zu nehmen, 3,2% (n=11) haben schon einen Suizidversuch hinter sich (Abb. 6).

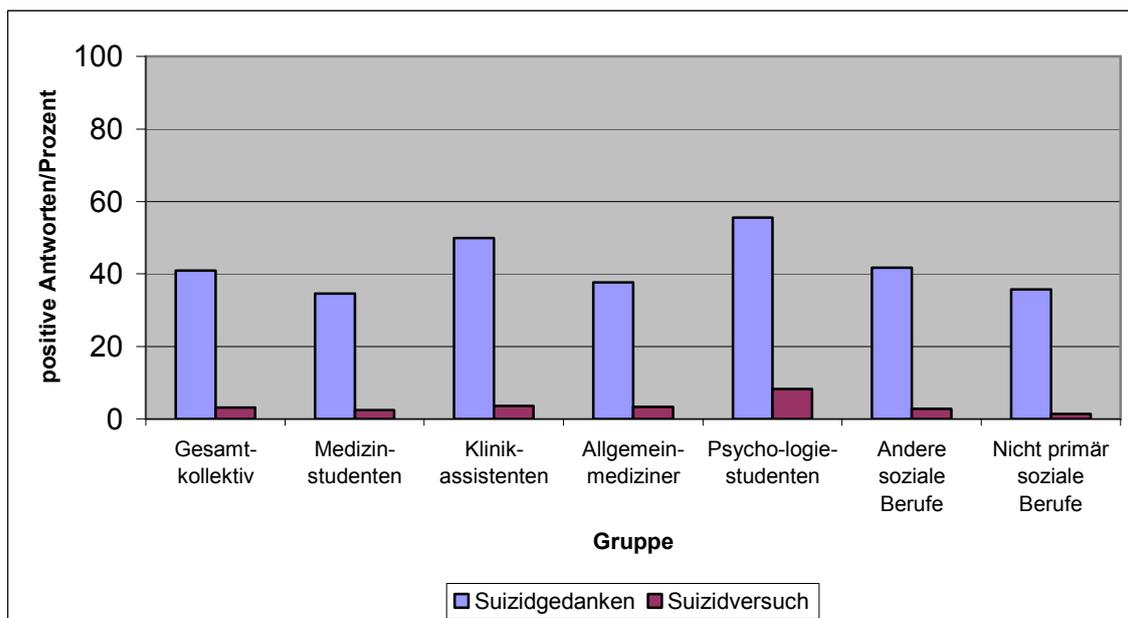


Abbildung 6: Suizidgedanken und Suizidversuche in der Vorgeschichte der Probanden, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Mit fast einem Fünftel hatte der größte Anteil der Versuchspersonen *mit Suizidgedanken* diese zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr. In den meisten anderen angebotenen Altersgruppen waren es um 10%, in den Altersgruppen über 60 gab es keine Suizidgedanken (Abb. 7).

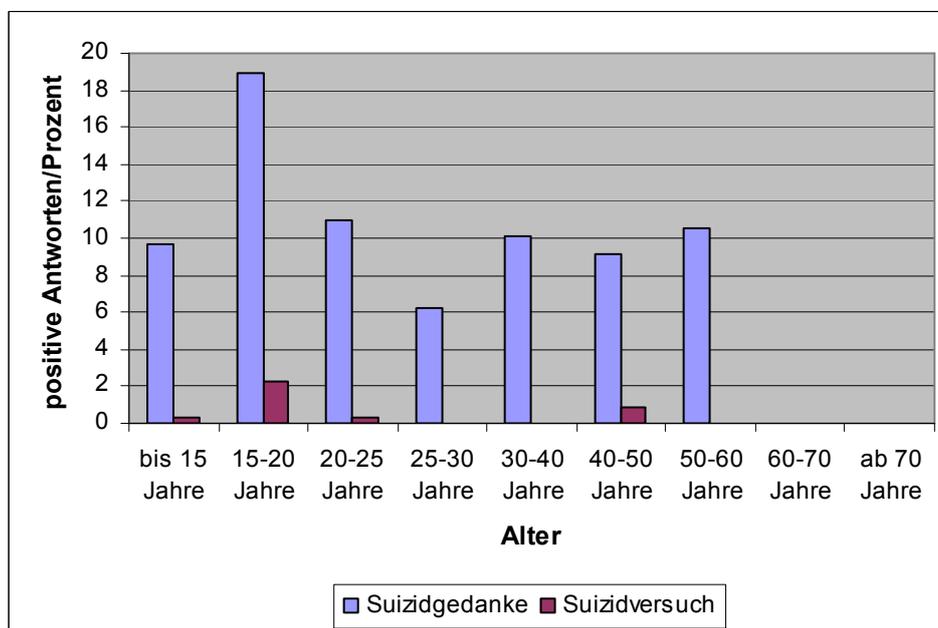


Abbildung 7: Zeitpunkt Suizidgedanken und Suizidversuche in der Vorgeschichte der Probanden, Gesamtkollektiv⁹

(Suizidgedanken: N⁻¹⁵=339¹⁰, N¹⁵⁻²⁰=339, N²⁰⁻²⁵=337, N²⁵⁻³⁰=275, N³⁰⁻⁴⁰=169, N⁴⁰⁻⁵⁰=110, N⁵⁰⁻⁶⁰=38, N⁶⁰⁻⁷⁰=6, N⁷⁰⁺=2; Suizidversuche: N⁻¹⁵=343, N¹⁵⁻²⁰=343, N²⁰⁻²⁵=341, N²⁵⁻³⁰=277, N³⁰⁻⁴⁰=171, N⁴⁰⁻⁵⁰=111, N⁵⁰⁻⁶⁰=38, N⁶⁰⁻⁷⁰=6, N⁷⁰⁺=2; Mehrfachantworten möglich)

⁹ Da sich die angebotenen Altersgruppen überschneiden, sind die Angaben nur eingeschränkt verwertbar.

¹⁰ Das bedeutet, dass 339 Versuchspersonen die Altersgruppe „bis 15“ erreicht bzw. überschritten haben und Angaben zum Zeitpunkt eventueller Suizidgedanken gemacht haben.

Von den elf Probanden, die schon einen Suizidversuch unternommen haben, taten das acht zwischen 15 und 20 Jahren. Das bedeutet, dass 2,3% aller Versuchspersonen in diesem Alter einen Suizidversuch begangen haben. Bis 15 Jahre, zwischen 15 und 20 Jahren und zwischen 40 und 50 Jahren ist es jeweils eine Person und so, bezogen auf die Anzahl der Versuchspersonen, die diese Altersgruppen erreicht bzw. überschritten haben, zwischen 0,3 und 0,9% (Abb. 7).

3.3.2. Die sechs Gruppen

Für die Gruppenvergleiche wird das Gesamtkollektiv in sechs berufsspezifische Gruppen unterteilt:

Gruppe	Gruppen- größe	Geschlecht			Alter				
		N	Frauen	Männer	N	Mittel- wert	SD	Min.	Max.
Medizin- studenten	23,3% (n=81)	81	55,6% (n=45)	44,4% (n=36)	81	26,6	3,4	23	41
Klinik- assistenten	16,4% (n=57)	56	44,6% (n=25)	55,4% (n=31)	57	35,5	7,7	26	65
Allgemein- mediziner	17,9% (n=62)	62	50,0% (n=31)	50,0% (n=31)	62	49,7	9,9	35	87
Psychologie- studenten	10,4% (n=36)	36	75,0% (n=27)	25,0% (n=9)	36	27,3	5,8	20	42
Andere soziale Berufe	10,4% (n=36)	36	72,2% (n=26)	27,8% (n=10)	36	38,4	10,8	23	57
Nicht primär soziale Berufe	21,6% (n=75)	72	33,3% (n=24)	66,7% (n=48)	73	30,6	10,8	18	70
N	100% (N=347)								

Tabelle 1: Demographische Daten der Probanden
(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
SD= Standardabweichung)

Die Gruppe der anderen sozialen Berufe besteht zu 36,1% (n=13) aus Sozialpädagogen, zu 22,2% (n=8) aus Lehrern, zu 16,7% (n=6) aus Psychologen, zu 11,1% (n=4) aus Soziologiestudenten, davon 50% (n=2) mit Psychologie im Nebenfach, zu 5,6% (n=2) aus Krankenschwestern, zu 5,6% (n=2) aus Sozialpädagogikstudenten und zu 2,8% (n=1) aus Rettungsassistenten.

Zur Gruppe der nicht primär sozialen Berufe gehören 66,7% (n=50) Studenten, 30% (n=15) Journalistikstudenten, 26% (n=13) Wirtschaftsingenieurstudenten, 18% (n=9) Jurastudenten und 26% (n=13) weitere (84,6% (n=10) eher geisteswissenschaftliche Fächer, 15,4% (n=3) eher naturwissenschaftliche), 28% (n=21) Bundesgrenzschützer und 5,3% (n=4) Vertreter anderer Berufsgruppen (ein Schüler, ein Praktikant, ein Feinmechaniker und eine Reprofotografin).

Die Gruppe der Medizinstudenten bildet mit 23,4% (n=81) den größten Teil des Gesamtkollektivs, die der Psychologiestudenten mit der der anderen sozialen Berufe mit 10,4% (n=36) den kleinsten (Tab. 1).

Bei den Psychologiestudenten und den Vertretern anderer sozialer Berufe überwiegen mit drei Vierteln die Frauen, während es unter den nicht primär sozialen Berufen deutlich mehr Männer gibt. Ansonsten ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.

Den niedrigsten Altersdurchschnitt weisen die Medizinstudenten mit 26,6 Jahren und die Psychologiestudenten mit 27,3 Jahren auf ($s=3,4$ bzw. $s=5,8$). Die Allgemeinmediziner sind im Mittel mit 49,7 Jahren ($s=9,9$) fast doppelt so alt.

Die jüngste Versuchsperson findet sich unter den nicht primär sozialen Berufen und ist 18 Jahre alt, während der älteste Proband ein 87 Jahre alter Allgemeinmediziner ist.

Der Anteil an christlich-evangelischen Glaubenseinflüssen ist unter den Medizin- und Psychologiestudenten mit 39,2% bzw. 31,4% am kleinsten und bei den Allgemeinmedizinern mit 64,4% am größten. Hinsichtlich der Versuchspersonen, die „durch keinen“ angeben, sieht es genau umgekehrt aus. Die Medizin- und Psychologiestudenten fühlen sich zu 31,6% bzw. 34,3% in ihrem bisherigen Leben durch keinen Glauben beeinflusst, von den Allgemeinmedizinern behaupten das nur 11,9%. In der Gruppe der Psychologiestudenten gibt es mit über einem Viertel die meisten katholischen Einflüsse. Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe geben nur zu 8,3% stärkste Glaubenseinflüsse aus dem Katholizismus an (Tab. 2).

Gruppe	Konfession						
	Christlich-evangelisch	Christlich-katholisch	Islam	Buddhismus	Sonstige	keine	N
Medizinstudenten	39,2% (n=31)	17,7% (n=14)	3,8% (n=3)	1,3% (n=1)	6,3% (n=5)	31,6% (n=25)	79
Klinikassistenten	57,7% (n=30)	15,4% (n=8)	1,9% (n=1)	0,0% (n=0)	1,9% (n=1)	23,1% (n=12)	52
Allgemeinmediziner	64,4% (n=38)	20,3% (n=12)	0,0% (n=0)	3,4% (n=2)	0,0% (n=0)	11,9% (n=7)	59
Psychologiestudenten	31,4% (n=11)	25,7% (n=9)	2,9% (n=1)	2,9% (n=1)	2,9% (n=1)	34,3% (n=12)	35
Andere soziale Berufe	57,1% (n=20)	20,0% (n=7)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	5,7% (n=2)	17,1% (n=6)	35
Nicht primär soziale Berufe	51,4% (n=37)	8,3% (n=6)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	4,2% (n=3)	36,1% (n=26)	72

Tabelle 2: Religiöse Einflüsse auf die Probanden
(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Bezüglich des Ausmaßes, mit dem sich die Probanden schon durch das Thema Suizid in ihrem Umfeld berührt gefühlt haben (Abb. 5, S. 45), ist die Reihenfolge des Gesamtkollektivs (1 - Beruf/Ausbildung, 2 - Freunde und Bekannte, 3 - Kollegen/Mitstudenten/Mitschüler, 4 - Familie) in vier der sechs Gruppen wiederzufinden. Nur bei den Psychologiestudenten und den nicht primär sozialen Berufen fühlt man sich durch Freunde und Bekannte durchschnittlich mehr betroffen als durch den Beruf/die Ausbildung. Es fällt auf, dass letztere zwei Gruppen mit 44,4% (Psychologiestudenten) bzw. 36,6% (nicht primär soziale Berufe) bejahender Antworten bei „Beruf/Ausbildung“ deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt liegen.

In der Gruppe der Psychologiestudenten gibt es mit 55,6% (n=20) den größten Anteil an Probanden mit suizidalen Gedanken, unter den Medizinstudenten den kleinsten (34,6%, n=28) (Abb. 6, S. 46).

Auch der größte Anteil an *Suizidversuchen* kommt aus der Gruppe der Psychologiestudenten mit 8,3% (n=3). Unter den Angehörigen nicht primär sozialer Berufe hat dagegen bisher „nur“ ein Proband (1,4%) versucht, sich das Leben zu nehmen.

3.4. Entwicklung der Skalen des FKHS

Die Berechnungen im Rahmen der Statistik werden mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11) durchgeführt.

Fehlende Angaben wurden dabei mit dem Befehl „Meansub“ behandelt. „Die Spezifikation MISSING=MEANSUB/ bewirkt, daß fehlende Werte durch den Mittelwert für die betreffende Variable ersetzt werden.“ (Bauer 1986, S. 206)

3.4.1. Faktorenanalyse

Um eine Reduktion der auszuwertenden Variablen zu erreichen, wird zunächst eine Faktorenanalyse durchgeführt. „Die Faktorenanalyse ist ein statistisches Verfahren, das auf der Korrelationsanalyse (bzw. deren Ergebnis der Korrelationsmatrix) aufbaut. Ziel dieses Verfahrens ist es, Gruppen von Variablen zu identifizieren, die jeweils untereinander relativ stark, jedoch schwach mit den Variablen anderer Gruppen zusammenhängen.“ (Bauer 1986, S. 193). Neben der Variablenreduktion liegt der Nutzen einer solchen Zusammenfassung mehrerer Items darin, dass sich die Verlässlichkeit der Messwerte erhöhen kann, „da die Chance besteht, daß sich mehrere zufällige Fehler (z. B. Unsicherheit über die anzukreuzende Skalenausprägung) gegenseitig ausgleichen“ (Bauer 1986, S. 192).

Die 106 Items, die die Einstellung der Probanden messen sollen, werden zunächst durch Ausschluss der drei Ergänzungspunkte („andere“) und der zwei Items J 01 *Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt* bzw. J 02 *Interesse an Fortbildungsmaßnahmen* auf 101 Items reduziert. Weil diese beiden J-Items keine Einstellung messen, werden sie in der Faktorenanalyse nicht analysiert.

Da es mit dem J-Block, in dem die Probanden zu Aussagen Stellung nehmen sollen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen, zu keiner inhaltlich sinnvollen Faktorenlösung kommt, werden auch die übrigen 39 Items ausgeschlossen.

Des Weiteren werden die Items entfernt, die eine Trennschärfe von $<0,3$ aufwiesen, es sei denn, sie werden inhaltlich als zu wichtig erachtet, um auf sie zu verzichten. Die Trennschärfe ist ein Indikator dafür, wie gut ein Item zwischen leistungsstarken und -schwachen Probanden unterscheiden kann (Schelten 1997, S. 129). Im Falle der Einstellungsmessung bedeutet das, dass die Trennschärfe misst, wie gut ein Punkt des Fragebogens zwischen Versuchspersonen mit unterschiedlicher Einstellung unterscheiden kann.

Es bleiben 52 Items übrig, mit denen eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt wird. Diese Art von Faktorenanalyse reduziert „eine Gruppe von korrelierten Variablen auf eine geringere Zahl von hypothetischen (latenten) Faktoren“ (Leonhart 2004, S. 383).

In der Faktorenanalyse wird zuerst die Korrelationsmatrix der 52 Items berechnet.

Um die Korrelationsmatrix anschließend auf bedeutsame Zusammenhänge und so auf Eignung zur Faktorenanalyse hin zu überprüfen, gibt es laut Leonhart (2004, S. 375 f.) drei Verfahren: Den Bartlett-Test, die Bildung der Inversen und die Prüfgröße von Kaiser-Meyer-Olkin. In dieser Studie werden mit dem Bartlett-Test und der Prüfgröße von Kaiser-Meyer-Olkin zwei der genannten Verfahren angewandt. Der Bartlett „überprüft, ob die Korrelationsmatrix bedeutsame Korrelationen enthält“ (Leonhart 2004, S. 375). Die

Prüfgröße von Kaiser-Meyer-Olkin beurteilt „die Zusammenhänge der Variablen über einen Quotienten (...), der die Summe der einfachen Determinationskoeffizienten aller Variablenkombinationen ins Verhältnis zu der zusammengefassten Summe der einfachen und der partiellen Determinationskoeffizienten setzt“ (Leonhart 2004, S. 376).

Es wird das Verfahren der Hauptkomponentenmethode durchgeführt (Bauer 1986, S. 199). Dabei extrahiert man so viele Faktoren wie Items. Der Vorteil dieser Methode ist, dass z. B. das Kommunalitätenproblem wegfällt, also die Schwierigkeit, dass die Kommunalitäten eigentlich vor der Faktorenextraktion bekannt sein müssten, jedoch erst nach der Extraktion bestimmt werden können. Denn bei der Hauptkomponentenmethode werden die Diagonalelemente der initialen Korrelationsmatrix von 1,0 bei Erstellen der reduzierten Korrelationsmatrix erhalten und nicht wie bei der Hauptachsenmethode durch geschätzte Kommunalitäten ersetzt (Bauer 1986, S. 199 ff.). In diesem Fall werden acht Iterationen benötigt.

Zur Bestimmung der Faktorenzahl gibt es ebenfalls mehrere Methoden (s. Bauer 1986, S. 202 f.). Eine Möglichkeit ist die des Eigenwertkriteriums, die alle Faktoren extrahiert, welche die Varianz mindestens eines Items erklären. Jedoch liefert diese Methode keine Garantie dafür, dass die so ermittelte Faktorenlösung auch inhaltlich zu verwerthen ist. Eine weitere Methode ist die von Guilford (1952), in der nur die Faktoren extrahiert werden, die mindestens drei Items aufweisen, die hoch auf sie laden. Erachtet man einen (absoluten) Ladungswert von $\geq 0,7$ als hoch, wird demnach ein Eigenwert von 1,47 als Kriterium verwendet (Bauer 1986, S. 202). In dieser Arbeit bedient man sich des Scree-Tests. Im Scree-Test werden die Eigenwerte der Items einer Korrelationsmatrix als Kurve abgebildet. Die Zahl der Items, die vor dem Punkt liegen, an dem diese Kurve deutlich abflacht, sich die Eigenwerte also erstmals wenig voneinander unterscheiden, wird dabei als Faktorenzahl gewählt, da man davon ausgeht, dass hinter diesem Punkt nur noch Einzelrestfaktoren zu finden sind (Bauer 1986, S. 202 f.). Laut Bauer liefert diese Art der Faktorenextraktion nur dann eine akzeptable Lösung, wenn die Faktoren relativ unkorreliert sind und durch jeweils mindestens drei Items repräsentiert werden. Im Laufe der hier vorgestellten Studie wird man sehen, dass diese Kriterien erfüllt sind.

Es folgt die Ausgabe der Ladungsmatrix und die der reproduzierten Korrelationsmatrix mit den tatsächlichen Kommunalitäten (Bauer 1986, S. 194 und S. 207 ff.).

Um annähernd Einfachstruktur zu erhalten, also um zu erreichen, dass alle Items auf einen Faktor möglichst hoch und auf alle anderen möglichst niedrig laden (Bauer 1986, S. 195), wird hier mit der Ladungsmatrix eine Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung durchgeführt. Bei der Rotation kann man zunächst zwischen schiefwinkliger und orthogonaler Rotation wählen. Da sich bei der ersten Methode auch korrelierte Faktoren ergeben, ist die orthogonale Rotation das gängigere Verfahren. Unter den orthogonalen Rotationsverfahren gibt es neben der Varimax-Rotation die Equimax- und die Quartimax-Rotation. Während bei Varimax hohe Faktorladungen erhöht und niedrige verringert werden, bewirkt Quartimax, dass jedes Items auf einen Faktor möglichst hoch und auf den anderen möglichst niedrig lädt. Equimax besteht aus einer Kombination der beiden Methoden. Laut Bauer (1986, S. 204) gilt die Varimax-Rotation als die bessere Vorgehensweise. (Bauer 1986, S. 203 ff.)

Die Benennung der einzelnen Faktoren erfolgt im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung des Therapiezentrums für Suizidgefährdete.

3.4.2. Reliabilitätsanalyse

„Reliability refers to the accuracy, dependability, consistency, or repeatability of test results. ... reliability refers to the degree to which test scores are free of measurement errors.“ (Kaplan und Saccuzzo 1993, S. 10)

Im Rahmen der anschließenden Skalenanalyse wird der üblichen Praxis folgend zunächst eine Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Skalen mit ihren Items sowie eine Gesamtreliabilitätsanalyse durchgeführt, um herauszufinden, wie verlässlich das Instrument ist, und um die Zuverlässigkeit gegebenenfalls zu erhöhen. Dazu wurden die Kriterien Trennschärfe (Corrected Item-Total Correlation) und Innere Konsistenz (Cronbach's α) herangezogen. Laut Meyer (2004) spielen die Itemkennwerte Trennschärfe und Reliabilitätsindex „bei der Testkonstruktion und bei der Itemselektion eine Hauptrolle, denn (...) [sie] informieren über den Beitrag jedes einzelnen Items zur Reliabilität des Gesamttests.“ (S. 283) Bei Errechnen des Reliabilitätsindex empfiehlt er Cronbach's α .

3.5. Auswertung

Die statistische Auswertung wird mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11) durchgeführt.

3.5.1. Signifikanztests

Um festzustellen, ob die Gruppenunterschiede größer sind, als es bei einer zufälligen Differenz der Fall wäre, die Unterschiede also statistisch signifikant sind, werden Signifikanztests durchgeführt (Kaplan und Saccuzzo 1993, S. 78 f.).

Die Skalen, die Items, die das Wissen der Probanden hinsichtlich der Risikogruppen für einen Tod durch Suizid eruieren (D 01 – D 13), und die Einstellungspunkte, die von vornherein nicht Gegenstand der Faktorenanalyse sind (J 01 – J 41: Die Probanden sollen zu Aussagen Stellung nehmen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen.), werden auf die im Folgenden beschriebene Weise mit Hilfe von t-Test, U-Test, KW-Test und Anova auf Gruppenunterschiede hin überprüft.

- ◆ Um mit einem Datensatz einen parametrischen Test wie z. B. den t-Test durchführen zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein: Die Messwerte müssen normalverteilt sein, und die Varianzen innerhalb der Stichproben dürfen sich nicht signifikant unterscheiden. Wenn diese Kriterien nicht erfüllt sind, ist es ratsam, sich eines verteilungsfreien Verfahrens wie z. B. des Kruskal-Wallis-Tests zu bedienen (Bortz 1999, S. 273 ff.).
- ◆ Laut Bortz können „A-posteriori-Einzelvergleiche ... jederzeit durchgeführt werden, wenn man nach einer „Overall“-Signifikanz feststellen möchte, welche Einzelvergleiche maßgeblich dafür verantwortlich sind, dass die globale H^0 ... zu verwerfen ist.“ Jedoch müsse „in diesem Fall der α -Fehler ... korrigiert werden.“ (Bortz 1999, S. 262) Diese Anpassung des α -Niveaus ist deshalb notwendig, da bei jedem einzelnen Test die Gefahr eines Fehlers von 0,05 besteht. Bedient man sich mehrerer Tests, um eine Aussage zu treffen, kommt es zur Summierung dieser Fehler (Bortz et al. 1990, S. 48 ff.; Bortz 1999, S. 260; Coolican 2004, S. 488; Leonhart 2004, S. 272 f.).

- ◆ Laut Leonhart (2004, S. 273) gibt es zwei Möglichkeiten, mit der Summierung des α -Fehlers umzugehen:

- Bei der Bonferroni-Korrektur wird das nominelle Signifikanzniveau von 0,05 durch die Anzahl der durchgeführten Tests geteilt:

$$\alpha' = \alpha/m$$

(Bortz et al. 1990, S. 51 f.; Bortz 1999, S. 261; Leonhart 2004, S. 273 f.; Sachs 2002, S. 598).

- Neben der Bonferroni-Korrektur ist auch die Anwendung einer Varianzanalyse möglich (Zöfel 1992, S. 116). Um nach Erhalt einer Overall-Signifikanz im Rahmen einer einfachen Varianzanalyse zu bestimmen, welche Gruppen sich signifikant unterscheiden, gibt es ebenfalls mehrere Möglichkeiten. Zum einen können mehrere t-Tests plus α -Fehler-Korrektur angewandt werden. Die zweite Möglichkeit ist die der Kontraste, deren Einsatz in dieser Studie mangels A-Priori-Hypothese nicht möglich ist. Die dritte Möglichkeit ist die des Post-Hoc-Tests (Leonhart 2004, S. 292 ff.).
- ◆ In dieser Studie werden zur α -Korrektur der Bonferroni-Test *und* die Varianzanalyse mit der dritten Möglichkeit des Post-Hoc-Tests gewählt.

Infolgedessen wird bei der Auswertung besagter Punkte so vorgegangen:

- ◆ Zunächst werden die Skalen und die betreffenden Items des FKHS mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnoff-Tests auf Normalverteilung hin überprüft (Leonhart 2004, S. 180; Zöfel 1992, S. 203). Eine Normalverteilung liegt dann vor, wenn der KS-Wert $>0,05$ ist (Brosius 1988, S. 299; Sachs 2002, S. 427 ff.; Zöfel 1992, S. 203 ff.).
- ◆ Durch den Levene-Test (Leonhart 2004, S. 150) werden dann die Gruppenvergleiche mit einem Levene-Wert von $<0,05$ festgestellt. Das bedeutet, dass die Streuung der Mittelwerte für einen parametrischen Test zu groß ist und trotz Normalverteilung der Skala/des Items ein non-parametrischer Test verwendet werden muss (Altmann 1991, S. 207).
 - In diesem Fall wird der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt. Ein Wert von $<0,0033$ gilt als signifikanter Unterschied, ein Wert von $<0,001$ als hochsignifikanter Unterschied (Formel s. o.).
 - Für die Paarvergleiche mit Varianzhomogenität finden t-Tests mit Bonferroni-Korrektur Anwendung. Hierbei gilt nach Bonferroni-Korrektur ein Wert von $<0,0033$ als Hinweis auf Signifikanz ($<0,001$ auf Hochsignifikanz) (Formel s. o.) (Brosius 1988, S. 267 f.).
- ◆ Außerdem werden im Rahmen einer Varianzanalyse auf die normalverteilten Skalen und Items zunächst der Levene-Test angewandt und bei einem Wert $\geq 0,05$ die einfache Varianzanalyse (Anova) durchgeführt. Bei Overall-Signifikanz (sign.: $<0,05$; s. Brosius 1988, S. 276 f.) würden im Rahmen von Post-hoc-Tests einzelne Gruppenunterschiede ermittelt.
- ◆ Um festzustellen, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt, wird für die nicht normalverteilten Skalen/Items des FKHS zunächst der Kruskal-Wallis-

Test durchgeführt. Ein Wert von $<0,05$ gilt dabei als signifikanter und ein Wert von $<0,01$ als hochsignifikanter Unterschied (Sachs 2002, S. 394 ff.). Anschließend bedient man sich des Mann-Whitney-Tests (= U-Test), um herauszufinden, zwischen welchen Gruppen diese Unterschiede bestehen. Der U-Test vergleicht wie der KW-Test Rangplätze (Zöfel 1992, S. 144). Hierbei gilt nach Bonferroni-Korrektur ein Wert von $<0,0033$ als Hinweis auf Signifikanz ($<0,001$ auf Hochsignifikanz) (Bortz, Lienert 2003, S. 238 ff.).

Die Fragenblöcke, die sich mit der Anzahl von durch Verkehrsunfälle, Suizide, Gewalttaten, Aids und Drogen Verstorbenen (C 01 – C 05), mit der Alters – und Geschlechterverteilung, der Suizidhäufigkeit der letzten zehn Jahre, der jahreszeitlichen Häufung von Suiziden (E 01 – E 06) und den Probanden bekannten Institutionen für Suizidale beschäftigten (N 01 – N 02), werden mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests ausgewertet.

Sind die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test erfüllt – in nur max. 20% der Felder der Kreuztabelle dürfen erwartete Häufigkeiten <5 auftreten, und die Zeilen- und Spaltensummen müssen größer als null sein – ist der Chi-Quadrat-Test nach Pearson die übliche Vorgehensweise (Bühl, Zöfel 1996, S. 211 ff.). Ein signifikanter Unterschied liegt bei einem Wert von $<0,05$ (zweiseitige asymptotische Signifikanz) vor (Brosius 1988, S. 195 und S. 296; Bühl, Zöfel 1996, S. 227; Diehl, Staufenbiel 2002, S. 188 ff.).

3.5.2. Auswertung der übrigen Nicht-Skalen-Items

Lediglich deskriptiv ausgewertet werden die Items, die nach eigenen Suizidgedanken und –versuchen der Versuchspersonen fragen (M 01 – M 20), und der Zusatzfragebogen für Allgemeinmediziner.

Die Frage „Meist beträgt die Zeitspanne vom ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung...“ (G 01) wird lediglich zum Zweck zukünftiger Vergleiche mit anderen Fragebögen dieser Art in die Studie aufgenommen und hier nicht weiter ausgewertet.

4. Ergebnisse

4.1. Faktorenanalyse

In der Faktorenanalyse wird zuerst die Korrelationsmatrix der 52 Items berechnet. In diesem Fall werden acht Iterationen durchgeführt.

Die Korrelationsmatrix wird durch den Bartlett-Test und die Prüfgröße von Kaiser-Meyer-Olkin (=KMO) auf bedeutsame Zusammenhänge hin überprüft. Der Bartlett-Test ergibt bei 1326 Freiheitsgraden einen approximativen χ^2 -Wert von 5212,504 mit einer Signifikanz von 0,000 und der KMO-Test einen Wert von 0,758, was laut Leonhart (2004, S. 375 f.) bedeutsame Zusammenhänge beschreibt und so Eignung zur Faktorenanalyse bedeutet.

Mit Hilfe des Scree-Tests wird eine Faktorenzahl von neun ermittelt (Abb. 8), die sinnvoll zu interpretieren ist. Im Anhang A 7 sieht man, dass der Faktor S 08 durch drei Items repräsentiert wird und alle anderen Faktoren mehr als drei Items aufzuweisen haben.

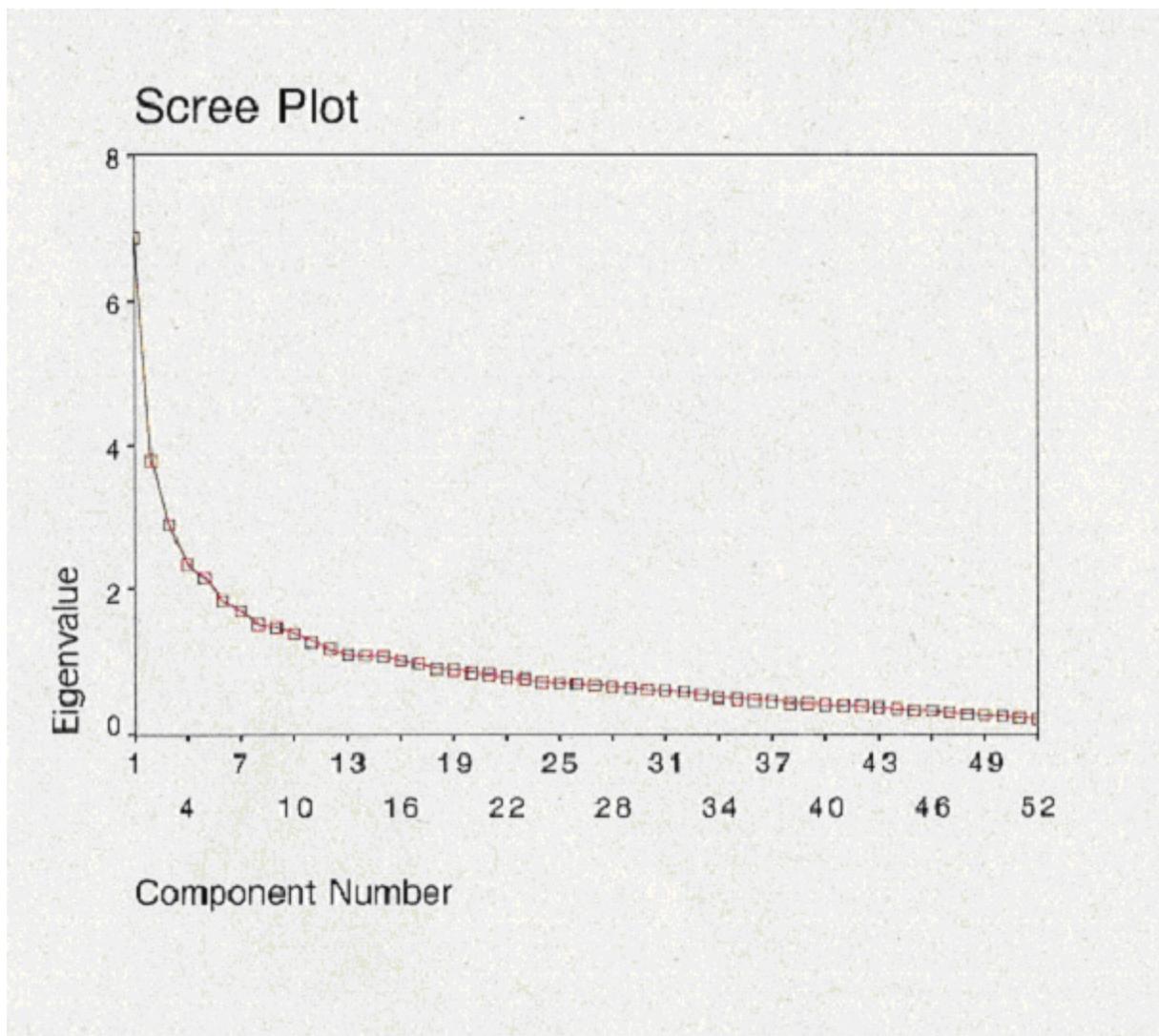


Abbildung 8: Scree-Plot

Es folgt die Ausgabe der Ladungsmatrix und die der reproduzierten Korrelationsmatrix mit den tatsächlichen Kommunalitäten.

Im Anhang A 7 ist die rotierte Ladungsmatrix der neun Faktoren zu sehen. Es sind die Werte $>0,200$ abgebildet. Laut Kline (1986, S. 189) sollten die Items auf ihren Faktor mit mehr als 0,3 laden und auf die anderen Faktoren möglichst um null. Nur Item H 27 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Flucht* erfüllt das erste Kriterium nicht und lädt lediglich mit 0,279 auf den Faktor S 03, wurde aber aufgrund von inhaltlichen Kriterien erhalten. Man sieht, dass nur 11 der 52 Items eine Ladung von $\geq 0,300$ auf einen zweiten Faktor aufweisen. Die höchste Doppelladung zeigt hierbei das Item F 07 *Arbeitslosigkeit ist ein häufiger Suizidanlass/-grund*. Es wurde dem Faktor S 05 zugeordnet, auf den es mit 0,497 lädt, und zeigt eine weitere Ladung von 0,447 auf den Faktor S 04.

In der folgenden Tabelle 3 sind die Eigenwerte der rotierten Faktoren und der Anteil der Gesamtvarianz, der durch die einzelnen Faktoren erklärt wird, abgebildet:

	Eigenwert	% der Varianz	Kumulative %
Skala S 01	3,177	6,110	6,110
Skala S 02	3,125	6,010	12,120
Skala S 03	3,045	5,856	17,975
Skala S 04	2,979	5,729	23,705
Skala S 05	2,900	5,577	29,281
Skala S 06	2,396	4,608	33,889
Skala S 07	2,389	4,594	38,484
Skala S 08	2,338	4,495	42,979
Skala S 09	2,278	4,381	47,360

Tabelle 3: Eigenwerte und (kumulative) Varianzaufklärung der rotierten Faktoren

Man sieht u. a., dass die ermittelten Faktoren 47,4% der Gesamtvarianz erklären.

Im Folgenden sind kurze Erläuterungen zu den einzelnen Faktoren aufgeführt mit jeweils einem repräsentativen Item:

- Faktor S 01 „Professionelle Hilfe“:

Professionelle medizinisch-psychiatrische Behandlung hilft bei Suizidalität.

K 12 - *Stationäre Psychiatriebehandlung bedeutet Hilfe für Suizidale*

- Faktor S 02 „Gesunde Autonomie“:

Suizid und Suizidalität als Ausdruck gesunder Autonomie; Suizidalität wird als nicht pathologisch gesehen.

H 24 - *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Entscheidungsfreiheit*

- Faktor S 03 „Endlose Verzweiflung“:

Suizid und Suizidalität als Ausdruck endloser Verzweiflung; die Items haben einen engen Bezug zu depressiven Symptomen.

H 02 - *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Hoffnungslosigkeit*

- Faktor S 04 „Ohnmacht und Ausgeliefertsein“:

Suizid und Suizidalität als Ausdruck der Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein

F 13 - Sexuelle Gewalt ist ein häufiger Suizidanlass/-grund

- Faktor S 05 „Aktueller Verlust“:

Suizid und Suizidalität als Ausdruck von aktuellem Verlust; es gibt einen äußeren sichtbaren Anlass.

F 03 - Verlust oder Tod von wichtigen Bezugspersonen sind häufige Suizidanlässe/-gründe

- Faktor S 06 „Vertrauliche Gespräche“:

Vertrauliche Gespräche mit anderen Menschen helfen bei Suizidalität, keine medizinisch-professionelle Hilfe; der Suizidale ist nicht krank.

K 01 - Ratschläge bedeuten Hilfe für Suizidale

- Faktor S 07 „Heftige Gefühle“:

Suizid und Suizidalität lösen heftige Gefühle aus.

H 18 - Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Wut

- Faktor S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“:

Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not kann hilfreich sein; eine durchaus professionelle Haltung.

K 07 - Gemeinsam Hilfsmöglichkeiten überlegen bedeutet Hilfe für Suizidale

- Faktor S 09 „Versagen“:

Suizid und Suizidalität bedeuten, nicht zu genügen, versagt zu haben.

H 11 - Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Scham

<p>Mit 52 Items des FKHS wird eine Faktorenanalyse durchgeführt, die eine sinnvoll zu interpretierende Neun-Faktoren-Lösung ergibt, welche 47,4% der Gesamtvarianz erklärt. Im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung des Therapiezentrums für Suizidgefährdete erfolgt die Benennung der einzelnen Faktoren.</p>

4.2. Reliabilitätsanalyse

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 4a bis d abgebildet:

Skala S 01: Professionelle Hilfe			
$\alpha=0,762$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
K 12	<i>Stationäre Psychiatriebehandlung bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,592	0,709
K 19	<i>Aufnahme in geschlossene Psychiatriestation bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,547	0,719
K 08	<i>Antidepressive Medikamente bedeuten Hilfe für Suizidale</i>	0,570	0,714
K 05	<i>Vom Arzt vereinbarte Kontrolltermine bedeuten Hilfe für Suizidale</i>	0,456	0,740
K 14	<i>Ständige Betreuung bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,397¹¹	0,751
K 09	<i>Psychotherapie bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,413	0,747
K 20	<i>Direktes Ansprechen der Suizidgedanken bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,402	0,749

Skala S 02: Gesunde Autonomie			
$\alpha=0,799$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
H 24	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Entscheidungsfreiheit</i>	0,684	0,738
H 14	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Freiheit</i>	0,572	0,764
H 07	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Selbstbestimmung</i>	0,564	0,766
H 26	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Eigenverantwortung</i>	0,507	0,778
H 03	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Erleichterung</i>	0,545	0,770
H 25	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Erlösung</i>	0,464	0,789

Tabelle 4a: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 01 und S 02
(Fett: 0,2-0,29 → „Marginal items, usually needing and being subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: 0,3-0,39 → „Reasonably good but possibly subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: Verbesserung von α durch Item-Deletion möglich)

¹¹ Da die Skalierung Ebels (Tabelle 5) nur bis zu 2 Dezimale umfasst, werden hier alle Werte, die $\geq 0,30$ und $\leq 0,399$ betragen, der Gruppe „0.30-0.39: Reasonably good but possibly subject to improvement“ zugeordnet.

Skala S 03: Endlose Verzweiflung			
$\alpha=0,702$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
H 06	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Verlassenheit</i>	0,573	0,632
H 09	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Ausweglosigkeit</i>	0,452	0,667
H 23	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Einsamkeit</i>	0,531	0,641
H 02	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Hoffnungslosigkeit</i>	0,390	0,678
H 15	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Leiden</i>	0,413	0,669
H 05	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Trauer</i>	0,388	0,675
H 19	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Bedrängtheit</i>	0,282	0,703
H 27	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Flucht</i>	0,211	0,713

Skala S 04: Ohnmacht und Ausgeliefertsein			
$\alpha=0,721$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
F 15	<i>Erfahrungen in der Kindheit sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,471	0,677
F 13	<i>Sexuelle Gewalt ist ein häufiger Suizidanlass/-grund</i>	0,532	0,659
F 08	<i>Körperliche Misshandlung ist ein häufiger Suizidanlass/-grund</i>	0,463	0,680
F 14	<i>Beruflicher Misserfolg ist ein häufiger Suizidanlass/-grund</i>	0,456	0,682
F 12	<i>Mobbing am Arbeitsplatz ist ein häufiger Suizidanlass/-grund</i>	0,449	0,684
F 11	<i>Innere Konflikte sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,355	0,712

Tabelle 4b: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 03 und S 04
(Fett: 0,2-0,29 → „Marginal items, usually needing and being subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: 0,3-0,39 → „Reasonably good but possibly subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: Verbesserung von α durch Item-Deletion möglich)

Skala S 05: Aktueller Verlust			
$\alpha=0,735$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
F 03	<i>Verlust oder Tod von wichtigen Bezugspersonen sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,508	0,689
F 04	<i>Trennung oder Verlassenwerden sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,612	0,667
F 05	<i>Schulden sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,484	0,695
F 02	<i>Schwere körperliche Erkrankungen sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,386	0,720
F 07	<i>Arbeitslosigkeit ist ein häufiger Suizidanlass/-grund</i>	0,435	0,706
F 09	<i>Liebeskummer ist ein häufige Suizidanlass/-grund</i>	0,394	0,716
F 01	<i>Psychische Erkrankungen sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,332	0,728

Skala S 06: Vertrauliche Gespräche			
$\alpha=0,602$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
K 17	<i>Gespräche mit eigener Familie bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,408	0,520
K 13	<i>Offenes Gespräch mit Freunden bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,307	0,573
K 16	<i>Gespräche mit Geistlichem bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,370	0,540
K 04	<i>Notruf anrufen bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,386	0,532
K 01	<i>Ratschläge bedeuten Hilfe für Suizidale</i>	0,320	0,570

Skala S 07: Heftige Gefühle			
$\alpha=0,634$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
H 16	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Mitleid</i>	0,426	0,561
H 18	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Wut</i>	0,484	0,528
H 04	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Ärger</i>	0,411	0,573
H 10	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Unbehagen</i>	0,355	0,596
H 21	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Verantwortung</i>	0,277	<u>0,638</u>

Tabelle 4c: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 05, S 06 und S 07
(Fett: 0,2-0,29 \rightarrow „Marginal items, usually needing and being subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: 0,3-0,39 \rightarrow „Reasonably good but possibly subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: Verbesserung von α durch Item-Deletion möglich)

Skala S 08: Ernstnehmen und Anerkennen			
$\alpha=0,760$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
K 06	<i>Zuhören ohne zu werten bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,687	0,565
K 02	<i>Ernstnehmen ohne Ausreden bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,532	0,747
K 07	<i>Gemeinsam Hilfsmöglichkeiten überlegen bedeutet Hilfe für Suizidale</i>	0,560	0,711

Skala S 09: Versagen			
$\alpha=0,653$		Trennschärfe	α ohne dieses Item
H 13	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Vorwurf</i>	0,416	0,596
H 08	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Schuld</i>	0,400	0,694
H 11	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Scham</i>	0,507	0,553
F 10	<i>Kränkungen sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>	0,315	0,639
H 17	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Abhängigkeit</i>	0,397	0,606

Tabelle 4d: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 08 und S 09
(Fett: 0,2-0,29 → „Marginal items, usually needing and being subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: 0,3-0,39 → „Reasonably good but possibly subject to improvement“ (Tab. 5),
Fett: Verbesserung von α durch Item-Deletion möglich)

Alle 52 Items weisen eine brauchbare Trennschärfe auf. Nur 3 Items befinden sich unter 0,30 und gelten somit als „marginal items“ (s. Tab. 5). 14 Items sind brauchbar mit Verbesserungsmöglichkeit. Die übrigen 34 erreichen Werte, die sie als „very good items“ ausweisen.

Index of Discrimination	Item Evaluation
0.4 and up	Very good items
0.30-0.39	Reasonably good but possibly subject to improvement
0.20-0.29	Marginal items, usually needing and being subject to improvement
Below 0.19	Poor items, to be rejected or improved by revision

Tabelle 5: Interpretation der Trennschärfeindices
(Quelle: Ebel 1972, S. 232)

Alle neun Faktoren kommen auf eine Innere Konsistenz von über 0,6, sechs auf einen Wert von mehr als 0,7. Laut Kaplan und Saccuzzo (1993, S. 126 und S. 179) liegt der Standard zur Akzeptanz experimenteller Instrumente bei 0,70, auch wenn z. B. Kline (1986, S. 144 f.) die Meinung vertritt, dass in bestimmten Fällen ein niedrigerer Wert erwartet werden könne und man nicht übertrieben großen Wert auf die Innere Konsistenz legen solle. Die Skalen

mit $\alpha < 0,7$ sind die Skala S 06 „Vertrauliche Gespräche“, Skala S 07 „Heftige Gefühle“ und Skala S 09 „Versagen“.

Bei der Gesamt-Reliabilitäts-Prüfung ergibt sich eine ausreichende Innere Konsistenz von 0,862. Lediglich ein Item (K 13 *Offenes Gespräch mit Freunden bedeutet Hilfe für Suizidale*) weist eine Trennschärfe von $\leq 0,2$ auf, wird jedoch aufgrund einer inhaltlichen Entscheidung im Fragenkollektiv belassen.

Alle 52 Items weisen eine brauchbare Trennschärfe auf, alle neun Faktoren des FKHS kommen auf eine Innere Konsistenz von über 0,6, sechs auf einen Wert von mehr als 0,7. Bei der Gesamt-Reliabilitäts-Prüfung des FKHS ergibt sich eine ausreichende Innere Konsistenz von 0,862.

4.3. Gruppenunterschiede

4.3.1. Gruppenunterschiede der Skalen

Im Anhang A 8 und 9 sind die Ergebnisse der Skalen dargestellt.

Alle Probanden, d. h. das Gesamtkollektiv und auch alle einzelnen Gruppen, unterstützen Skala S 01 „Professionelle Hilfe“, Skala S 03 „Endlose Verzweiflung“, Skala S 04 „Ohnmacht und Ausgeliefertsein“, Skala S 05 „Aktueller Verlust“, Skala S 06 „Vertrauliche Gespräche“ und Skala S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ und lehnen Skala S 02 „Gesunde Autonomie“, Skala S 07 „Heftige Gefühle“ und Skala S 09 „Versagen“ eher ab. Keine Skala wird als sicher nicht zutreffend bewertet, Skala S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ jedoch als sicher zutreffend.

Insgesamt sind die Versuchspersonen und auch alle Gruppen der Ansicht, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome sei, dass Suizidale oft Situationen erlebten, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlen, wie z. B. Misshandlungen besonders in der Kindheit oder beruflicher Misserfolg, und dass ein Suizid häufig durch Verluste (Trennung/Tod) von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde. Des Weiteren glauben sie einerseits, professionelle Hilfe sei bei Suizidalität sinnvoll, andererseits jedoch auch, vertrauliche Gespräche könnten helfen, und der Suizidale sei nicht als krank zu betrachten. Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise sehen sie als besonders hilfreich an.

Die Probanden sind nicht der Meinung, suizidales Verhalten sei ein Zeichen gesunder Autonomie oder positiver Gefühle wie z. B. Entscheidungsfreiheit oder Erlösung, jedoch deute es auch nicht auf menschliches Versagen hin. Einerseits lehnen sie heftige Gefühle wie Wut im Zusammenhang mit Suizidalität ab, andererseits aber auch Mitleid sowie Verantwortung.

Um signifikante Gruppenunterschiede festzustellen, werden die Skalen zunächst auf Normalverteilung hin geprüft. Wie aus dem Anhang A 8 ersichtlich, ist nur die Skala S 02 „Gesunde Autonomie“ normalverteilt (KS-Test: Asymptotische Signifikanz (2-tailed): 0,106).

Für 3 von 15 Gruppenvergleichen (Medizinstudenten – Allgemeinmediziner, Allgemeinmediziner – andere soziale Berufe, Allgemeinmediziner – nicht primär soziale

Berufe) bezüglich der Skala S 02 „Gesunde Autonomie“ kann eine Varianzhomogenität nicht festgestellt werden (Levene-Wert von $<0,05$) (Anhang A 10).

Der deshalb durchgeführte U-Test nach Mann und Whitney ergibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich dieser drei Vergleiche (sign.: $<0,0033$) (Anhang A 8).

Die für die übrigen zwölf Paare angewandten t-Tests ergeben nach Bonferroni-Korrektur keinen signifikanten Einzelvergleich (Anhang A 8).

Bei der außerdem mit der Skala S 02 „Gesunde Autonomie“ (Levene-Wert $\geq 0,05$) durchgeführten Anova wird eine nicht-signifikante Overall-Signifikanz festgestellt (s. Anhang A 8). Da so einzelne Gruppenunterschiede nicht zu ermitteln sind, ist ein Post-hoc-Test unnötig.

Bei den Gruppenvergleichen der nicht normalverteilten Skalen werden der U-Test und der KW-Test angewandt. Weil es Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen der beiden Verfahren gibt, werden die des KW-Tests verworfen und im Folgenden nur die der U-Tests diskutiert. Die Ergebnisse sind ebenfalls aus dem Anhang A 8 und A 11 ersichtlich.

Der U-Test ergibt für Skala S 01 „Professionelle Hilfe“, Skala S 03 „Endlose Verzweiflung“, Skala S 05 „Aktueller Verlust“, Skala S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ und Skala S 09 „Versagen“ nach Bonferroni-Anpassung signifikante Gruppenunterschiede, von denen die Skala S 01 „Professionelle Hilfe“ und S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ hochsignifikant sind.

Betrachtet man die einzelnen Paarvergleiche, sieht man, dass 17 von 135 möglichen signifikant und davon 8 hochsignifikant sind (Anhang A 8 und 11). Einen Überblick über die Gruppenunterschiede im Einzelnen liefert Anhang A 11.

Die Gruppe der Medizinstudenten und die der Klinikassistenten unterscheiden sich jeweils bezüglich mindestens einer Skala signifikant von den Allgemeinmediziner als Gruppe, jedoch nicht untereinander. Die Allgemeinmediziner stimmen mehr als die Medizinstudenten der Aussage zu, dass Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise eine Hilfe für Suizidale bedeute, und sie sind eher unentschlossen, ob suizidales Verhalten etwas mit Versagen zu tun habe, während die Studenten diese Möglichkeit ablehnen. Sie unterstützen die Möglichkeit von professioneller Hilfe stärker als die Klinikassistenten.

Zwischen den Medizinstudenten und den Psychologiestudenten gibt es keine signifikanten Unterschiede.

An 10 der 17 signifikant unterschiedlichen Paarvergleiche ist die Gruppe der nicht primär sozialen Berufe beteiligt bzw. an 5 der 8 hochsignifikanten. Jede einzelne Gruppe unterscheidet sich in mindestens einer Skala signifikant von den nicht primär sozialen Berufen.

Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe meinen in ihrer Gesamtheit weniger als alle anderen außer der Gruppe der Medizinstudenten, Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise bedeute eine Hilfe für Suizidale. Sie sind weniger als die drei Medizinergruppen der Meinung, professionelle Hilfe sei bei suizidalen Patienten angezeigt. Außerdem unterstützen sie die Haltung, suizidales Verhalten sei ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome,

weniger als die Medizinstudenten, meinen seltener als die Klinikassistenten, dass ein Suizid häufig durch Verluste (Trennung/Tod) von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde, und lehnen die Möglichkeit, dass Suizidalität etwas mit Versagen zu tun habe, deutlicher ab als die Allgemeinmediziner, die in diesem Punkt eher unentschlossen sind.

Insgesamt sind die Versuchspersonen der Ansicht, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome sei, dass Suizidale oft Situationen erlebten, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlten, und dass ein Suizid häufig durch Verluste von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde. Des Weiteren glauben sie einerseits, professionelle Hilfe sei bei Suizidalität sinnvoll, andererseits jedoch auch, vertrauliche Gespräche könnten helfen, und der Suizidale sei nicht als krank zu betrachten. Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise sehen sie als besonders hilfreich an.

Die Probanden sind nicht der Meinung, suizidales Verhalten sei ein Zeichen gesunder Autonomie oder positiver Gefühle, jedoch deutet es auch nicht auf menschliches Versagen hin. Einerseits lehnen sie heftige Gefühle wie Wut im Zusammenhang mit Suizidalität ab, andererseits aber auch Mitleid oder Verantwortung.

Die Allgemeinmediziner dieser Studie stimmen mehr als die Medizinstudenten der These zu, dass Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise eine Hilfe für Suizidale bedeute, und sind eher unentschlossen, ob suizidales Verhalten etwas mit Versagen zu tun habe, wobei die Studenten diese Möglichkeit ablehnen. Sie unterstützen die Möglichkeit professioneller Hilfe signifikant mehr als die Klinikassistenten.

Zwischen den Medizinstudenten der vorliegenden Untersuchung und den Psychologiestudenten gibt es hier keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Zwischen den Vertretern der nicht primär sozialen Berufe und den anderen Gruppen gibt es zahlreiche (hoch-) signifikante Unterschiede. U. a. lehnen sie die Möglichkeit, Suizidalität habe etwas mit Versagen zu tun, signifikant deutlicher ab als die Allgemeinmediziner.

4.3.2. Gruppenunterschiede der Nicht-Skalen-Items

4.3.2.1. Wissen

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Items vorgestellt werden, die das Wissen der Probanden eruieren (für die richtigen Antworten siehe 2.2.1. „Daten und Fakten zum Suizid“, für Details der Ergebnisse siehe Anhang A 12 bis 18).

Der erste Teil beschäftigt sich mit den in Deutschland pro Jahr Verstorbenen durch verschiedene Todesursachen, darunter auch den Suizid.

In diesem Fragenblock werden Über- und Unterschätzungen zu falschen Schätzungen zusammengefasst, da sonst die Bedingungen für den Chi-Quadrat-Test nicht durchgängig erfüllt wären (in >20% der Felder der Kreuztabelle treten sonst bei C 02 *Geschätzte Tote durch Suizid* erwartete Häufigkeiten <5 auf). Dennoch werden bei der deskriptiven

4. Ergebnisse

Auswertung von Punkt C 02 *Geschätzte Tote durch Suizid* aufgrund der Relevanz des Items sowohl die richtigen Angaben als auch die Unter- und Überschätzungen erwähnt.

Abbildung 9 gibt zunächst einen Überblick hinsichtlich der Einschätzung des Gesamtkollektivs:

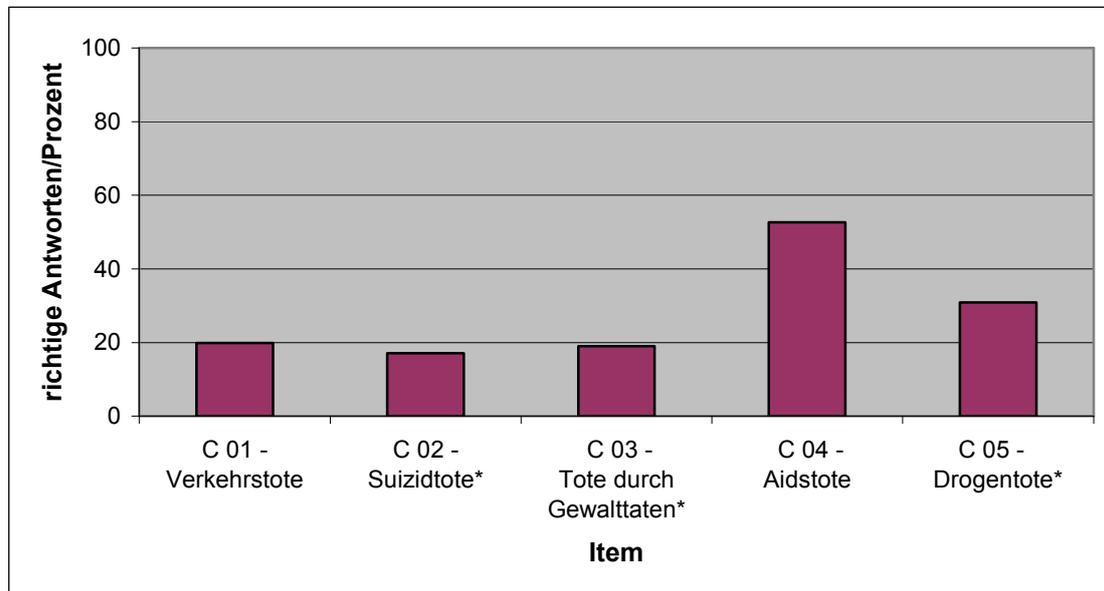


Abbildung 9: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen, Gesamtkollektiv (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; */=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (Chi-Quadrat-Test))**

Man sieht, dass das Gesamtkollektiv nur bei der Zahl der Aidstoten pro Jahr zu über 50% richtige Antworten gibt.

Im Folgenden werden die Antworttendenzen der einzelnen Gruppen dargestellt (Abb. 10):

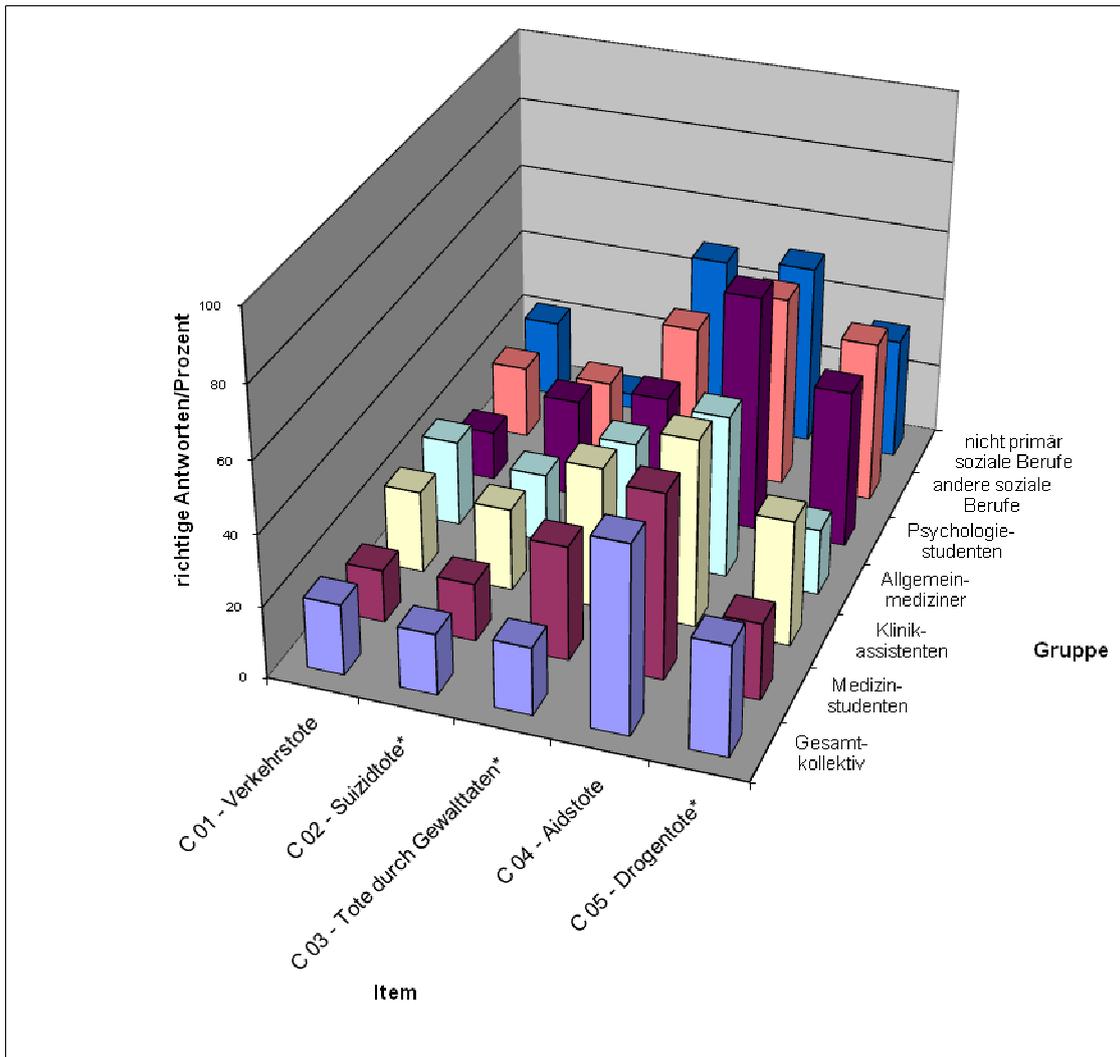


Abbildung 10: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten, */=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (Chi-Quadrat-Test))**

Zusammenfassend ist zu sagen, dass auch die einzelnen Gruppen (bis auf die der Allgemeinmediziner mit nur 45,8% richtiger Antworten) lediglich die Zahl der pro Jahr an Aids Verstorbenen zu über 50% richtig einschätzen, bei den vier anderen Todesursachen liegen sie durchgehend unter 50%.

4. Ergebnisse

Aus Abbildung 11 ist ersichtlich, dass 76,3% aller Probanden beim Tod durch Suizid die wirkliche Anzahl von 10.000-20.000 unterschätzten, während nur 6,5% eine zu hohe Zahl annehmen:

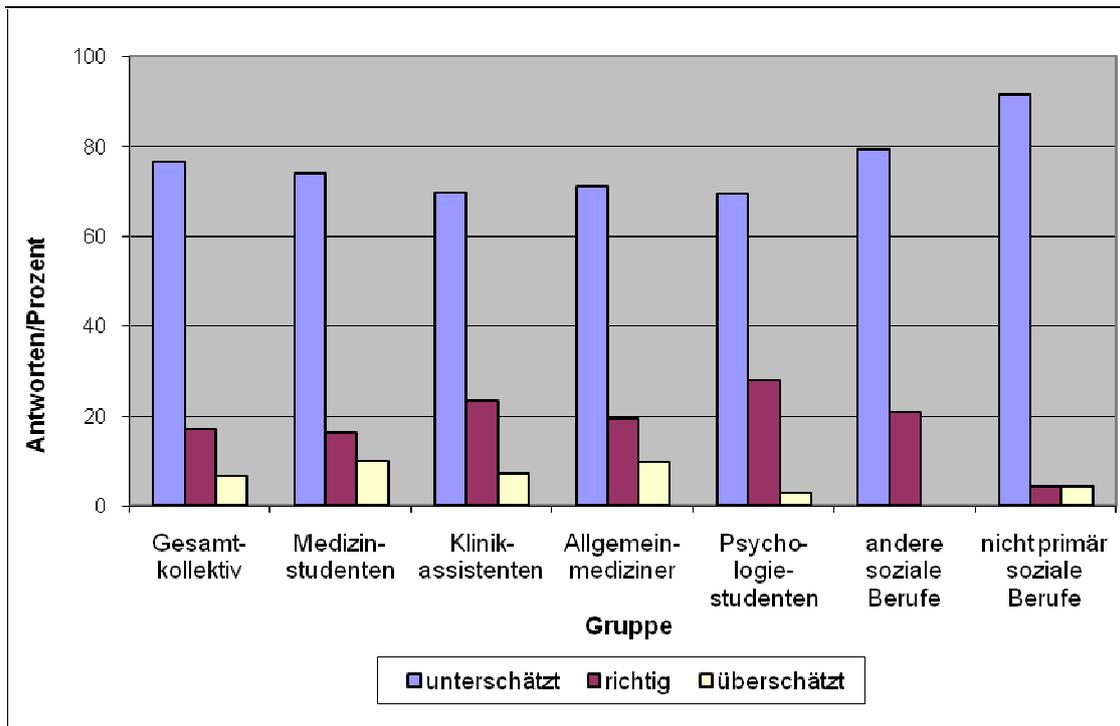


Abbildung 11: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch Suizid, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Am besten kennen sich hier die Psychologiestudenten aus, von denen 27,8% richtige Antworten geben, die korrekte Zahl aber auch in über zwei Dritteln der Fälle (69,4%) unterschätzen. Am deutlichsten darunter liegen die „nicht primär sozialen Berufe“ mit 91,5% Unterschätzungen und nur 4,2% zutreffenden Antworten. Wie bereits erläutert, handelt es sich hierbei um einen rein deskriptiven Vergleich.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergibt für die Items C 02 *Geschätzte Tote durch Suizid*, für C 03 *Geschätzte Tote durch Gewalttaten* und für C 05 *Geschätzte Tote durch Drogen* signifikante Gruppenunterschiede (Anhang A 12).

Beim Item C 02 *Geschätzte Tote durch Suizid* (Abb. 11) ergeben die Residuals der richtigen Schätzungen für die Gruppe der Psychologiestudenten, der Klinikassistenten, der anderen sozialen Berufe und der Allgemeinmediziner positive Werte, also mehr richtige Antworten als der Gesamtdurchschnitt (Psychologiestudenten>Klinikassistenten>andere soziale Berufe>Allgemeinmediziner), und für die Medizinstudenten und die nicht primär sozialen Berufe negative Werte (Medizinstudenten>nicht primär soziale Berufe).

Hier schneiden also die Klinikassistenten als Kollektiv besser ab als die Allgemeinmediziner und diese besser als die Medizinstudenten, die Psychologiestudenten besser als die Medizinstudenten und Vertreter nicht primär sozialer Berufe schlechter als alle anderen.

Beim Item C 03 *Geschätzte Tote durch Gewalttaten* wissen die Medizinstudenten besser Bescheid als die Klinikassistenten und diese mehr als die Allgemeinmediziner. Die

4. Ergebnisse

Medizinstudenten sind informierter als die Psychologiestudenten. Und wiederum wissen die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe am wenigsten.

Beim Item C 05 *Geschätzte Tote durch Drogen* kommt die Gruppe der Klinikassistenten zu einem besseren Ergebnis als die der Medizinstudenten, die mehr wissen als die der Allgemeinmediziner. Die Psychologiestudenten sind den Medizinstudenten in ihrer Kenntnis hinsichtlich dieses Punktes überlegen, und die nicht primär sozialen Berufe zeigen dieses Mal mehr richtige Antworten als die Medizinstudenten und die Allgemeinmediziner, jedoch weniger als die übrigen Gruppen.

In der folgenden Abbildung (Abb. 12) sieht man das Verhältnis der geschätzten Verkehrstoten zu den vermuteten durch Suizid Verstorbenen pro Jahr:

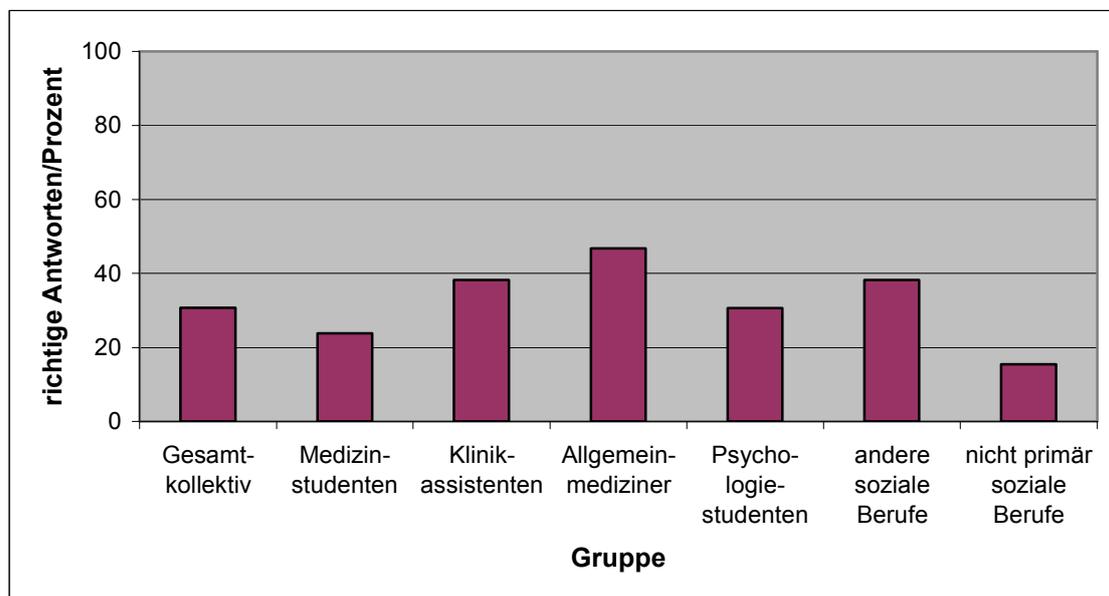


Abbildung 12: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch Suizid und Verkehrsunfälle im Vergleich, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Dass in Deutschland pro Jahr mehr Menschen durch Suizid sterben als durch Verkehrsunfälle, wissen 30,7% aller Versuchspersonen.

Mit 46,8% ist der Anteil derer, denen dieser Sachverhalt bekannt ist, bei den Allgemeinmedizinern am größten und mit 15,5% bei den Angehörigen nicht primär sozialer Berufe am kleinsten. Die Allgemeinmediziner wissen im Durchschnitt mehr als die Klinikassistenten und diese mehr als die Medizinstudenten. Vergleicht man die beiden Studentengruppen, sind die Psychologiestudenten hier überlegen. Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe geben wieder die wenigsten richtigen Antworten. Hierbei handelt es sich erneut um einen lediglich deskriptiven Vergleich.

4. Ergebnisse

Der nächste Abschnitt stellt die Ergebnisse des Fragenblocks vor, der sich mit den Gruppen beschäftigt, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko haben, an einem Suizid zu sterben (für die korrekten Antworten s. 2.2.1. „Daten und Fakten zum Suizid“, S. 5 ff.). Die genauen Ergebnisse finden sich im Anhang unter A 13 bis 15. Wieder wird zunächst ein Überblick über alle Items gegeben (Abb. 13):

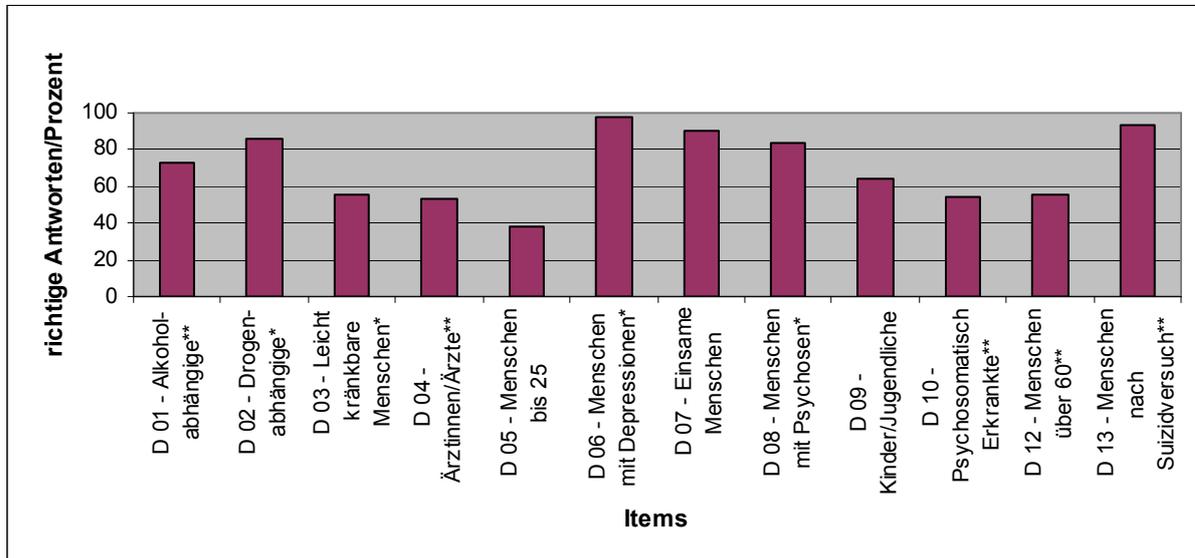


Abbildung 13: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gesamtkollektiv, D 01 bis D 13 ohne D 11 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; **/=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))

Man sieht, dass elf der zwölf Risikogruppen (Ausnahme: *Menschen bis 25*: 38,3%) von mindestens 50% der Versuchspersonen erkannt werden und davon fünf zu über 75% (*Drogenabhängige*, *Menschen mit Depressionen*, *Einsame Menschen*, *Menschen mit Psychosen*, *Menschen nach Suizidversuch*).

4. Ergebnisse

Nun folgt, wie schon im vorherigen Fragenblock, die Vorstellung der Antworten der einzelnen Gruppen (Abb. 14a und b):

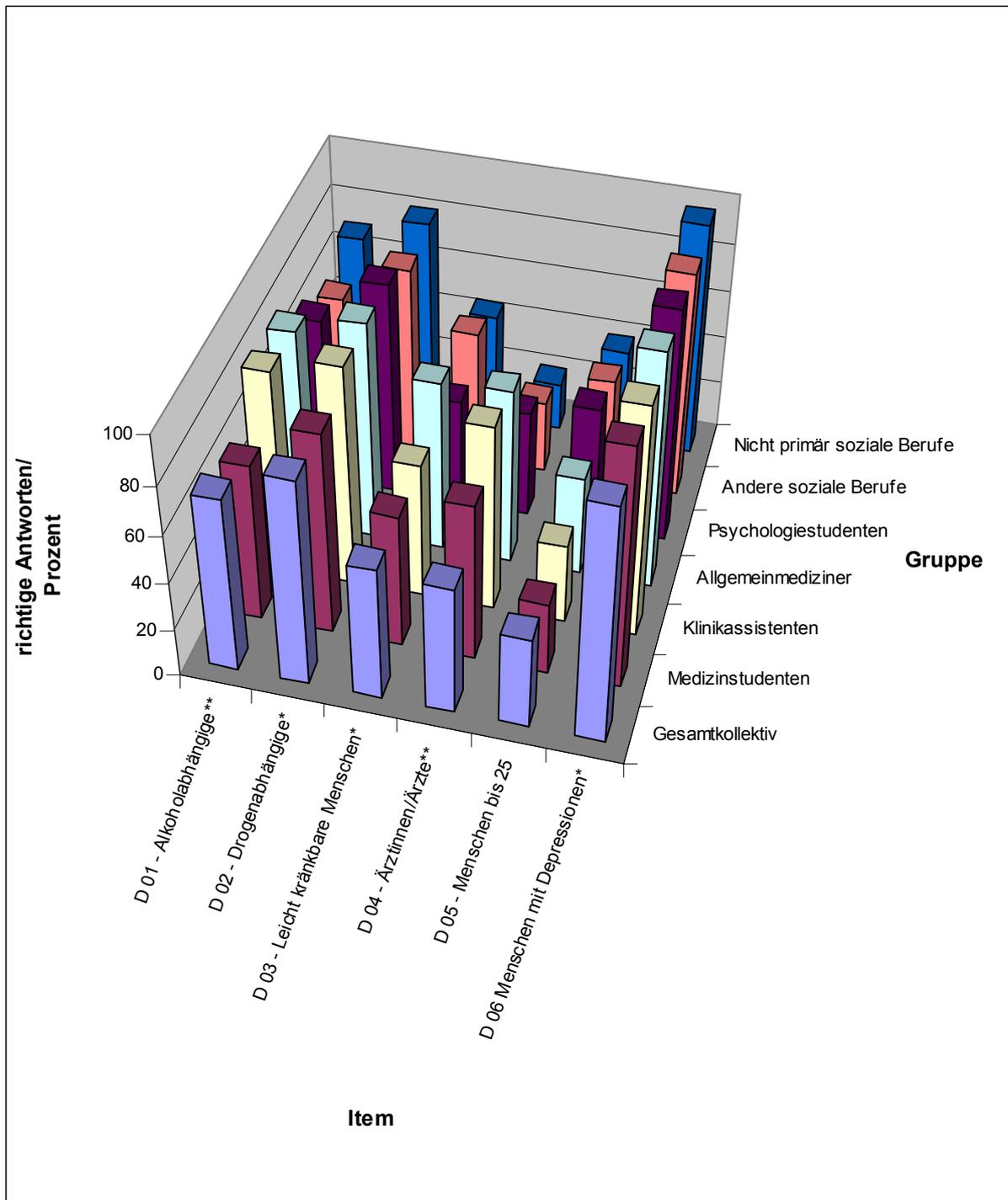


Abbildung 14a: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gruppen, D 01 bis D 06 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

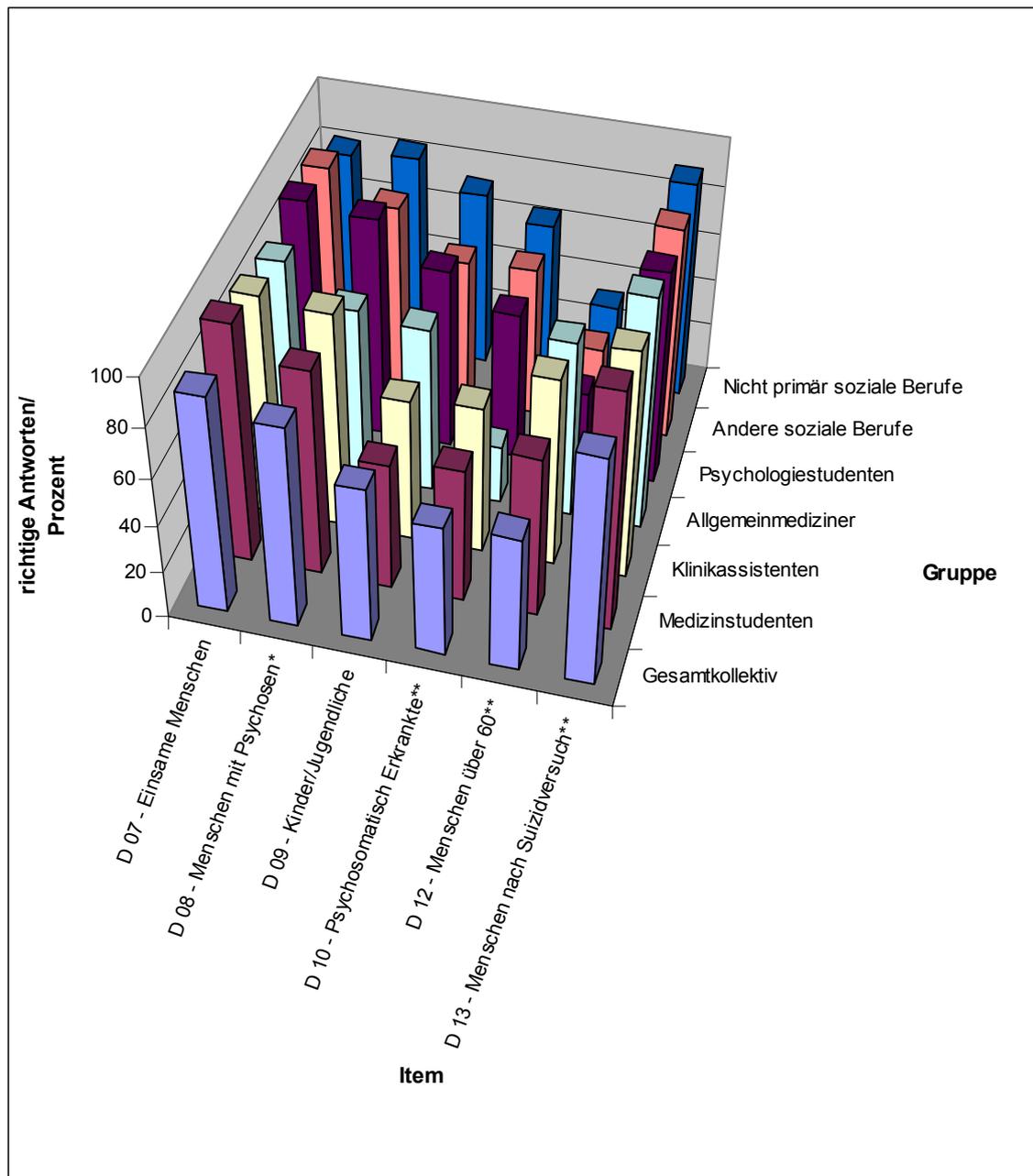


Abbildung 14b: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gruppen, D 07 bis D 13 ohne D 11 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Bezüglich sieben der zwölf Punkte geben also alle Gruppen mehr als 50% richtige Antworten. Die Angehörigen der drei Medizinergruppen wissen im Gegensatz zu den übrigen Gruppen zu mehr als der Hälfte vom erhöhten Suizidrisiko der Ärztinnen und Ärzte, und die der anderen (sozialen und nicht primär sozialen) Berufe geben, anders als die Mediziner und Psychologiestudenten, zu weniger als 50% bezüglich der über 60-jährigen korrekte Antworten. Des Weiteren kommt der geringere Teil der Psychologiestudenten und der Vertreter nicht primär sozialer Berufe auf die richtige Antwort, dass leicht kränkbare Menschen ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, wobei über die Hälfte der anderen vier Gruppen diesen Sachverhalt kennt. Schließlich wissen nur die Psychologiestudenten zu mehr als 50%, dass Menschen bis zum 25. Lebensjahr nicht zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören. Und lediglich die Allgemeinmediziner irren sich bei Item D 10 *Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid* zu mehr als 50%.

Das in Tabelle 15 dargestellte Item wird aus Gründen der Komparabilität zu anderen Fragebögen dieser Art in die Studie aufgenommen und dient davon abgesehen auch aufgrund mangelnder Daten diesbezüglich weniger der Wissensabfrage als vielmehr der Aufdeckung von Vorurteilen, die man eventuell in der Gesamtbevölkerung finden kann.

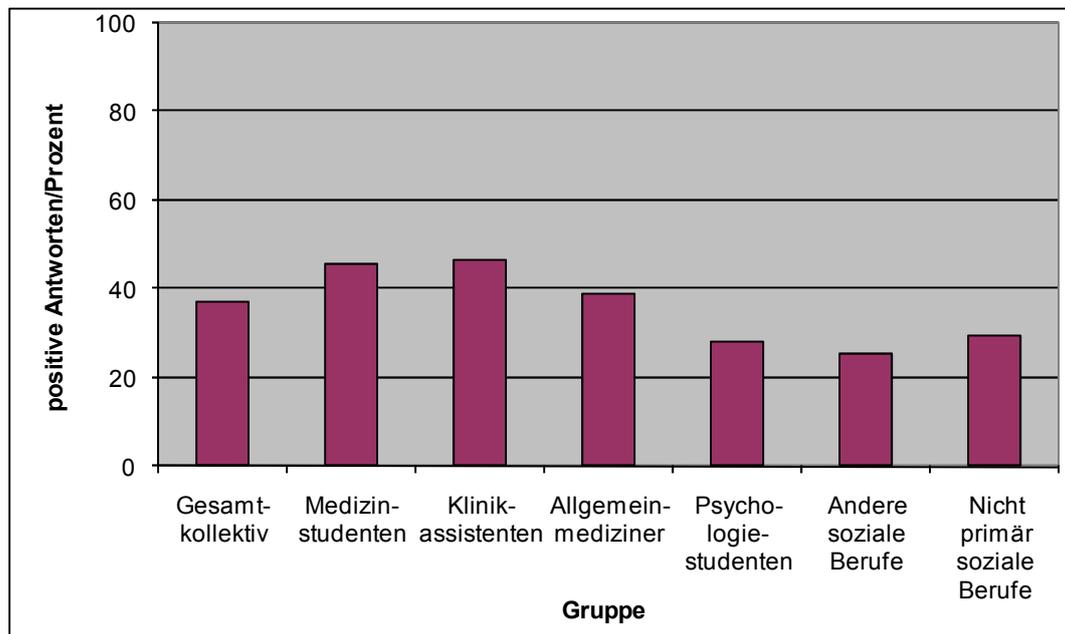


Abbildung 15: Personen im öffentlichen Leben als angenommene Risikogruppe für einen Tod durch Suizid, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

Insgesamt sind 37,0% der Meinung, für Personen im öffentlichen Leben treffe ein erhöhtes Suizidrisiko zu, 63,0% nehmen das Gegenteil an.

Bei den Klinikassistenten und Medizinstudenten glaubt fast die Hälfte, der betreffende Personenkreis sterbe mit größerer Wahrscheinlichkeit an einem Suizid als die Gesamtbevölkerung. Bei den Vertretern anderer sozialer Berufe und den Psychologiestudenten ist es jeweils nur ein Viertel.

Nachdem der KS-Test ergibt, dass keines der 13 Items eine Normalverteilung aufweist, werden die U-Tests nach Mann-Whitney durchgeführt. Die detaillierten Ergebnisse sind im Anhang unter A 13 und 15 aufgeführt.

Laut U-Test liegen bei allen Items *außer D 05 Menschen bis zum 25. Lebensjahr erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 07 Einsame Menschen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 09 Kinder und Jugendliche erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid und D 11 Personen im öffentlichen Leben erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid* signifikante Gruppenunterschiede vor, die bei den Items *D 01 Alkoholabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 04 Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 10 Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12 Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid und D 13 Menschen mit früherem Suizidversuch erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid* hochsignifikant sind.

Betrachtet man die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Fragestellung, sieht man, dass sich unter den Medizinergruppen jeweils die der Medizinstudenten und die der Klinikassistenten von der Gruppe der Allgemeinmediziner in ihrem Wissen zu einer

Risikogruppe (D 10 *Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid*) hochsignifikant unterscheiden, wobei sich letztere jeweils schlechter auskennt.

Zwischen Medizinstudenten und Psychologiestudenten kommen signifikante Gruppenunterschiede diesbezüglich nicht vor.

Bei 14 der 33 signifikant unterschiedlichen Paarvergleiche bzw. bei 10 der 22 hochsignifikanten ist die Gruppe der nicht primär sozialen Berufe beteiligt. Jede der drei Medizinergruppen unterscheidet sich durch mindestens drei Items signifikant von den nicht primär sozialen Berufen. Zwischen den Psychologiestudenten bzw. den Angehörigen anderer sozialer Berufe und denen der nicht primär sozialen Berufe lassen sich keine signifikanten Unterschiede verzeichnen. Für weitere Einzelheiten sei hier erneut auf Anhang A 15 verwiesen.

Zusätzlich ergänzen einige Versuchspersonen die angebotenen Gruppen durch weitere, wobei achtmal (von 28 Wortantworten) „unheilbar/chronisch/Todkranke“ aufgeführt wird (Tab. 6).

Andere:
Akute Lebenskrise
Behinderte
Erweiterter Suizid durch Eltern (nehmen Kinder mit)
Junge Menschen mit Liebeskummer
Landwirte
Männer
Menschen nach Trennung/Scheidung
Menschen ohne Liebeserfahrung
Musiker/Künstler
Patienten mit Angststörungen
Patienten mit sozialem Abstieg
Polizisten
Soziale Oberschicht
Soziale Randgruppen
Studenten
Suizide in Familie/Bekanntenkreis
Terroristen
Traumatisierte Menschen
Unheilbar/chronisch/Todkranke
Verlust des Arbeitsplatzes

Tabelle 6: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, andere

Die nun zu beschreibenden Ergebnisse basieren auf einer Gruppe von Fragen, die epidemiologische Daten zu Suizid und Suizidversuchen eruieren. Details befinden sich im Anhang A 16.

Weil auch bei der Frage nach der Suizidhäufigkeit der letzten zehn Jahre die Bedingungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt sind, d.h. >20% der Felder der Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten von <5 aufweisen, werden die Antworten „ist eher gleich geblieben“ und „hat eher abgenommen“ zusammengefasst. Da die Suizidhäufigkeit in den zehn Jahren vor der Datenerhebung zwar abgenommen hat, in den letzten vier Jahren jedoch eher gleich geblieben ist (Abb. 1, S. 6), wird diese Zusammenfassung als vertretbar angesehen. Bei dem Item, das die jahreszeitliche Häufung von Suiziden erfragt, werden ebenfalls die

4. Ergebnisse

Bedingungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt und deshalb die beiden Jahreszeiten (Frühling und Sommer), in denen Suizide häufiger vorkommen als in den anderen beiden, zu einer richtigen Antwort zusammengefasst.

Eine Darstellung der Ergebnisse aller Items gibt einen ersten Überblick (Abb. 16):

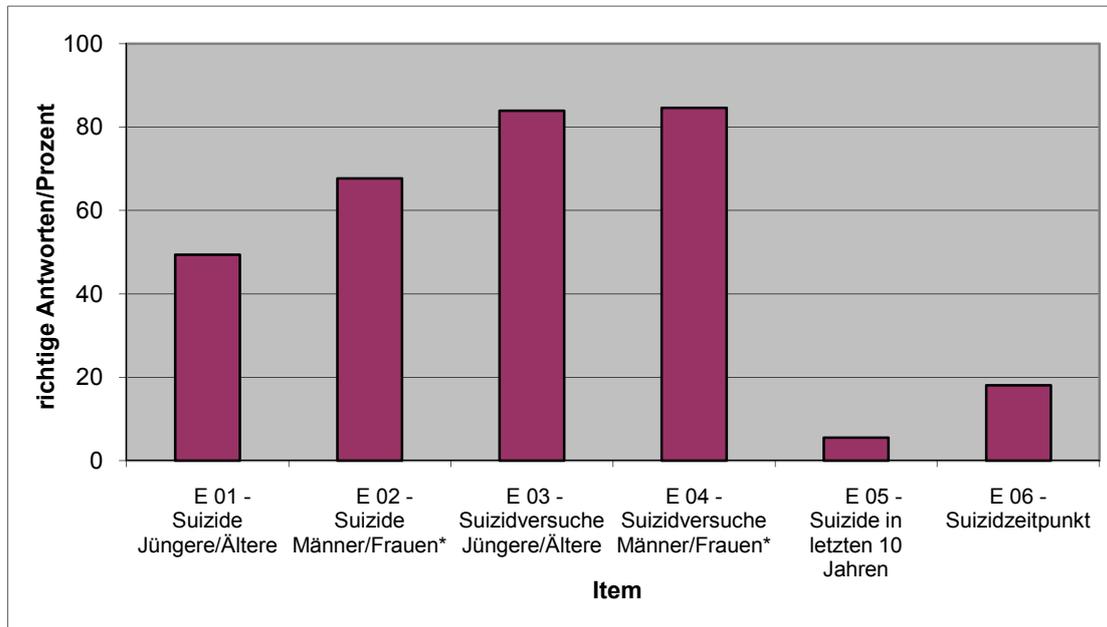


Abbildung 16: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen, Gesamtkollektiv (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; */=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (Chi-Quadrat-Test))**

Mindestens 50% des Gesamtkollektivs wissen demnach, dass Suizide häufiger unter Männern und Suizidversuche häufiger unter Frauen und jüngeren Menschen stattfinden. Fast der Hälfte ist bekannt, dass Suizide eher unter Älteren als unter Jüngeren geschehen. Dass die Suizidhäufigkeit in den letzten zehn Jahren nicht zugenommen hat und dass die meisten Suizide im Frühling und Sommer stattfinden, wissen deutlich weniger als 50%.

4. Ergebnisse

Dieses Muster findet sich in den einzelnen Gruppen in fünf der sechs Items wieder (Abb. 17). Bei E 01 *Suizide häufiger unter jungen oder älteren Menschen* geben alle außer den Vertretern anderer sozialer Berufe und nicht primär sozialer Berufe zu mehr als 50% richtige Antworten:

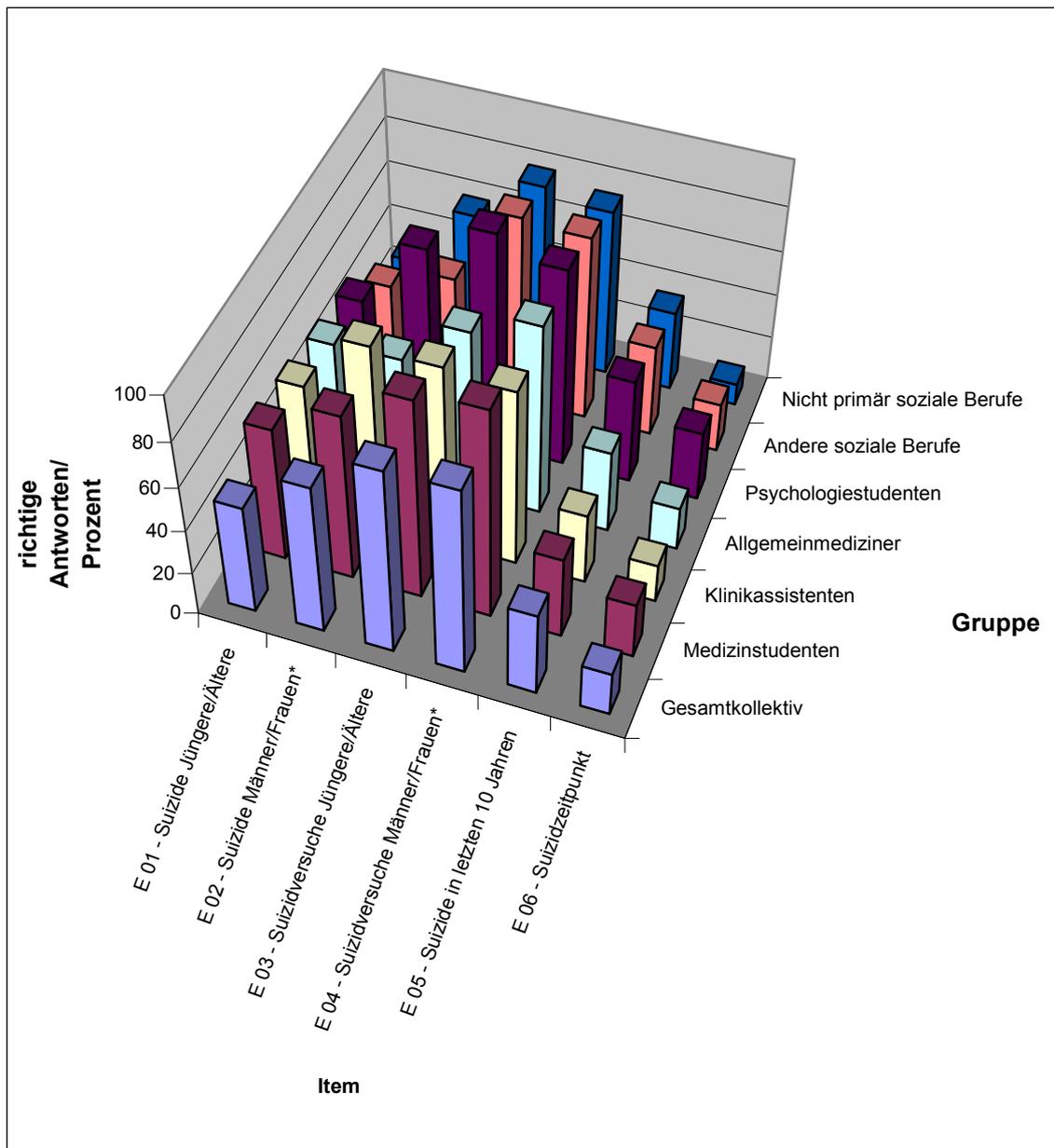


Abbildung 17: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen, Gruppen
(alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
*/**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (Chi-Quadrat-Test)

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson ergibt für die Items E 02 *Suizide häufiger bei Männern oder Frauen* und E 4 *Suizidversuche häufiger bei Männern oder Frauen* signifikante Gruppenunterschiede (Anhang A 16).

Beim Item E 02 *Suizide häufiger bei Männern oder Frauen* wissen die Klinikassistenten als Gruppe besser Bescheid als die Medizinstudenten und diese besser als die

Allgemeinmediziner. Die Psychologiestudenten geben mehr richtige Antworten als die Medizinstudenten, und die Vertreter nicht primär sozialer Berufe wissen mehr als die Allgemeinmediziner und die anderen sozialen Berufe, aber weniger als die übrigen Gruppen.

Beim Item E 04 *Suizidversuche häufiger bei Männern oder Frauen* ergeben die Residuals der richtigen Schätzungen, dass die Gruppe der Medizinstudenten mehr richtige Antworten findet als die der Allgemeinmediziner und diese mehr als die der Klinikassistenten. Außerdem weiß sie mehr als die der Psychologiestudenten. Für die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe ergibt sich erneut das schlechteste Ergebnis.

Am Ende des regulären Fragebogens werden die Probanden gefragt, ob ihnen Institutionen bekannt seien, an die sich Suizidale wenden können:

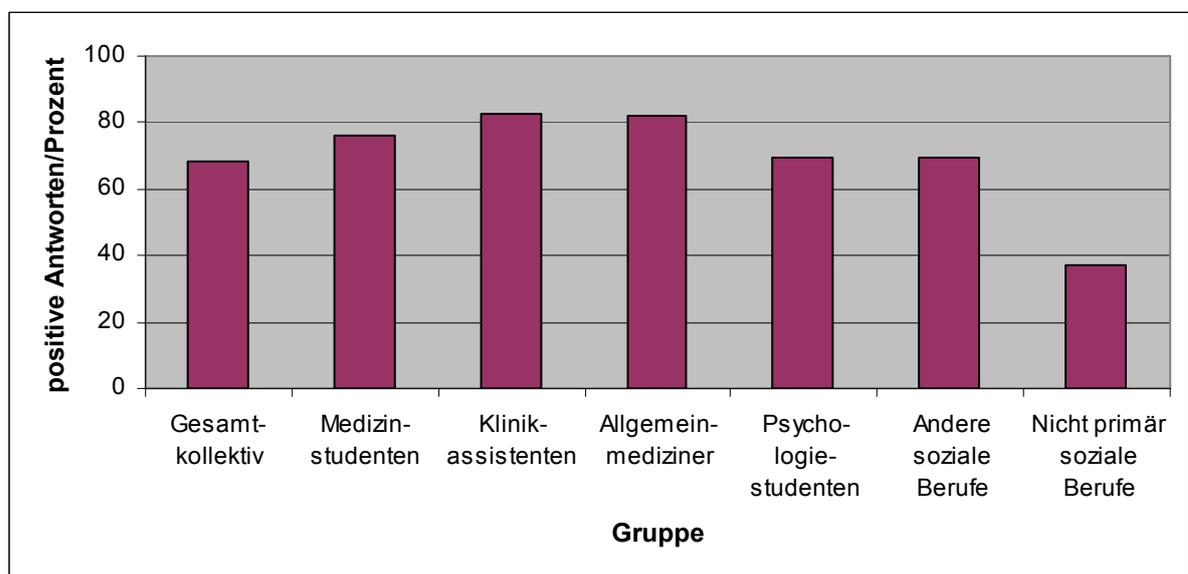


Abbildung 18: Institutionen bekannt, an die sich Suizidale wenden können, Gruppen (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

68,5% (n=235) aller Probanden geben an, Institutionen dieser Art zu kennen (Abb. 18), von denen 93,6% (n=220) diese Einrichtungen auch nennen (Tab. 7).

Unter 50% liegen hier nur die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe mit 37,0% positiver Antworten. Allen Medizinergruppen sind zu über 75% Institutionen bekannt, an die sich suizidale Personen wenden können.

Die Gruppenunterschiede sind hier hochsignifikant (Anhang A 17).

Während sich die Klinikassistenten und die Allgemeinmediziner nicht voneinander unterscheiden, sind ihnen mehr Institutionen bekannt als den Medizinstudenten, welche wiederum mehr als die Psychologiestudenten kennen. Die nicht primär sozialen Berufe liegen als einzige Gruppe unter dem Gesamtdurchschnitt.

Aus Tabelle 7 sind die einzelnen Wort-Antworten der Probanden ersichtlich, aus dem Anhang A 18, was zu den einzelnen Punkten aus Tabelle 7 ausdrücklich genannt wird:

Institution	Anteilige Antworten
Psychiatrische stationäre Institutionen	36,4% (n=80) ¹²
Therapiezentrum für Suizidgefährdete	34,5% (n=76)
Telefonseelsorge	34,1% (n=75)
Kirche/kirchliche Institutionen	28,6% (n=63)
Andere medizinische ambulante Institutionen	21,0% (n=46)
Andere medizinische stationäre Institutionen	20,0% (n=44)
Psychiatrische ambulante Institutionen	19,1% (n=42)
Psychologische Einrichtungen	11,4% (n=25)
Notdienste	11,0% (n=24)
Beratungsstellen	7,3% (n=16)
Selbsthilfegruppen	7,3% (n=16)
Andere soziale Institutionen	5,5% (n=12)
Staatliche Einrichtungen	4,5% (n=10)
Andere Telefone	2,3% (n= 5)
Familie/Freunde	0,9% (n= 2)
Internet	0,5% (n= 1)

Tabelle 7: Genannte Institutionen, an die sich Suizidale wenden können (N=220, Mehrfachantworten möglich)

Von den 220 Probanden, die Institutionen kennen, an die sich Suizidale wenden können, nennen mit 36,4% die meisten psychiatrische stationäre Institutionen, 34,5% das Therapiezentrum für Suizidgefährdete und 34,1% die Telefonseelsorge.

Die Medizinstudenten und die Klinikassistenten geben zu 16 und die Allgemeinmediziner zu 14 von 24 Fragen mindestens 50% richtige Antworten. Überwiegend falsch liegen sie z. B. bei der Schätzung von durch verschiedene Todesursachen Verstorbenen und bei dem Verhältnis der Zahlen der Suizidtoten und tödlichen Verkehrsoffer pro Jahr. Sie wissen zum Großteil nicht, dass Menschen unter 25 nicht zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören und kennen sich bei der jahreszeitlichen Häufung und der Suizidrate der letzten zehn Jahre nicht aus.

Bei sechs Items ist der Unterschied zwischen den Antworten der drei Medizinergruppen dieser Studie (hoch-) signifikant, wobei die Klinikassistenten offensichtlich am meisten wissen und die Allgemeinmediziner am wenigsten.

Die Psychologiestudenten dieser Untersuchung zeigen, dass sie das Suizidproblem insgesamt seltener unterschätzen als die Medizinstudenten.

Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe in dieser Studie schneiden bei fast allen signifikanten Wissensunterschieden schlechter ab als die anderen Probanden.

4.3.2.2. Wissen und Einstellung (J-Items)

Aufgrund der Fülle von Items des Fragenblocks J, in dem die Probanden zu Aussagen Stellung nehmen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere

¹² Das bedeutet, dass von den 220 Versuchspersonen, die hier Angaben machen, 36,4% oder 80 Probanden eine psychiatrische stationäre Institution nennen.

4. Ergebnisse

Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen, sollen hier nur jene Punkte aufgeführt werden, die von den Versuchspersonen relativ entschieden abgelehnt werden (≤ 2), denen sie recht entschieden zustimmen (≥ 3) und denen sie relativ unentschieden gegenüberstehen (2,40-2,60). Details sind aus Anhang A 19 bis 21 ersichtlich.

Demnach stimmen sie den Items

- J 09 *Menschen vor Suizid isolieren sich*
- J 26 *Zu wenig für Suizidale getan in Gesellschaft*
- J 35 *Polizei informieren bei Suizidankündigung im Internet*
- J 37 *Suizidalität für jeden möglich*

als Gesamtkollektiv zu und lehnen folgende Aussagen ab:

- J 01 *Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt*
- J 04 *Man muss psychisch krank sein für Suizid*
- J 05 *Suizid ist eine Seltenheit*
- J 13 *Ansprechen fördert Suizidausführung*
- J 14 *Suizid gleich Ehrenrettung*
- J 17 *Kein öffentliches Reden/Schreiben über Suizid angebracht*
- J 31 *Suizid gleich Rache*
- J 32 *Suizid mit meiner Religiosität nicht vereinbar*
- J 38 *Suizid bringt Schande über Familie*
- J 39 *Hilfe für Suizidale nur bei Bitte*
- J 40 *Angst vor Ansprechen von Suizidalen.*

Unentschieden sind sie gegenüber den Punkten

- J 11 *Nach erstem Suizidversuch immer weitere*
- J 22 *Unausweichlicher Tod bei echtem Todeswunsch*
- J 24 *Internet gefährlich für Suizidale*
- J 28 *Unterstützung von Suizid bei schwerer Krankheit*
- J 34 *Suizid ist egoistisch*
- J 36 *Suizidalität unter Bekannten.*

Die einzelnen Gruppen sind sich bis auf zwei Ausnahmen darin einig, dass sie ein Item ablehnen ($< 2,50$) oder ihm zustimmen ($> 2,50$). Die Vertreter anderer sozialer Berufe stimmen im Gegensatz zu den übrigen Gruppen dem Item J 07 *Kein Abhalten möglich von beschlossenem Suizid* zu, die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe dem Item J 18 *Kein Suizid(versuch) bei intakter Beziehung*.

Da keines der 41 J-Items normalverteilt ist, werden die U-Tests durchgeführt, um signifikante Gruppenunterschiede festzustellen.

Der U-Test gibt für 20 von 41 Items nach Bonferroni-Anpassung signifikante Gruppenunterschiede an, von denen 13 hochsignifikant sind (Anhang A 19 bis 21).

Betrachtet man die einzelnen Paarvergleiche, sieht man, dass 42 von 615 möglichen signifikant und davon 22 hochsignifikant sind. Einen Überblick über die einzelnen Gruppenunterschiede gibt Anhang A 21.

Die Medizinstudenten unterscheiden sich als Kollektiv von den Klinikassistenten in einem Punkt (J 40 *Angst vor Ansprechen von Suizidalen*) signifikant, von den Allgemeinmedizinern in zwei Punkten (J 07 *Kein Abhalten möglich von beschlossenerem Suizid*, J 28 *Unterstützung von Suizid bei schwerer Krankheit*) und in drei Punkten (J 15 *Off schwere Kränkungen vor Suizid*, J 40 *Angst vor Ansprechen von Suizidalen*, J 41 *Meistens Hilfesuche vor Suizid(versuch)*) hochsignifikant. Die Klinikassistenten differieren von den Allgemeinmedizinern in drei Items (J 15 *Off schwere Kränkungen vor Suizid*, J 19 *Suizid gleich Wunsch nach Änderung statt Todeswunsch*, J 35 *Polizei informieren bei Suizidankündigung im Internet*) signifikant.

Zwischen der Gruppe der Medizinstudenten und der der Psychologiestudenten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Bei 29 der 42 signifikant unterschiedlichen Paarvergleiche ist die Gruppe nicht primär sozialer Berufe beteiligt bzw. bei 18 der 22 hochsignifikanten. Jede einzelne Gruppe unterscheidet sich durch mindestens zwei Items signifikant von den nicht primär sozialen Berufen, wobei die Punkte J 01 *Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt* und J 02 *Interesse an Fortbildungsmaßnahmen* immer vertreten sind. Dabei fühlen sich die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe jeweils unzureichender ausgebildet als die der anderen Berufsgruppen, zeigen aber auch weniger Interesse an Fortbildungsmaßnahmen. Für weitere Einzelheiten siehe wieder Anhang A 21.

Die von den Gruppen der Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmediziner in dieser Arbeit stark unterstützten und deutlich abgelehnten J-Items unterstreichen insgesamt die Tendenzen, die sich bei der Auswertung der Skalen und der Wissens-Items abzeichnen.

Die Gruppe der Medizinstudenten unterscheidet sich von der der Klinikassistenten in einem Punkt signifikant und von der der Allgemeinmediziner in drei Punkten (hoch-) signifikant. Die Klinikassistenten differieren mit den Allgemeinmedizinern in drei Items signifikant.

Zwischen den Medizinstudenten und den Psychologiestudenten gibt es keine signifikanten Unterschiede.

An 29 der 42 (hoch-) signifikanten unterschiedlichen Paarvergleiche ist die Gruppe der nicht primär sozialen Berufe beteiligt.

4.4. Zusatzfragebogen

Zusätzlich zu den Fragen, die alle Versuchspersonen zu beantworten haben, erhalten die Allgemeinmediziner einen Bogen mit Zusatzfragen (Anhang A 6).

Von den 62 an der Studie teilnehmenden Allgemeinmedizinern haben alle den Zusatzfragebogen bearbeitet.

Demnach sind diese im Durchschnitt seit 13,0 Jahren ($s=10,1$) in der Niederlassung tätig, wobei die kürzeste Niederlassungszeit ein Jahr beträgt und ein Arzt seine Praxistätigkeit seit 53 Jahren ausübt.

4. Ergebnisse

16,1% der Allgemeinmediziner haben in ihrem Werdegang die „Zusatzbezeichnung Psychotherapie“ erlangt und 64,5% die der „Psychosomatische(n) Grundversorgung“. 3,3% sind außerdem Diplom-Psychologinnen (Tab. 8):

	Prozent
Zusatzbezeichnung Psychotherapie	16,1% (n=10)
Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundversorgung	64,5% (n=40)
Diplompsychologe/-in	3,3% (n=2)

Tabelle 8: Zusatzbezeichnungen der Allgemeinmediziner
 (Zusatzbezeichnung Psychotherapie: N=62,
 Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundversorgung: N=62,
 Diplompsychologe/-in: N=60;
 alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
 Mehrfachantworten möglich)

61,3% der Allgemeinmediziner geben an, sie empfänden es „eher“ oder „sicher“ als problematisch, suizidale Tendenzen bei Patienten zu erkennen. 38,7% sehen dabei keine Schwierigkeiten.

87,1% (n=54) der 62 Allgemeinmediziner beantworten die Frage, worin ihrer Erfahrung nach das größte Problem im Umgang mit Suizidalität liege. Dabei führt ein Drittel dieser die mangelnde Zeit in der Praxis an und ein Fünftel das schwierige Erkennen der suizidalen Patienten. Weitere Antworten sind in Tabelle 9 aufgeführt:

Problem	Genannt von
Zeit	33,3% (n=18)
Erkennen	20,4% (n=11)
Herankommen	13,0% (n= 7)
Einschätzen des Schweregrades	11,1% (n= 6)
Ansprechen	9,3% (n= 5)
Notwendigkeit der stationären (Zwangs-) Einweisung erkennen	7,4% (n= 4)
Unberechenbarkeit des Ausübungszeitpunktes	7,4% (n= 4)
Akzeptanz von Hilfsangeboten	5,6% (n= 3)
Vertrauen gewinnen	5,6% (n= 3)
Keine sofortige Therapiemöglichkeit	5,6% (n= 3)
Mangelnde Ausbildung	5,6% (n= 3)
Nicht-Ansprechen	3,7% (n= 2)
Richtiges Handeln	3,7% (n= 2)
Verhindern	3,7% (n= 2)
Ausweglosigkeit	3,7% (n= 2)

Tabelle 9: Von Allgemeinmedizinern genannte Schwierigkeiten im Umgang mit Suizidalen
 (N=54; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; Mehrfachantworten möglich)

Fast die Hälfte derer, die die erste Frage des darauf folgenden Blocks beantworten, gibt an, in der Praxis zwei- bis fünfmal pro Jahr Kontakt zu suizidalen Patienten zu haben. Es gibt niemanden, der noch nie Kontakt zu solchen Patienten hatte (Tab. 10):

	Prozent (valide)	Anzahl
Noch niemals	0,0%	0
Weniger als einmal pro Jahr	14,8%	9
Einmal pro Jahr	13,1%	8
2 bis 5 Mal pro Jahr	47,5%	29
6 bis 10 Mal pro Jahr	11,5%	7
Ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten	13,1%	8
Gesamt	100,0%	61

**Tabelle 10: Kontakt zu suizidalen Patienten in der Praxis
(N=61; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)**

Die nächste Frage eruiert, wie oft die Probanden in ihrer Sprechstunde schon persönlich Kontakt mit einem Patienten *nach einem Suizidversuch* gehabt haben. Tabelle 11 spiegelt die Antworten wider:

	Prozent	Anzahl
Noch niemals	8,1%	5
Weniger als einmal pro Jahr	14,5%	9
Einmal pro Jahr	22,6%	14
2 bis 5 Mal pro Jahr	35,5%	22
6 bis 10 Mal pro Jahr	12,9%	8
Ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten	6,5%	4
	100,1% ¹³	62

**Tabelle 11: Kontakt zu Patienten nach Suizidversuch in der Praxis
(N=62)**

Mit über einem Drittel gibt wieder die Mehrzahl der Versuchspersonen „2 bis 5 Mal pro Jahr“ an, aber auch 8,1% (n=5) „noch niemals“. 6,5% stehen nach eigenen Angaben in ständigem Kontakt mit Patienten nach Suizidversuch.

93,5% der Allgemeinmediziner haben bereits suizidgefährdete Patienten zum Psychiater geschickt, davon 24,2% schon oft (Tab. 12):

	Prozent	Anzahl
Ja, einmal	9,7%	6
Ja, öfter als einmal	59,7%	37
Ja, schon oft	24,2%	15
Nein	6,5%	4
	100,1%	62

**Tabelle 12: Überweisungen zum Psychiater
(N=62)**

¹³ Der über 100 hinausgehende Prozentsatz erklärt sich durch Rundungen.

Und fast 70% haben schon einen Patienten wegen eines Suizidrisikos in die Psychiatrie eingewiesen (Tab. 13):

	Prozent	Anzahl
Ja, einmal	9,7%	6
Ja, öfter als einmal	59,7%	37
Ja, schon oft	24,2%	15
Nein	6,5%	4
	100,1%	62

Tabelle 13: Einweisungen in die Psychiatrie (N=62)

Auf die Frage, welchen Stellenwert nach ihrer Erfahrung Medikamente bei der Behandlung akut suizidaler Patienten hätten, antworten 96,8% (n=60) von 62 Probanden, der Einsatz von Pharmazeutika sei in so einem Fall zumindest sinnvoll. Ein Viertel hält ihn für „meist notwendig“, ein Anteil von 14,5% sogar für unverzichtbar (Tab. 14):

	Prozent	Anzahl
Unverzichtbar	14,5%	9
Meist notwendig	24,2%	15
Unterstützend sinnvoll	58,1%	36
Meistens nicht notwendig	3,2%	2
	100,0%	62

Tabelle 14: Stellenwert von Medikamenten in der Behandlung akut Suizidaler (N=62)

Über die konkrete Applikation informieren die folgenden Tabellen:

	Prozent	Anzahl
Medikament angegeben	64,5%	40
Kein Medikament angegeben	35,5%	22
Davon keine Angabe	45,5%	10
Davon „keine“	54,5%	12
Davon Psychiater	83,3%	10

Tabelle 15: Angaben zu Medikamenten ja/nein (N=62)

35,5% aller Allgemeinmediziner nennen kein Medikament. Von denen lassen 45,5% die Frage unbeantwortet, und 54,5% verschreiben Medikamente offenbar nicht. Von letzteren geben übrigens fast alle an, sie überließen die Entscheidung dem Psychiater (Tab. 15).

4. Ergebnisse

80% derer, die ein Medikament anführen, verschreiben suizidalen Patienten zumeist Antidepressiva, 42,5% Hypnotika/Sedativa/Tranquillantien und 17,5% Neuroleptika. Einzelheiten sind in Tabelle 16 abgebildet.

	Prozent	Anzahl
Antidepressiva	80,0%	32
Davon trizyklische Antidepressiva	9,4%	3
Davon SSRI	9,4%	3
Hypnotika, Sedativa, Tranquillantien	42,5%	17
Davon Benzodiazepine	41,2%	7
Davon Anxiolytika	42,9%	3
Davon Zolpidem	14,3%	1
Neuroleptika	17,5%	7

Tabelle 16: Genannte Medikamente
(N=40; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
Mehrfachantworten möglich)

Bei weniger als einem Drittel aller Versuchspersonen ist wissentlich noch niemals ein Suizid eines in der eigenen Praxis Behandelten vorgekommen (Tab. 17):

Suizide	Prozent	Anzahl
0	31,1%	19
1	19,7%	12
2	19,7%	12
3	14,8%	9
4	6,6%	4
5	6,6%	4
8	1,6%	1
	100,1%	61

Tabelle 17: Suizide unter Patienten
(N=61; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten)

50% (n=31)¹⁴ der Probanden haben schon mehr als einmal von einem Suizid eines ihrer Patienten erfahren.

Über die Hälfte der Allgemeinmediziner hält es für problematisch, suizidale Tendenzen bei Patienten zu identifizieren. Alle haben in ihrer Praxis Kontakt zu suizidalen Patienten. Über 90% haben Kontakt zu Patienten *nach einem Suizidversuch*, 93,5% der Allgemeinmediziner haben schon einmal einen suizidgefährdeten Patienten zum Psychiater geschickt und fast 70% in die Psychiatrie. 96,8% (n=60) der 62 Probanden meinen, der Einsatz von Pharmazeutika sei bei der Behandlung akut suizidaler Patienten zumindest sinnvoll. Zwei Drittel der Probanden haben schon einmal von einem Suizid eines ihrer Patienten erfahren.

¹⁴ Ein Allgemeinmediziner gibt an, schon mehr als einmal vom Suizid eines seiner Patienten erfahren zu haben, ohne weitere Angaben zur Häufigkeit eines solchen Ereignisses zu machen.

Mit 52 Items des FKHS wird eine Faktorenanalyse durchgeführt, die eine sinnvoll zu interpretierende Neun-Faktoren-Lösung ergibt, welche 47,4% der Gesamtvarianz erklärt. Alle 52 Items weisen eine brauchbare Trennschärfe auf, alle neun Faktoren des FKHS kommen auf eine Innere Konsistenz von über 0,6, sechs auf einen Wert von mehr als 0,7. Bei der Gesamt-Reliabilitäts-Prüfung des FKHS ergibt sich eine ausreichende Innere Konsistenz von 0,862.

Insgesamt sind die Versuchspersonen und auch alle Gruppen der Ansicht, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome sei, dass Suizidale oft Situationen erlebten, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlten, und dass ein Suizid häufig durch Verluste von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde. Des Weiteren glauben sie einerseits, professionelle Hilfe sei bei Suizidalität sinnvoll, andererseits jedoch auch, vertrauliche Gespräche könnten helfen, und der Suizidale sei nicht als krank zu betrachten. Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise sehen sie als besonders hilfreich an. Die Probanden sind nicht der Meinung, suizidales Verhalten sei ein Zeichen gesunder Autonomie oder positiver Gefühle, jedoch deute es auch nicht auf menschliches Versagen hin. Einerseits lehnen sie heftige Gefühle wie Wut im Zusammenhang mit Suizidalität ab, andererseits aber auch Mitleid oder Verantwortung. Die Medizinstudenten und die Klinikassistenten geben zu 16 und die Allgemeinmediziner zu 14 von 24 Fragen mindestens 50% richtige Antworten. Überwiegend falsch liegen sie z. B. bei der Schätzung von durch verschiedene Todesursachen Verstorbenen und bei dem Verhältnis der Zahlen der Suizidtoten und tödlichen Verkehrsoffer pro Jahr. Sie wissen zum Großteil nicht, dass Menschen unter 25 nicht zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören und kennen sich bei der jahreszeitlichen Häufung und der Suizidrate der letzten zehn Jahre nicht aus. Die von den Gruppen der Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmediziner in dieser Arbeit stark unterstützten und deutlich abgelehnten J-Items unterstreichen insgesamt die Tendenzen, die sich bei der Auswertung der Skalen und der Wissens-Items abzeichnen.

Die Allgemeinmediziner dieser Studie stimmen mehr als die Medizinstudenten der These zu, dass Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise eine Hilfe für Suizidale bedeute, und sind eher unentschlossen, ob suizidales Verhalten etwas mit Versagen zu tun habe, wobei die Studenten diese Möglichkeit ablehnen. Sie unterstützen die Möglichkeit professioneller Hilfe signifikant mehr als die Klinikassistenten. Bei sechs Wissens-Items ist der Unterschied zwischen den Antworten der drei Medizinergruppen dieser Studie (hoch-) signifikant, wobei die Klinikassistenten offensichtlich am meisten wissen und die Allgemeinmediziner am wenigsten. Die Gruppe der Medizinstudenten unterscheidet sich von der der Klinikassistenten in einem J-Punkt signifikant und von der der Allgemeinmediziner in drei Punkten (hoch-) signifikant. Die Klinikassistenten differieren mit den Allgemeinmedizinern in drei Items signifikant.

Zwischen den Medizinstudenten der vorliegenden Untersuchung und den Psychologiestudenten gibt es wenige (hoch-) signifikante Gruppenunterschiede. So zeigen sie nur, dass sie das Suizidproblem insgesamt seltener unterschätzen als die Medizinstudenten.

Zwischen den Vertretern der nicht primär sozialen Berufe und den anderen Gruppen gibt es zahlreiche (hoch-) signifikante Unterschiede, was Einstellung und Wissen betrifft. Sie schneiden bei fast allen signifikanten Wissensunterschieden schlechter ab als die anderen Probanden.

5. Diskussion

5.1. Diskussion des Materials und der Methoden

5.1.1. Stichprobe

Die Stichprobe kann aus mehreren Gründen nicht als repräsentativ gewertet werden. Zunächst bildet sie nur einen sehr kleinen Teil der Grundgesamtheit ab. Außerdem stellt sie unter verschiedenen Gesichtspunkten schon eine Auswahl dar. Die Medizinstudenten, die an der Studie teilnehmen, besuchen zur Zeit der Datenerhebung gerade den Psychiatriekurs des 7. Semesters. Das bedeutet, dass sie wohl erst kürzlich Informationen zum Thema Suizid erhalten haben oder ihr Interesse für psychiatrische Themen beeinflusst worden ist. Unter den Klinikassistenten befindet sich ein Drittel Psychiater, bei denen man annehmen kann, dass sie sich sowohl im Wissen über als auch in der Einstellung zum Suizid von Ärzten anderer Fachgebiete unterscheiden. Fast alle Psychologiestudenten, die den FKHS ausgefüllt an das TZS zurückgegeben haben, stammen aus einem von diesem Institut angebotenen Seminar über Suizid. Da es sich dabei nicht um eine Pflichtveranstaltung handelt, kann man auch hier von einer Präselektion ausgehen. Bei den durch das Schneeballprinzip rekrutierten Probanden handelt es sich höchstwahrscheinlich um Menschen, die sich gegenseitig kennen, was nicht ausschließt, dass deren Meinungen und Wissen auch auf die eine oder andere Weise korrelieren. Des Weiteren handelt es sich bei jedem Bogen, der das TZS ausgefüllt erreicht, um die Daten eines Probanden, der sich zumindest soweit mit dem behandelten Thema auseinandergesetzt hat, dass es ihn dazu bewog, den FKHS freiwillig auszufüllen und an das Institut zurückzuschicken.

Das Problem der unfreiwillig selektierten Stichprobe existiert auch in anderen Studien. Reimer et al. (1986, S. 101) meinten zu ihrer Untersuchung, die sie mit 116 in deutschen Krankenhäusern angestellten Ärzten durchführten: „Die verwendete Stichprobe ist in Bezug auf Krankenhausärzte insgesamt nicht repräsentativ.“ Domino und Perrone (1993, S. 196) gaben zu ihrer Stichprobe von 200 italienischen und amerikanischen Krankenhausärzten an: „To what degree these physicians are representative of their profession is of course unknown.“ Die in dieser Arbeit angeführten Studien anderer Autoren verwendeten ebenfalls Stichproben, die jeweils nur einen kleinen Teil der dadurch zu repräsentierenden Grundgesamtheit darstellten (z. B. Domino und Perrone (1993; 200 amerikanische und italienische Ärzte); Reimer et al. (1986; 116 deutsche Krankenhausärzte); Ritter et al. (2002; 66 Wiener Allgemeinärzte) und Wallin und Runeson (2003; 306 schwedische Medizinstudenten)). Wie auch in der vorliegenden Studie fassten z. B. Domino und Perrone (1993) und Reimer et al. (1986) Ärzte verschiedener Fachrichtungen, unter denen sich auch Psychiater befanden, zu einer Gruppe zusammen, ohne das wahrscheinlich größere Wissen letzterer zum Thema der Befragungen zu berücksichtigen. Ritter et al. (2002, S. 688) sprachen das Problem an, dass vermutlich nur besonders motivierte und am Thema interessierte Probanden einen Fragebogen ausfüllen und zurückschicken: „The issue of suicide prevention is an emotional one, which might have created a response bias (GPs more interested may have been more likely to participate).“

Im Folgenden soll die Stichprobe dieser Studie bezüglich ihrer Suizidgedanken und -versuche und hinsichtlich ihrer Betroffenheit durch Suizidgedanken, -versuche und Suizide durch ihr Umfeld mit den Probanden anderer Untersuchungen verglichen werden. Das ist deshalb sinnvoll, weil die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Verlauf der Diskussion mit denen anderer Studien einen Vergleich erfahren. Dabei werden die einzelnen Berufsgruppen zwar einander gleichgestellt, also z. B. die Allgemeinmediziner

dieser Studie mit denen anderer verglichen, doch sollte man nicht vergessen, dass sich diese Gruppen hinsichtlich der genannten Punkte *Eigene Suizidalität* und *Erfahrung mit dem Thema* oft nicht entsprechen und eventuelle Unterschiede in den Ergebnissen zumindest teilweise dadurch zustande gekommen sein könnten.

68,2% aller Versuchspersonen der vorliegenden Arbeit sind durch ihren Beruf/ihre Ausbildung schon von Suizidgedanken, Suizidversuchen oder Suiziden betroffen worden, etwas mehr als die Hälfte durch Freunde und Bekannte, 38,1% durch Kollegen/Mitstudenten/Mitschüler und etwas mehr als ein Viertel durch die eigene Familie (Abb. 5, S. 45).

42% der japanischen und 45% der amerikanischen Medizinstudenten einer Studie kannten persönlich jemanden, der durch Suizid verstorben war, wobei es sich bei ersteren zu 85% lediglich um Bekannte handelte, was bei letzteren zu 52% der Fall war (48% enge Freunde/Verwandte/Familie) (Domino und Takahashi 1991). Die Medizinstudenten unserer Studie werden nicht genau das Gleiche gefragt, doch geben bis zu 50% Kontakt mit Suizidalität generell im privaten Bereich an und bis zu 75% im beruflichen. 98% deutscher Ärzte (Chirurgen, Internisten, Psychiater) nannten professionellen Kontakt zu suizidalen Menschen, 62% im privaten Bereich (Reimer et al. 1986). Die Klinikassistenten dieser Studie geben ebenfalls zu fast 90% beruflichen Kontakt an und zu fast 50% den privaten Bereich. Österreichische Allgemeinmediziner hatten zu 92,4% suizidale Patienten in der eigenen Praxis (Ritter et al. 2002). Auch die Allgemeinmediziner der vorliegenden Arbeit haben zu fast 90% Kontakt zu suizidalen Personen auf beruflicher Basis. 40% amerikanischer Studenten kannten jemanden, der an Suizid verstorben war (Cruikshanks und Slavich 1993-1994). Damit liegen sie im Bereich der Vertreter nicht primär sozialer Berufe dieser Studie, die bis zu 45% Betroffensein (unter Freunden und Bekannten) angeben.

40,9% (n=139) der Probanden unserer Untersuchung haben selbst schon einmal Gedanken gehabt, sich das Leben zu nehmen (Abb. 6, S. 46).

In verschiedenen Studien mit Medizinstudenten gaben die Probanden zu 16,8% (Inder) bis 51,5% (Österreicher) Suizidgedanken an (Domino und Takahahi 1991; Etzersdorfer et al. 1998; Wallin und Runeson 2003), so dass die Medizinstudenten dieser Studie in der Mitte liegen. Die Hälfte einer Stichprobe deutscher Ärzte (Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie) hatte schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, zwei Drittel hielten einen Suizidversuch in der Zukunft zumindest für möglich (Reimer et al. 1986). 10% italienischer Ärzte und 28% amerikanischer hatten schon einmal ernsthaft einen Suizid in Betracht gezogen (Domino und Perrone 1993). Obgleich die Frage in der vorliegenden Studie die Gedanken nicht weiter differenziert, kann man wohl sagen, dass die Ergebnisse ähnlich sind, denn ebenfalls die Hälfte der Klinikassistenten und ein Drittel der Allgemeinmediziner geben Suizidgedanken zu. Unter Studenten amerikanischer und neuseeländischer Universitäten gab es 20 bis 30% mit Suizidgedanken in der Vergangenheit (Domino et al. 1988-1989; Nelson und Singg 1998), eine Gruppe aus der taiwanesischen und amerikanischen Allgemeinbevölkerung kam auf 22 bis 26,8% (Domino und Su 1994). Die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe dieser Arbeit liegen mit 35,7% also etwas höher.

3,2% (n=11) Versuchspersonen der vorliegenden Studie haben schon einmal einen Suizidversuch unternommen (Abb. 6, S. 46).

Die bereits erwähnten Medizinstudenten verschiedener Länder gaben zu 1% (Schweden) bis 5,9% (Inder) Suizidversuche in der Vergangenheit an (Domino und Takahashi 1991; Etzersdorfer et al. 1998; Wallin und Runeson 2003). Wieder liegen die Medizinstudenten dieser Studie mit 2,5% in der Mitte. Unter Laien-Mitarbeitern einer niederländischen Telefon-Hotline gab es 2,9% mit Suizidversuch in der Vergangenheit (Jenner und Niesing 2000), so dass der Vergleich mit den Angehörigen anderer sozialer Berufe dieser Studie eine Übereinstimmung zeigt (2,8%). Indische Studenten gaben sogar zu 9,3% an, schon einmal einen Suizidversuch begangen zu haben, unter niederländischen waren es 1,5% (Kerkhof und Nathawat 1989). Nur die Psychologiestudenten dieser Studie befinden sich mit 8,3% in der Nähe der Inder. Die Vertreter nicht primär sozialer Berufe, unter denen es nur zu 1,4% Suizidversuche in der Vergangenheit gab, liegen im Bereich der Niederländer, jedoch deutlich unter den in zwei chinesischen bzw. chinesisch-amerikanischen Studien genannten Zahlen von Suizidversuchen (Stewart et al. 2006, Wong et al. 2005). Jugendliche hatten demnach bereits zu 3,8% (männliche 12- bis 17-Jährige, Hongkong) bzw. 14,1% (weibliche 12- bis 17-Jährige, Hongkong) einen Versuch unternommen, sich das Leben zu nehmen. Allerdings waren die entsprechenden Fragen hier so gestellt worden, dass auch Selbstverletzungen ohne den ausdrücklichen Wunsch zu sterben angegeben wurden. Ein Vergleich mit deutschen Medizinstudenten war aufgrund mangelnder Daten nicht möglich.

Man sollte diese Zahlen und Vergleiche in Bezug auf frühere Suizidversuche jedoch nicht überbewerten, da es sich jeweils um sehr kleine Fallzahlen handelt.

Abschließend soll noch einmal unterstrichen werden, dass es fast unmöglich ist, bei einem so komplexen Thema wie dem des Suizids eine repräsentative Stichprobe zu bilden. Reduziert man eine Person z. B. auf seinen Beruf, lässt man unzählige Faktoren außer Acht, die eventuell einen viel größeren Einfluss auf Einstellung und Verhalten haben als die zum Zeitpunkt der Erhebung ausgeübte Tätigkeit.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Versuchspersonen bewusst nicht auf ihren Beruf reduziert, sondern auch in ihrer eigenen Komplexität betrachtet, was Suizidalität und persönliche Erfahrung mit dem Thema betrifft. So wird trotz des Vergleichs einzelner Berufsgruppen miteinander deren interne Diversivität deutlich. Außerdem wurde versucht, dieser Individualität zumindest ansatzweise Rechnung zu tragen, indem die Probanden auch unter dem Aspekt der eigenen Suizidalität und Erfahrung zum Thema vor dem Hintergrund der Literatur diskutiert wurden.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass es ein Ziel bei der Rekrutierung der Probanden war, möglichst viele Versuchspersonen aus unterschiedlichen Bereichen für die Studie zu gewinnen, um eine recht breite Basis für spätere Untersuchungen mit dem gleichen Instrument zu bilden.

5.1.2. Instrument

5.1.2.1. Pre-Test

Bevor die eigentliche Datenerhebung stattfand, wurde in der vorliegenden Untersuchung ein Pre-Test durchgeführt. Andere Autoren beschrieben nur vereinzelt Testläufe.

Renberg und Jacobsson (2003) erwähnten eine Pilotstudie vor ihrer eigentlichen Untersuchung. Wie auch in der vorliegenden Arbeit wurden daraufhin einige Formulierungen überarbeitet. De Rose und Page (1985) und Diekstra und Kerkhof (1989)

formulierten ebenfalls Items aufgrund von Unklarheiten um, die im Rahmen eines Testlaufes aufgetreten waren.

Friedrichs' (1980, S. 153) Verlangen nach einer strukturellen Entsprechung der Versuchspersonen eines Pre-Tests und der endgültigen Stichprobe konnte auch hier nicht nachgekommen werden. Die Probanden entsprachen nur bei De Rose und Page (1985) teilweise der endgültigen Stichprobe, wie es auch auf unsere Kollektive zutrifft. Diekstra und Kerkhof (1989) bzw. Renberg und Jacobsson (2003) hatten jeweils mit Studenten getestet und legten ihre überarbeiteten Fragebogen anschließend der Allgemeinbevölkerung vor.

5.1.2.3. Skalenwahl

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde in den Fragenblöcken, die sich mit der Einstellung zum Suizid beschäftigen, eine vierstufige Likert-Skala verwendet (s. Anhang A 5 und 6). Die Gründe für die Wahl dieses Skalentyps wurden bereits diskutiert (s. 3.1. „Instrument“, S. 34 ff.).

Betrachtet man die in dieser Arbeit vorgestellten sonstigen Instrumente, sieht man, dass in nur wenigen anderen Untersuchungen weitere Skalentypen zum Zuge kamen.

Goldney und Bottrill (1980) bzw. Jenner und Niesing (2000) verwendeten in ihren Studien jeweils eine semantische Differentialskala. Hammond und Deluty (1992) boten ihren Probanden neben einer Likert-Skala ebenfalls eine semantische Differentialskala an.

Eine Thurston-Skala benutzte nur Wellhöfer (1976) bei der Konstruktion seines Instruments.

Wie bereits erwähnt, bestand die in dieser Untersuchung zum Einsatz kommende Likert-Skala aus vier Stufen. Eine ungerade Stufenzahl wurde vermieden, um der „Central Tendency“ entgegenzuwirken (s. 3.1. „Instrument“, S. 34 ff.).

In den Studien, deren Autoren hierzu Angaben machten, entschied man sich hingegen bis auf zwei Ausnahmen für eine fünfstufige Likert-Skala (z. B. Diekstra, Kerkhof 1989 (SUIATT); Domino 1996 (SOQ); Herron et al. 2001 (ASP); Renberg, Jacobsson 2003 (ATTS)).

Platt und Salter (1987) boten ihren Probanden mit sieben Antwortmöglichkeiten ebenfalls eine ungerade Stufenzahl an. Michel und Valach (1992) verwendeten wie in der vorliegenden Studie eine vierstufige Likert-Skala.

Inwieweit die jeweilige Skalenwahl auf die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen Einfluss genommen hat, ist hier nicht rekonstruierbar.

5.1.2.4. Antworttendenzen

Wie schon besprochen (s. 3.1. „Instrument“, S. 34 ff.), wird für die vorliegende Studie eine anonyme Datenerhebung gewählt, u. a. um die schon erwähnte Antworttendenz der „sozialen Erwünschtheit“ zu vermeiden.

Bis auf wenige Ausnahmen wurden sämtliche in dieser Arbeit erwähnten Studien ebenfalls anonym durchgeführt. Sonderfälle stellen u. a. die Untersuchung Wellhöfers (1975) dar, der

seine Fragen in Form eines Interviews stellte, und die von Platt und Salter (1987), die ihre Daten zumindest teilweise in Form einer persönlichen Befragung erhoben.

Auch hier lässt sich nicht sagen, auf welche Weise der Mangel an Anonymität in diesen Fällen die Antworten der einzelnen Probanden beeinflusst haben mag. Eine im Jahre 2003 durchgeführte amerikanische Studie weist jedoch darauf hin, dass vor allem Mediziner in einer nicht anonymen Befragung aus Angst vor eventuellen beruflichen Konsequenzen z. B. bei Angaben von Depressionen oder suizidalen Gedanken meistens nicht der Wahrheit entsprechend antworten (Levine et al. 2003).

5.1.2.5. Inhalt

Im Folgenden soll der FKHS (Anhang A 5 und 6) hinsichtlich des Umfangs der Informationen, die er erfragt, mit ähnlichen Instrumenten verglichen werden. Bei dem in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebogen ist herauszustellen, dass alle drei Einstellungskomponenten – affektiv, kognitiv und instrumental - untersucht werden, aber auch Punkte vorhanden sind, die das reine Wissen der Versuchspersonen zum Thema Suizid und Suizidalität eruieren. Außerdem gibt es Fragen zu den Probanden selbst, ihrer eigenen Suizidalität und zu Suizidalität in ihrem Umfeld.

Im ATTS (Renberg, Jacobsson 2003) finden sich bis auf die reinen Wissensfragen ebenfalls sämtliche dieser Informationen wieder. Der SEDAS (Jenner, Niesing 2000) legt großen Wert auf die affektive Komponente, bietet aber genauso Adjektive, welche die kognitive Ebene von Einstellungen betreffen. Die instrumentale Komponente scheint nicht berücksichtigt. Auch im SEDAS gibt es Punkte zur eigenen Suizidalität und zu Suizidalität im Umfeld. Reine Wissensfragen fehlen. Der SUIATT (Diekstra und Kerkhof 1989) wurde bewusst auf Basis der drei Einstellungskomponenten erstellt. Fragen zur Suizidalität der Probanden sind vorhanden, Punkte zu Kontakt mit Suizidalität in ihrem Umfeld und reine Wissensfragen erwähnen die Autoren nicht. Im SOQ (Domino et al. 1980) scheinen ebenfalls alle drei Ebenen der Einstellungen untersucht, genauso Fragen nach Suizidalität im Umfeld und der eigenen Person. Auch hier fehlen reine Wissensfragen.

Man sieht u. a., dass Fragebögen, die Einstellungen anbieten, meist kein reines Wissen abfragen. Eine Ausnahme bildet hierbei das von Michel und Valach (1992) verwendete Instrument, das aus Wissensfragen und Einstellungs-Items besteht. Allerdings sprachen die Autoren von zwei Fragebögen, die sie an ihre Probanden verteilten.

Jenner und Niesing (2000) berücksichtigten im SEDAS auch die emotionale Nähe des Beantwortenden zum Suizidalen (actor) und die Umstände des Suizidalen (situation), da sie der Meinung waren, die Einstellung zum suizidalen Verhalten hänge entscheidend hiervon ab. Weder im FKHS noch in anderen Fragebögen dieser Art scheint eine ähnliche Differenzierung erfolgt zu sein. Das wäre eventuell ein Ansatz für eine Erweiterung bzw. Verbesserung des Instruments dieser Arbeit.

5.1.3. Datenerhebung

Hier soll lediglich erwähnt werden, dass der mutmaßliche Suizid des Politikers Jürgen Möllemann, der am 5. Juni 2003 stattfand, in den Erhebungszeitpunkt fällt und so die Antworten der Probanden, insbesondere zu Item D 11 *Personen im öffentlichen Leben erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid*, beeinflusst haben könnte.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

5.2.1. Faktorenanalyse

Basierend auf einem Instrument von Ritter et al. (2002) und unter Zufügen weiterer Items wird ein „Fragebogen über Kenntnisse und Haltungen zum Suizid und zur Suizidalität (FKHS)“ mit 144 Items entwickelt, von denen 106 Einstellungen messen. Nachdem zahlreiche dieser Items aus inhaltlichen und statistischen Gründen ausgeschlossen wurden, bleiben 52 übrig, mit denen eine explorative Faktorenanalyse nach der Hauptachsenmethode mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt wird.

Mit Hilfe des Scree-Tests ergibt sich eine Neun-Faktoren-Lösung, die 47,4% der Gesamtvarianz erklärt (Tab. 3, S. 55). Der Faktor S 08 wird durch drei Items repräsentiert, während alle anderen Faktoren mehr als drei aufweisen. Nur ein Item lädt mit $<0,3$ auf seinen Faktor. 11 der 52 Items weisen eine Ladung von $\geq 0,300$ auf einen zweiten Faktor auf (Anhang A 7).

Auch wenn eine Varianzaufklärung von weniger als 50% nicht als besonders zufriedenstellend betrachtet werden kann und hier ein Bedarf an Verbesserung deutlich wird, zeigt ein Blick auf andere Instrumente, dass der vorliegende Fragebogen mit diesem Problem nicht allein steht (s. Anhang A 22 als Überblick).

Zwar wurden in der Literatur Varianzaufklärungen bis zu 77% für den SOQ (Rogers und DeShon 1995, fünf Faktoren), von 65% für den SUIATT (Diekstra und Kerkhof 1989, sechs Faktoren), von 63 bzw. 60% für den ATTS (Renberg und Jacobsson 2003, acht bzw. zehn Faktoren) und von 57,5% für den Fragebogen von Wallin und Runeson (2003, fünf Faktoren) vorgestellt, doch kamen für den SOQ auch Werte von 53,1% vor (Domino und Swain 1986, 15 Faktoren), und der SEDAS weist nur eine Zwei-Faktoren-Lösung auf, die 47 bis 48% der Gesamtvarianz erklärt. Des Weiteren stellten Stein et al. (1998) für ihr Instrument ein Zwei-Faktoren-Modell vor, das lediglich 32,1% der Gesamtvarianz erklärte. Außerdem gibt es zahlreiche Studien, in denen Faktorenlösungen ohne die Angabe einer Varianzaufklärung beschrieben wurden (z. B. Domino et al. 1988-1989).

Laut Bauer (1986, S. 203) liefert der Scree-Test nur dann eine relativ akzeptable Lösung, wenn die Faktoren weitgehend unkorreliert sind und durch jeweils mindestens drei Items repräsentiert werden.

Der FKHS-Faktor S 08 wird durch drei Items repräsentiert, während alle anderen Faktoren mehr als drei aufweisen. Außerdem kommt der Scree-Test hinsichtlich des niedrigsten Eigenwerts (1,477) praktisch auf das gleiche Ergebnis wie die Methode Guilfords, einer anderen Möglichkeit, die Faktorenzahl zu bestimmen (s. 3.4.1. „Faktorenanalyse“, S. 49 f.).

Renberg und Jacobsson (2003) beschrieben für den ATTS eine Acht-Faktoren-Lösung mit 20 Items und eine 15-Faktoren-Lösung mit 34 Items, und Wallin und Runeson (2003) präsentierten eine Fünf-Faktoren-Lösung für 13 Einstellungs-Items eines Fragebogens, wobei diese Autoren also auch Faktoren benutzten, die aus weniger als drei Items gebildet wurden. Es ist jedoch unklar, auf welche Art man in den entsprechenden Studien die Faktorenzahl ermittelte.

Laut Kline (1986, S. 189) sollten die Items auf ihren Faktor mit mehr als 0,3 laden und auf die anderen Faktoren möglichst um null.

Nur ein Item des FKHS (H 27 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Flucht*) lädt mit $<0,3$ auf seinen Faktor. 11 der 52 Items weisen eine Ladung von $\geq 0,300$ auf einen zweiten Faktor auf. Die höchste Doppelladung zeigt hierbei das Item F 07 *Arbeitslosigkeit ist ein häufiger Suizidanlass/-grund*.

Rogers und DeShon (1992) fanden in der Acht-Faktoren-Lösung des SOQ (Domino et al. 1988-1989) zahlreiche niedrige Faktorenladungen und Items, die gleich hoch auf mehrere Faktoren luden. Auch in ihrer Fünf-Faktoren-Lösung (Rogers und DeShon 1995) wiesen 4 der 55 Items Mehrfachladungen auf. Die zwei Faktoren des SEDAS (Jenner und Niesing 2000) bestanden u. a. aus zwei (von 15) Items, die auf beide Faktoren mit $>0,3$ luden.

Einige der Doppelladungen der neun FKHS-Faktoren lassen sich vermutlich dadurch erklären, dass es bei der Frage „Welche Vorstellungen verbinden Sie spontan persönlich mit den Begriffen „Suizidalität“ und „Suizid“?“ (siehe „H“ Anhang A 5) für einige Punkte nicht ganz eindeutig ist, ob sie den Befragten oder den Suizidalen betrifft. Bezieht man z. B. H 05 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Trauer* auf einen Suizidauslöser, wird verständlich, warum dieser Punkt auf die Faktoren S 03 „Endlose Verzweiflung“ und S 05 „Aktueller Verlust“ lädt. Bezieht man den Begriff jedoch auf sich im Sinne einer Reaktion auf einen Suizid, so ist auch die relativ hohe Ladung auf den Faktor S 07 „Heftige Gefühle“ (Suizid und Suizidalität lösen heftige Gefühle aus) erklärbar. Das Gleiche gilt möglicherweise für H 18 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Wut* und H 04 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Ärger*. Ist der Suizidale wütend und verärgert, weil er im Leben versagt und das Gefühl hat, nicht zu genügen (Faktor S 09 „Versagen“), oder reagiert man selbst mit Wut und Ärger auf suizidale Handlungen (Faktor S 07 „Heftige Gefühle“)?

Auch die Doppelladung von H 17 *Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Abhängigkeit* lässt sich erklären. Ist der Suizidale von anderen Menschen abhängig im Sinne der Hilfsmöglichkeit „Vertrauliche(r) Gespräche“ (Faktor S 06) oder im Sinne einer Unfähigkeit, das Leben eigenständig zu meistern (Faktor S 09 „Versagen“)? Oder fühlt der befragte „Helfer“, er habe versagt, da der von ihm Abhängige Suizid begangen hat?

Des Weiteren kann man sich durch Kränkungen (... *sind häufige Suizidanlässe/-gründe* F 10) ohnmächtig fühlen (Faktor S 04 „Ohnmacht und Ausgeliefertsein“), durch eine Trennung vom Partner gekränkt werden (Faktor S 05 „Aktueller Verlust“) und dadurch in Selbstzweifel gestürzt werden (Faktor S 09 „Versagen“).

K 14 *Ständige Betreuung bedeutet Hilfe für Suizidale* und K 04 *Notruf anrufen bedeutet Hilfe für Suizidale* laden jeweils mit $>0,3$ auf die Faktoren S 01 „Professionelle Hilfe“ und S 06 „Vertrauliche Gespräche“ (keine medizinisch-professionelle Hilfe). Was auf den ersten Blick paradox erscheint, mag sich dadurch erklären lassen, dass einige Probanden *ständige Betreuung* und einen *Notruf* in professioneller Hinsicht verstehen und andere nicht. Denn es gibt schließlich zahlreiche Notrufe, von studentischen bis psychiatrischen.

Trotz der zahlreichen Erklärungsmöglichkeiten ist nicht zu übersehen, dass vier Items auf Faktor S 04 „Ohnmacht und Ausgeliefertsein“ (Suizid und Suizidalität als Ausdruck der Erfahrung von Ohnmacht und Ausgeliefertsein) und Faktor S 05 „Aktueller Verlust“ (Suizid und Suizidalität als Ausdruck von aktuellem Verlust; es gibt einen äußeren sichtbaren Anlass.) fast gleich hoch laden, was bei der weiteren Bearbeitung dieses Instruments berücksichtigt werden sollte.

Betrachtet man die neun ermittelten Faktoren unter inhaltlichem Aspekt, sieht man, dass der FKHS auch hier vergleichbar mit anderen Fragebögen ist. Besonders auffällig ist in fast allen Modellen die Präsenz eines Faktors, der am ehesten mit der Skala S 01

„Professionelle Hilfe“ des vorliegenden Fragebogens korrespondiert. Sowohl in den unterschiedlichen Faktorenlösungen des SOQ (Domino et al. 1982; Domino et al. 1988-1989; Domino und Swain 1986; Rogers und DeShon 1992) als auch dem Sechs-Faktoren-Modell (Diekstra und Kerkhof 1989) und den „central issues“ (Etzersdorfer et al. 1998, S. 105) des SUIATT, den beiden SEDAS-Skalen (Jenner und Niesing 2000) und in zwei weiteren Modellen (Stein et al. 1998; Wallin und Runeson 2003) findet sich mindestens ein Punkt, der sich mit Suizidalität und psychischer Krankheit befasst. Die Faktoren lauten in diesen Fällen z. B. „Mental and Moral Illness“ (Domino et al. 1982) oder „Rationality vs. (mental) abnormality of suicide“ (Diekstra und Kerkhof 1989). Ein weiteres Thema, das in fast allen Faktorenlösungen vorkommt, ist dem der Skala S 02 des FKHS „Gesunde Autonomie“ ähnlich. Es handelt sich dabei um die zahlreichen Faktoren, die sich mit dem „Recht auf Suizid“ befassen wie z. B. die „Right to die“-Skala von Domino et al. (1988-1989), die „Acceptance/rejection“-Skala des SEDAS (Jenner und Niesing 2000) und „Suicide as a right“ von Renberg und Jacobsson (2003, ATTS). Skala S 03 „Endlose Verzweiflung“ ist am ehesten vergleichbar mit den „Emotional Perturbation“-Faktoren der SOQ-Lösungen Rogers' und DeShons (1992; 1995), „Emotional or affective meaning of suicide“ von Diekstra und Kerkhof (1989, SUIATT) und dem Faktor „Resignation“ der Zehn-Faktoren-Lösung des ATTS (Renberg und Jacobsson 2003). Ein deutlicher Unterschied zwischen den Skalen des FKHS und denen anderer Fragebögen scheint jedoch darin zu bestehen, dass erstere auch Hilfsmöglichkeiten für Suizidale abdecken – man betrachte neben den soeben angeführten z. B. Skala S 06 „Vertrauliche Gespräche“ oder Skala S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ –, wobei andere Instrumente diesen Aspekt offenbar vernachlässigen. Als Ausnahmen könnten hier einige ATTS-Skalen wie „Preventability“ oder „Preparedness to prevent“ (Renberg und Jacobsson 2003) oder die Faktoren „Preventive attitude“ und „View on capacity“ von Wallin und Runeson (2003) gelten.

5.2.2. Reliabilitätsanalyse

Alle 52 Items weisen eine brauchbare Trennschärfe auf (Tab. 4, S. 57 ff.). Nur drei Items befinden sich unter 0,30 und gelten somit als „marginal items“, die der Verbesserung bedürfen (s. Tab. 5, S. 60).

Während Jenner und Niesing (2000) für alle sieben Sets (Anhang A 3) des SEDAS Trennschärfen von 0,3 bis 0,7 angaben, stellten Rogers und DeShon (1992) für die Acht-Faktoren-Lösung des SOQ (Domino et al. 1988-1989) unzureichende Trennschärfen fest. Beim Erstellen der eigenen Fünf-Faktoren-Lösung schlossen sie lediglich Items mit einer Trennschärfe von $<0,15$ aus. Bei fast allen weiteren Veröffentlichungen fehlen diese Angaben.

Alle neun Faktoren des FKHS kommen auf eine Innere Konsistenz von über 0,6, sechs auf einen Wert von mehr als 0,7. Die Skalen mit $\alpha < 0,7$ sind die Skala S 06 „Vertrauliche Gespräche“, Skala S 07 „Heftige Gefühle“ und Skala S 09 „Versagen“ (Tab. 4, S. 57 ff.).

Auch wenn der Standard zur Akzeptanz experimenteller Instrumente laut Kaplan und Saccuzzo (1993, S. 126 und S. 179) bei 0,70 liegt, zeigt ein Blick auf die Daten anderer Fragebögen, dass die Ergebnisse dieser Studie durchaus als gut einzustufen sind (Anhang A 22).

Zwar zeigten die beiden Skalen des SEDAS (Jenner und Niesing 2000) Innere Konsistenzen von über 0,7, doch gaben Rogers und DeShon (1992) nur für vier ihrer fünf SOQ-Skalen eine Innere Konsistenz von über 0,7 an. Bei erneuter Anwendung drei Jahre später (1995) kam nur noch eine Skala auf einen Wert von über 0,7. Renberg und Jacobsson (2003) beschrieben für fünf der acht Faktoren des ATTS ein Cronbach's α von

unter 0,60 und für keinen Faktor einen Wert von über 0,70. Sechs der zehn Faktoren zeigten eine Innere Konsistenz von unter 0,60 und nur zwei von über 0,70. Die Autoren begründeten dieses damit, dass der ATTS eventuell ein zu weites Feld der Einstellung zum Suizid messe, was auch bei dem vorliegenden Instrument der Fall sein könnte, da ja versucht wird, ein möglichst großes Gebiet dieser Haltungen abzudecken.

Domino (1996) hielt eine Analyse der Inneren Konsistenz übrigens für nicht angebracht, weil seine Skalen (Domino et al. 1988-1989) absichtlich heterogen seien.

Bei der Gesamt-Reliabilitäts-Prüfung des FKHS ergibt sich eine ausreichende Innere Konsistenz von 0,862, die sich durch Eliminierung keines der Items verbessern lässt. Lediglich ein Item (*K13 Offenes Gespräch mit Freunden bedeutet Hilfe für Suizidale*) weist eine Trennschärfe von $\leq 0,2$ auf, wird jedoch aufgrund einer inhaltlichen Entscheidung im Fragenkollektiv belassen.

Nur der ATTS (Renberg und Jacobsson 2003) lieferte Daten zur Gesamtreliabilität, die für die Acht-Faktoren-Version 0,51 und für die Zehn-Faktoren-Lösung 0,60 betrug. Auch Herron et al. (2001) gaben mit 0,77 einen Wert für die Innere Konsistenz des gesamten Instruments an. Doch handelt es sich dabei um eine Faktorenlösung, die genauso viele Skalen wie Items aufweist.

Abschließend soll noch einmal unterstrichen werden, dass ein großer Teil der in der Literatur beschriebenen Instrumente keiner Faktoren- und/oder Reliabilitätsanalyse unterzogen wurde oder die jeweiligen Autoren zu derartigen Tests keine oder nur unvollständige Angaben machten (siehe z. B. Michel und Valach 1992; Reimer et al. 1986; Ritter et al. 2002; Weisser 1994).

5.2.3. Gruppenunterschiede

5.2.3.1. Gruppenunterschiede der Skalen

Insgesamt sind die Versuchspersonen und auch alle Gruppen der Ansicht, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome sei, dass Suizidale oft Situationen erlebten, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlten, wie z. B. Misshandlungen besonders in der Kindheit oder beruflicher Misserfolg, und dass ein Suizid häufig durch Verluste (Trennung/Tod) von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde. Des Weiteren glauben sie einerseits, professionelle Hilfe sei bei Suizidalität sinnvoll, andererseits jedoch auch, vertrauliche Gespräche könnten helfen, und der Suizidale sei nicht als krank zu betrachten. Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise sehen sie als besonders hilfreich an (Anhang 8 und 9).

Die Probanden sind als Gesamtgruppe nicht der Meinung, suizidales Verhalten sei ein Zeichen gesunder Autonomie oder positiver Gefühle wie z. B. Entscheidungsfreiheit oder Erlösung, jedoch deute es auch nicht auf menschliches Versagen hin. Einerseits lehnen sie heftige Gefühle wie Wut im Zusammenhang mit Suizidalität ab, andererseits aber auch Mitleid oder Verantwortung.

Die Gesamtheit der unterstützten Skalen deutet darauf hin, dass die Probanden den Suizidalen generell in der Opferrolle sehen, sei es aufgrund von Misshandlungen in der Kindheit, Mobbing am Arbeitsplatz, Verlust des Partners oder körperlicher Krankheit. Sie unterstützen zwar den Stellenwert von psychischen Krankheiten bei der Suizidgenese und legen Wert auf professionelle Hilfe, doch betrachten sie Suizidalität auch von einem

menschlichen Standpunkt aus - dabei schließt der menschliche Aspekt den medizinischen natürlich nicht aus und vice versa! -, indem sie Probleme, die Menschen zu einem Suizid treiben können, nicht vollkommen pathologisieren und auch empathischen Gesprächen nicht unbedingt nur mit Professionellen einen hohen Stellenwert zuschreiben.

Dass die Probanden dem Suizidalen die beschriebene Opferrolle zuschreiben, passt zu den Ergebnissen einiger anderer Studien mit Medizinstudenten und Ärzten. Über 60% einer Gruppe schwedischer Medizinstudenten meinte, die meisten Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, lebten unter schwierigen Lebensumständen (Wallin und Runeson 2003). Ein Kollektiv von Allgemeinärzten konnte sich als Motiv für einen Suizidversuch eine unheilbare Krankheit vorstellen, wenn es sich bei dem Suizidenten um sie selbst handele (Talmon-Gros 1987, S. 73). Eine Gruppe deutscher Krankenhausärzte nahm einen Suizidversuch sogar eher ernst, wenn die suizidale Person an einer unheilbaren oder schweren seelischen Krankheit litt oder den Verlust einer geliebten Person zu beklagen hatte. Nicht in Einklang mit unseren Resultaten steht, dass diese Ärzte einen Suizidversuch nicht ernstnahmen, wenn Auslöser familiäre oder soziale Probleme waren (Reimer et al. 1986). Hamburger Ärzte nannten als mögliche Motive für einen Suizid von anderen besonders individuelle Probleme wie Trennung, Tod oder Arbeitslosigkeit, für sich selbst eher eine unheilbare Krankheit (Reimer 1981, S. 15, und 1982). Britische Ärzte und Pflegepersonal waren unter anderem der Meinung, ein Suizid sei häufig eine Antwort auf sexuellen Missbrauch in der Vergangenheit (Anderson et al. 2000).

Ob man für einen Suizid psychisch krank sein müsse und ob ein Suizidaler einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden sollte, wurde in der Literatur unterschiedlich bewertet. Generell sprachen die Versuchspersonen wie in dieser Studie psychischen Krankheiten eine gewisse Rolle zu und waren der Meinung, dass professionelle Intervention zumindest hilfreich sein könne, wenn diese auch nicht zwingend notwendig sei. Nur 5% einer Gruppe deutscher Medizinstudenten waren z. B. der Ansicht, jeder, der einen Suizidversuch unternahme, müsse geistig krank sein (Weisser 1994, S. 53 f.), und deutlich weniger als die Hälfte der von Talmon-Gros (1987) untersuchten Allgemeinmediziner glaubten, Suizidgefährdete sollten sofort einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden (S. 86). Amerikanische und italienische Ärzte meinten hingegen zu über 60%, man müsse für einen Suizid psychisch krank sein (Domino und Perrone 1993). Britische Ärzte und Pflegepersonal waren wie die Probanden der vorliegenden Arbeit zwar der Meinung, psychische Krankheit spiele eine Rolle in der Suizidgenese, doch sei dieses nicht immer der Fall (Anderson et al. 2000). Schwedische Medizinstudenten unterstützten ebenso wie die Medizinstudenten dieser Studie psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapieformen, und über drei Viertel sahen eine psychiatrische Therapie nach einem Suizidversuch als unerlässlich an (Wallin und Runeson 2003). Amerikanische und italienische Ärzte meinten zu über einem Viertel, Suizidale sollten einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden (Domino und Perrone 1993). Und Hamburger Ärzte waren der Auffassung, Suizidalen sollte durch Ärzte, Geistliche oder andere Bezugspersonen geholfen werden (Reimer 1981, S. 17 f., und 1982), was zu dem unterstützten Faktor S 01 „Professionelle Hilfe“ des FKHS passt. Die österreichischen Allgemeinmediziner der Studie, auf deren Instrument der vorliegende Fragebogen basiert, unterschätzten die Rolle psychischer Krankheiten, jedoch integrierten sie psychiatrische Einrichtungen und psychotrope Medikamente generell in die Behandlung von Suizidalen (Ritter et al. 2002). Sie unterstützten die drei Items unseres Faktors S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“ und weitere Items der Faktoren S 01 „Professionelle Hilfe“ und S 06 „Vertrauliche Gespräche“, was auf eine ähnliche Einstellung wie die unserer Probanden hindeutet.

Die Versuchspersonen dieser Studie lehnen heftige Gefühle wie Wut, Ärger und Unbehagen im Zusammenhang mit Suizidalität und Suizid zum Großteil eher ab, was auf eine verständnisvoll-professionelle Sichtweise schließen lässt. Doch vor dem Hintergrund der ebenfalls verneinten Gefühle „Mitleid“ und „Verantwortung“ könnte diese Haltung möglicherweise auf eine große Distanz zum Suizidalen hindeuten. Ob es sich dabei um eine gesunde professionelle Distanz und um eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten handelt oder um eine Abwehrhaltung bzw. auch indifferente Haltung, die heftige Gefühle gar nicht zulässt und die Kommunikation erschwert, ist nicht sicher zu sagen. Da es wahrscheinlich ist, dass ein Teil der Probanden den Faktor S 09 „Versagen“ auf sich selbst bezieht, unterstützt die Ablehnung dieses Faktors den Hinweis auf Distanz. Im Falle eines Beziehens auf den Suizidalen wird dieser entweder nicht als Versager durch die Tat an sich gesehen, was wieder die verständnisvolle Haltung unterstützt, oder die Möglichkeit abgelehnt, dass ein Suizidaler sich als Versager fühlt und deshalb Suizid begeht. Zeigen die Probanden also Verständnis und professionelle Distanz oder Indifferenz oder gar Abwehr? Die Ablehnung des Faktors S 02 „Gesunde Autonomie“ zeigt zumindest, dass suizidales Verhalten von den Probanden im Durchschnitt nicht als positiv behaftete Lösung bewertet wird.

Generell ist in Untersuchungen zu diesem Thema eine verständnisvolle Einstellung unter Medizinern zu finden. So zeigten z. B. schwedische Medizinstudenten (Wallin und Runeson 2003), deutsche (Talmon-Gros 1987, S. 80 ff.) und österreichische Allgemeinmediziner (Ritter et al. 2002) und ein britisches Kollektiv aus Ärzten, Pflegepersonal und Laien (Platt und Salter 1987) eine positive und empathische Haltung Suizidalen gegenüber. Hamburger Ärzte brachten für Suizidale Verständnis auf, erwarteten aber für sich selbst in der Rolle des Suizidalen kein Verständnis von anderen (Reimer 1981, S. 16 f., und 1982).

Wie unten näher beschrieben, ist die Meinung verbreitet, ein Suizid sollte verhindert werden, was zur Ablehnung des Faktors S 02 „Gesunde Autonomie“ passt. Die wenigsten Probanden zeigen indifferente oder abwehrende Haltungen wie Meinungen, ein Suizid gehe sie nichts an oder ein Verhindern sei nicht möglich. Eine gesunde professionelle Distanz und realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, die sich aufgrund der Antworttendenzen auch in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit vermuten lässt, ist jedoch bei fast allen zu verzeichnen.

Österreichische Allgemeinmediziner zeigten z. B. ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein für suizidale Patienten (Ritter et al. 2002). Schweizer Allgemeinmediziner meinten zwar auch zu über 70%, ein Arzt könnte einen Suizid oft verhindern, doch stimmten ebenso über 60% zu, bei echtem Entschluss zum Suizid sei dieser auch bei optimaler medizinischer Versorgung möglich. Ein Teil (bis 40%) vertrat die Meinung, ein Suizidaler verberge seine Tendenzen auch vor dem Arzt (Michel und Valach 1992). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit denen unserer Studie, geht man davon aus, dass letztere tatsächlich auf Verantwortungsbewusstsein in Kombination mit einer angemessenen professionellen Distanz hindeuten. So gaben auch 70% einer Gruppe amerikanischer Psychologen, Psychiater und Onkologen an, sie empfänden zwar kein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl für Suizid(versuche) von Patienten, dieses sei aber immer noch größer als jenes, welches sie für suizidale Handlungen im privaten Bekanntenkreis verspürten (Hammond und Deluty 1992). Und von den schwedischen Medizinstudenten meinten sogar nur 5%, ein Suizid sei unabhängig von Interventionsversuchen unvermeidlich (Wallin und Runeson 2003). Deutsche Krankenhausärzte stimmten Gefühlen wie Unwohlsein, Trauer, Erschrecken, Überforderung und Hilflosigkeit beim eigenen Umgang mit suizidalen Patienten zu, zeigten also keine ausgeprägte emotionale Distanz (Reimer et al. 1986).

Wie die vorliegende Arbeit zeigen fast alle Studien, dass der Gedanke an einen Suizid als akzeptable Lösung von Problemen und Ausdruck positiver Eigenschaften wie Eigenverantwortung oder Entscheidungsfreiheit abgelehnt wird, obwohl ein Recht auf Suizid im Allgemeinen nicht verneint wird.

So meinte zwar über die Hälfte Deutscher Vorkliniker, Suizid sei eine Art, schwierigen Problemen zu entkommen, doch die wenigsten waren der Ansicht, er sei eine persönliche Angelegenheit, in die man sich nicht einmischen solle (Weisser 1994, S. 51 ff.). Auch Schwedische Medizinstudenten waren der Meinung, ein Suizid müsse verhindert werden (Wallin und Runeson 2003), ebenso Schweizer Allgemeinmediziner, denen es zu weniger als 20% fragwürdig erschien, in die Entscheidung zum Suizid einzugreifen (Michel und Valach 1992). Wie die Probanden dieser Untersuchung das Suizidproblem nicht vollkommen pathologisieren, waren auch über 90% der Amerikanischen Psychologen, Psychiater und Onkologen der Auffassung, ein Suizid könne Folge einer rationalen Entscheidung sein (Hammond und Deluty 1992). Hamburger Ärzte unterstützten für andere ein Recht auf Suizid (Reimer 1981, S. 16 f., und 1982), während ein solches von einem anderen norddeutschen Ärztekollektiv abgelehnt wurde (Talmon-Gros 1987, S. 93). Österreichische und indische Medizinstudenten betrachteten einen Suizid sogar als feige, auch wenn die Europäer ihn unter bestimmten Umständen durchaus für mutig hielten (Etzersdorfer et al. 1998). Auch in der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Suizid“ und „Suizidalität“ von der Mehrheit der Probanden negativ assoziiert, und auch deutsche Krankenhausärzte sprachen Suizidalen hauptsächlich egoistische und andere negative Wesenseigenschaften zu (Reimer et al. 1986).

Die Allgemeinmediziner dieser Studie stimmen als Gruppe signifikant mehr als die der Medizinstudenten der These zu, dass Ernstnehmen und Anerkennen der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise eine Hilfe für Suizidale bedeute, und sind eher unentschlossen, ob suizidales Verhalten etwas mit Versagen zu tun habe, wobei die Studenten diese Möglichkeit ablehnen. Sie unterstützen die Möglichkeit professioneller Hilfe signifikant mehr als die Klinikassistenten (Anhang A 8, 9 und 11).

Diese Unterschiede kann man auf unterschiedliche Weise deuten.

Geht man davon aus, dass viele Allgemeinmediziner ihre Fachrichtung gewählt haben, weil sie gerne intensiven Patientenkontakt pflegen wollen und daher als sozial überdurchschnittlich motiviert einzuschätzen sind, und nimmt man weiter an, dass ein Teil der Medizinstudenten geneigt sein könnte, Fachrichtungen einzuschlagen, in denen dieser Kontakt sehr viel geringer ist, wird verständlich, dass die Allgemeinmediziner auf Gespräche mehr Wert legen als die Gesamtheit der Medizinstudenten. Außerdem werden sie aufgrund ihrer Erfahrung besser als letztere wissen, wie wichtig derartige Gespräche für Patienten sind. Dieser Unterschied sollte jedoch nicht überbewertet werden, da beide Gruppen diesen Faktor entschieden unterstützen.

Malteser Ärzte (Allgemeinmediziner, Psychiater und Ärzte der Notaufnahme) zeigten eine positivere Einstellung (mehr Sympathie) zu Patienten nach Selbstvergiftung in suizidaler Absicht als Medizinstudenten (Ghodes et al. 1986). Das steht im Einklang mit der Vermutung, dass Medizinstudenten im Durchschnitt weniger „sozial“ eingestellt seien und somit auch weniger Wert auf Gespräche mit Suizidalen legten als Allgemeinmediziner. Da eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Fachrichtungen nicht vorliegt, lässt sich eine Aussage über Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern und anderen Ärzten nicht machen.

Dass die Allgemeinärzte den Faktor S 09 „Versagen“ im Durchschnitt stärker unterstützen als die Medizinstudenten, lässt sich möglicherweise wieder dadurch erklären, dass man diesen Punkt von zwei Seiten betrachten kann. Die Allgemeinmediziner bauen oft eine recht enge Bindung zu ihren Patienten auf, die sie meist jahrelang betreuen, so dass ein großes Verantwortungsgefühl und auch stark ausgeprägte Schuldgefühle bei „Versagen“ (z. B. Suizid eines Patienten) naheliegen, es aber auch unwahrscheinlicher ist, dass ein Suizid als Versagen des Suizidenten bewertet wird. Die relative Unentschlossenheit könnte auf einen Konflikt zwischen professioneller Distanz und emotionaler Nähe zu den Patienten hindeuten. Die Studenten hingegen könnten, wie oben dargelegt, unter Umständen weniger „sozial“ eingestellt sein und daher bei Bezug auf sich selbst generell weniger Schuldgefühle verspüren. Und sie haben in der Regel noch keinen ausgeprägten Patientenkontakt. Außerdem tragen sie eigentlich noch keine Verantwortung für eventuelle Fehler. Daher ist es wahrscheinlich, dass dieser Punkt von ihnen eher auf den Suizidalen bezogen und somit im Sinne einer verständnisvollen Haltung abgelehnt wird.

Dass die Gruppe der Allgemeinmediziner professionelle Hilfe stärker unterstützt als die der Klinikassistenten, überrascht aufgrund der Tatsache, dass 32% der Assistenten Psychiater sind und sich die Hälfte dieses Faktors auf psychiatrische Hilfe bezieht. Den Internisten (50%) könnte neben dem Zeitmangel, unter dem jedoch auch die Allgemeinmediziner leiden, wieder eine weniger „soziale“ Tendenz unterstellt werden, so dass sie die Punkte, die die eigene Zeit involvieren (K 14 *Ständige Betreuung bedeutet Hilfe für Suizidale*, K 20 *Direktes Ansprechen der Suizidgedanken bedeutet Hilfe für Suizidale*, aber auch das Einleiten einer psychiatrischen Behandlung), weniger unterstützen. Anders als die Allgemeinmediziner haben sie sich wohl oft vor allem dem Heilen und weniger dem Betreuen von Patienten verschrieben, so dass sie ihre Aufgabe eher als erfüllt betrachten könnten, wenn die körperlichen Probleme behandelt sind. Doch auch diesen Unterschied sollte man nicht überinterpretieren, da ja alle Ärzte professionelle Hilfe als Möglichkeit in Erwägung ziehen.

Britische Assistenten der Psychiatrie zeigten eine positivere Einstellung zu Suizidprävention im Sinne von mehr Verantwortungsbewusstsein und mehr Glauben an die Wirkung von präventiven Maßnahmen als Allgemeinmediziner (Herron et al. 2001). Da die Gruppe der Klinikassistenten dieser Studie zu zwei Dritteln aus nicht-psychiatrischen Ärzten besteht, lässt sich auch hier kein direkter Vergleich anstellen. Doch bekräftigt dieser Sachverhalt zumindest die Auffälligkeit, dass eine Gruppe, die zu 32% aus Psychiatern besteht, weniger Wert auf professionelle Hilfe legt als Allgemeinmediziner. Und er unterstützt infolgedessen eventuell auch oder besonders die These der weniger „sozialen“ Neigungen nicht-psychiatrischer Ärzte.

Ein Vergleich mit einem anderen Kollektiv deutscher Ärzte war aufgrund mangelnder Literatur nicht möglich.

Zwischen den Medizinstudenten der vorliegenden Untersuchung und den Psychologiestudenten gibt es keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Skalen (Anhang A 11).

Dieser Sachverhalt ist überraschend, wenn man davon ausgeht, dass sich die Motivation, die zu einem Medizin- oder Psychologiestudium führt, ebenso wie die anschließende Berufstätigkeit oft deutlich voneinander unterscheiden. Auch untersuchte Talmon-Gros (1987) Persönlichkeitsvariablen von Helfern und Nicht-Helfern und kam zu dem Ergebnis, dass es kaum Unterschiede zwischen Helfern und Nicht-Helfern gab, die verschiedenen Helfer (Allgemeinmediziner und klinisch tätige Psychologen) sich jedoch deutlich

voneinander unterschieden (S. 48 f.). Ist also der Einfluss des Student-Seins größer als der Einfluss der erwähnten Unterschiede? Da ein Großteil der Psychologiestudenten im Rahmen eines Seminars zum Suizid im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf um Mitarbeit gebeten wird, ist zu vermuten, dass diese eine Auswahl klinisch interessierter Psychologiestudenten darstellen. Und da die Medizinstudenten die Fragebögen während ihres obligatorischen Psychatriekurses erhalten, könnte es sein, dass ihre Sichtweise zeitweise „psychiatrischer“ als gewöhnlich ist.

Tyssen et al. (2001) untersuchten Medizinstudenten und junge Ärzte und fanden heraus, dass die hohe gedankliche Suizidalität dabei mit Arbeitsstress und der Persönlichkeit des Probanden korreliert. Es stellte sich dort die Frage, ob das Ergreifen eines medizinischen Berufs mit einem bestimmten (empfindlichen) Persönlichkeitstyp in Zusammenhang zu bringen sei.

Die im Rahmen dieser Arbeit befragten Vertreter nicht primär sozialer Berufe meinen (hoch-)signifikant weniger als alle anderen (mit Ausnahme der Medizinstudenten), „Ernstnehmen und Anerkennen“ der inneren Not des Suizidalen auf eine professionell akzeptable Weise bedeute eine Hilfe für Suizidale. Auch sind sie weniger als die drei Medizinergruppen der Meinung, professionelle Hilfe sei bei suizidalen Patienten angezeigt. Außerdem unterstützen sie die Haltung, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome sei, signifikant weniger als die Medizinstudenten. Seltener als die Klinikassistenten vertreten sie die Ansicht, dass ein Suizid häufig durch Verluste (Trennung/Tod) von Bezugspersonen, aber auch durch körperliche oder psychische Erkrankungen ausgelöst werde, und lehnen die Möglichkeit, Suizidalität habe etwas mit Versagen zu tun, signifikant deutlicher ab als die Allgemeinmediziner, die in dieser Frage eher unentschlossen sind (Anhang A 8, 9 und 11).

Die geringere Unterstützung professioneller und halbprofessioneller (S 08 „Ernstnehmen und Anerkennen“) Hilfsmaßnahmen lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe Beschäftigungen oder Studiengänge gewählt haben, die nicht vornehmlich darauf abzielen, Menschen in einer helfenden Rolle gegenüberzutreten. Die geringere Unterstützung professioneller Hilfe und des Suizids als Ausdruck endloser Verzweiflung und anderer depressiver Symptome deutet auf eine weniger medizinische Sichtweise hin. Das ist verständlich, da diese Gruppe vom medizinischen Beruf weiter als alle anderen Probanden entfernt ist und über weniger Wissen verfügt (s. 4.3.2.1. „Wissen“, S. 63 ff.), was sich durch das Fehlen von entsprechenden Ausbildungsinhalten und Erfahrungen erklärt.

So zeigten amerikanische Ärzte (Internisten, Neurologen, Allgemeinmediziner und Psychiater) in einer Studie mit (Berufs-) Gruppen, die in Kontakt mit suizidalen Menschen kommen, und einer studentischen Kontrollgruppe mehr Wissen als andere Helfer, die wiederum mehr über Risikofaktoren wussten als Geistliche und besagte Studenten. Unter den angebotenen Risikofaktoren kamen u. a. „depression, anxiety, and helplessness“ vor (Holmes und Howard 1980). In einer SOQ-Studie unterschieden sich kanadische Laien besonders in den Items, die sich mit den Ursachen von Suizid und den Charakteristiken von suizidalen Menschen befassen, von helfenden Berufen. Außerdem zeigten sie das geringste Wissen aller Probanden (DeRose und Page 1985), was die Erklärungen des vorherigen Absatzes unterstützt.

Ob das weniger starke Bejahen recht nachvollziehbarer Gründe (S 05 „Aktueller Verlust“) für einen Suizid von weniger Verständnis für suizidale Menschen zeugt, ist sehr spekulativ.

Außerdem ist in der vorliegenden Studie nur der Unterschied zu den Klinikassistenten signifikant.

In der Literatur wird von der Allgemeinbevölkerung in der Tat generell weniger Verständnis und Toleranz gezeigt als von Angehörigen sozialer Berufe. Die erwähnten kanadischen Laien zeigten z. B. weniger Akzeptanz als die Helfer (DeRose und Page 1985), und die britischen Ärzte und Pfleger/Schwwestern aus Platt und Salters Untersuchung (1987) brachten mehr Verständnis für suizidale Handlungen auf als Laien. Sie betrachteten einen Suizidversuch weniger als unmoralisch und sahen ihn eher als Möglichkeit an, mit Problemen umzugehen. Sie betrachteten Suizidale jedoch auch weniger als Opfer als die Vergleichsstichprobe, was in der vorliegenden Arbeit anders ist.

Der signifikante Unterschied zu den Allgemeinmedizinern bezüglich des Faktors S 09 „Versagen“ könnte eventuell unterstreichen, dass sich die Vertreter nicht primär sozialer Berufe im Gegensatz zu den Ärzten nur wenig mit der Helferrolle identifizieren. In einer Studie mit Allgemeinärzten, Psychologen und Angehörigen anderer Berufsgruppen stellte sich jedoch heraus, dass Ärzte sich weniger als alle anderen unfähig fühlten, wenn jemand trotz vorheriger Hilfe einen Suizidversuch durchführte (Talmon-Gros 1987, S. 91 f.). Dass die Vertreter nicht primär sozialer Berufe der vorliegenden Studie Suizidale weniger als die Allgemeinmediziner als Versager betrachten, scheint dennoch unwahrscheinlich, auch vor dem Hintergrund der Literatur, die Laien eine weniger verständnisvolle Haltung zuschreibt als Helfern (DeRose und Page 1985; Platt und Salter 1987).

5.2.3.2. Gruppenunterschiede der Nicht-Skalen-Items

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Medizinstudenten und die Klinikassistenten als Gruppen zu 16 und die Allgemeinmediziner zu 14 von 24 Fragen mindestens 50% richtige Antworten geben. Sie liegen bei der Schätzung von durch verschiedene Todesursachen Verstorbenen fast durchgängig unter 50% (Abb. 10, S. 65, Abb. 11, S. 66, und Anhang A 12), ebenso bei dem Verhältnis der Zahlen der Suizidtoten und tödlichen Verkehrsoffer pro Jahr (Abb. 12, S. 67), wissen zum Großteil nicht, dass Menschen unter 25 nicht zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören (Abb. 14a, S. 69, und Anhang A 14), und kennen sich bei der jahreszeitlichen Häufung und der Suizidrate der letzten zehn Jahre zu über der Hälfte nicht aus (Abb. 17, S. 74, und Anhang A 16). Die meisten Allgemeinmediziner wissen außerdem nichts von dem erhöhten Suizidrisiko psychosomatisch Erkrankter (Abb. 14b, S. 70, und Anhang A 14). Allen Medizinergruppen sind jedoch zu über 75% Institutionen bekannt, an die sich suizidale Personen wenden können (Abb. 18, S. 75).

Dass ein Großteil der Mediziner sich bei der Zahl der Toten durch Drogen, Aids, Verkehrsunfälle und Gewalttaten pro Jahr verschätzt, ist auffällig, doch für diese Studie unerheblich. Dass die meisten das auch bei den an Suizid Verstorbenen tun und dazu überwiegend zu niedrige Zahlen annehmen, zeigt, dass das Suizidproblem unterschätzt wird, vor allem in Verbindung mit der Tatsache, dass weniger als die Hälfte weiß, dass pro Jahr mehr Menschen an Suizid sterben als an Verkehrsunfällen.

Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangten Michel und Valach (1990) mit einer Gruppe Schweizer Allgemeinmediziner, von denen nur 42,5% bekannt war, dass es in der Schweiz mehr Suizid- als Verkehrstote gab. (Das Verhältnis zum Erhebungszeitpunkt entspricht den Daten aus Deutschland 2002.)

Dass die drei Medizinergruppen dieser Studie einerseits wissen, dass Suizide häufiger unter Älteren stattfinden und Kinder und Jugendliche nicht zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören, andererseits jedoch fälschlicherweise Menschen unter 25 dazuzählen, ist widersprüchlich. Die Diskrepanz zwischen „Kinder und Jugendliche“ und „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ deutet darauf hin, dass ein besonders hohes Suizidrisiko für junge Erwachsene angenommen wird. Die Diskrepanz zwischen „Menschen über dem 60. Lebensjahr“/„älteren Menschen“ und „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ könnte wiederum darauf hindeuten, dass die Probanden entweder nicht nur Menschen bis zum 25. Lebensjahr zu „jungen Menschen“ zählen und unter Menschen mittleren Alters sehr wenige Suizide vermuten bzw. „älteren Menschen“ eine *noch* höhere Suizidrate zuschreiben, oder sie antworten ganz einfach inkonsequent und denken nicht ausreichend nach.

Die Allgemeinmediziner aus Österreich, denen fast die gleichen Risikofaktoren wie den Probanden dieser Studie vorgelegt wurden (Ritter et al. 2002), bekamen das Item „Kinder und Jugendliche“ als zwei getrennte Punkte angeboten. So lässt sich erkennen, dass sie „Kinder“ zu über 90% und „Jugendliche“ zu nur knapp über 50% als Risikogruppe ablehnten. „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ standen leider nicht zur Auswahl. „Kinder und Jugendliche“ zusammen angeboten, scheint geeignet, einen Probanden dazu zu verleiten, generell an Minderjährige zu denken, besonders, wenn auch ein Punkt „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ zur Verfügung steht und man nicht annimmt, dass zweimal genau das Gleiche gefragt wird. „Jugendliche“ als einzelner Punkt unter Abwesenheit von „Menschen bis zum 25. Lebensjahr“ könnte jedoch dazu führen, junge Erwachsene bei der Beantwortung mit einzuschließen. So lässt sich vermuten, dass in der Tat Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein viel höheres Suizidrisiko zugesprochen wird als Kindern, was die Diskrepanz in unserer Studie zumindest teilweise erklären würde. Dieser Erklärungsansatz ist jedoch nur unter der Prämisse konsequenten Antwortens als plausibel zu erachten.

Dass der Großteil der Mediziner der vorliegenden Arbeit nicht weiß, dass die meisten Suizide im Frühling und Sommer geschehen, ist ebenfalls verständlich. Denn dieses Wissen gehört selten zum Ausbildungsinhalt nicht-psychiatrischer Ärzte, und der einzelne – mit Ausnahme der Rechtsmediziner und (ehemaliger) Rettungssanitäter/-assistenten - begegnet zu wenigen Suiziden, um einen repräsentativen Überblick gewinnen zu können.

Dass die meisten Vertreter der Medizinergruppen dieser Studie fälschlicherweise denken, die Suizidhäufigkeit habe in den letzten zehn Jahren zugenommen, ist ein erfreuliches Ergebnis, wenn man es als ein Erkennen der Problematik deutet. Vor dem Hintergrund der unterschätzten absoluten und mit anderen Todesursachen ins Verhältnis gesetzten Suizidzahlen kann aber auch angenommen werden, dass die Probanden das Problem in den vergangenen Jahren *noch stärker* unterschätzt haben als jetzt und nun lediglich ein Rückgang dieser Fehleinschätzung zu verzeichnen ist.

Es ist äußerst überraschend, dass nur weniger als ein Viertel der Allgemeinmediziner (von denen zudem über 60% die „Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundversorgung“ führen) das erhöhte Suizidrisiko psychosomatisch Erkrankter kennt. Diese Patienten haben schließlich somatische Symptome und gehen somit fast ausschließlich zunächst den Weg in die Allgemeinarztpraxis. Es kann natürlich auch sein, dass vor der Eskalation meist zum Spezialisten überwiesen wird, der erst nach Ausschöpfen des eigenen Wissens eine psychosomatische Erkrankung diagnostiziert. So ist dem Allgemeinarzt unter Umständen gar nicht bewusst, dass bestimmte Patienten zu dieser Diagnosegruppe gehören, und hat die ihm mögliche Behandlung schon abgeschlossen, bevor es zum Suizid kommt. Das erklärt aber nicht, warum Medizinstudenten und Klinikassistenten (die Psychiater

ausgenommen) und auch die beiden anderen Gruppen dieses Risiko zu über 50% erkennen.

Auch die erwähnten österreichischen Allgemeinmediziner (Ritter et al. 2002) kannten nur zu 39,6% das erhöhte Suizidrisiko von psychosomatisch Erkrankten. Geht man davon aus, dass diese beiden Ergebnisse zumindest teilweise repräsentativ für Allgemeinmediziner sind, scheint eine Erklärung wie die oben angeführte zumindest möglich. Da hier keine anderen Ärzte, Helfer oder Laien untersucht wurden, sind weitere Vergleiche nicht möglich.

Andere Studien mit deutschen Allgemeinmedizinern sind nicht bekannt.

Auch wenn über drei Viertel der Klinikassistenten und der Allgemeinmediziner wissen, dass Menschen über 60 Jahre ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko haben, durch einen Suizid zu sterben, ist der Anteil derer, denen dieser entscheidende Sachverhalt nicht bekannt ist, mit einem Viertel deutlich zu groß.

Die Allgemeinmediziner der Studie von Ritter et al. (2002) schnitten hier sogar noch schlechter ab. Sie gaben nur zu 63,6% richtige Antworten. Unter Schweizer Allgemeinmedizinern (Michel und Valach 1990) wussten 42,5% nichts von dem erhöhten Risiko der höheren Altersgruppen.

Auch wissen zu wenige Ärzte dieser Studie von dem erhöhten Risiko Suchtkrankter. Über 80% richtiger Antworten in Bezug auf Alkoholiker erscheinen z. B. viel, müssen aber vor dem Hintergrund der großen Zahl Alkoholkranker in Deutschland als nicht ausreichend betrachtet werden.

Wieder kamen jedoch Österreicher (54,5%) und Schweizer Allgemeinmediziner (39,8% falscher Antworten) auf noch schlechtere Ergebnisse (Ritter et al. 2002 und Michel und Valach 1990).

Allen Medizinergruppen dieser Untersuchung sind zu über 75% Institutionen bekannt, an die sich suizidale Personen wenden können. Das ist nicht ganz so erfreulich, wie es auf den ersten Blick erscheint, bedeutet es doch, dass fast einem Viertel der Medizinstudenten, die zum Erhebungszeitpunkt ja gerade einen Psychatriekurs der Universitätsklinik besuchen, und fast 20% der an der Universitätsklinik angestellten Assistenzärzte die Psychiatrie eben dieser Klinik nicht in den Sinn kommt, und dass 18% der Allgemeinmediziner sich selbst offensichtlich als Ansprechpartner für Suizidale ausschließen bzw. sich der ihnen eigentlich zukommenden Rolle nicht bewusst sind. Es bleibt zu hoffen, dass ein Teil dieser Probanden nur aufgrund von augenblicklichem Motivationsmangel Institutionen nicht angibt.

Die Allgemeinmediziner der österreichischen Studie (Ritter et al. 2002) kannten zu 85,7% derartige Institutionen, was vergleichbar ist mit den 82% der deutschen Allgemeinmediziner.

Trotz der Wissenslücken und der Unterschätzung des Problems verfügen die in dieser Arbeit untersuchten Medizinstudenten und Ärzte über ein vergleichsweise breites Wissen, was Epidemiologie und Risikofaktoren für Suizid angeht, betrachtet man die Ergebnisse ähnlicher Studien:

Während man nämlich fast immer zumindest einen Einfluss psychischer Krankheiten erkannte (z. B. Anderson et al. 2000; Ritter et al. 2002; Wallin und Runeson 2003), wurde dieser im Gegensatz zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie oft unterschätzt (Michel

und Valach 1990; Ritter et al. 2002; Wallin und Runeson 2003). Besonders das Risiko Alkoholkranker wurde, wie schon erwähnt, oft nicht erkannt (Michel und Valach 1990) oder zumindest unterschätzt (Ritter et al. 2002).

Nur 21% schwedischer Medizinstudenten des ersten Semesters kannten das erhöhte Suizidrisiko nach Suizidversuchen, im 5. Semester waren es immerhin schon 51% (Wallin und Runeson 2003), womit sie aber immer noch deutlich unter den 98,8% der Medizinstudenten dieser Studie liegen. Schweizer Allgemeinmediziner verneinten u. a. das erhöhte Risiko von Älteren (Michel und Valach 1990), wobei die Mediziner unserer Untersuchung diese Risikogruppen sicher (über 90% bzw. über 65%) erkennen.

Österreichische Allgemeinmediziner (Ritter et al. 2002) erkannten neun der elf in der vorliegenden Studie angebotenen Risikogruppen zu über 50%. Die Autoren bezeichneten diesen Wissensstand zwar als generell hoch, bemerkten aber ebenfalls Wissensdefizite und einen Bedarf an weiterer Ausbildung, wie es auch in dieser Arbeit der Fall ist. Unterschiedliche Kollektive Schweizer Allgemeinmediziner gaben auf 12 von 18 bzw. 10 von 14 Wissensfragen zu über 50% die richtige Antwort. (Michel und Valach 1990 und 1992). Bei den Allgemeinmedizinern dieser Studie wurden zehn von zwölf Risikogruppen erkannt. Obwohl deutsche Klinikärzte wie die Mediziner dieser Studie viele Risikofaktoren für Suizid identifizierten, wiesen sie ebenso Wissenslücken auf, welche die therapeutische Arbeit mit Suizidalen behindern könnten (Reimer et al. 1986). Und 8 bis 9 von 13 Risikofaktoren für einen Suizid, unter denen einige der bei uns abgefragten vorkamen, wurden von verschiedenen Gruppen amerikanischer Ärzte erkannt (Domino und Swain 1986; Holmes und Howard 1980), wobei diese Ergebnisse als verbesserungsbedürftig bewertet wurden. Die Klinikassistenten, denen der FKHS vorgelegt wurde, erkannten zu weniger als 50% nur eine der zwölf Risikogruppen. Man sieht also, dass das Wissen der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten Ärzte vergleichsweise als gut einzuschätzen ist.

Bei sechs Items ist der Unterschied zwischen den Antworten der drei Medizinergruppen dieser Studie signifikant bis hochsignifikant, wobei die Klinikassistenten offensichtlich am meisten wissen und die Allgemeinmediziner am wenigsten (Anhang A 12 bis 17).

Auf die signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Items, die sich mit der Anzahl von Toten pro Jahr durch Gewalttaten und illegalen Drogen beschäftigen, soll hier nicht näher eingegangen werden. Zwar kennen signifikant mehr Klinikassistenten (23,2%) als Allgemeinmediziner (19,4%) die ungefähre Zahl der Suizide im Jahre 2001, doch ist mehr Allgemeinmedizinern (46,8%) als Klinikassistenten (38,2%) das Verhältnis von Verkehrs- zu Suizidtoten bekannt. (Bei letzterem handelt es sich um einen rein deskriptiven Vergleich.) Die Medizinstudenten schneiden bei beiden Items schlechter ab. Das lässt sich wohl dadurch erklären, dass sie bislang nur wenig über praktische Erfahrung verfügen und dieser Sachverhalt im Allgemeinen nicht Gegenstand ihrer Ausbildung ist.

Die Allgemeinmediziner wissen hochsignifikant seltener als alle anderen Gruppen, dass psychosomatisch Erkrankte zu den Risikogruppen für einen Tod durch Suizid gehören. Dieses Ergebnis wurde bereits besprochen.

Auch gibt es signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung bei Suizidversuchen und Suiziden. Während alle drei Medizinergruppen zu über 75% wissen, dass Suizidversuche von mehr Frauen als Männern begangen werden, und während ebenso über 75% der Medizinstudenten und Klinikassistenten bekannt ist, dass Suizide häufiger von Männern als von Frauen begangen werden, ist das bei nur 55,5% der Allgemeinmediziner der Fall. Da Männer vor einem Suizid seltener einen Arzt aufsuchen

als Frauen (Andersen et al. 2000; Luoma et al. 2002), könnte es sein, dass die absolute Zahl der Suizide, von denen der Allgemeinmediziner unmittelbar erfährt, bei Frauen sogar größer ist als bei Männern.

Bei dem Item, das nach Institutionen für Suizidale fragt, gibt es hochsignifikante Unterschiede. Während sich die Klinikassistenten und die Allgemeinmediziner als Gruppen kaum voneinander unterscheiden, sind ihnen mehr Institutionen bekannt als den Medizinstudenten. Das lässt sich wohl ebenfalls aus der mangelnden Erfahrung der Studenten erklären.

Zusammenfassend kann man also annehmen, dass von den drei Medizinergruppen die Klinikassistenten am besten informiert sind, wobei es den Medizinstudenten oftmals noch an Erfahrung fehlt und die Auffassung der Allgemeinmediziner stellenweise durch die oben beschriebene Praxis verzerrt ist.

Literatur zu Vergleichen des Wissens von Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmediziner ist kaum vorhanden, entsprechende deutsche Studien sind nicht zu finden.

Domino und Swain (1986) fanden heraus, dass Psychiater signifikant mehr Risikogruppen für einen Suizid erkennen als nicht-psychiatrische Ärzte, darunter einige der im FKHS abgefragten. Geht man davon aus, dass sich das größere Wissen der Psychiater entscheidend auf das Gesamtergebnis der Gruppe der Klinikassistenten auswirkt, gibt es hier eine Übereinstimmung.

Holmes und Howard (1980) nutzten die gleiche Skala wie Domino und Swain (1986). Sie verglichen zwar keine Ärzte untereinander, doch stellten sie fest, dass das Wissen mit der Berufserfahrung der Probanden (Internisten, Neurologen, Allgemeinmediziner und Psychiater, andere soziale Berufe, Studenten) positiv korrelierte. Das unterstützt die oben angeführte Begründung für das geringere Wissen der Medizinstudenten.

Anderson et al. (2000) verglichen Pflegepersonal und Ärzte verschiedener Fachrichtungen und konnten anders als in der vorliegenden Untersuchung signifikante Unterschiede zwischen Fachrichtungen oder Probanden mit unterschiedlich langer Berufserfahrung bezüglich der Unterstützung von psychischer Krankheit bei Suizid nicht feststellen. Allerdings handelte es sich hier um Versuchspersonen, die täglich mit Patienten umgingen und daher ausnahmslos über Berufserfahrung verfügten.

Bei den Wissens-Items, in denen (hoch-)signifikante Gruppenunterschiede zu verzeichnen sind, zeigen die Psychologiestudenten dieser Untersuchung, dass sie das Suizidproblem insgesamt seltener unterschätzen als die Medizinstudenten (Anhang A 12 bis 17). Dies lässt sich eventuell dadurch erklären, dass die meisten an der Studie teilnehmenden Psychologiestudenten ein Seminar zum Thema Suizid besuchen und so die Problematik entweder schon von vornherein ernst nehmen oder zumindest durch den Inhalt des Seminars beeinflusst werden.

Während mehr Psychologiestudenten bekannt ist, dass Männer häufiger als Frauen durch Suizid sterben, weiß ein größerer Anteil von Medizinstudenten, dass Frauen öfter als Männer Suizidversuche begehen. Da zu beiden Items jeweils über 75% richtige Antworten gegeben werden, soll dieser Tatbestand hier nicht weiter diskutiert werden. Mehr Medizin- als Psychologiestudenten kennen außerdem Institutionen für Suizidale.

Eine weitere Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund anderer Studien ist in Ermangelung entsprechender Literatur nicht möglich.

Insgesamt schneiden die Vertreter nicht primär sozialer Berufe in dieser Studie bei fast allen signifikanten Wissensunterschieden schlechter ab als die anderen Probanden. Lediglich bei den psychosomatisch Erkrankten als Risikogruppe für einen Tod durch Suizid (hier sind sie den Allgemeinmedizinern hochsignifikant überlegen) und bei der Frage nach den jährlichen Drogentoten bzw. der geschlechtsspezifischen Häufigkeit von Suizid (hier wissen sie signifikant mehr als die Allgemeinmediziner und die anderen sozialen Berufe) ist dies nicht der Fall (Anhang A 12 bis 17).

Nur bei den Angehörigen nicht primär sozialer Berufe gibt es weniger als 50% (37,0%) Probanden, die Institutionen kennen, an die sich Suizidale wenden können. Die Unterschiede sind hochsignifikant.

Das insgesamt geringere Wissen der Angehörigen nicht primär sozialer Berufe war zu erwarten und bestätigt die Validität des Instruments, zeigt es doch, dass der Fragebogen zwischen Probanden mit mehr Wissen und Versuchspersonen mit geringeren Kenntnissen differenzieren kann.

Warum die Vertreter nicht primär sozialer Berufe zu einem größeren Teil als die Allgemeinmediziner wissen, dass psychosomatisch Erkrankte und Männer ein erhöhtes Suizidrisiko haben, wurde schon diskutiert.

58,3% (n=21) der 36 Vertreter anderer sozialer Berufe beschäftigen sich als Lehrer und Sozialpädagogen hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen. So können sie zwar richtig angeben, dass Suizide seltener unter Jüngeren stattfinden, doch zur Geschlechterverteilung bei Suiziden, die unter Minderjährigen ja nur selten vorkommen, haben sie eventuell keine Informationen, so dass jeweils 50% auf Frauen und 50% auf Männer tippen.

Auch amerikanische Laien, in diesem Fall Studenten, aber auch Geistliche, zeigten ein signifikant geringeres Wissen zu Risikofaktoren für einen Tod durch Suizid als Psychiater, nicht-psychiatrische Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter (Holmes und Howard 1980).

Für kanadische Laien kamen DeRose und Page (1985) ebenfalls zum gleichen Ergebnis. Diese wussten weniger zum Thema als Psychologen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern.

Die von den Gruppen der Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmediziner in dieser Arbeit stark unterstützten und deutlich abgelehnten J-Items (Anhang A 19 und 20) – die Aussagen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen - unterstreichen insgesamt die Tendenzen, die sich bei der Diskussion der Skalen und der Wissens-Items abzeichnen.

Die Stellungnahme zu einigen Punkten, die Toleranz und Empathie zeigen, spricht gegen die vermutete Distanz zum Suizidalen und für die verständnisvoll-professionelle Sichtweise.

Auch wenn die Mediziner insgesamt das Suizidproblem zu unterschätzen scheinen, zeigt die deutliche Ablehnung des Items J 05 *Suizid ist eine Seltenheit*, dass eine gewisse Sensibilisierung durchaus besteht.

Es ist erfreulich, dass ein Interesse an Fortbildungsmaßnahmen sehr deutlich bekundet wird. Man fühle sich nicht ausreichend praktisch ausgebildet und weist ja offenkundig einige Wissenslücken auf.

Schweizer Allgemeinmediziner meinten zwar in der Mehrzahl, sie könnten Suizidgefährdete erkennen, doch fühlten auch sie sich nicht kompetent im Umgang mit suizidalen Patienten und zeigten großes Interesse an Fortbildung (67 bis 100%) (Michel und Valach 1990). Auch über 75% österreichischer Allgemeinmediziner fühlten sich nicht ausreichend ausgebildet für den Umgang mit Suizidalen, und gar über 90% zeigten Interesse an Fortbildung (Ritter et al. 2002). Ebenso gaben deutsche Krankenhausärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Psychiatrie Überforderung und Hilflosigkeit beim Umgang mit suizidalen Patienten an (Reimer et al. 1986). Finnische Ärzte und andere Helfer fühlten sich zu 27,6% (nicht-psychiatrisch) bzw. 71,7% (psychiatrisch) für einen Umgang mit suizidalen Patienten nicht ausreichend vorbereitet (Suokas und Lönnqvist 1989, S. 227 ff.).

Ein weiteres erfreuliches Ergebnis dieser Studie ist die Tatsache, dass auch mehrere Items, die sich mit dem Tabu Suizid befassen, von den drei Medizinergruppen vehement abgelehnt werden und auch eine Bereitschaft vorhanden zu sein scheint, das Problem unaufgefordert zur Sprache zu bringen, auch wenn die Medizinstudenten und Ärzte sich darin einig sind, dass sie in der Ausbildung nicht ausreichend Praktisches zum Thema Suizid und Suizidalität gelernt haben.

Dass das Ansprechen von Suizidalen und das Darüber-Sprechen für eine erfolgreiche Suizidprophylaxe und –therapie unerlässlich sind, unterstrichen zahlreiche Autoren (Achté 1975; Hepp und Schnyder 2004; Möller 1982; Motto 1969; Pöldinger 1982; Radebold und Schlesinger 1982, S. 167; Reimer und Clement 1981). Achté schrieb (S. 191): „Weil viele von ihnen nicht verstehen können, daß der Tod etwas Endgültiges darstellt, hat der Therapeut alles zu unternehmen, die Realität des Todes begreiflich zu machen.“ Viele Patienten zeigten ihre Suizidalität dabei nicht offen (Achté 1975). Auch Möller (1982) meinte, der Arzt könne in der akuten Krise intervenieren, indem er auch nicht offensichtlich Suizidale gezielt nach Konflikten/Suizidabsichten fragt. Motto (1969) und Hepp und Schnyder (2004) waren sogar der Meinung, man solle routinemäßig bei jeder Untersuchung nach Depressionen und Suizidgedanken fragen. Außerdem meinte erstgenannter, der Patient wäre ja nicht beim Arzt, wenn er sicher wäre, dass er sterben wolle. Pöldingers (1982) zweite Phase der präsuizidalen Entwicklung beinhaltet Suizidankündigungen und Hilfesuche, die dritte Pöldingers bzw. die vierte Götzes¹⁵ (Götze 1988, S. 9 f.) besonders auch indirekte Suizidankündigungen, was einen Wunsch des Darüber-Sprechens auf Seiten des Patienten bedeuten könnte. Auch im Rahmen einer Nachuntersuchung von Suiziden unter belgischen 15- bis 19-Jährigen wurde in über 75% der Fälle eine von den Jugendlichen ausgehende präsuizidale Kommunikation festgestellt (Portzky et al. 2005). Conwell und Caine (1991) forderten eine offene Debatte über das Recht zu sterben, damit eine bessere Information eine Romantisierung bzw. Simplifizierung des Suizids und das Bilden von negativen Einstellungen und Vorurteilen verhindern könne.

¹⁵ Götze modifizierte Pöldingers drei Stadien, indem er das dritte Stadium stärker differenzierte und in die Stadien 3 „Entschluß zum Suizid“, 4 „Präsuizidale Pause“ und 5 „Durchführung des Suizids“ aufteilte (1988, S. 9).

Deutsche Klinikärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Psychiatrie waren der Meinung, Menschen vor einem Suizidversuch wiesen die Umwelt vor allem indirekt auf ihre Problematik hin (Reimer et al. 1986). Daraus könnte man schließen, dass sie nicht der Meinung waren, man sollte Suizidalen nur bei ausdrücklichem Wunsch helfen, was auch die Medizinstudenten und Ärzte der vorliegenden Studie ablehnen. In jedem Fall wurde ein ausführliches Gespräch über die Hintergründe der Tat für angebracht gehalten.

Auch hielten es über 80% zweier Gruppen Schweizer Allgemeinmediziner nicht für fragwürdig, sich in die Entscheidung eines Menschen für einen Suizid einzumischen (Michel und Valach 1990 und 1992).

Finnische nicht-psychiatrische Ärzte und andere Helfer gaben zu zwei Dritteln an, sie würden ihr Bestes tun, mit Menschen nach einem Suizidversuch über deren Probleme zu sprechen, was ebenfalls gegen eine Tabuisierung des Suizidproblems spricht. In einem psychiatrischen Krankenhaus waren es über 90%. (Suokas und Lönnqvist 1989, S. 227 ff.)

Auch waren nur 4,5% der österreichischen Allgemeinmediziner der Auffassung, Ansprechen fördere die Suizidausführung (Ritter et al. 2002).

Die Unentschiedenheit, die die Mediziner der vorliegenden Untersuchung bestimmten Aussagen entgegenbringen, unterstreicht möglicherweise eine differenzierte Betrachtungsweise der suizidalen Problematik. Obwohl z. B. bekannt ist, dass ein Suizidversuch einen Suizid wahrscheinlicher macht, wird auch erkannt, dass nicht auf jeden Suizidversuch weitere folgen müssen.

Die Gruppe der Medizinstudenten unterscheidet sich von der der Klinikassistenten in einem Punkt signifikant und von der der Allgemeinmediziner in zwei Punkten signifikant bzw. in drei Punkten hochsignifikant. Die Klinikassistenten differieren mit den Allgemeinmedizinern in drei Items signifikant (Anhang A 19 bis 21).

Die Medizinstudenten haben zwar durchschnittlich auch keine Angst vor dem Ansprechen Suizidaler, doch sind sie davon weniger überzeugt als die Ärzte, was durchaus verständlich ist, da sie über entsprechende Erfahrungen nicht verfügen. Es könnte außerdem zeigen, dass die Ärzte ihre Ängste überwunden haben, wenn man davon ausgeht, dass sie als Studenten ähnlich gefühlt haben.

Die Medizinstudenten lehnen die Aussage J 07 *Kein Abhalten möglich von beschlossener Suizid* als Gruppe recht entschieden ab, während die Allgemeinmediziner hier eine unentschiedene Haltung einnehmen. Das könnte einerseits ein Hinweis darauf sein, dass letztere sich nicht von der Verantwortung freisprechen, und auf der anderen Seite, dass sie sich darüber im Klaren sind, dass auch die beste Prävention oder Intervention fehlschlagen kann. Diese Erkenntnis scheinen die Studenten noch nicht erlangt zu haben.

Motto (1969) unterstrich die Interventionsmöglichkeit von Medizinern mit der Ansicht, eine einzige Selbstwertquelle reiche oft aus, um eine suizidale Krise zu durchstehen, und das sei oft der Arzt. So schrieb auch Achté (1975, S. 189): „Durch zahlreiche Untersuchungen ist nachgewiesen, daß Suizidale, auch, wenn ihr Lebenswille bereits stark herabgesetzt ist, doch noch mit einem Rest von Hoffnung auf Rettung sich vor dem letzten Schritt an einen Arzt wenden.“ Außerdem: „Im Grunde wollen die meisten an Suizid denkenden Menschen nicht wirklich sterben.“ (S. 191) Laut Reimer und Clement (1981) biete die suizidale Krise sogar eine große therapeutische Chance, da in einer solchen die Abwehr des Patienten herabgesetzt sei.

Eine Diskussion vor dem Hintergrund anderer Studien ist nur indirekt möglich, weil entsprechende Vergleiche zwischen Medizinern nicht zu finden sind. Dieses Problem tritt bedauerlicherweise an zahlreichen Stellen dieser Diskussion auf.

Zwar meinte über die Hälfte der Allgemeinmediziner aus der Schweiz, ein Arzt könne einen Suizid oft verhindern, doch wussten genauso viele, dass ein Mensch sich auch bei bester ärztlicher Betreuung suizidieren könne (Michel und Valach 1990 und 1992). Das könnte eventuell dem Verantwortungsbewusstsein in Kombination mit einer realistischen Einschätzung der eigenen Möglichkeiten auf Seiten der Allgemeinmediziner dieser Studie entsprechen.

Auch glaubte etwas weniger als die Hälfte der Allgemeinmediziner aus Österreich, von einem beschlossenen Suizid sei kein Abhalten möglich, und etwas über 50% meinten, ein erfolgreiches Eingreifen liege im Rahmen des Möglichen (Ritter et al. 2002).

Ebenso vermuteten nur 5% schwedischer Medizinstudenten, dass sich Suizidale unabhängig von Interventionsversuchen früher oder später umbrächten. 70% meinten sogar, es gebe immer Hoffnung, auch wenn jemand an Suizid denke (Wallin und Runeson 2003).

Die Medizinstudenten dieser Studie sind insgesamt für *Unterstützung von Suizid bei schwerer Krankheit* (J 28), während die Allgemeinmediziner dagegen sind. Das überrascht, ist doch bei einem Studenten mehr Idealismus und bei Berufserfahrenen mehr Realismus zu erwarten, wie in einem früheren Absatz belegt dargestellt wurde.

Gruppen österreichischer, Schweizer und amerikanischer Allgemeinmediziner unterstützten z. B. ein Recht auf Suizid unter bestimmten Umständen (Lee et al. 1996; Michel und Valach 1990; Ritter et al. 2002), andere amerikanische Allgemeinärzte lehnten Euthanasie jedoch ebenfalls ab, aber seltener als Geriater und Internisten (Duberstein et al. 1995). Und während britische Allgemeinmediziner unsicher waren, ob es ein Recht auf Suizid gebe, tendierten britische Psychiater mehr zu Ablehnung (Herron et al. 2001).

Hamburger Ärzte und britische Psychiater, nicht-psychiatrische Ärzte und Helfer waren für ein Recht auf Suizid unter bestimmten Umständen, besonders bei physischer Krankheit (Anderson et al. 2000; Reimer 1981, S. 16 f.). Sie unterscheiden sich in diesem Punkt also von den Allgemeinmedizinern dieser Studie und ähneln den Medizinstudenten. Das ist bei amerikanischen und italienischen Ärzten (u. a. Internisten, keine Psychiater) zu knapp der Hälfte der Fall (Domino und Perrone 1993). Die Einführung von „suicide clinics“ (S. 202) wurde von den amerikanischen Ärzten jedoch nur zu 7% und von den italienischen zu 43% unterstützt.

Verschiedene Studien mit amerikanischen, japanischen und deutschen Medizinstudenten zeigten, dass meistens 40 bis 50% der Studenten der Ansicht waren, man sollte Menschen mit unheilbarer Krankheit zumindest die Möglichkeit des Suizids zugestehen (Domino und Takahashi 1991; Weisser 1994, S. 51 ff.). Für die Einführung von Suizidkliniken war ein kleiner Teil indischer und österreichischer Medizinstudenten, wobei letztere eine starke Unentschiedenheit zeigten (Etzersdorfer et al. 1998).

Es wurde in diesen Studien deutlich, dass ein generelles Recht auf Suizid selten Ablehnung erfährt, das Recht bei physischer Krankheit von etwas weniger als der Hälfte akzeptiert und aktive Euthanasie generell abgelehnt wird. Hiermit steht die Meinung der Allgemeinmediziner dieser Arbeit eher in Einklang als die der Medizinstudenten, die dem Gedanken an ein Recht auf Suizid oder sogar Euthanasie offener gegenüberstehen als die

Probanden vergleichbarer Untersuchungen. Da es unter den vorgestellten Untersuchungen keine Vergleiche zwischen Medizinstudenten und Ärzten gibt, lassen sich unsere Erkenntnisse nicht weiter diskutieren.

Interessant ist vor dem Hintergrund dieser Studien die Tatsache, dass in Deutschland im Vergleich zu einigen anderen Ländern wie zum Beispiel den Niederlanden, Belgien oder der Schweiz eine strenge Gesetzgebung herrscht, die aktive Sterbehilfe unter allen Umständen verbietet (Klinkhammer 2006). In Deutschland gibt es zu diesem Thema zahlreiche Debatten, wobei sich kirchliche Parteien meist ausdrücklich gegen jede Art von Sterbehilfe aussprechen, der Nationale Ethikrat zum Beispiel sich jedoch mehrheitlich gegen strafrechtliche Verfolgung von Ärzten bei Nicht-Verhindern eines Suizids eines frei entscheidenden Patienten ausspricht (z. B. Rabbata 2006).

Dass die Allgemeinmediziner der vorliegenden Untersuchung sehr sicher wissen, dass die meisten Menschen vor einem Suizid/Suizidversuch Hilfe suchen, ist erfreulich, da die Mehrheit bei einem Allgemeinarzt Unterstützung sucht (s. 2.2.2. „Kontakt des Arztes zum suizidalen Patienten“, S. 9 f.). So ist auch erklärbar, dass die Medizinstudenten sich dessen signifikant weniger bewusst sind.

Auch knapp über die Hälfte der Schweizer Allgemeinmediziner wusste, dass die meisten Menschen vor einem Suizid einen Arzt aufsuchen, über 80%, dass Suizidale von ihren Absichten sprechen (Michel und Valach 1990). Das ist bei uns mehrheitlich ebenso.

Dass die Gruppe der Allgemeinmediziner der vorliegenden Arbeit berechtigterweise (s. 2.2.1.2. „Risikogruppen für einen Tod durch Suizid“, S. 7 ff.) dem Item J 15 *Oft schwere Kränkungen vor Suizid* sehr entschieden zustimmt, während dies die anderen beiden Gruppen (hoch-)signifikant weniger tun, liegt vermutlich daran, dass Allgemeinmediziner ihre Patienten und somit auch die Vorgeschichte einer suizidalen Handlung oft gut kennen.

Auf gleiche Weise lässt sich möglicherweise erklären, warum die Klinikassistenten dieser Studie im Durchschnitt eher nicht wissen, ob Menschen mit Suizidgedanken und Menschen, die einen Suizidversuch begehen, wirklich sterben wollen oder nur ihr Leben verändern möchten, während Allgemeinmediziner auf den Wunsch nach Änderung tippen.

Letztere stimmen somit Achté und Stolze zu, die schrieben: „Im Grunde wollen die meisten an Suizid denkenden Menschen nicht wirklich sterben.“ (Achté 1975, S. 191) bzw.: „Der Suizidale erstrebt paradoxerweise, mit einem geglückten Selbstmord weiterzuleben.“ (Stolze 1975, S. 187).

Amerikanische und italienische Ärzte (Domino und Perrone 1993) waren überwiegend der gleichen Meinung wie die Allgemeinmediziner unserer Studie. Auch nannten nur 20% britischer Ärzte den Wunsch zu sterben als mögliches Motiv für einen Suizidversuch (Ramon et al. 1975).

Amerikanische und japanische Medizinstudenten (Domino und Takahashi 1991), deutsche Krankenhausärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Psychiatrie (Reimer et al. 1986) und britische psychiatrische und nicht-psychiatrische Ärzte und Pflegepersonal (Anderson et al. 2000) betrachteten einen Suizidversuch als Hilfeschrei.

In den meisten Studien gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen ärztlichen Fachrichtungen.

In einer Studie mit britischen und israelischen Ärzten und Pflegekräften wurden generell eher manipulative Motive für Suizidversuche angenommen, was unter nicht-psychiatrischen Ärzten stärker der Fall war als unter Psychiatern (Ramon 1980). In einer anderen britischen Untersuchung (Herron et al. 2001) sahen Psychiater und Allgemeinmediziner einen überlebten Suizidversuch als „ploy for attention“ (S. 345), wobei die Psychiater davon stärker überzeugt waren. Unterstellt man, dass Psychiater die Hintergründe von Suizidversuchen noch besser kennen als Allgemeinmediziner, steht zumindest dieser Unterschied in Einklang mit der obigen Deutung.

Dass die Allgemeinmediziner dieser Untersuchung auch deutlicher als die Klinikassistenten der Meinung sind, man müsse bei einer Suizidankündigung im Internet sofort die Polizei informieren, könnte eventuell daran liegen, dass die älteren Ärzte, die in der Regel weniger als die jüngeren mit dem Medium Internet vertraut sind, sich des fraglichen Erfolgs einer solchen Handlung bei der häufigen Anonymität des Senders nicht bewusst sind. Außerdem nehmen sie die Chancen, die die neuen Medien neben den Gefahren für suizidale Menschen bedeuten können (Fiedler 2003, S. 51), unter Umständen nicht wahr. Laut Fiedler und Lindner (2003) ist aber „[j]ede E-Mail eines suizidalen Absenders (..) der Versuch, eine Beziehung aufzunehmen“ (S. 132). Ist die Reaktion des Empfängers aus der Sicht des Suizidalen unbefriedigend, werde dieser Kontakt oft rasch abgebrochen und so auch die Möglichkeit einer Kommunikation vereitelt.

Zwischen den Medizinstudenten und den Psychologiestudenten als Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede (Anhang A 21). Eine mögliche Interpretation ist bereits bei der Diskussion der Skalen erfolgt.

An 29 der 42 signifikanten bzw. bei 18 der 22 hochsignifikanten unterschiedlichen Paarvergleiche ist die Gruppe der nicht primär sozialen Berufe beteiligt. Jede einzelne Gruppe differiert in mindestens zwei signifikanten Unterschieden mit den nicht primär sozialen Berufen (Anhang A 19 bis 21).

Die meisten Gruppenunterschiede dieser Studie unterstreichen die bisherigen Erkenntnisse, dass die Vertreter nicht primär sozialer Berufe weniger zum Thema wissen und eine etwas weniger tolerante Einstellung aufweisen als die anderen Gruppen. Weitere Diskrepanzen sind leicht nachzuvollziehen. So zeigen die nicht primär sozialen Berufe z. B. einen medizinfremden Standpunkt, indem sie zwischenmenschlichen Problemen eine größere Rolle in der Suizidgenese zuschreiben.

Zwei Unterschiede sind jedoch etwas überraschend.

So meinen die Vertreter nicht primär sozialer Berufe recht entschieden, dass die meisten Menschen, die Suizidgedanken hegen oder einen Suizidversuch durchführen, ihr Leben wohl ändern, aber gar nicht sterben wollen, während sich die Klinikassistenten hier nicht sicher sind. Da die Einschätzung der Laien zutreffend ist (vgl. Aché 1975; Stolze 1975), stellt sich die Frage, ob man diese Tatsache als ein Zeichen dafür werten sollte, dass suizidale Handlungen von den nicht primär sozialen Berufen weniger ernstgenommen werden, oder ob die Unsicherheit der Ärzte als Wissenslücke zu werten ist.

Auch in einer amerikanischen Studie meinten mehr Laien als Helfer, überlebte Suizidversuche seien nicht ernstgemeint (DeRose und Page 1985). Insgesamt wurden von den Laien (Allgemeinbevölkerung und Studenten) wie in dieser Studie ein Todeswunsch verneint und motivationale Aspekte wie Hilfeschrei oder manipulative Motive angegeben

(Cruikshanks und Slavich 1993-1994; Domino et al. 1980 und 1988-1989; Domino und Groth 1997; Domino und Leenaars 1989).

Die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe unserer Studie lehnen außerdem die Möglichkeit der Ehrenrettung durch einen Suizid entschieden ab, während die Allgemeinmediziner fast den mittleren Bereich zwischen Zustimmung und Ablehnung erreichen, was vor dem Hintergrund der hohen Suizidalität von Medizinerinnen zu denken gibt.

Wie auch in dieser Studie stimmten die wenigsten Probanden zweier Kollektive aus der deutschen Allgemeinbevölkerung der Meinung zu, man könnte in vielen Situationen mit einem Suizid seine Ehre retten, oder sie bewunderten Menschen, die den Mut zu einem Suizid aufbrächten (Wellhöfer 1975 und 1976). Japanische und amerikanische Medizinstudenten betrachteten Suizid gar als unmoralisch (Domino und Takahashi 1991), und deutsche Krankenhausärzte sprachen Suizidalen hauptsächlich egoistische und andere negative Wesenseigenschaften zu (Reimer et al. 1986). 41% italienischer Ärzte und 19% amerikanischer hätten sich für einen Suizid in der Familie sogar geschämt (Domino und Perrone 1993), unter neuseeländischen und amerikanischen College-Studenten waren es 21% bzw. 53% (Domino et al. 1988-1989).

Medizinstudenten unterschiedlicher Länder meinten jedoch zum Großteil, einen Suizid zu begehen erfordere Mut (Weisser 1994, S. 51 ff.). Indische und österreichische Medizinstudenten sahen das zwar insgesamt nicht so, doch vertraten letztere als Gruppe die Ansicht, ein Suizid könnte unter bestimmten Umständen auch mutig sein (Etzersdorfer et al. 1998).

5.2.3.3. Ergebnisse des Zusatzfragebogens

Über die Hälfte der Allgemeinmediziner hält es für problematisch, suizidale Tendenzen bei Patienten zu identifizieren. Mangelnde Zeit in der Praxis und die Erkennbarkeit suizidaler Patienten werden als die größten Probleme im Umgang mit Suizidalen angegeben (Tab. 9, S. 79). Alle haben in ihrer Praxis Kontakt zu suizidalen Patienten, davon 70% mindestens zwei- bis fünfmal pro Jahr (Tab. 10, S. 80). Über 90% haben Kontakt zu Patienten *nach einem Suizidversuch*, davon über die Hälfte zwei- bis fünfmal pro Jahr (Tab. 11, S. 80). 93,5% der Allgemeinmediziner haben schon einmal einen suizidgefährdeten Patienten zum Psychiater geschickt und fast 70% in die Psychiatrie (Tab. 12, S. 80, und Tab. 13, S. 81). 96,8% (n=60) der 62 Probanden meinen, der Einsatz von Pharmazeutika sei bei der Behandlung akut suizidaler Patienten zumindest sinnvoll, wobei hauptsächlich Antidepressiva verschrieben werden (Tab. 14, S. 81, und Tab.16, S. 82). Zwei Drittel der Probanden haben schon einmal von einem Suizid eines ihrer Patienten erfahren.

Das Thema Suizid scheint in den Praxen der meisten an der Studie teilnehmenden Allgemeinmediziner eine nicht zu vernachlässigende Rolle zu spielen. Die meisten Ärzte sehen das Erkennen und die Behandlung von suizidalen Patienten jedoch als problematisch an. Die große Zahl der Über- und Einweisungen und auch der große Teil der Probanden, die Medikamente nur nach Rücksprache mit dem Psychiater oder gar nicht verschreiben, zeigt, dass die Allgemeinmediziner ihre Möglichkeiten einzuschätzen wissen und ihre Grenzen kennen.

Vergleicht man diese Ergebnisse in Ermangelung deutscher Studien mit denen der Studie von Ritter et al. (2002), zeigt sich, dass die deutschen Ärzte nicht nur mehr Kontakt zu suizidalen Patienten haben, sondern auch weniger Probleme im Umgang mit diesen, und dass sie eine engere Zusammenarbeit mit fachärztlichen Einrichtungen angeben. Unter den Österreichern gab es Probanden (7,6%), die angeblich niemals suizidale Patienten in

der Praxis hatten. Nur 10% gaben mehr als fünf Kontakte im Jahr an vs. 25% der deutschen Ärzte. Über 80% der Österreicher hielten das Erkennen von Suizidalen für problematisch, unter den Deutschen sind es nur 60%. Während diese hauptsächlich Zeitmangel als größtes Problem im Umgang mit Suizidalität nennen, sahen es die Allgemeinmediziner aus Österreich darin, einen echten Kontakt zum Patienten herzustellen. Auch die Beurteilung des Risikos war für sie im Vergleich mit den Deutschen das relevantere Problem. Ein Viertel der Österreicher gab zudem „eigene Sorgen und Verwirrungen“ an, was in dieser Studie gar nicht erwähnt wird.

Die Probanden von Ritter et al. (2002) waren schließlich mehrheitlich der Ansicht, der Einsatz von Medikamenten bei der Behandlung akut suizidaler Patienten sei unverzichtbar. Die deutschen Ärzte sehen das nur zu 15% so. Die meisten (58,1%) halten Pharmazeutika für „unterstützend sinnvoll“. Beide Kollektive setzen die gleichen Medikamentengruppen ein.

5.3. Fazit der Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit steht mit ihren methodischen Mängeln nicht allein da. So existierte z. B. das Problem der unfreiwillig selektierten Stichprobe, die zudem nur einen kleinen Teil der Grundgesamtheit abbildet, auch in anderen Studien. Die aufgrund von Störfaktoren nur einschränkend verwertbaren Gruppenunterschiede bedeuten einen Ansatzpunkt für Verbesserungen in zukünftigen Studien. Soweit ähnliche Untersuchungen zu finden sind, zeigt sich jedoch, dass die dort verwendeten Stichproben zumindest hinsichtlich Suizidalität in der Umgebung und die eigene Person betreffend vergleichbar sind.

Des Weiteren wurde ein Pre-Test, wie er vor dieser Untersuchung durchgeführt wurde, in anderen Studien selten erwähnt. Die meisten vergleichbaren Instrumente nutzten ebenfalls Likert-Skalen, doch wurden meistens fünf Stufen angeboten statt der vier des FKHS. Wie bei fast allen Untersuchungen dieser Art erfolgte die Datenerhebung auch in der vorliegenden anonym. Die inhaltliche Breite des FKHS wird dagegen in nur wenigen anderen Fragebögen wiedergefunden, wobei in Instrumenten, die Einstellung messen, meist Fragen nach reinem Wissen fehlen. Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit für Untersuchungen mit Hilfe des FKHS könnte eine Erweiterung desselben unter Einbeziehung der im SEDAS (Jenner, Niesing 2000) berücksichtigten emotionalen Nähe des Beantwortenden zum Suizidalen und der Situation des Suizids darstellen.

Schließlich kann die methodische Vorgehensweise mit Hilfe der entsprechenden Literatur ausreichend gerechtfertigt und an einigen Stellen durch die Eindeutigkeit der Ergebnisse bestätigt werden.

In der ausführlichen Analyse der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vor dem Hintergrund der Literatur wird deutlich, dass ein großer Teil der dort beschriebenen Instrumente entweder einer Faktoren- und/oder Reliabilitätsanalyse nicht unterzogen wurde oder die jeweiligen Autoren zu derartigen Tests keine oder nur unvollständige Angaben machten. Die möglichen Vergleiche mit anderen Studien zeigen außerdem, dass der FKHS hinsichtlich Varianzaufklärung und Faktorenladungen anderen Fragebögen mindestens ebenbürtig ist. Dennoch wird aufgrund einer Varianzaufklärung von weniger als 50% und einigen Doppelladungen (Anhang A 7) ein Bedarf nach Verbesserung deutlich. Betrachtet man die neun ermittelten Faktoren unter inhaltlichen Aspekten (s. 4.1. „Faktorenanalyse“, S. 54 ff.), sieht man, dass der FKHS auch hierin mit anderen Fragebögen durchaus vergleichbar ist. Genauso zeigt die Reliabilitätsanalyse des FKHS die Überlegenheit

gegenüber anderen Studien. Allerdings werden bei Betrachtung von Trennschärfe und Innere Konsistenz einiger Items (Tab. 4, S. 57 ff.) erneut Ansatzpunkte für zukünftige Überarbeitungen des Instruments deutlich. (vgl. Anhang A 22)

Des Weiteren passt die Tatsache, dass die Probanden dieser Studie dem Suizidalen die beschriebene Opferrolle zuschreiben (Anhang A 8 und 9), zwar zu den Ergebnissen einiger anderer Studien mit Medizinstudenten und Ärzten, doch wird in der Literatur unterschiedlich bewertet, ob man für einen Suizid psychisch krank sein müsse. Trotz der generell zu verzeichnenden verständnisvollen Einstellung unter Medizinern ist eine gesunde professionelle Distanz und realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, die sich aufgrund der Antworttendenzen auch in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit vermuten lässt, dennoch deutlich geworden. Wie die vorliegende Arbeit zeigen fast alle Studien, dass der Gedanke an einen Suizid als akzeptable Lösung von Problemen und Ausdruck positiver Eigenschaften abgelehnt wird.

Signifikante Gruppenunterschiede zwischen den drei Medizinerkollektiven dieser Studie (Anhang A 8, 9 und 11) können aufgrund mangelnden Materials nur eingeschränkt einem Literaturvergleich zugeführt werden. Die Vermutung, dass Medizinstudenten im Durchschnitt weniger „sozial“ als Allgemeinmediziner eingestellt seien, wird vor dem Hintergrund der Literatur gestärkt, während die überraschende Tatsache, dass die Gruppe der Allgemeinmediziner professioneller Hilfe eine größere Rolle zuschreibt als die Klinikassistenten, nicht bestätigt wird.

Zwischen den Medizinstudenten und den Psychologiestudenten der vorliegenden Untersuchung gibt es keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Skalen (Anhang A 11). Entsprechende Literatur ist nicht bekannt.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den Antworten der Vertreter sozialer und nicht primär sozialer Berufe (Anhang A 8, 9 und 11) werden – auch vor dem Hintergrund entsprechender Literatur - mit der weniger medizinischen Sichtweise und dem geringeren thematischen Wissen letzterer erklärt. In der Literatur wurden von der Allgemeinbevölkerung wie in der vorliegenden Studie ebenfalls weniger Verständnis und Toleranz gezeigt als von Angehörigen sozialer Berufe.

Trotz der Wissenslücken und der Unterschätzung des Problems verfügen die in dieser Arbeit untersuchten Medizinstudenten und Ärzte über ein im Vergleich mit den Ergebnissen ähnlicher Studien breites Wissen, was Epidemiologie und Risikofaktoren für Suizid betrifft (Anhang A 12 bis 17).

Die signifikanten Unterschiede zwischen den drei Medizinergruppen (Anhang A 12 bis 17) lassen annehmen, dass die Klinikassistenten am besten informiert sind, wobei es den Medizinstudenten oftmals noch an Erfahrung mangelt und die Auffassung der Allgemeinmediziner stellenweise durch ihren täglichen Umgang mit der typischen Hausarztpraxisklientel verzerrt ist. Literatur zu Vergleichen des Wissens von Medizinstudenten, Klinikassistenten und Allgemeinmedizinern ist wieder kaum vorhanden.

Die hier vorhandenen signifikanten Unterschiede zwischen Medizin- und Psychologiestudenten (Anhang A 12, 16 und 17) erklären sich möglicherweise mit dem Besuch eines Seminars zum Thema, im Rahmen dessen letztere rekrutiert wurden.

Das insgesamt geringere Wissen der Vertreter nicht primär sozialer Berufe (Anhang A 12 bis 17) ist zu erwarten und bestätigt die Validität des Instruments, zeigt es doch, dass der Fragebogen zwischen Probanden mit mehr Wissen und Versuchspersonen mit geringeren Kenntnissen differenzieren kann.

Die von den einzelnen Medizinerkollektiven dieser Arbeit stark unterstützten bzw. deutlich abgelehnten J-Items (Anhang A 19 und 20) – die Aussagen, die teilweise eher das reine Wissen, teilweise andere Einstellungskomponenten zum Thema Suizid und Suizidalität erfassen - unterstreichen insgesamt die Tendenzen, die sich bei der Diskussion der Skalen und der Wissens-Items abzeichnen. Die Stellungnahme zu einigen Punkten, die Toleranz und Empathie beinhalten, spricht ebenso für eine verständnisvoll-professionelle Sichtweise wie das vehemente Ablehnen mehrerer Items, die sich mit dem Tabu Suizid befassen. Besonders das Ansprechen Suizidaler in einer suizidalen Krise wird von den Versuchspersonen dieser Studie sowie vergleichbarer Untersuchungen als wichtig und richtig erachtet, obwohl man sich nicht ausreichend praktisch ausgebildet fühlt. Auch das bekundete Interesse an Fortbildungsmaßnahmen lässt sich in anderen Studien wiederfinden.

Eine Diskussion der Gruppenunterschiede zwischen den einzelnen Medizinerkollektiven (Anhang A 19 bis 21) vor dem Hintergrund anderer Studien ist nur indirekt möglich, da erneut keine entsprechenden Vergleiche zwischen Medizinern zu finden sind. Die Ansätze, einige dieser Unterschiede mit der mangelnden Erfahrung der Studenten zu erklären, die deshalb mehr Ängste zu bekämpfen haben und weniger Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten setzen, können deshalb nur spekulativ zur Sprache gebracht werden. Das den Allgemeinmediziner dieser Studie zugesprochene Verantwortungsbewusstsein in Kombination mit einer realistischen Einschätzung der eigenen Möglichkeiten wird mit Hilfe der Literatur jedoch bekräftigt. Ein von den Medizinstudenten mehrheitlich unterstütztes Recht auf Suizid bei schwerer Krankheit (J 28), das von den Allgemeinmedizinern abgelehnt wird, überrascht vor dem Hintergrund des angenommenen größeren Idealismus der Studenten. In ähnlichen Studien wird zwar gesehen, dass ein generelles Recht auf Suizid selten Ablehnung erfährt, doch dieses Recht wird bei physischer Krankheit lediglich von etwas weniger als der Hälfte akzeptiert und aktive Euthanasie sogar generell abgelehnt. Mit ihrem Wissen über das Hilfebegehren vor einem Suizid stehen die Allgemeinmediziner dieser Studie wiederum in Einklang mit Kollegen in anderen Untersuchungen.

Das erneute Fehlen signifikanter Unterschiede zwischen den beiden Studentengruppen (Anhang A 21) kann mangels Literatur nicht weiter diskutiert werden.

Die meisten Unterschiede, die zwischen den Angehörigen der sozialen und denen der nicht primär sozialen Berufsgruppen dieser Studie aufgedeckt werden (Anhang A 19 bis 21), unterstreichen die bisherigen Erkenntnisse, dass letztere ein geringeres Wissen zum Thema und eine etwas weniger tolerante Einstellung aufweisen als die anderen Gruppen. Weitere Diskrepanzen, wie z. B. ein weniger medizinischer Standpunkt, können leicht nachvollzogen werden.

Ein Vergleich der Ergebnisse des Zusatzfragebogens (s. 4.4. „Zusatzfragebogen“, S. 78 ff.) mit denen einer entsprechenden Studie zeigt, dass die deutschen Ärzte vor dem Hintergrund eines häufigeren Kontaktes zu suizidalen Patienten weniger Probleme im Umgang mit diesen verspüren und enger mit fachärztlichen Einrichtungen zusammenarbeiten. So geben sie hauptsächlich Zeitmangel als problematisch im Umgang

mit Suizidalen an, während für die Allgemeinmediziner aus Österreich das Herstellen eines echten Kontakts zum Patienten das größte Problem darstellte. Auch die Schwierigkeit einer Beurteilung des Risikos war für sie relevanter als für die Deutschen. Außerdem legten sie bei der Behandlung Suizidaler mehr Wert auf den Einsatz von Medikamenten.

Neben den schon erwähnten Verbesserungsmöglichkeiten des FKHS vor zukünftigen Einsätzen hinsichtlich der Stichprobe bzw. der Gruppenzusammensetzungen, dem Berücksichtigen der emotionalen Nähe des Beantwortenden zum Suizidalen und der Situation des Suizids im Fragebogen und einer Optimierung der psychometrischen Kriterien des Instruments fallen im Laufe der Auswertung einige Unklarheiten auf, die im Pre-Test zum Großteil in dieser Weise nicht vorgekommen sind und darum auch nicht rechtzeitig eliminiert werden können.

So wäre es bei Frage B 01, die eruiert, durch welchen Glauben sich die Versuchspersonen in ihrem Leben am meisten beeinflusst fühlten, eventuell besser, die Frage weiter zu spezifizieren. Es ist möglich, dass auch Atheisten eine Glaubensrichtung angeben, da ein in Deutschland lebender arbeitender bzw. sich in der Ausbildung befindender Mensch es sicherlich nicht vermeiden kann, vom christlichen Glauben beeinflusst zu werden, auch wenn er diese Wertvorstellungen nicht vor einem religiösen Hintergrund betrachtet. Unter diesem Gesichtspunkt könnte sich ein Hinweis als sinnvoll erweisen, dass Atheisten „durch keinen“ anzukreuzen haben. Mit Sicherheit kann man nach der Datenerhebung nicht mehr feststellen, wie viele Atheisten sich hinter den verschiedenen Glaubensrichtungen verbergen.

Genauso ist im Nachhinein auch nicht zu sagen, wie viele Probanden das Item C 05, das danach fragt, wie viele Menschen nach Einschätzung der Probanden pro Jahr in Deutschland an Drogen sterben, für illegale Drogen und wie viele es für legale Drogen, also z. B. für Alkohol und Nikotin, beantworteten. Einige schreiben an den Rand des Bogens nämlich „illegale Drogen?“ oder ähnliches. In der Auswertung geht man von illegalen Drogen aus, doch in Zukunft sollte auch dieses Item näher spezifiziert werden.

Im Block E, der das Wissen der Versuchspersonen hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung bezüglich Suizid und Suizidversuchen testet, die Tendenz der Suizidhäufigkeit in den letzten zehn Jahren erfragt und das Wissen der Versuchspersonen hinsichtlich des Zeitpunktes der meisten Suizide eruiert, gibt es viele nicht verwendbare Angaben, da zahlreiche Versuchspersonen bei der Frage nach Suiziden bzw. Suizidversuchen nur je eine Antwort geben, also unter den vier Antwortmöglichkeiten „Frauen“, „Männern“, „jungen Menschen“ und „älteren Menschen“ wählen, statt unter Frauen oder Männern und *dann* unter jungen oder älteren Menschen. Dagegen kreuzen viele beim Suizidzeitpunkt zwei Jahreszeiten statt der geforderten einen an. Das Problem tritt schon im Pre-Test auf und wird durch eine deutlichere Anordnung der betreffenden Items zu verhindern versucht, was aber offensichtlich nicht ausreichend gelingt. Laut Hilgers et al. (2003, S. 263) ist es üblich, bei Einfachantworten Kreise und bei Mehrfachantworten Boxen als Ankreuzfelder zu verwenden. Solches in Kombination mit einer kurzen Erläuterung am Anfang des Bogens anzubieten könnte eine Möglichkeit sein, Unklarheiten in Zukunft zu vermeiden.

Auch beim Fragenblock M, der Suizidgedanken und -versuche im Leben der Versuchspersonen erfasst, besteht vor Einsatz des FKHS in weiteren Studien Verbesserungsbedarf. Erst bei der Auswertung ist aufgefallen, dass sich die angebotenen Altersgruppen überschneiden (20-25 Jahre, 25-30 Jahre etc.).

Es ist möglich, dass bestimmte Versuchspersonen dazu neigen, nur die Extreme einer Antwortskala anzukreuzen (Krauth 1995, S. 44). Ebenso ist es möglich, dass Probanden, die Extreme scheuen, lediglich zwischen zwei Antworten wählen (s. 44 f.), nämlich zwischen „trifft eher nicht zu“ und „trifft eher zu“. Bei der Auswertung der Items, bei denen es eher um Wissensabfrage geht, versucht man, das Problem zu umgehen, indem man die Antworten 1 und 2 als „nein“ wertet und 3 und 4 als positive Antworten. Wie die ursprünglich angebotenen vier Antwortmöglichkeiten jedoch die Antworttendenzen beeinflussen, ist nach der Datenerhebung nicht mehr zu eruieren. Daher stellt sich die Frage, ob in künftigen Studien eine mehrpunktige Skala angeboten werden sollte (laut Nunnally (1978, S. 595) vergrößert sich die Reliabilität eines Fragebogens bis zu einer Skalenlänge von 7) oder lediglich die Antwortmöglichkeit ja/nein.

Und schließlich gibt es bei Skalen mit einer ungeraden Anzahl von Abstufungen Versuchspersonen, die eine „Central Tendency“ aufweisen, also gerne die mittlere Kategorie ankreuzen (Guilford 1954, S. 278 f.). Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, wählt man in dieser Studie eine Skala ohne mittlere Kategorie. Das hält einige Probanden allerdings nicht davon ab, Kreuze *zwischen* die angebotenen vier Punkte zu setzen. Da der Anteil dieser „vom vorgegebenen Schema abweichenden Antworten“ (Krauth 1995, S. 50) gering ist, hat dies zwar keine Konsequenzen für die Testkonstruktion (Krauth 1995, S. 50), doch gibt es in der Literatur auch Argumente für das Angebot einer mittleren Antwortmöglichkeit. Laut Sudman und Bradburn (1982, S. 140 f.) kann sie z. B. Hinweise geben auf die Stärke einer Einstellung, ohne das Verhältnis der anderen Antwortmöglichkeiten zueinander zu verändern (Schuman und Presser 1996, S. 173 ff.). Vorteile und Nachteile dieser beiden Möglichkeiten sollten vor einem erneuten Einsatz des FKHS eventuell auch vor dem Hintergrund erwähnter Zwischenkreuze gegeneinander abgewogen werden.

6. Zusammenfassung

Ausgehend von einem Instrument von Ritter et.al. (2002) wurde ein "Fragenbogen über Kenntnisse und Haltungen zum Suizid und zur Suizidalität" (FKHS) entwickelt, mit dem Daten von 347 Ärzten, Studenten und Angehörigen anderer Berufsgruppen erhoben wurden. Innerhalb dieses Kollektivs wurden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den sechs gebildeten Gruppen der Medizinstudenten, Klinikassistenten, Allgemeinmediziner, Psychologiestudenten und der Angehörigen anderer sozialer Berufe sowie jener der nicht primär sozialen Berufe untersucht.

Dabei wird sowohl die Schwierigkeit unterstrichen, bei einem so komplexen Thema wie dem des Suizids eine repräsentative Stichprobe zu bilden, als auch der Wunsch, trotz des Vergleichs einzelner Berufsgruppen miteinander deren interner Diversivität, was Suizidalität und persönliche Erfahrung mit dem Thema betrifft, Rechnung zu tragen.

Mit 52 Items wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, die zu einer sinnvoll zu interpretierenden Neun-Faktoren-Lösung führte, welche 47,4% der Gesamtvarianz erklärt. Verglichen mit den in der Literatur publizierten vergleichbaren Instrumenten wie z.B. dem SOQ und dem ATTS verfügt der FKHS über eine bessere Reliabilität und ein breiteres Spektrum an Fragen. Mit dem FKHS konnten differentielle Fragestellungen gut bearbeitet werden.

Allgemein sind die Probanden der Ansicht, dass suizidales Verhalten ein Ausdruck negativer Gefühle sei, dass Suizidale oft subjektiv hilflose Situationen erlebten und dass ein Suizid häufig durch Verluste ausgelöst werde. Professionelle Hilfe, aber auch vertrauliche Gespräche seien bei Suizidalität sinnvoll. Die Probanden sind nicht der Meinung, suizidales Verhalten sei ein Zeichen menschlichen Versagens. Einerseits lehnen sie heftige Gefühle wie Wut im Zusammenhang mit Suizidalität ab, andererseits aber auch Mitleid oder Verantwortung.

In der Diskussion der zahlreichen signifikanten Gruppenunterschiede werden die Erklärungsansätze, dass Medizinstudenten und Klinikassistenten im Durchschnitt weniger „sozial“ als Allgemeinmediziner eingestellt sind und besonders die Studenten weniger Erfahrung mit Patienten als die Niedergelassenen haben, durch die Literatur gestützt. Des Weiteren wird aufgrund der Ergebnisse angenommen, dass die Klinikassistenten unter den drei Medizinergruppen thematisch am besten informiert sind, wobei es den Medizinstudenten oftmals noch an Erfahrung mangelt und die Auffassung der Allgemeinmediziner stellenweise durch ihren täglichen Umgang mit der typischen Hausarztpraxisklientel stark beeinflusst wird. Trotz einiger Wissenslücken und der Unterschätzung des Suizidproblems verfügen die in dieser Arbeit untersuchten Medizinstudenten und Ärzte über ein relativ breites Wissen, betrachtet man die Ergebnisse vergleichbarer Gruppen ähnlicher Studien. Bemerkenswert ist, dass in den Medizinergruppen zwischen 40% und 50% der Befragten Suizidgedanken in ihrer eigenen Lebensgeschichte angegeben haben. Die Unterschätzung des Suizidrisikos von psychosomatischen und älteren Patienten deutet auf einen Fortbildungsbedarf hin.

Zwischen den Medizin- und Psychologiestudenten sind nur vereinzelt signifikante Unterschiede zu finden. Im Vergleich zu den anderen Gruppen war die der Psychologiestudenten hinsichtlich ihrer Vorgeschichte in der Tendenz die "suizidalste".

Die Angehörigen nicht primär sozialer Berufe sind an einem Großteil der signifikanten Gruppenunterschiede beteiligt, was mit der weniger medizinischen Sichtweise letzterer und deren geringerem Wissen über die Thematik erklärt werden kann.

Auch wenn die vorliegende Arbeit eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen macht, liegt schon mit der ersten Fassung des FKHS ein brauchbares Forschungsinstrument zur Untersuchung von Einstellungen vor. Mit dem Fragebogen konnten sowohl Unterschiede zwischen den Probandengruppen ermittelt werden als auch ein Bild über Stärken und Defizite in den Kenntnissen und Haltungen der Befragten hinsichtlich des Suizids erhoben werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suizidraten in Deutschland 1993 bis 2002.....	6
Abbildung 2: Einstellungsmodell „conceptual framework“	16
Abbildung 3: Berufe des Gesamtkollektivs	44
Abbildung 4: Studiengänge der Studenten des Gesamtkollektivs	44
Abbildung 5: Suizidgedanken, Suizidversuche oder Suizide im Umfeld der Probanden, Gruppen.....	45
Abbildung 6: Suizidgedanken und Suizidversuche in der Vorgeschichte der Probanden, Gruppen.....	46
Abbildung 7: Zeitpunkt Suizidgedanken und Suizidversuche in der Vorgeschichte der Probanden, Gesamtkollektiv	46
Abbildung 8: Scree-Plot.....	54
Abbildung 9: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen, Gesamtkollektiv	64
Abbildung 10: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen, Gruppen.....	65
Abbildung 11: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch Suizid, Gruppen	66
Abbildung 12: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch Suizid und Verkehrsunfälle im Vergleich, Gruppen	67
Abbildung 13: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gesamtkollektiv	68
Abbildung 14a: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gruppen, D 01 bis D 06.....	69
Abbildung 14b: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Gruppen, D 07 bis D 13 ohne D 11	70
Abbildung 15: Personen im öffentlichen Leben als angenommene Risikogruppe für einen Tod durch Suizid, Gruppen.....	71
Abbildung 16: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen, Gesamtkollektiv	73
Abbildung 17: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen, Gruppen.....	74
Abbildung 18: Institutionen bekannt, an die sich Suizidale wenden können, Gruppen	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Daten der Probanden.....	47
Tabelle 2: Religiöse Einflüsse auf die Probanden.....	48
Tabelle 3: Eigenwerte und (kumulative) Varianzaufklärung der rotierten Faktoren.....	55
Tabelle 4a: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 01 und S 02.....	57
Tabelle 4b: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 03 und S 04.....	58
Tabelle 4c: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 05, S 06 und S 07	59
Tabelle 4d: Trennschärfen und Cronbach's α der Skalen (-items), Skala S 08 und S 09.....	60
Tabelle 5: Interpretation der Trennschärfeindices.....	60
Tabelle 6: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, andere	72
Tabelle 7: Genannte Institutionen, an die sich Suizidale wenden können.....	76
Tabelle 8: Zusatzbezeichnungen der Allgemeinmediziner.....	79
Tabelle 9: Von Allgemeinmedizinern genannte Schwierigkeiten im Umgang mit Suizidalen	79
Tabelle 10: Kontakt zu suizidalen Patienten in der Praxis	80
Tabelle 11: Kontakt zu Patienten nach Suizidversuch in der Praxis.....	80
Tabelle 12: Überweisungen zum Psychiater	80
Tabelle 13: Einweisungen in die Psychiatrie	81
Tabelle 14: Stellenwert von Medikamenten in der Behandlung akut Suizidaler.....	81
Tabelle 15: Angaben zu Medikamenten ja/nein	81
Tabelle 16: Genannte Medikamente	82
Tabelle 17: Suizide unter Patienten.....	82

Literaturverzeichnis

Achté KA (1975) Suizidalität und Suizidverhütung. Munch Med Wochenschr 117(6): 189-192.

Ajzen I (1988) Attitudes, personality, and behavior. Open University Press, Milton Keynes.

Allport GW (1935) Attitudes. In: Handbook of social psychology. Murchison C (ed) Clark University Press, Worcester, MA, 798-884, entnommen aus

Six B (1996) Generalisierte Einstellungen. In: Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede. Amelang M (Hrg.) Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie VIII: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Bd III, 1-50).

Altman DG (1991) Practical statistics for medical research. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, London, New York, Washington, D.C..

Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF (2000) Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialist and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand 102:126-134.

Anderson M, Standen P, Nazir S, Noon J P (2000) Nurses' and Doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. Int J Nurs Stud 37:1-11.

Arnetz BB, Hörte JG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Walker H (1987) Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta Psychiatr Scand 75:139-143.

Barber JH, Hodgkin GK, Patel AR, Wilson GM (1975) Effect of Teaching on Students' Attitudes to Self-Poisoning. BR MED J 2:431-434.

Bauer F (1986) Datenanalyse mit SPSS, 2. Aufl. Springer, Berlin [u. a.].

Baxter D, Appleby L (1999) Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry 175:322-326.

Beautrais AL (2001) Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med 31:837-845.

Bittker TE (1976) Reaching out to the depressed physician. J Am Med Assoc 236(15):1713-1716.

Boardman AP, Grimbaldeston AH, Handley C, Jones PW, Willmott S (1999) The North Staffordshire Suicide Study: a case-control study of suicide in one health district. Psychol Med 29:27-33.

Bortz J (1999) Statistik: Für Sozialwissenschaftler, 5. Aufl. Springer, Berlin.

Bortz J, Lienert GA, Boehnke K (1990) Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona.

Bortz J, Lienert GA (2003) Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung – Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben, 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg.

Brådvik L, Berglund M (2002) Seasonal distribution of suicide in alcoholism. *Acta Psychiatr Scand* 106:299-302.

Brosius G (1988) SPSS/PC+ Basics und Graphics – Einführung und praktische Beispiele. McGraw-Hill, Hamburg [u. a.].

Bühl A, Zöfel P (1996) SPSS für Windows Version 6.1 - Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse, 3. Aufl. Addison-Wesley, Bonn, Reading (Massachusetts), Menlo Park (California), New York, Harlow (England), Don Mills (Ontario), Sydney, Mexico City, Madrid, Amsterdam.

Cacioppo JT, Petty RE, Geen TR (1989) Attitude structure and function: From the tripartite to the homeostasis model of attitudes. In: Attitude structure and function. Pratkanis AR, Breckler St. J, Greenwald AG (eds) Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 275-309.

Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT (1997) Mortality in doctors in different specialities: findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med* 54:388-395.

Center C et al. (2003) Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *J Am Med Assoc* 289(23):3161-3166.

Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatr* 177:360-365.

Chew KSY, McCleary R (1995) The spring peak in suicides: A cross-national analysis. *Soc Sci Med* 40(2):223-230.

Chiu HFK, Yip PSF, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conmwell Y, Caine E (2004) Elderly suicide in Hong Kong – a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand* 109:299-305.

Christofferson MN, Poulsen HD, Nielsen A (2003) Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand* 108:350-358.

Conwell Y, Caine ED (1991) Rational suicide and the right to die: Reality and myth. *N Engl J Med* 325:1100-1103.

Coolican H (2004) *Research Methods and Statistics in Psychology*, 4th edn. Hodder & Stoughton.

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

Cruikshanks DR, Slavich SP (1993-1994) Further Investigation of Popular Misconceptions About Suicide. *Omega* 28(3):219-228.

DeFleur ML, Westie FR (1963) Attitude as a scientific concept. *Soc Forces* 42:17-31.

DeMoore GM, Robertson AR (1996) Suicide in the 18 years after deliberate self-harm. A prospective study. *Br J Psychiatry* 169:489-494.

DeRose N, Page S (1985) Attitudes of professionals and community groups towards male and female suicide. *Can J Commun Ment Health* 4(1):51-64.

Diehl JM, Staufenbiel T (2002) Statistik mit SPSS, Version 10+11. Verlag Dietmar Klotz, Eschborn.

Diekstra RFW, Kerkhof AJFM (1989) Attitudes towards Suicide: The Development of a Suicide-Attitude Questionnaire (SUIATT). In: Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation. Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G (eds) Brill, Leiden, The Netherlands, 91-107.

Domino G (1996) Test-Retest reliability of the suicide opinion questionnaire. *Psychol Rep* 78:1009-1010.

Domino G, Gibson L, Poling S, Westlake L (1980) Students' attitudes toward suicide. *Soc Psychiatry* 15:127-130.

Domino G, Moore D, Westlake L, Gibson L (1982) Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *J Clin Psychol* 38:257-262.

Domino G, McGregor JC, Hannah MT (1988-1989) Collegiate attitudes towards suicide: New Zealand and United States. *Omega* 19:351-364.

Domino G, Groth M (1997) Attitude toward suicide: German and US nationals. *Omega* 35(3):309-319.

Domino G, Leenaars AA (1989) Attitudes toward suicide: A comparison of Canadian and U.S. college students. *Suicide Life Threat Behav* 19(2):160-172.

Domino G, Perrone L (1993) Attitude toward suicide: Italian and US physicians. *Omega* 27(3):195-206.

Domino G, Shen D (1997) Attitudes toward suicide in patients with HIV/AIDS. *Omega* 34(1):271-282, entnommen aus

Anderson M, Standen P, Nazir S, Noon J P (2000) Nurses' and Doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *Int J Nurs Stud* 37:1-11.

Domino G, Su S (1994) Conservatism and attitude toward suicide: a study of Taiwanese-American and US adults. *Omega* 30(2):131-143.

Domino G, Swain B (1986) Recognition of suicide lethality and attitudes towards suicide in mental health professionals. *Omega* 16(4):301-308.

Domino G, Takahashi Y (1991) Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide Life Threat Behav* 21(4):345-359.

Duberstein PR, Conwell Y, Cox C, Podgorski CA, Glazer RS, Caine ED (1995) Attitudes Toward Self-Determined Death: A Survey of Primary Care Physicians. *J Am Geriatr Soc* 43:395-400.

Ebel RL (1972) Essentials of Educational Measurement. Englewood Cliffs, New Jersey.

Encyclopedia Britannica (2004) Dvd-Version.

Etzersdorfer E, Vijayakumar L, Schöny W, Grausgruber A, Sonneck G (1998) Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33:104-110.

Feinstein A R (1987) Clinimetrics. Yale University Press, New Haven.

Fiedler G (2003) Suizidalität und neue Medien – Gefahren und Möglichkeiten. In: Neue Medien und Suizidalität – Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. Etzersdorfer E, Fiedler G, Witte M (Hrg.) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 19-55.

Fiedler G, Gans I, Gerisch B, Götze P, Lindner R, Richter M (2003) Psychotherapie hilft: Effekte der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie mit suizidalen Patienten. In: Psychotherapie der Suizidalität. Götze P, Schaller S (Hrg.) S. Roderer Verlag, Regensburg, 165-183.

Fiedler G, Lindner R (2003) „Ich setze mich gleich ins Auto und fahre gegen ein Baum!“. Über den Umgang mit Suizidalität und Suiziddrohungen in E-Mails. In: Neue Medien und Suizidalität – Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. Etzersdorfer E, Fiedler G, Witte M (Hrg.) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 131-149.

Fishbein M, Ajzen I (1975) Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, Menlo Park, California, London, Amsterdam, Don Mills, Ontario, Sydney.

Friedrichs J (1980) Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Aufl. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen.

Gairin I, House A, Owens D (2003) Attendance at the accidents and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry 183:28-33.

Ghodse AH, Ghaffari K, Bhat AV, Galea A, Qureshi YH (1986) Attitudes of health care professionals towards patients who take overdoses. Int J Soc Psychiatry 32(4):58-63.

Götze P (1988) Einschätzung des Suizidrisikos beim depressiven Patienten. In: Angst – Depression – Schmerz und ihre Behandlung in der ärztlichen Praxis. Hippus H, Ortner M, Rüter E (Hrg.) Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 9-19.

Götze P (1993) Der Suizid: Vom philosophischen und theologischen Problem zur Psychodynamik und Psychotherapie der Suizidalität. In: Psychiatrie und Zivilisation: Ein Handbuch zu psychoökologischen Aspekten des technischen, kulturellen und medizinischen Fortschritts. Andresen B, Stark F M, Gross J (Hrg.) Ed. Humanistische Psychologie, Köln, 363-385.

Götze P (2002) Psychotherapeutischer Umgang mit Suizidgefährdeten. In: Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Ahrens S, Schneider W (Hrg.) 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York, 640–648.

Götze P, Fiedler G, Gans I, Gerisch B, Lindner R, Richter M (2003) Narzisstisches Persönlichkeitssystem und Suizidalität – Erste Ergebnisse einer Untersuchung von Patienten nach einem Suizidversuch mit dem Narzissmusinventar (NI). In: Psychotherapie der Suizidalität. Götze P, Schaller S (Hrg.) S. Roderer Verlag, Regensburg, 196-206.

Götze P, Mohr M (2003) Die fokalthérapeutische Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch. In: Psychotherapie der Suizidalität. Götze P, Schaller S (Hrg.) S. Roderer Verlag, Regensburg, 110-121.

Goldney RD, Bottrill A (1980) Attitudes to patients who attempt suicide. *Med J Aust* 2: 717-720.

Guilford JP (1952) When not to factor analyze. *Psychol Bull* 49(1):26-37.

Guilford JP (1954) *Psychometric Methods*. McGraw-Hill Book Company, New York, Toronto, London.

Gunnell D, Frankel S (1994) Prevention of Suicide: aspirations and evidence. *BR MED J* 308:1227-1233.

Hakko H, Räsänen P, Tiihonen J (1998) Seasonal variation in suicide occurrence in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 98:92-97.

Hammond L, Deluty R (1992) Attitudes of clinical psychologists, psychiatrists and oncologists toward suicide. *Soc Behavior Pers* 20(4):289-294.

Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205-228.

Hawton K (1987) Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 150:145-153.

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

Hays LR, Cheever T, Patel P (1996) Medical students suicide, 1989-1994. *Am J Psychiatry* 153:553-555.

Hendin H, Pollinger Haas A, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K (2006) Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry* 163(1):67-72.

Henseler H (1974) *Narzißtische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

Henseler H (1981) Probleme bei der Behandlung chronisch suizidaler Patienten. In: *Suizidgefährdung – Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Henseler H, Reimer C (Hrg.) *Problemata Frommann-Holzboog*, 157-170.

Hepp U, Schnyder U (2004) Ist Suizidalität heilbar? – Suizidprävention in der hausärztlichen Praxis. *Praxis* 93:1817-1823.

Herron J, Ticehurst H, Appleby L, Perry A, Cordingley L (2001) Attitudes Toward Suicide Prevention in Front-Line Health Staff. *Suicide Life Threat Behav* 31(3):342-347.

Hilgers RD, Bauer P, Scheiber V (2003) Einführung in die medizinische Statistik. Springer, Berlin [u. a.].

Holmes C, Howard M (1980) Recognition of suicide lethality factors by physicians, mental health professionals, ministers, and college students. *J Consult Clin Psychol* 48:383-387.

Inskip HM, Harris EC, Barraclough B (1998) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatr* 172:35-37.

Jenner JA, Niesing J (2000) The construction of the SEDAS: a new suicide-attitude questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 102:139-146.

Johnson J, Cohen P, Gould M, Kasen S, Brown J, Brook J (2002) Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 59:741-749.

Judd ChM, Krosnick JA (1989) The structural basis of consistency among political attitudes: Effects of political expertise and attitude importance. In: *Attitude structure and function*. Pratkanis AR, Breckler St. J, Greenwald AG (eds) Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 99-128.

Kaplan RM, Saccuzzo DP (1993) *Psychological testing: Principles, applications, and issues*, 3. Aufl. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.

Kerkhof AFJM, Nathawat SS (1989) Suicidal Behaviour and Attitudes towards Suicide among Students in India and the Netherlands. A Cross-Cultural Comparison. In: *Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation*. Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G (eds) Brill, Leiden, The Netherlands, 144-159.

Kim D, Lesage A, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Tureck G (2003) Patterns of comorbidity in male suicide completers. *Psychol Med* 33:1299-1309.

Kline P (1986) *A handbook of test-construction – Introduction to psychometric design*. Methuen & Co., London, New York.

Klinkhammer G (2006) Deutsche Hospiz Stiftung: Menschliche Zuwendung. *Dtsch Arztebl* 103(1-2):B11-B13.

Kõlves K, Värnik A, Schneider B, Fritze J, Allik J (2006) Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Soc Sci Med* 62:2887-2896.

Krauth J (1995) *Testkonstruktion und Testtheorie*. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Tolle SW (1996) Legalizing assisted suicide – views of physicians in Oregon. *N Engl J Med* 334(5):310-315.

Lemon N (1973) *Attitudes and their measurement*. Batsford, London.

Leonhart (2004) *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Levine RE, Radecki Breitkopf C, Sierles FS, Camp G (2003) Complications associated with surveying medical student depression. - The importance of anonymity. *Academic Psychiatry* 27:12-18.

Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J (1996) A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 168:274-279.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-916.

Mäulen B (2005) Barriere aus Scham und Schuld – Beobachtungen von der Internationalen Konferenz für Ärztegesundheit in Chicago, USA. *Dtsch Arztebl* 102(1-2):B24.

Maltsberger JT, Buie DH (1974) Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Arch Gen Psychiatry* 30:625-633.

McGuire WJ (1968) Personality and susceptibility to social influence. In: *Handbook of personality theory and research*. Borgatta EF, Lambert WW (eds) Rand McNally, Chicago, 1130-1187.

Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW (1992) Attempted Suicide Among Young Adults: Progress Toward a meaningful Estimate of Prevalence. *Am J Psychiatry* 149(1): 41-44.

Meinefeld W (1977) *Einstellung und soziales Handeln*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.

Meyer H (2004) *Theorie und Qualitätsbeurteilung psychometrischer Tests*. Kohlhammer, Stuttgart.

Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D (1997) Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand* 95:94-99.

Michel K, Valach L (1990) Kenntnisse und Einstellungen praktizierende Ärzte zum Thema Suizid. *Schweiz Rundsch Med Prax* 31:909-913.

Michel K, Valach L (1992) Suicide prevention: Spreading the Gospel to General Practitioners. *B J Psychiatry* 160:757-760.

Möller H-J (1982) Das Problem der Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen für Suizidgefährdete – Unter der besonderen Berücksichtigung der Bedeutung niedergelassener Ärzte bei der Versorgung von Patienten in suizidalen Krisen. In: *Suizid – Ergebnisse und Therapie*. Reimer C (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 129-139.

Mohr M, Götze P (2003) Konflikt- oder Abwehr-orientiertes Vorgehen bei der stationären Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch? In: *Psychotherapie der Suizidalität*. Götze P, Schaller S (Hrg.) S. Roderer Verlag, Regensburg, 122-129.

Morken G, Lilleeng S, Linaker OM (2002) Seasonal variations in suicides and in admissions to hospital for mania and depression. *J Affect Disord* 69:39-45.

Motto JA (1969) Toward suicide prevention in medical practice. *J Am Med Assoc* 210(7):1229-1232.

Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A (2006) Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Soc Sci Med* 63: 1363-1373.

Nelson PA, Singg S (1998) Locus of control, sex, and attitudes toward suicide. *Psychol Rep* 83:353-354.

Nunnally JC (1978) *Psychometric theory*, 2nd edn. McGraw-Hill, New York.

Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH (1957) *The measurement of meaning*. Univ. Of Illinois Press, Urbana, Illinois.

Oskamp S, Schultz PW (2005) *Attitudes and opinions*, 3. Aufl. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey, London.

Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193-199.

Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C (1999) Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 175:277-282.

Platt S, Salter D (1987) A comparative investigation of health workers' attitudes towards parasuicide. *Soc Psychiatry* 22:202-208.

Pöldinger W (1982) Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: *Suizid – Ergebnisse und Therapie*. Reimer C (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 13-23.

Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K (2005) Suicide among adolescents. – A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:922-930.

Pratkanis AR (1989) The cognitive representation of attitudes. In: *Attitude structure and function*. Pratkanis AR, Breckler St. J, Greenwald AG (eds) Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 71-98.

Preti A, Miotto P (1998) Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy. *Psychiatry Res* 81:219-231.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2003) 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* 160(4):765-772.

Rabbata S (2006) Nationaler Ethikrat: Expertenstreit um Sterbehilfe. *Dtsch Arztebl* 103(30):B1726.

Radebold H, Schlesinger G (1982) Zur Alterssuizidalität. Literaturergebnisse und psychotherapeutische Behandlungsansätze. In: *Suizid – Ergebnisse und Therapie*. Reimer C (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 153-175.

Ramberg IL, Wasserman D (2000) Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 30(5):1189-1196.

Ramon S (1980) Attitudes of doctors and nurses to self-poisoning patients. *Soc Sci Med* 14:317-324.

Ramon S, Bancroft JHJ, Skrimshire AM (1975) Attitudes towards Self-poisoning among Physicians and Nurses in a General Hospital. *Br J Psychiatry* 127:257-264.

Reimer C (1981) Zur Problematik der Helfer-Suizidant-Beziehung: Empirische Befunde und ihre Deutung unter Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekten. In: *Selbstmordgefährdung – Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Henseler H, Reimer C (Hrg.) *Problemata Frommann-holzboog*, 1-27.

Reimer C (1982) Interaktionsprobleme mit Suizidenten. In: *Suizid – Ergebnisse und Therapie*. Reimer C (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 191-205.

Reimer C, Zimmermann R, Balck F (1986) Suizidalität im Urteil von klinisch tätigen Ärzten. *Nervenarzt* 57:100-107.

Reimer C, Clement U (1981) Projektive und introjektive Verarbeitung und Suizidalität bei Angehörigen helfender Berufe – Eine empirische Untersuchung. *Medizinische Psychologie* 7:220-231.

Renberg ES (2001) Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the North of Sweden 1986-1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:429-436.

Renberg ES, Jacobsson L (2003) Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and its Application in a Swedish Population. *Suicide Life Threat Behav* 33(1):52-64.

Ringel E (1969) Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. In: *Selbstmordverhütung*. Ringel E (Hrg.) Huber, Bern, 127-167.

Ritter K, Stompe T, Voracek M, Etzersdorfer E (2002) Suicide risk-related knowledge and attitudes of General Practitioners. *Wien Klin Wochenschr* 114(15-16):685-690.

Rogers JR, De Shon RP (1992) A Reliability Investigation of the Eight Clinical Scales of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav* 22(4):428-441.

Rogers JR, De Shon RP (1995) Cross-validation of the five-factor interpretive model of the Suicide Opinion Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav* 25(2):305-309.

Rosenberg MJ, Hovland CI (1960) Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In: *Attitude organization and change*. Rosenberg MJ, Hovland CI, McGuire WJ, Abelson RP, Brehm, JW (eds) Yale University Press, New Haven, 1-14.

Sachs L (2002) *Angewandte Statistik – Anwendung statistischer Methoden*, 10. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Scheibe KE (1970) *Beliefs and values*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York, Chicago, San Francisco, Atlanta, Dallas, Montreal, Toronto, London, Sydney.

Schelten A (1997) *Testbeurteilung und Testerstellung*. 2. Aufl. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

Schernhammer ES, Colditz GA (2004) Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 161(12):2295-2302.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommerau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesváry B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 – 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 93:327-338.

Schuman H, Presser S (1996) Questions and answers in attitude surveys – experiments on question form, wording, and context. Sage Publications, Thousands Oaks, London, New Delhi.

Secord PF, Backman CW (1964) *Social psychology*. McGraw-Hill, New York.

Six B (1996) Generalisierte Einstellungen. In: Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede. Amelang M (Hrg.) Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie VIII: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Bd III, 1-50).

Stein D, Brom D, Elizur A, Witztum E (1998) The association between attitudes towards suicide and suicidal ideation in adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 97:195-201.

Stewart SM, Felice E, Claassen C, Kennard BD, Lee PWH, Emslie GJ (2006) Adolescent suicide attempters in Hong Kong and the United States. *Soc Sci Med* 63:296-306.

Stolze H (1975) Sicherheit und Angst des Arztes in der Begegnung mit dem suizidalen Patienten. *Munch Med Wochenschr* 117(6):183-188.

Sudman S, Bradburn NM (1982) *Asking questions – A practical guide to questionnaire design*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, Washington, London.

Suokas J, Lönnqvist J (1989) Staff's Attitudes towards Patients who Attempt Suicide. In: *Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation*. Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G (eds) Brill, Leiden, The Netherlands, 227-248.

Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J (2004) Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 161(3):563-564.

Talmon-Gros S (1987) *Einstellung zu Suizid und Suizidversuch in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen und Berufsgruppenzugehörigkeit*. Phil. Dissertation. Universität Hamburg.

Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM (1999) Attempted suicide: repetition and survival – findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 100:205-211.

Thomas WI, Znaniecki F (1927) *The polish peasant in Europe and America*, 2nd edn., vol I. Knopf, New York.

Tidemalm D, Eloffsson S, Stefansson C-G, Waern M, Runeson B (2005) Predictors of suicide in a community-based cohort of individuals with severe mental disorder. *Soc Psychiatry* 40:595-600.

Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 64(1):69-79.

Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C (1972) Some psychological vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med* 287:372-375.

Vassilas CA, Morgan HG (1993) General practitioners' contact with victims of suicide. *BR MED J* 307:300-301.

Vennemann MMT (2006) Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern. *Dtsch Arztebl* 103(18):B1036-B1040.

Wallin U, Runeson B (2003) Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *Eur Psychiatry* 18(7):329-333.

Weisser S (1994) Einstellungen zum Suizid und deren Relevanz für die Häufigkeit von Suiziden. Dissertation. Technische Universität München.

Wellhöfer PR (1975) Einstellungen zum Selbstmord. Eine sozialpsychologische Leitstudie. *Offentl Gesundheitswes* 37:379-391.

Wellhöfer PR (1976) Das suizidale Klima. Eine Untersuchung der Einstellung zum Selbstmord. *Offentl Gesundheitswes* 38:473-483.

Wolfersdorf M (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Wong JPS, Stewart SM, Ho SY, Rao U, Lam TH (2005) Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Soc Sci Med* 61:591-599.

Zöfel P (1992) *Statistik in der Praxis*, 3. Aufl. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena.

Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Paul Götze für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas, seine wertvollen Anregungen zu Schwerpunkten der Arbeit sowie nützlichen Hinweise für den Verlauf des Prozesses.

Herrn Diplom-Psychologen Georg Fiedler bin ich zu großem Dank verpflichtet für die intensive immer freundliche Betreuung während des Erstellens dieser Arbeit, die stete Unterstützung durch Bereitstellen von Literatur und Ratschläge, die vielen Aufmunterungen und seine unerschöpfliche Geduld.

Für die freundliche Unterstützung bei der Datenerhebung bedanke ich mich bei den entsprechenden Mitarbeitern des Universitätsklinikums Eppendorf, insbesondere bei Herrn Prof. Dr. Klaus Püschel und Axel Heinemann, beim Journalistischen Institut der Universität Hamburg, dem niedersächsischen Bundesgrenzschutz sowie bei Freunden.

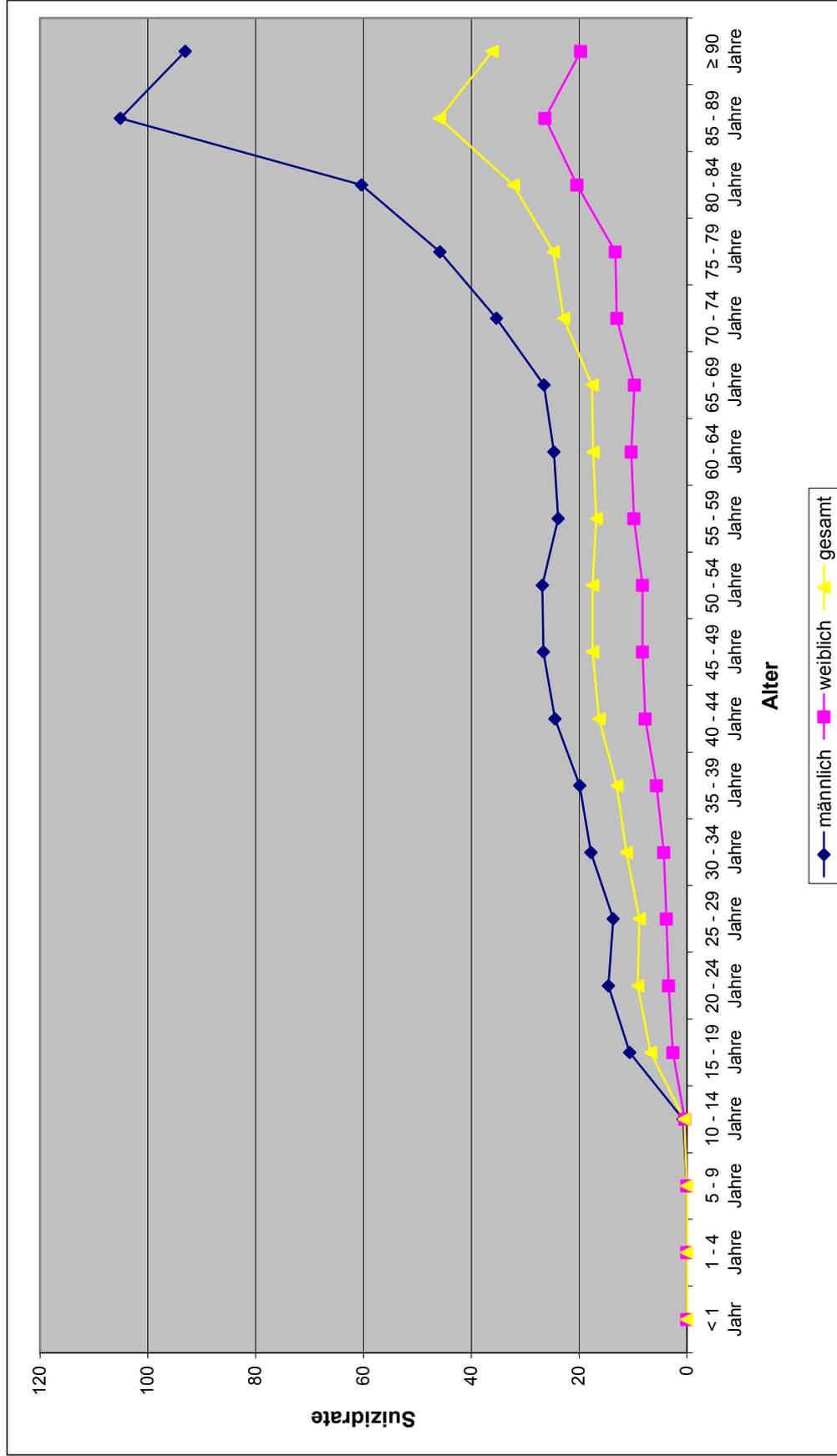
Frau Diplom-Psychologin Christiane Otto schulde ich Dank für ihre Hilfe, die sie mir bei der statistischen Auswertung geleistet hat.

Dem gesamten Team des Therapiezentrums für Suizidgefährdete bin ich dankbar für die Zusammenarbeit bei der Benennung der Faktoren im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung.

Besonders danke ich allen Probanden, die sich trotz beruflicher bzw. studentischer Belastung Zeit genommen haben, an unserer Befragung mit sensibler Thematik teilzunehmen.

Nicht zuletzt sage ich den Angehörigen meiner Familie, die mir beim Korrekturlesen hilfreich unter die Arme gegriffen haben, herzlich Dankeschön.

Anhang



A 1: Suizidrate (= Anteil der Suizide auf 100.000 Einwohner) in Deutschland 2002 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

6.) Welche der folgenden Personengruppen hat ihrer Erfahrung nach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Suizidrisiko?

	erhöht	nicht erhöht
Alkoholiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogensüchtige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht kränkbare Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte/Ärztinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsame Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Psychosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatisch kranke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen im öffentlichen Leben (Politiker, Schauspieler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen über dem 60. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.) Beurteilen Sie folgende Aussagen:

„Wenn jemand in einer schweren depressiven Episode entschlossen ist, sich umzubringen, kann ihn letztlich niemand davon abhalten“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Wer viel von Selbstmord redet, bringt sich eher nicht um“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Menschen, die vor einem Suizid stehen, haben oft eine starke Tendenz sich zu isolieren“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Wer einmal versucht hat sich umzubringen, versucht es immer wieder“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Wenn man jemanden auf Selbstmordgedanken und Selbstmordpläne anspricht, besteht die Gefahr, dass man ihn erst auf die Idee bringt, sich umzubringen“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Oft gehen schwere subjektive Kränkungen Selbstmorden voraus“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Knapp vor dem Suizid wirken viele Menschen erstaunlich gelassen“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

„Suizide werden häufig durch eine resignative Umwelt ausgelöst“.

trifft sicher zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft sicher nicht zu

8.) Meist beträgt die Zeitspanne vom ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung:

- weniger als einen Tag mehrere Monate
 im Durchschnitt eine Woche über ein Jahr

9.) Ist es Ihrer Erfahrung nach schwierig, suizidgefährdete Patienten zu identifizieren?

- Ja Nein
 Eher ja eher nein

10.) Worin liegt Ihrer Erfahrung nach das größte Problem im Umgang mit Suizidalität?

11.) Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem suizidalen Patienten in Ihrer Ordination?

- Noch niemals einmal pro Jahr 6 bis 10 Mal pro Jahr
 weniger als einmal pro Jahr 2 bis 5 Mal pro Jahr ich habe ständig Kontakt
mit solchen Patienten

12.) Haben Sie je einen Ihrer Patienten aufgrund eines Suizidrisikos zu einem Psychiater überwiesen?

- Ja, einmal Ja, schon oft
 Ja, öfter als einmal Nein

13.) Haben Sie je einen suizidalen Patienten in eine psychiatrische Abteilung eingewiesen?

- Ja Nein

14.) Welchen Stellenwert haben Ihrer Erfahrung nach Medikamente in der Behandlung akut suizidaler Patienten?

- unverzichtbar unterstützend sinnvoll
 meist notwendig meistens nicht notwendig

15.) Wenn Sie suizidalen Patienten Medikamente verschreiben, welche sind das zumeist?

16.) Glauben Sie, dass folgender Umgang eine Hilfe für suizidgefährdete Patienten sein könnte?

„Mit Ratschlägen zur Seite stehen, wie eine solche Situation überwunden werden kann“.

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung ernst nehmen, ohne sie ausreden zu wollen“.

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Ablenken von den Suizidgedanken“.

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Vor allem auf die positiven Seiten des Lebens aufmerksam machen“.

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Unbedingt Kontrolltermine mit dem Patienten vereinbaren“

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Zuhören, ohne zu werten“

- richtig eher richtig eher falsch falsch

„Weitere Hilfsmöglichkeiten mit dem Patienten überlegen“

- richtig eher richtig eher falsch falsch

17.) Haben Sie je erfahren, dass sich einer Ihrer Patienten suizidiert hat?

- Ja, einmal Ja, schon ___ mal Nein

18.) Kennen Sie Institutionen, an die sich suizidale Personen wenden können?

- Ja Wenn ja, welche _____

- nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

SEDAS – Semantic differential scale on attitudes towards suicidal behaviour and ideation

The origin of peoples' ideas and notions about suicide are fairly complex. This questionnaire, the SEDAS, is a means to help examine which meanings you attribute to suicidal behaviour. The SEDAS consists of 15 pairs of polar words or notions, such as depressed-elevated, unnatural – natural, impulsive-deliberate, and so on. You can measure meanings indicating your judgement on this series of descriptive scales.

The scales should be used as follows:

If you feel that suicide is *very closely* related to one or the other end of the scale, you should place your rating in the space as indicated below:

FAIR | x | | | | | | | UNFAIR

OR

FAIR | | | | | | x | | UNFAIR

If you feel that suicide is *quite closely* related to one or the other end of the scale you should place your rating in the space as indicated below:

FAIR | | x | | | | | UNFAIR

OR

FAIR | | | | | x | | UNFAIR

If you feel that suicide is *only slightly related* to one side as opposed to the other, then you should place your rating as indicated below:

FAIR | | | | x | | | UNFAIR

OR

FAIR | | x | | | | | UNFAIR

If you consider suicide to be *neutral* on a scale, or consider *both sides to be equally associated* with suicide, or if you consider the pair of items *irrelevant or unrelated* to suicide, then you should place your rating in the middle as indicated below:

FAIR | | | x | | | | UNFAIR

Important

Place marks in the middle of spaces, not on boundaries

This Not this

| x | | x | | | | |

Please fill in following pages in the order as presented.

Age:

Gender: M/F*

Profession:

Schooling and professional training you have received:

Have you ever had to do with suicidal persons or persons who died due to suicide?

Yes/No*

If yes: was the person involved:

Family/Friend/Acquaintance/Patient/Other*

Have you ever seriously considered a suicide:

Yes/No*

Have you ever attempted suicide:

Yes/No*

* Please encircle the appropriate answers.

Please make your ratings on the basis of what suicide means to you.

Please complete by circling the most appropriate answer of the following two statements:

1. I will never either attempt nor commit suicide because.....

OR

2. I can imagine situations in which I will try suicide.

Thank you. Please proceed to the following page.

SET

Please make your ratings with X on basis of the following sentence:

I find the suicide of

- | | | | |
|-----|----------------|---------------|------------------|
| 1. | selfish | _ _ _ _ _ _ _ | unselfish |
| 2. | aimless | _ _ _ _ _ _ _ | motivated |
| 3. | stable | _ _ _ _ _ _ _ | unstable |
| 4. | useless | _ _ _ _ _ _ _ | useful |
| 5. | deliberate | _ _ _ _ _ _ _ | impulsive |
| 6. | shallow | _ _ _ _ _ _ _ | deep |
| 7. | hopeful | _ _ _ _ _ _ _ | hopeless |
| 8. | sick | _ _ _ _ _ _ _ | healthy |
| 9. | depressed | _ _ _ _ _ _ _ | elevated |
| 10. | cowardly | _ _ _ _ _ _ _ | brave |
| 11. | normal | _ _ _ _ _ _ _ | disturbed |
| 12. | powerful | _ _ _ _ _ _ _ | powerless |
| 13. | understandable | _ _ _ _ _ _ _ | incomprehensible |
| 14. | natural | _ _ _ _ _ _ _ | unnatural |
| 15. | safe | _ _ _ _ _ _ _ | unsafe |

.....=description of relevant actor/situation aspects.

In this study were used following actor/situation sets:

- (a) myself;
- (b) adolescent aged 14 years;
- (c) a person 81 years of age who does not wish to live on;
- (d) 34-year-old drug abuser addicted for many years;
- (e) a person with a tumor that cannot be removed surgically;
- (f) a person with a history of repeated suicide attempts;
- (g) a loved one.

UMEÅ UNIVERSITY
Department of Clinical Sciences
Division of Psychiatry
SE-901 85 Umea
Sweden



Dr Ellinor Salander Renberg
e-mail: ellinor.salander.renberg@psychiat.umu.se
Tel +46 90 785 63 23
Fax + 46 90 13 53 24

Sept 2003

Instructions ATTS

The ATTS questionnaire can either be used as it is, or special sections might be chosen, depending on aims within the study.

The first section, *Contact with the suicide problem*, is of interest because it makes it possible to connect “problem load” in the surroundings, with attitudes. However, specific items might be dropped (or even the whole section), depending on specific aims.

In the second section, *Attitudes*, items 4 to 40, should remain as they are. Items 41 and 42 might in some settings be somewhat difficult to ask, and if so, they can be dropped.

Item 43 should remain as it is.

In the last section, *Finally some questions about yourself*, item 46 to 48, can be dropped, especially if there are questions on anonymity.

Item 49, 51, 52 (from SOC, Antonovsky) and item 50 and 55 (from EVS – European Values Survey), are interesting because they do not only focus on suicidality, but life satisfaction in general. However, these items may be dropped, if necessary.

The Paykel questions, items 54 and 56 to 59, should, if the aim of the study is to investigate own suicidality as well, be kept as they are.

Items 60 and 61 are important to keep, as they give an opportunity to reflect freely on the problem.

Finally, comments on the questionnaire should be recorded.

Salander Renberg E, Jacobsson L. Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 52-64, 2003.

Salander Renberg E. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 9, 429-436, 2001.

ATTS

**Attitudes towards
suicide**

**Department of Psychiatry
Umeå university**

March 1996

Ellinor Salander Renberg, Lars Jacobsson

Contact with the suicide problem

Initially there are some questions about your experiences of suicide problems in your surroundings. Please mark with a cross the appropriate alternative (NA=not applicable).

1. Has any of the following persons

	<i>made a suicide attempt</i>				<i>expressed suicidal thoughts, plans or threats</i>			
	Never	Some time	Often	NA	Never	Some time	Often	NA
<i>In your family;</i>								
Father/mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brother/sister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner (companion, spouse,boy-/girlfriend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Others;</i>								
Other relatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Work-/schoolmates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....								

2. Is there at this very moment any person in your closest surrounding that you know has suicidal thoughts?

	No	Yes	Not applicable
<i>In your family;</i>			
Father/mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brother/sister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner (companion, spouse,boy-/girlfriend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Others;</i>			
Other relatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Work-/schoolmates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....			

3. Has any of the following persons committed suicide?

	No	Yes	NA
<i>In your family;</i>			
Father/mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brother/sister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner (companion, spouse,boy-/girlfriend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Others;</i>			
Other relatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Work-/schoolmates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....			

Attitudes

The following questions concern your opinion about suicide. Please mark with a cross the alternative that you find is in best accordance with your opinion. There are no "right" or "wrong" answers!

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
4. <i>It is always possible to help a person with suicidal thoughts.</i>	<input type="checkbox"/>				
5. <i>Suicide can never be justified.</i>	<input type="checkbox"/>				
6. <i>Committing suicide is among the worst things to do to one's relatives.</i>	<input type="checkbox"/>				
7. <i>Most suicide attempts are impulsive actions.</i>	<input type="checkbox"/>				
8. <i>Suicide is an acceptable means to terminate an incurable disease.</i>	<input type="checkbox"/>				
9. <i>Once a person has made up his/her mind about committing suicide no one can stop him/her.</i>	<input type="checkbox"/>				
10. <i>Many suicide attempts are made because of revenge or to punish someone else.</i>	<input type="checkbox"/>				
11. <i>People who commit suicide are usually mentally ill.</i>	<input type="checkbox"/>				
12. <i>It is a human duty to try to stop someone from committing suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
13. <i>When a person commits suicide it is something that he/she has considered for a long time.</i>	<input type="checkbox"/>				

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
14. <i>There is a risk of evoking suicidal thoughts in a person's mind if you ask about it.</i>	<input type="checkbox"/>				
15. <i>People who make suicidal threats seldom complete suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
16. <i>Suicide is a subject that one should rather not talk about.</i>	<input type="checkbox"/>				
17. <i>Loneliness could for me be a reason to take my life.</i>	<input type="checkbox"/>				
18. <i>Almost everyone has at one time or another thought about suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
19. <i>There may be situations where the only reasonable resolution is suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
20. <i>I could say that I would take my life without actually meaning it.</i>	<input type="checkbox"/>				
21. <i>Suicide can sometimes be a relief for those involved.</i>	<input type="checkbox"/>				
22. <i>Suicides among young people are particularly puzzling since they have everything to live for.</i>	<input type="checkbox"/>				
23. <i>I would consider the possibility of taking my life if I were to suffer from a severe, incurable, disease.</i>	<input type="checkbox"/>				
24. <i>A person once they have suicidal thoughts will never let them go.</i>	<input type="checkbox"/>				

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
25. <i>Suicide happens without warning.</i>	<input type="checkbox"/>				
26. <i>Most people avoid talking about suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
27. <i>If someone wants to commit suicide it is their business and we should not interfere.</i>	<input type="checkbox"/>				
28. <i>It is mainly loneliness that drives people to suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
29. <i>A suicide attempt is essentially a cry for help.</i>	<input type="checkbox"/>				
30. <i>On the whole, I do not understand how people can take their lives.</i>	<input type="checkbox"/>				
31. <i>Usually relatives have no idea about what is going on when a person is thinking of suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
32. <i>A person suffering from a severe, incurable, disease expressing wishes to die should get help to do so.</i>	<input type="checkbox"/>				
33. <i>I am prepared to help a person in a suicidal crisis by making contact.</i>	<input type="checkbox"/>				
34. <i>Anybody can commit suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
35. <i>I can understand that people suffering from a severe, incurable, disease commit suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				

	Strongly agree	Agree	Undecided	Disagree	Strongly disagree
36. <i>People who talk about suicide do not commit suicide.</i>	<input type="checkbox"/>				
37. <i>People do have the right to take their own lives.</i>	<input type="checkbox"/>				
38. <i>Most suicide attempts are caused by conflicts with a close person.</i>	<input type="checkbox"/>				
39. <i>I would like to get help to commit suicide if I were to suffer from a severe, incurable, disease.</i>	<input type="checkbox"/>				
40. <i>Suicide can be prevented.</i>	<input type="checkbox"/>				
41. <i>Even though you would prefer another way to die, painful circumstances in life might lead to suicidal ideation. How do you estimate the probability that you sooner or later will commit suicide?</i>					
<input type="checkbox"/> I am sure I will never commit suicide.					
<input type="checkbox"/> I hope I will never commit suicide, but I am not absolutely sure.					
<input type="checkbox"/> Under certain circumstances I consider suicide as a possibility.					
<input type="checkbox"/> I consider suicide as a possibility in the future.					
42. <i>Every person will sooner or later die. Please indicate which manner of death you would prefer by ranking the alternatives from 1 to 5. 1=prefer most,, 5=prefer least of all.</i>					
<input type="checkbox"/> Illness					
<input type="checkbox"/> Suicide					
<input type="checkbox"/> Old age					
<input type="checkbox"/> Accident					
<input type="checkbox"/> Homicide					
43. <i>To what extend do you think suicide should be prevented?</i>					
<input type="checkbox"/> In all cases.					
<input type="checkbox"/> In all cases, but with a few exceptions					
<input type="checkbox"/> In some cases yes, in some cases no					
<input type="checkbox"/> Not in any case; if a person wants to commit suicide no one, including medical services, has the right to stop him or her					

NB. Please answer both sub questions!

53. *Have you ever thought of the meaning of your life?*

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

54. *Have you ever felt that life was not worth living?*

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

55. *Have you ever thought of your own death?*

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

56. *Have you ever wished you were dead, for instance that you could go to sleep and not wake up?*

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

57. *Have you ever thought of taking your own life, even if you would not really do it?*

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

58. ***Have you ever reached the point where you seriously considered taking your life, or perhaps made plans how you would go about doing it?***

Last year

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Earlier in your life

- Often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

59. ***Have you ever made an attempt to take your own life?***

Last year

- No
- Yes

How many?

Earlier in your life

- No
- Yes

How many?

If yes: Did you receive any treatment on that specific occasion?

- Yes

What type? _____

- No

Why not? _____

60. ***What do you think is the main reason why people commit suicide?***

61. ***What do you think should be done to prevent suicide?***

Comments to the questionnaire:

Thank you for your contribution!

Fragebogen über Kenntnis und Haltung zum Suizid und zur Suizidalität

Suizid: vollendete Selbsttötung, **Suizidversuch:** überlebter Versuch einer Selbsttötung

Suizidalität: umfassender Begriff, der auch die Gedanken an eine Selbsttötung umfasst

A 01 - Geschlecht: weiblich männlich **A 02 - Alter:**Jahre

A 03 - Beruf/Ausbildung: Ärztin/Arzt Psychologin/Psychologe Studentin/Student

A 04 - Fachrichtung:

A 05 - anderer Beruf:

B 01 - Durch welchen Glauben wurden Sie in Ihrem Leben am stärksten beeinflusst?

christlich evangelisch christlich katholisch anderer: durch keinen

C - Wie viele Menschen sterben in Deutschland nach Ihrer Einschätzung ungefähr pro Jahr durch

durch:	C 01 - Verkehrsunfälle	C 02 - Suizid	C 03 - Gewalttaten	C 04 - Aids	C 05 - Drogen
weniger als 1.500	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.500-2.500	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.500-5.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.000-8.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.000-10.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.000-20.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als 20.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D - Welche der folgenden Personengruppen haben ihrer Einschätzung nach im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko, durch Suizid zu sterben?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

D 01 - Alkoholabhängige	①---②---③---④
D 02 - Drogenabhängige	①---②---③---④
D 03 - Leicht kränkbare Menschen	①---②---③---④
D 04 - Ärztinnen/Ärzte	①---②---③---④
D 05 - Menschen bis zum 25. Lebensjahr	①---②---③---④
D 06 - Menschen mit Depressionen	①---②---③---④
D 07 - Einsame Menschen	①---②---③---④
D 08 - Menschen mit Psychosen	①---②---③---④
D 09 - Kinder und Jugendliche	①---②---③---④
D 10 - Psychosomatisch Erkrankte	①---②---③---④
D 11 - Personen im öffentlichen Leben (Politiker, Schauspieler)	①---②---③---④
D 12 - Menschen über dem 60. Lebensjahr	①---②---③---④
D 13 - Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben	①---②---③---④
D 14 - Andere: D 15:	①---②---③---④

E -

Suizide werden nach Ihrer Einschätzung häufiger begangen von

E 01 - jungen Menschen oder älteren Menschen / **E 02 -** Männern oder Frauen

Suizidversuche werden nach Ihrer Einschätzung häufiger unternommen von

E 03 - jungen Menschen oder älteren Menschen / **E 04 -** Männern oder Frauen

E 05 - Die Häufigkeit von Suiziden in den letzten 10 Jahren

hat eher zugenommen hat eher abgenommen ist eher gleich geblieben

E 06 - Suizide finden häufiger statt im Winter oder Frühling oder Sommer oder Herbst

F - Anlässe und Gründe für einen Suizid sind sehr oft:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

F 01 -	Psychische Erkrankungen	①---②---③---④
F 02 -	Schwere körperliche Erkrankungen	①---②---③---④
F 03 -	Verlust oder Tod von wichtigen Bezugspersonen	①---②---③---④
F 04 -	Trennungen/Verlassenwerden	①---②---③---④
F 05 -	Schulden	①---②---③---④
F 06 -	Lebensüberdruß	①---②---③---④
F 07 -	Arbeitslosigkeit	①---②---③---④
F 08 -	Körperliche Misshandlung	①---②---③---④
F 09 -	Liebeskummer	①---②---③---④
F 10 -	Kränkungen	①---②---③---④
F 11 -	Innere Konflikte	①---②---③---④
F 12 -	Mobbing am Arbeitsplatz	①---②---③---④
F 13 -	Sexuelle Gewalt	①---②---③---④
F 14 -	Beruflicher Misserfolg	①---②---③---④
F 15 -	Erfahrungen in der Kindheit	①---②---③---④
F 16 -	Andere: F 17: ...	①---②---③---④

G 01 - Meist beträgt die Zeitspanne vom ersten Gedanken an Suizid bis zur Ausführung:

weniger als einen Tag im Durchschnitt eine Woche mehrere Monate über ein Jahr

H - Welche Vorstellungen verbinden Sie spontan persönlich mit den Begriffen "Suizidalität" und "Suizid"?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

H 01 -	Angst	①---②---③---④
H 02 -	Hoffnungslosigkeit	①---②---③---④
H 03 -	Erleichterung	①---②---③---④
H 04 -	Ärger	①---②---③---④
H 05 -	Trauer	①---②---③---④
H 06 -	Verlassenheit	①---②---③---④
H 07 -	Selbstbestimmung	①---②---③---④
H 08 -	Schuld	①---②---③---④
H 09 -	Ausweglosigkeit	①---②---③---④
H 10 -	Unbehagen	①---②---③---④
H 11 -	Scham	①---②---③---④
H 12 -	Nicht darüber nachdenken	①---②---③---④
H 13 -	Vorwurf	①---②---③---④
H 14 -	Freiheit	①---②---③---④
H 15 -	Leiden	①---②---③---④
H 16 -	Mitleid	①---②---③---④
H 17 -	Abhängigkeit	①---②---③---④
H 18 -	Wut	①---②---③---④
H 19 -	Bedrängtheit	①---②---③---④
H 20 -	Nichts damit zu tun haben wollen	①---②---③---④
H 21 -	Verantwortung	①---②---③---④
H 22 -	Trost	①---②---③---④
H 23 -	Einsamkeit	①---②---③---④
H 24 -	Entscheidungsfreiheit	①---②---③---④
H 25 -	Erlösung	①---②---③---④
H 26 -	Eigenverantwortung	①---②---③---④
H 27 -	Flucht	①---②---③---④
H 28 -	Andere: H 29: ...	①---②---③---④

J - Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

J 01 -	Ich habe in meiner Ausbildung ausreichend praktisch Anwendbares über den Umgang mit suizidgefährdeten Menschen erfahren.	①---②---③---④
J 02 -	Ich habe Interesse an Fortbildungsmaßnahmen zum Thema "Erkennen und Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen".	①---②---③---④
J 03 -	Ich glaube, dass jeder Mensch das Recht hat einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 04 -	Ich glaube, dass man psychisch krank sein muss um einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 05 -	Ein Suizid ist eine Seltenheit.	①---②---③---④
J 06 -	Der Glaube an Gott verhindert einen Suizid.	①---②---③---④
J 07 -	Wenn jemand in einer schweren depressiven Episode entschlossen ist sich umzubringen, kann ihn letztlich niemand davon abhalten.	①---②---③---④
J 08 -	Wer viel von Selbstmord redet, bringt sich eher nicht um.	①---②---③---④
J 09 -	Menschen, die vor einem Suizid stehen, haben oft eine starke Tendenz sich zu isolieren.	①---②---③---④
J 10 -	Ich kann es gut verstehen, wenn jemand sein Leben bilanziert und dann Suizid begeht.	①---②---③---④
J 11 -	Wer einmal versucht hat sich umzubringen, versucht es immer wieder.	①---②---③---④
J 12 -	Wer einen Suizidversuch unternimmt, möchte nur Aufmerksamkeit erregen.	①---②---③---④
J 13 -	Wenn man jemanden auf Suizidgedanken und Suizidpläne hin anspricht, besteht die Gefahr, dass er wirklich versucht sich zu töten.	①---②---③---④
J 14 -	Der Suizid kann eine Möglichkeit sein, sein Gesicht zu wahren oder seine Ehre wieder herzustellen.	①---②---③---④
J 15 -	Oft gehen schwere subjektive Kränkungen einem Suizid voraus.	①---②---③---④
J 16 -	Wer soziale Verantwortung übernimmt, begeht keinen Suizid	①---②---③---④
J 17 -	Man sollte generell nicht öffentlich über die Suizidproblematik reden oder schreiben.	①---②---③---④
J 18 -	Wenn in einer Partnerschaft oder Ehe jemand einen Suizid begeht oder einen Suizidversuch unternimmt, stimme sicher in der Beziehung etwas nicht.	①---②---③---④
J 19 -	Wer Suizidgedanken hat oder einen Suizidversuch unternimmt, möchte eigentlich nicht sterben, sondern nicht so wie bisher weiterleben.	①---②---③---④
J 20 -	Kurz vor dem Suizid wirken viele Menschen erstaunlich gelassen.	①---②---③---④
J 21 -	Wer einen Suizidversuch unternimmt, möchte andere damit erpressen.	①---②---③---④
J 22 -	Wenn jemand wirklich sterben will, dann ist sein Tod unausweichlich.	①---②---③---④
J 23 -	Wenn jemand sich das Leben nehmen will, sollte man seine Entscheidung respektieren.	①---②---③---④
J 24 -	Das Internet ist gefährlich für suizidgefährdete Menschen.	①---②---③---④
J 25 -	Der Suizid ist vertretbar, um eine unheilbar Krankheit zu beenden.	①---②---③---④
J 26 -	In unserer Gesellschaft wird viel zu wenig für Suizidgefährdete getan.	①---②---③---④
J 27 -	In der Regel hätten die Angehörigen oder Freunde einen Suizid verhindern können.	①---②---③---④
J 28 -	Wenn jemand in einer schweren Krankheit sein Leben beenden möchte, sollte man ihn dabei unterstützen.	①---②---③---④
J 29 -	Suizide werden häufig durch teilnahmslose Mitmenschen ausgelöst.	①---②---③---④
J 30 -	Ich kann mir Situationen vorstellen, in denen ich nicht mehr weiterleben möchte.	①---②---③---④
J 31 -	Wer einen Suizid begeht, möchte sich an anderen rächen.	①---②---③---④
J 32 -	Ein Suizid ist mit meinen religiösen Überzeugungen nicht vereinbar.	①---②---③---④
J 33 -	Es ist die Pflicht eines Arztes, jeden Suizid zu verhindern.	①---②---③---④
J 34 -	Der Suizid ist ein egoistischer Akt.	①---②---③---④
J 35 -	Wenn jemand im Internet einen Suizid ankündigt, sollte unbedingt die Polizei informiert werden.	①---②---③---④
J 36 -	Wenn ich zurückdenke, dann haben schon einige Menschen, die ich kannte, einen Suizid begangen oder einen Suizidversuch unternommen.	①---②---③---④
J 37 -	Jeder Mensch kann in die Lage kommen, einen Suizid zu begehen.	①---②---③---④
J 38 -	Wer einen Suizid begeht, bringt Schande über seine Familie.	①---②---③---④
J 39 -	Man sollte einem Suizidgefährdeten nur helfen, wenn er ausdrücklich darum bittet.	①---②---③---④
J 40 -	Ich habe Angst davor, jemanden, von dem ich weiß, dass er Suizidgedanken hat, direkt darauf anzusprechen.	①---②---③---④
J 41 -	Die meisten Menschen, die Suizidgedanken haben, suchen vor einem Suizid oder Suizidversuch Hilfe und Unterstützung.	①---②---③---④

K - Ich glaube, dass Folgendes eine Hilfe für Menschen mit Suizidgedanken sein könnte:

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

K 01 -	Mit Ratschlägen zur Seite stehen, wie eine solche Situation überwunden werden kann	①---②---③---④
K 02 -	Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung ernst nehmen, ohne sie ausreden zu wollen	①---②---③---④
K 03 -	Ablenken von den Suizidgedanken	①---②---③---④
K 04 -	Das Anrufen bei einem Notruf wie z. B. die Telefonseelsorge	①---②---③---④
K 05 -	Dass der behandelnde Arzt unbedingt Kontrolltermine vereinbart	①---②---③---④
K 06 -	Zuhören, ohne zu werten	①---②---③---④
K 07 -	Gemeinsam weitere Hilfsmöglichkeiten überlegen	①---②---③---④
K 08 -	Eine Behandlung mit antidepressiven Medikamenten	①---②---③---④
K 09 -	Der Beginn einer Psychotherapie	①---②---③---④
K 10 -	Ihnen die Entscheidung zum Suizid zu lassen	①---②---③---④
K 11 -	Vor allem auf die positiven Seiten des Lebens aufmerksam machen	①---②---③---④
K 12 -	Die stationäre Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik	①---②---③---④
K 13 -	Ein offenes Gespräch mit Freunden	①---②---③---④
K 14 -	Eine Betreuung rund um die Uhr	①---②---③---④
K 15 -	Sport treiben	①---②---③---④
K 16 -	Gespräche mit einem Geistlichen des eigenen Glaubens	①---②---③---④
K 17 -	Gespräche mit der eigenen Familie	①---②---③---④
K 18 -	Die Diskussion im Internet mit anderen Suizidgefährdeten	①---②---③---④
K 19 -	Die Aufnahme in eine geschlossene psychiatrische Station	①---②---③---④
K 20 -	Das direkte Ansprechen seiner Suizidgedanken	①---②---③---④
K 21 -	Anderes: K 22: ...	①---②---③---④

L - Sind Sie durch Suizidgedanken, Suizidversuche oder Suizide schon betroffen worden?

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

L 01 -	Durch meinen Beruf/meine Ausbildung	①---②---③---④
L 02 -	Durch Kollegen/Mitstudenten/Mitschüler	①---②---③---④
L 03 -	Im Freundes- und Bekanntenkreis	①---②---③---④
L 04 -	In der Familie	①---②---③---④
L 05 -	Durch andere: L 06:	①---②---③---④

M 01 - Ich habe selbst schon einmal Gedanken gehabt, mir das Leben zu nehmen: ja nein

Wenn ja: In welchem Alter **M 02 - bis 15** **M 03 - 15-20** **M 04 - 20-25** **M 05 - 25-30**
M 06 - 30-40 **M 07 - 40-50** **M 08 - 50-60** **M 09 - 60-70** **M 10 - älter als 70**

M 11 - Ich habe schon einmal einen Suizidversuch unternommen: ja nein

Wenn ja: In welchem Alter **M 12 - bis 15** **M 13 - 15-20** **M 14 - 20-25** **M 15 - 25-30**
M 16 - 30-40 **M 17 - 40-50** **M 18 - 50-60** **M 19 - 60-70** **M 20 - älter als 70**

N 01 - Kennen Sie Institutionen, an die sich suizidale Personen wenden können? Ja nein

N 02 - Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Zusatzfragen für Ärzte

P 01- Arzt/Facharzt für

.....

Q 01- In Niederlassung tätig seit Jahren

Q 02- Zusatzbezeichnung Psychotherapie nein ja

Q 03- Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundversorgung nein ja

Q 04- Diplom-Psychologe/Psychologin nein ja

R 01- Nach meiner Erfahrung ist es schwierig, suizidgefährdete Patienten zu identifizieren.

① trifft sicher nicht zu / ② trifft eher nicht zu / ③ trifft eher zu / ④ trifft sicher zu

R 02- Worin liegt Ihrer Erfahrung nach das größte Problem im Umgang mit Suizidalität?

S 01- Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem suizidalen Patienten in Ihrer Sprechstunde?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Noch niemals | <input type="radio"/> einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 6 bis 10 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> weniger als einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 2 bis 5 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten |

S 02- Wie oft hatten Sie persönlich schon Kontakt mit einem Patienten *nach einem Suizidversuch* in Ihrer Sprechstunde?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Noch niemals | <input type="radio"/> einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 6 bis 10 Mal pro Jahr |
| <input type="radio"/> weniger als einmal pro Jahr | <input type="radio"/> 2 bis 5 Mal pro Jahr | <input type="radio"/> ich habe ständig Kontakt mit solchen Patienten |

S 03- Haben Sie je einen Ihrer Patienten aufgrund seines Suizidrisikos zu einem Psychiater überwiesen?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja, einmal | <input type="radio"/> Ja, schon oft |
| <input type="radio"/> Ja, öfter als einmal | <input type="radio"/> Nein |

S 04- Haben sie jemals einen suizidalen Patienten in eine psychiatrische Abteilung eingewiesen?

- Ja Nein

T 01- Welchen Stellenwert haben Ihrer Erfahrung nach Medikamente in der Behandlung akut suizidaler Patienten?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> unverzichtbar | <input type="radio"/> unterstützend sinnvoll |
| <input type="radio"/> meist notwendig | <input type="radio"/> meistens nicht notwendig |

T 02- Wenn Sie suizidalen Patienten Medikamente verschreiben, welche sind das zumeist?

U 01- Haben Sie je erfahren, dass sich einer Ihrer Patienten suizidiert hat?

- Ja, einmal Ja, schon __ mal Nein

		Skala 01	Skala 02	Skala 03	Skala 04	Skala 05	Skala 06	Skala 07	Skala 08	Skala 09
K 12	Stationäre Psychiatriebehandlung bedeutet Hilfe für Suizidale	0,741								
K 19	Aufnahme in geschlossene Psychiatriestation bedeutet Hilfe für Suizidale	0,724								
K 08	Antidepressive Medikamente bedeuten Hilfe für Suizidale	0,695								
K 05	Vom Arzt vereinbarte Kontrolltermine bedeuten Hilfe für Suizidale	0,550								
K 14	Ständige Betreuung bedeutet Hilfe für Suizidale	0,507				0,395				
K 09	Psychotherapie bedeutet Hilfe für Suizidale	0,472					0,274			
K 20	Direktes Ansprechen der Suizidgedanken bedeutet Hilfe für Suizidale	0,392				0,288			0,256	
H 24	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Entscheidungsfreiheit		0,797							
H 14	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Freiheit		0,728							
H 07	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Selbstbestimmung	0,265	0,665							
H 26	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Eigenverantwortung		0,661							
H 03	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Erleichterung		0,649							
H 25	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Erlösung		0,600					-0,267		
H 06	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Verlassenheit			0,667						
H 09	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Ausweglosigkeit			0,667						
H 23	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Einsamkeit			0,645						
H 02	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Hoffnungslosigkeit			0,635						
H 15	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Leiden			0,577				0,267		
H 05	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Trauer			0,429		0,316		0,351		
H 19	Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Bedrängtheit			0,407						

A 7a: Faktorenladungen Skala S 01, S 02 und S 03

	Skala 01	Skala 02	Skala 03	Skala 04	Skala 05	Skala 06	Skala 07	Skala 08	Skala 09
F 15				0,668					
F 13				0,645					
F 08				0,598	0,301				
F 14				0,596			0,250		
F 12				0,595					
F 11				0,457					
F 03					0,729				
F 04					0,723				
F 05					0,586	0,284			
F 02					0,562				
F 07				0,447	0,497				
F 09				0,338	0,461				
F 01	0,312				0,379				
K 17						0,685			
K 13						0,605			
K 16						0,574			
K 04	0,379					0,427			
K 01						0,354			

A 7b: Faktorenladungen Skala S 04, S 05 und S 06

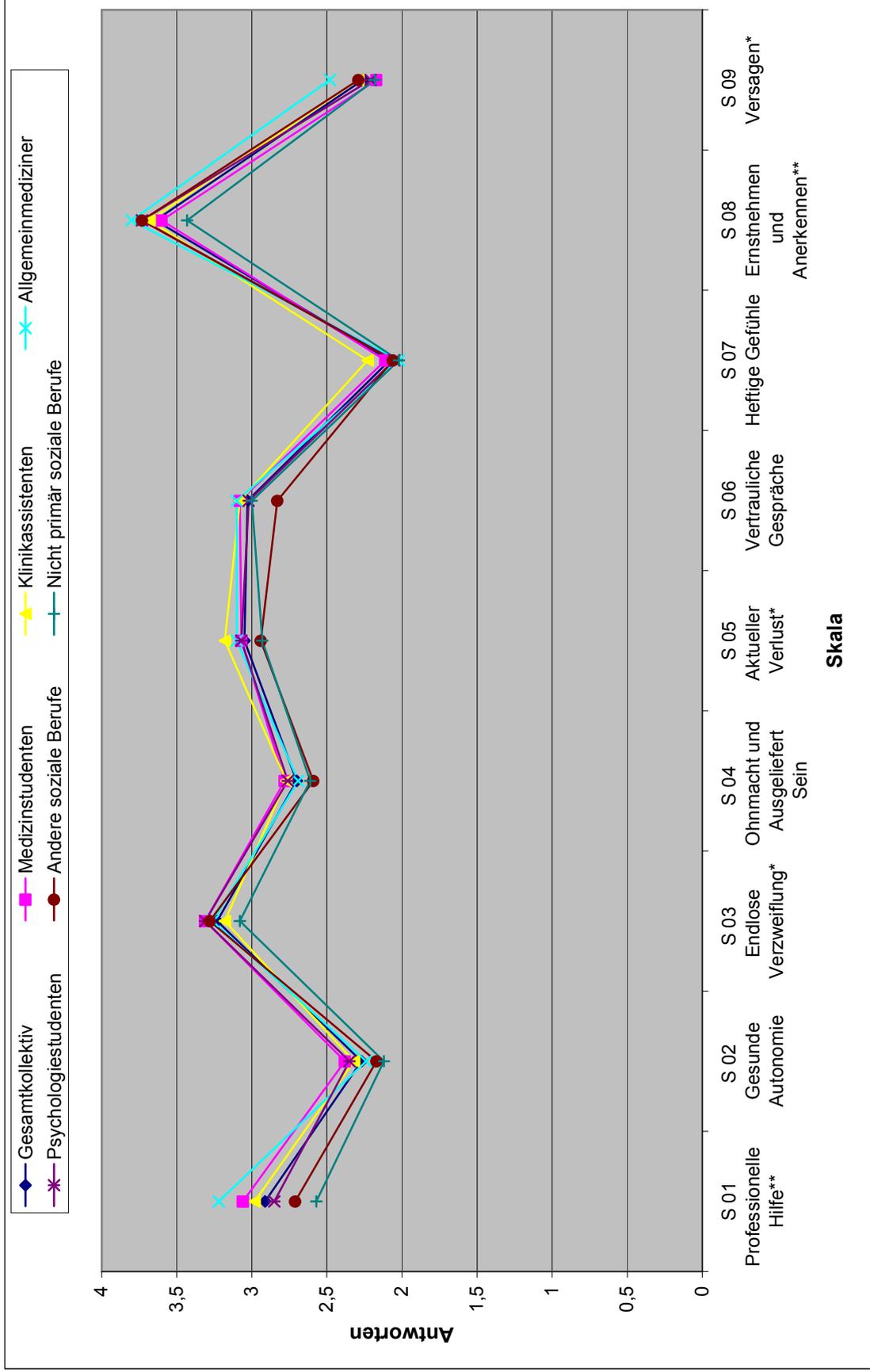
	Skala 01	Skala 02	Skala 03	Skala 04	Skala 05	Skala 06	Skala 07	Skala 08	Skala 09
H 16							0,665		
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Mitleid</i>								
H 18							0,639		0,345
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Wut</i>								
H 04							0,559		0,369
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Ärger</i>								
H 10							0,510		0,258
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Unbehagen</i>								
H 21				0,286			0,463		
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Verantwortung</i>								
K 06								0,774	
	<i>Zuhören ohne zu werten bedeutet Hilfe für Suizidale</i>								
K 02								0,716	
	<i>Ernstnehmen ohne Ausreden bedeutet Hilfe für Suizidale</i>								
K 07	0,262					0,281		0,626	
	<i>Gemeinsam Hilfsmöglichkeiten überlegen bedeutet Hilfe für Suizidale</i>								
H 13							0,260		0,651
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Vorwurf</i>								
H 08									0,587
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Schuld</i>								
H 11									0,556
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Scham</i>								
F 10				0,301	0,345				0,417
	<i>Kränkungen sind häufige Suizidanlässe/-gründe</i>								
H 17						0,302			0,311
	<i>Suizidalität und Suizid verbinde ich mit Abhängigkeit</i>								

A 7c: Faktorenladungen Skala S 07, S 08 und S 09

	Gesamtkollektiv		Medizinstudenten		Klinikassistenten		Allgemeinmediziner		Psychologie- studenten		Andere soziale Berufe		Nicht primär soziale Berufe		Most extreme (KS-Test)	Overall- Signifikanz Anova (F)	U-Test (Mann- Whitney)	t-Test																
	M	s	m	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s	m																				
Skala S 01	2,91	0,50	3,00	3,06	0,44	3,14	2,98	0,48	3,00	3,22	0,43	3,29	2,85	0,52	2,86	2,71	0,42	2,71	2,57	0,45	2,57	0,82												
Skala S 02	2,27	0,68	2,33	2,38	0,65	2,33	2,32	0,68	2,33	2,24	0,76	2,33	2,35	0,72	2,42	2,17	0,59	1,91	2,12	0,63	2,17	0,065	1,545									07/12; 0*/12		
Skala S 03	3,23	0,45	3,25	3,31	0,38	3,38	3,18	0,53	3,25	3,26	0,39	3,25	3,31	0,45	3,31	3,28	0,45	3,38	3,08	0,47	3,13	0,056												
Skala S 04	2,70	0,46	2,67	2,78	0,38	2,67	2,77	0,50	2,83	2,69	0,58	2,67	2,76	0,44	3,00	2,59	0,43	2,50	2,61	0,42	2,67	0,075												
Skala S 05	3,05	0,44	3,00	3,07	0,40	3,14	3,18	0,49	3,28	3,10	0,49	3,00	3,07	0,42	3,14	2,94	0,36	2,86	2,93	0,41	3,00	0,079												
Skala S 06	3,03	0,46	3,00	3,08	0,42	3,00	3,08	0,40	3,10	3,10	0,47	3,20	3,02	0,36	3,00	2,83	0,53	3,00	3,00	0,51	3,00	0,122												
Skala S 07	2,08	0,58	2,00	2,11	0,60	2,00	2,23	0,59	2,20	2,02	0,59	2,00	2,05	0,49	2,10	2,06	0,55	2,00	2,02	0,57	2,10	0,078												
Skala S 08	3,64	0,49	3,67	3,60	0,45	3,67	3,68	0,50	4,00	3,80	0,46	4,00	3,73	0,44	4,00	3,73	0,48	4,00	3,43	0,50	3,67	0,231												
Skala S 09	2,26	0,55	2,20	2,17	0,57	2,20	2,29	0,50	2,40	2,48	0,53	2,60	2,21	0,60	2,00	2,29	0,47	2,20	2,18	0,53	2,20	0,081												

**A 8: Ergebnisse der Skalen, tabellarisch
(alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;**

- M=Mittelwert,**
- s=Standardabweichung,**
- m=Median,**
- Fett: Hinweis auf NV,**
- *=signifikant auf dem 0,05-Niveau,**
- **=hochsignifikant auf dem 0,01-Niveau
(U-Test nach Bonferroni-Anpassung/t-Test),**
- Fett: U-Test trotz NV, da keine Varianzhomogenität)**



A 9: Ergebnisse der Skalen, graphisch
 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; */**=(hoch-) signifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung/t-Test))

F, equal variances assumed	Klinikassistenten	Allgemeinmediziner	Psychologiestudenten	Andere soziale Berufe	Nicht primär soziale Berufe
Medizinstudenten	0,141	4,930	1,197	0,014	0,012
Klinikassistenten		2,856	0,525	0,203	0,087
Allgemeinmediziner			0,549	4,559	5,005
Psychologiestudenten				0,1,390	1,183
Andere soziale Berufe					0,052

A 10: Ergebnisse des Levene-Tests für Skala S 02
(Fett: Signifikanz vom Levene-Test <0,05)

	Klinikassistenten	Allgemeinmediziner	Psychologiestudenten	Andere soziale Berufe	Nicht primär soziale Berufe
Medizinstudenten	keine	S 08* „Ernstnehmen und Anerkennen“ S 09* „Versagen“	keine	S 01** „Professionelle Hilfe“	S 01** „Professionelle Hilfe“ S 03* „Endlose Verzweiflung“
Klinikassistenten	-----	S 01* „Professionelle Hilfe“	keine	S 05* „Aktueller Verlust“	S 01** „Professionelle Hilfe“ S 05* „Aktueller Verlust“ S 08* „Ernstnehmen und Anerkennen“
Allgemeinmediziner	-----	-----	S 01** „Professionelle Hilfe“	S 01** „Professionelle Hilfe“	S 01** „Professionelle Hilfe“ S 08** „Ernstnehmen und Anerkennen“ S 09* „Versagen“
Psychologiestudenten	-----	-----	-----	keine	S 08* „Ernstnehmen und Anerkennen“
Andere soziale Berufe	-----	-----	-----	-----	S 08** „Ernstnehmen und Anerkennen“

A 11: (Hoch-) signifikante Gruppenunterschiede, Skalen
(*/**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung/t-Test))

	Medizinstudenten			Klinikassistenten			Allgemeinmediziner			Psychologiestudenten			Andere soziale Berufe			Nicht primär soziale Berufe			Gesamtkollektiv		
	N	rS	Res	N	rS	Res	N	rS	Res	N	rS	Res	N	rS	Res	N	rS	Res	N	rS	Chi ² (df=5)
C 01 Verkehrstote	81	14,8% (n=12)	-1,0	56	23,2% (n=13)	0,5	62	24,2% (n=15)	0,7	36	13,9% (n=5)	-0,8	34	20,6% (n=7)	0,1	72	22,2% (n=16)	0,4	341	19,9% (n=68)	3,481
C 02 Suizidfote	80	16,3% (n=13)	-0,2	56	23,2% (n=13)	1,1	62	19,4% (n=12)	0,4	36	27,8% (n=10)	1,5	34	20,6% (n=7)	0,5	71	4,2% (n=3)	-2,6	339	17,1% (n=58)	13,224*
C 03 Tote durch Gewalttaten	81	25,9% (n=21)	1,4	55	18,2% (n=10)	-0,1	60	16,7% (n=10)	-0,4	36	22,2% (n=8)	0,4	34	29,4% (n=10)	1,4	71	7,0% (n=5)	-2,3	337	19,0% (n=64)	11,999*
C 04 Aldstote	81	51,9% (n=42)	-0,1	55	52,7% (n=29)	0,0	59	45,8% (n=27)	-0,7	36	66,7% (n=24)	1,2	35	54,3% (n=19)	0,1	70	51,4% (n=36)	-0,1	336	52,7% (n=177)	4,060
C 05 Drogenfote	79	21,5% (n=17)	-1,5	54	35,2% (n=19)	0,6	59	18,6% (n=11)	-1,7	36	44,4% (n=16)	1,5	35	45,7% (n=16)	1,6	70	34,3% (n=24)	0,5	333	30,9% (n=103)	14,929*

A 12: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen

(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;

rS=richtige Schätzungen pro Gruppe,

Res=Residuals (positiver Wert: Anzahl richtiger Antworten über Gesamtdurchschnitt),

Chi²=Chi-Quadrat-Test nach Pearson (*/**/=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau),

df=Freiheitsgrade)

	Gesamtkollektiv		Medizinstudenten		Klinikassistenten		Allgemein- mediziner		Psychologie- studenten		Andere soziale Berufe		Nicht primär soziale Berufe	
	N	rA	N	rA	N	rA	N	rA	N	rA	N	rA	N	rA
D 01	346	72,6% (n=251)	81	65,4% (n=53)	57	84,2% (n=48)	62	82,3% (n=51)	36	69,4% (n=25)	36	61,1% (n=22)	74	70,3% (n=52)
D 02	343	85,4% (n=293)	80	83,8% (n=67)	57	91,2% (n=52)	62	90,4% (n=56)	35	88,6% (n=31)	36	77,8% (n=28)	73	80,8% (n=59)
D 03	347	55,1% (n=191)	81	55,6% (n=45)	57	56,1% (n=32)	62	71,0% (n=44)	36	44,4% (n=16)	36	55,6% (n=20)	75	45,3% (n=34)
D 04	346	53,2% (n=184)	81	65,4% (n=53)	57	77,2% (n=44)	62	72,6% (n=45)	36	44,4% (n=16)	36	30,5% (n=11)	74	20,3% (n=15)
D 05	342	38,3% (n=131)	80	30,1% (n=24)	57	33,4% (n=19)	60	41,6% (n=25)	35	51,5% (n=18)	36	44,5% (n=16)	74	39,2% (n=29)
D 06	346	97,7% (n=338)	81	100,0% (n=81)	56	96,4% (n=54)	62	98,3% (n=61)	36	97,2% (n=35)	36	94,4% (n=34)	75	97,3% (n=73)
D 07	346	90,4% (n=313)	81	98,8% (n=80)	57	91,3% (n=53)	62	87,1% (n=54)	35	94,3% (n=33)	36	91,7% (n=33)	75	81,3% (n=61)
D 08	342	83,3% (n=285)	80	85,5% (n=68)	56	89,3% (n=50)	61	72,2% (n=44)	36	91,7% (n=33)	34	79,4% (n=27)	75	84,0% (n=63)
D 09	345	64,3% (n=222)	81	53,0% (n=43)	56	59,0% (n=33)	62	69,4% (n=43)	36	75,0% (n=27)	36	61,2% (n=28)	74	73,0% (n=44)
D 10	341	54,3% (n=185)	80	56,3% (n=45)	57	61,4% (n=35)	62	24,2% (n=15)	34	61,7% (n=21)	35	62,9% (n=22)	73	64,4% (n=47)
D 12	346	55,8% (n=193)	81	66,7% (n=54)	56	78,5% (n=44)	62	74,2% (n=46)	36	33,4% (n=12)	36	33,3% (n=12)	75	33,3% (n=25)
D 13	345	93,9% (n=324)	81	98,8% (n=80)	56	94,6% (n=53)	62	96,8% (n=60)	36	88,9% (n=34)	36	88,8% (n=32)	74	90,5% (n=67)

A 14: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, richtige Antworten
(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
rA=Richtige Antworten pro Gruppe)

	Klinikassistenten	Allgemeinmediziner	Psychologiestudenten	Andere soziale Berufe	Nicht primär soziale Berufe
Medizinstudenten	keine	D 10** Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	keine	D 04* Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 06* Menschen mit Depressionen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12* Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 04** Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 13* Menschen mit früherem Suizidversuch erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid
Klinikassistenten	-----	D 10** Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 13* Menschen mit früherem Suizidversuch erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 01** Alkoholabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 02* Drogenabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 04** Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 08* Menschen mit Psychosen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 13** Menschen mit früherem Suizidversuch erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 01** Alkoholabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 02* Drogenabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 04** Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 08* Menschen mit Psychosen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 13** Menschen mit früherem Suizidversuch erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid
Allgemeinmediziner	-----	-----	D 03* Leicht kränkbare Menschen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 10** Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 01** Alkoholabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 04** Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 10** Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	D 01** Alkoholabhängige erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 03* Leicht kränkbare Menschen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 04** Ärztinnen/Ärzte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 10** Psychosomatisch Erkrankte erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid, D 12** Menschen älter als 60 erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid
Psychologiestudenten	-----	-----	-----	D 06* Menschen mit Depressionen erhöhtes Risiko für Tod durch Suizid	Keine
Andere soziale Berufe	-----	-----	-----	-----	Keine

A 15: (Hoch-)signifikante Gruppenunterschiede, angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid (*/**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))

	Medizinstudenten			Klinikassistenten			Allgemeinmediziner			Psychologie- studenten			Andere soziale Berufe			Nicht primär soziale Berufe			Gesamtkollektiv			
	N	rA	Res	N	rA	Res	N	rA	Res	N	rA	Res	N	rA	Res	N	rA	Res	N	rA	Res	Chi ² (df=5)
E 01	74	60,8% (n=45)	1,4	47	57,4% (n=27)	0,8	57	54,4% (n=31)	0,5	34	52,9% (n=18)	0,3	33	39,4% (n=13)	-0,8	71	31,0% (n=22)	-2,2	316	49,4% (n=156)	-2,2	16,763
E 02	77	75,3% (n=58)	0,8	47	83,0% (n=39)	1,3	56	55,4% (n=31)	-1,1	36	83,3% (n=30)	1,1	32	50,0% (n=16)	-1,2	68	58,8% (n=40)	-0,9	316	67,7% (n=214)	-0,9	22,032*
E 03	74	90,5% (n=67)	0,6	56	82,1% (n=46)	-0,1	57	75,4% (n=43)	-0,7	33	97,0% (n=32)	0,8	32	84,4% (n=27)	0,0	71	78,9% (n=56)	-0,5	323	83,9% (n=271)	-0,5	11,072
E 04	77	94,8% (n=73)	1,0	54	79,6% (n=43)	-0,4	56	85,7% (n=48)	0,1	36	88,9% (n=32)	0,3	29	82,8% (n=24)	-0,1	67	74,6% (n=50)	-0,9	319	84,6% (n=270)	-0,9	12,958*
E 05	81	37,0% (n=30)	-0,1	56	32,1% (n=18)	-0,7	62	37,1% (n=23)	-0,1	36	47,2% (n=17)	1,0	34	41,2% (n=14)	0,4	75	36,0% (n=27)	-0,2	344	37,5% (n=129)	-0,2	2,417
E 06	72	25,0% (n=18)	1,0	46	17,4% (n=8)	-0,4	41	19,5% (n=8)	0,0	35	31,4% (n=11)	1,5	27	22,2% (n=6)	0,3	72	9,7% (n=7)	-1,9	293	19,8% (n=58)	-1,9	9,083

A 16: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen
(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
rA=richtige Antworten pro Gruppe,
Res=Residuals (positiver Wert: Anzahl richtiger Antworten über Gesamtdurchschnitt),
Chi²=Chi-Quadrat-Test nach Pearson (**/=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau),
df=Freiheitsgrade)

	Medizinstudenten			Klinikassistenten			Allgemeinmediziner			Psychologiestudenten			Andere soziale Berufe			Nicht primär soziale Berufe			Gesamtkollektiv			
	N	pA	Res	N	pA	Res	N	pA	Res	N	pA	Res	N	pA	Res	N	pA	Res	N	pA	Res	Chi ² (df=5)
N 01	80	76,3% (n=61)	0,8	57	82,5% (n=47)	1,3	61	82,0% (n=50)	1,3	36	69,4% (n=25)	0,1	36	69,4% (n=25)	0,1	73	37,0% (n=27)	-3,3	343	68,5% (n=235)	-3,3	46,138**

A 17: Institutionen bekannt, an die sich Suizidale wenden können
(N=Anzahl valider Antworten; alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;
pA=positive Antworten pro Gruppe,
Res=Residuals (positiver Wert: Anzahl positiver Antworten über Gesamtdurchschnitt),
Chi²=Chi-Quadrat-Test nach Pearson (**/=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau),
df=Freiheitsgrade)

	Genannte Institutionen im Detail
Psychiatrische stationäre Institutionen	Psychiatrie, Psychiatrie Aufnahme, spezielle Psychiatrien in Hamburg und Umgebung
Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS)	Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS)
Telefonseelsorge	Telefonseelsorge
Kirche/kirchliche Institutionen	Kirche, Geistlicher, Seelsorge, Diakonie, kirchliche Einrichtungen, Caritas, Seelsorge Notdienst, Guttempler
Andere medizinische ambulante Institutionen	Hausarzt, Arzt, UKE Ambulanz, sozialmedizinische Einrichtungen, Neurologe
Andere medizinische stationäre Institutionen	Spezielle Krankenhäuser in Hamburg und Umgebung, Ausbildungsinstitute, UKE Psychosomatik
Psychiatrische ambulante Institutionen	Psychiatrie Ambulanz, Psychiater, Psychiater niedergelassen
Psychologische Einrichtungen	Psychotherapie/-therapeut, Psychologe, Therapeuten, Psychotherapeutische Klinik, Psychologe niedergelassen, Psychotherapeutisches Notfalltelefon
Notdienste	psychiatrischer Notdienst, 112, (spezielle) Krisenintervention (in Hamburg und Umgebung), Notfallambulanz, sozialpsychiatrischer Dienst, telefonischer Notdienst, Notruf bei Beratungsstellen, jugendpsychiatrischer Dienst, ärztlicher Notdienst, Notfallpraxen
Beratungsstellen	Beratungsstelle, psychologische Beratungsstelle für Studenten, spezielle Beratungsstelle in Hamburg und Umgebung
Selbsthilfegruppen	Selbsthilfegruppen, KISS
Andere soziale Institutionen	ProFamilia, Lebenshilfe, Weißer Ring, Frauenhaus, Sozialambulanz, M. Balint-Institut
Staatliche Einrichtungen	Polizei, Lehrer, Jugendamt, Bewährungshelfer, psychosozialer Dienst der Gesundheits- und Umweltämter, Feuerwehr, Sozialarbeiter
Andere Telefone	Suizidtelefon, Kinder- und Jugendtelefon, Telefonbuch
Familie/Freunde	Familie, gute Freunde
Internet	Internet

A 18: Genaue Wort-Antworten, Institutionen für Suizidale

	Gesamtkollektiv			Medizinstudenten			Klinikassistenten			Allgemeinmediziner			Psychologiestudenten			Andere soziale Berufe			Nicht primär soziale Berufe			Most extreme (KS-Test)	U-Test (Mann-Whitney)
	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m		
J 01	1,69	0,83	1	1,62	0,72	1	1,91	0,83	2	1,83	0,89	2	1,67	0,76	2	1,89	0,95	2	1,37	0,79	1	0,303	4/15*; 2/15**
J 02	2,95	0,96	3	3,10	0,70	3	3,11	0,79	3	3,00	0,88	3	3,33	0,89	4	3,28	0,94	4	2,27	1,12	2	0,244	5/15*; 4/15**
J 03	2,76	1,03	3	2,80	1,07	3	2,98	0,97	3	2,70	0,99	3	2,94	1,04	3	2,91	0,95	3	2,42	1,06	2	0,192	1/15*; 0/15**
J 04	1,66	0,86	1	1,54	0,79	1	1,44	0,71	1	1,79	1,01	1	1,49	0,82	1	1,92	0,81	2	1,82	0,91	2	0,332	1/15*; 0/15**
J 05	1,61	0,88	1	1,54	0,87	1	1,40	0,82	1	1,66	0,90	1	1,47	0,74	1	1,69	0,95	1	1,81	0,94	2	0,368	1/15*; 0/15**
J 06	2,06	0,95	2	1,99	0,97	2	1,96	0,87	2	2,32	1,02	2	1,94	0,95	2	2,03	1,00	2	2,07	0,92	2	0,217	n. s.
J 07	2,34	1,04	2	2,04	1,02	2	2,00	0,93	2	2,56	1,07	3	2,53	1,00	3	2,78	1,02	3	2,42	1,03	2	0,198	3/15*; 1/15**
J 08	2,20	0,93	2	2,36	0,94	3	1,96	0,94	2	1,95	1,01	2	2,00	0,78	2	2,23	0,94	2	2,51	0,89	3	0,206	2/15*; 1/15**
J 09	3,07	0,77	3	2,96	0,80	3	3,00	0,91	3	3,26	0,68	3	3,28	0,66	3	2,89	0,85	3	3,08	0,66	3	0,270	n. s.
J 10	2,15	0,90	2	2,05	0,95	2	2,35	0,88	2	2,39	0,88	2	1,97	0,79	2	2,17	0,88	2	1,97	0,91	2	0,243	n. s.
J 11	2,53	0,75	3	2,51	0,79	3	2,44	0,78	2	2,42	0,76	3	2,53	0,77	3	2,58	0,73	3	2,71	0,66	3	0,295	n. s.
J 12	2,05	0,86	2	2,05	0,76	2	1,81	0,79	2	1,87	0,82	2	1,86	0,76	2	2,00	0,93	2	2,49	0,90	2	0,225	4/15*; 2/15**
J 13	1,84	0,90	2	1,99	0,98	2	1,65	0,83	1	1,63	0,89	1	1,83	0,97	2	1,78	0,93	2	2,05	0,76	2	0,248	2/15*; 1/15**
J 14	1,96	1,01	2	1,99	1,07	2	2,00	0,93	2	2,35	0,99	2	1,77	1,03	1	1,83	1,03	1	1,73	0,93	1	0,271	1/15*; 1/15**
J 15	2,84	0,77	3	2,60	0,72	3	2,81	0,85	3	3,30	0,61	3	3,00	0,63	3	2,86	0,76	3	2,67	0,78	3	0,281	3/15*; 2/15**
J 16	2,14	0,89	2	1,94	0,88	2	1,93	0,88	2	2,26	0,79	2	2,14	0,87	2	2,40	0,91	2	2,30	0,92	2	0,219	n. s.
J 17	1,35	0,77	1	1,23	0,62	1	1,39	0,86	1	1,24	0,47	1	1,26	0,61	1	1,46	1,07	1	1,55	0,93	1	0,460	n. s.
J 18	2,32	0,93	2	2,10	0,91	2	2,00	0,78	2	2,47	0,92	2	2,31	0,92	2	2,31	0,83	2	2,70	0,97	3	0,224	2/15*; 2/15**
J 19	2,80	0,84	3	2,78	0,82	3	2,46	0,87	2	2,95	0,72	3	2,83	0,88	3	2,69	0,87	3	3,00	0,83	3	0,280	2/15*; 1/15**
J 20	2,95	0,83	3	2,99	0,84	3	3,31	0,85	3	2,98	0,82	3	3,11	0,83	3	2,67	0,82	3	2,81	0,78	3	0,264	n. s.
J 21	2,09	0,74	2	1,95	0,72	2	2,21	0,75	2	2,00	0,66	2	2,17	0,66	2	2,03	0,70	2	2,22	0,84	2	0,269	n. s.

A 19a: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, tabellarisch, J 01 bis J 21
(alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;

M=Mittelwert,
s=Standardabweichung,
m=Median,
*/**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))

	Gesamtkollektiv			Medizinstudenten			Klinikassistenten			Allgemeinmediziner			Psychologiestudenten			Andere soziale Berufe			Nicht primär soziale Berufe			Most extreme (KS-Test)	U-Test (Mann-Whitney)
	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m	M	s	m		
J 22	2,53	1,00	3	2,51	1,10	2	2,19	0,90	2	2,68	0,95	3	2,66	0,84	3	2,51	0,98	2	2,64	1,05	2	0,202	n. s.
J 23	2,15	0,88	2	2,14	0,86	2	2,14	0,83	2	2,13	0,90	2	2,26	0,78	2	2,39	1,02	2	2,03	0,90	2	0,250	n. s.
J 24	2,59	0,90	3	2,64	0,85	3	2,71	0,80	3	2,67	0,90	3	2,50	0,91	3	2,38	0,89	2	2,51	1,02	3	0,233	n. s.
J 25	2,98	0,86	3	3,21	0,77	3	2,91	0,89	3	2,97	0,85	3	2,89	0,79	3	3,09	0,85	3	2,79	0,96	3	0,258	n. s.
J 26	3,07	0,78	3	3,02	0,67	3	2,95	0,84	3	2,97	0,91	3	3,25	0,65	3	3,25	0,65	3	3,12	0,82	3	0,248	n. s.
J 27	2,22	0,78	2	2,19	0,69	2	1,91	0,63	2	2,21	0,84	2	2,31	0,71	2	2,34	0,94	2	2,42	0,82	2	0,278	1/15* 1/15**
J 28	2,40	0,96	2	2,64	0,92	3	2,28	0,90	2	2,07	0,95	2	2,38	0,95	2	2,54	1,04	3	2,42	0,97	2	0,207	1/15* 0/15**
J 29	2,10	0,79	2	2,12	0,83	2	1,86	0,67	2	2,08	0,87	2	2,14	0,72	2	2,14	0,90	2	2,25	0,75	2	0,262	1/15* 0/15**
J 30	2,79	1,06	3	2,76	1,14	3	3,09	0,94	3	2,97	0,90	3	2,86	1,05	3	2,63	1,11	3	2,47	1,09	3	0,248	1/15* 0/15**
J 31	1,82	0,70	2	1,77	0,73	2	1,79	0,56	2	1,82	0,64	2	1,78	0,72	2	1,80	0,58	2	1,95	0,85	2	0,269	n. s.
J 32	1,83	1,04	1	1,72	1,04	1	1,77	0,98	1	2,08	1,09	2	1,78	1,15	1	1,89	0,98	2	1,76	0,99	1	0,319	n. s.
J 33	2,67	1,06	3	2,73	1,06	3	2,46	1,13	3	2,77	0,94	3	2,61	1,18	3	2,75	1,08	3	2,67	1,03	3	0,210	n. s.
J 34	2,47	0,97	3	2,38	0,99	2	2,35	1,01	2	2,45	0,90	3	2,40	0,95	2	2,31	0,98	2	2,79	0,94	3	0,222	n. s.
J 35	3,02	0,94	3	2,84	0,99	3	2,79	0,92	3	3,31	0,71	3	3,14	0,94	3	2,97	1,14	3	3,13	0,89	3	0,226	1/15* 0/15**
J 36	2,52	1,12	3	2,43	1,15	2	2,39	1,10	2	2,82	1,03	3	2,53	1,21	3	2,58	1,25	3	2,45	1,04	2	0,173	n. s.
J 37	3,03	0,89	3	2,93	0,97	3	3,26	0,79	3	3,19	0,67	3	2,92	1,02	3	3,11	0,89	3	2,82	0,90	3	0,253	n. s.
J 38	1,43	0,72	1	1,41	0,69	1	1,26	0,55	1	1,52	0,72	1	1,25	0,60	1	1,31	0,67	1	1,66	0,87	1	0,406	n. s.
J 39	1,57	0,88	1	1,56	0,85	1	1,40	0,82	1	1,65	0,99	1	1,39	0,73	1	1,72	1,00	1	1,65	0,85	1	0,372	n. s.
J 40	2,00	0,98	2	2,23	0,97	2	1,72	0,84	2	1,60	0,93	1	2,14	0,97	2	2,09	0,85	2	2,18	1,06	2	0,240	4/15* 2/15**
J 41	2,80	0,87	3	2,60	0,80	3	2,93	0,91	3	3,18	0,81	3	2,86	0,83	3	2,67	0,86	3	2,62	0,86	3	0,243	2/15* 2/15**

A 19b: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, tabellarisch, J 22 bis J 41

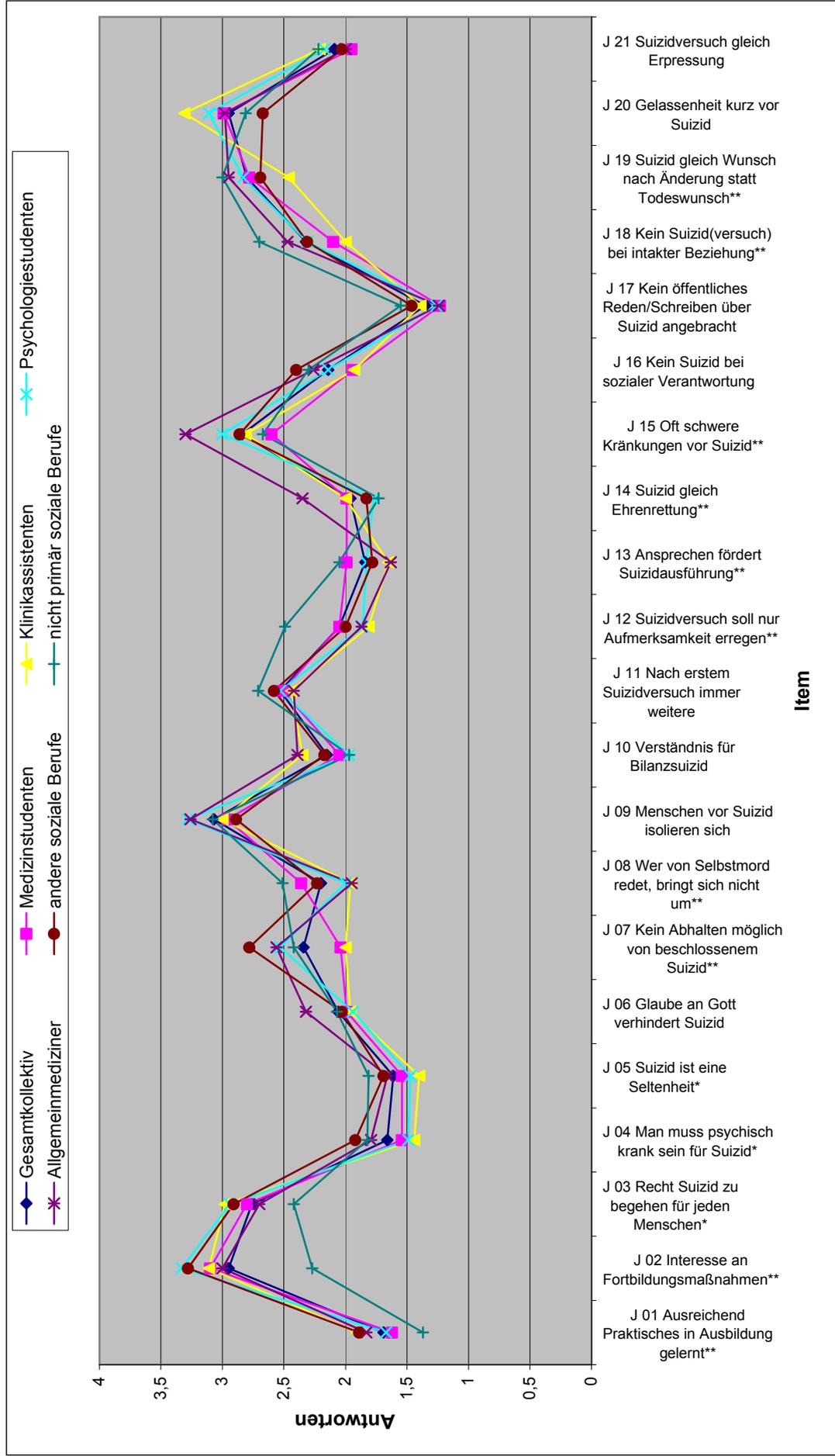
(alle Werte beziehen sich auf valide Antworten;

M=Mittelwert,

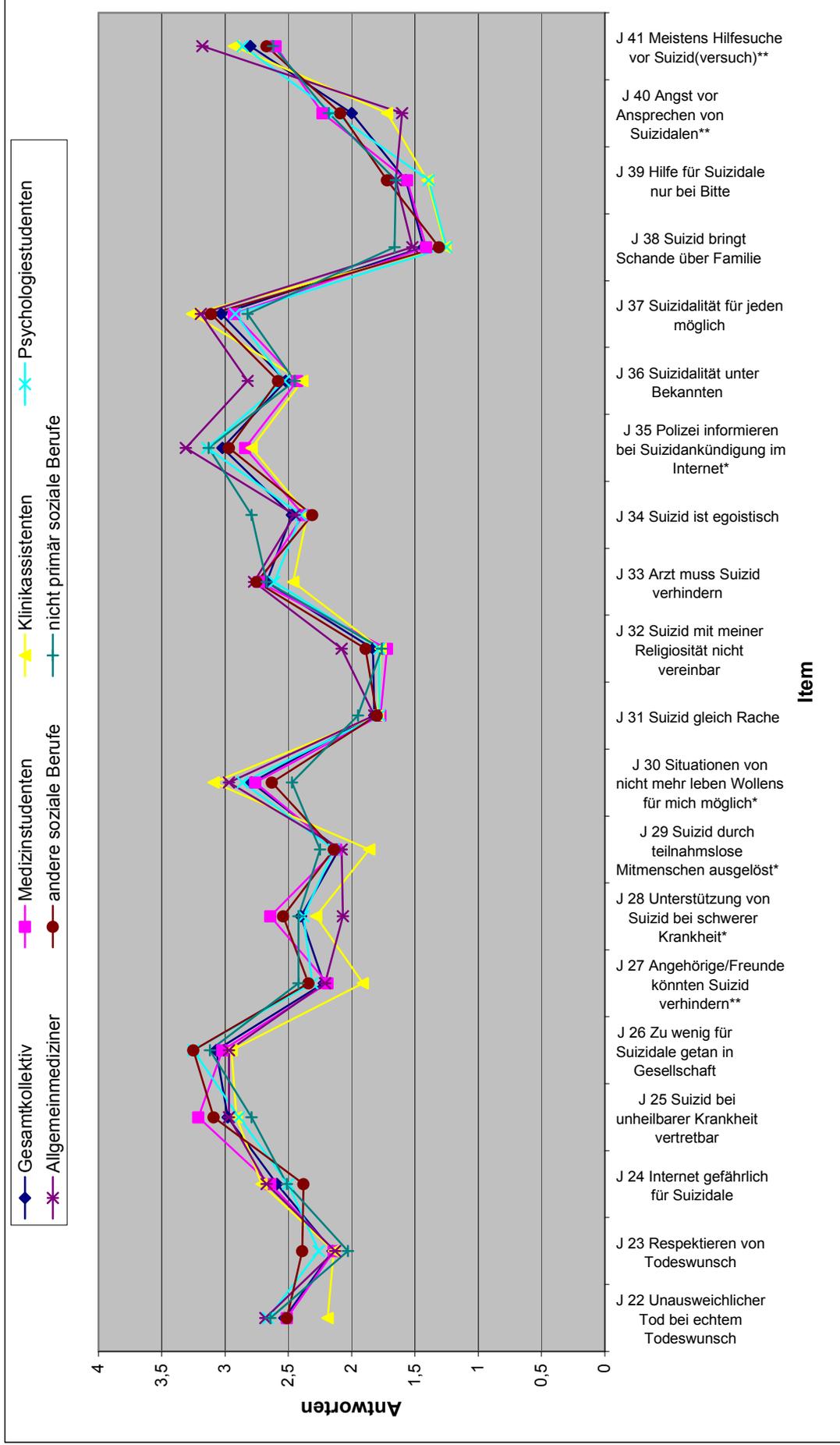
s=Standardabweichung,

m=Median,

*/**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))



A 20a: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, graphisch, J 01 bis J 21 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; */**=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))



A 20b: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, graphisch, J 22 bis J 41 (alle Werte beziehen sich auf valide Antworten; */***=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))

	Klinikassistenten	Allgemeinmediziner	Psychologie- studenten	Andere soziale Berufe	Nicht primär soziale Berufe
Medizinstudenten	J 40* Angst vor Ansprechen von Suizidalen	J 07* Kein Abhalten möglich von beschlossener Suizid, J 15** Oft schwere Kränkungen vor Suizid, J 28* Unterstützung von Suizid bei schwerer Krankheit, J 40** Angst vor Ansprechen von Suizidalen, J 41** Meistens Hilfesuche vor Suizid(versuch)	keine	J 07* Kein Abhalten möglich von beschlossener Suizid	J 01* Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt, J 02** Interesse an Fortbildungsmaßnahmen, J 12* Suizidversuch soll nur Aufmerksamkeit erregen, J 18** Kein Suizid(versuch) bei intakter Beziehung
Klinikassistenten		J 15* Oft schwere Kränkungen vor Suizid, J 19* Suizid gleich Wunsch nach Änderung statt Todeswunsch, J 35* Polizei informieren bei Suizidankündigung im Internet	keine	J 04* Man muss psychisch krank ein für Suizid, J 07** Kein Abhalten möglich von beschlossener Suizid	J 01** Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt, J 02** Interesse an Fortbildungsmaßnahmen, J 03* Recht Suizid zu begehen für jeden Menschen, J 05* Suizid ist eine Seitenhit, J 08* Wer von Selbstmord redet, bringt sich nicht um, J 12** Suizidversuch soll nur Aufmerksamkeit erregen, J 13* Ansprechen fördert Suizid ausführung, J 18** Kein Suizid(versuch) bei intakter Beziehung, J 19** Suizid gleich Wunsch nach Änderung statt Todeswunsch, J 27** Angehörige/Freunde könnten Suizid verhindern, J 29* Suizid durch teilnahmslose Mitmenschen ausgelöst, J 30* Situationen von nicht mehr leben Wollens für mich möglich
Allgemeinmediziner			keine	J 40* Angst vor Ansprechen von Suizidalen	J 01** Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt, J 02** Interesse an Fortbildungsmaßnahmen, J 08** Wer von Selbstmord redet, bringt sich nicht um, J 12** Suizidversuch soll nur Aufmerksamkeit erregen, J 13** Ansprechen fördert Suizid ausführung, J 14** Suizid gleich Ehrenrettung, J 15** Oft schwere Kränkungen vor Suizid, J 40** Angst vor Ansprechen von Suizidalen, J 41** Meistens Hilfesuche vor Suizid(versuch)
Psychologiestudenten				keine	J 02** Interesse an Fortbildungsmaßnahmen, J 12* Suizidversuch soll nur Aufmerksamkeit erregen
Andere soziale Berufe					J 01* Ausreichend Praktisches in Ausbildung gelernt, J 02* Interesse an Fortbildungsmaßnahmen

A 21: (Hoch)signifikante Gruppenunterschiede, Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität
 (*/***=signifikant/hochsignifikant auf dem 0,05-/0,01-Niveau (U-Test nach Bonferroni-Anpassung))

Fragebogen	Autor (en)	Jahr	Items in Faktorenlösung	Probanden	Test-Retest-Reliabilität (der Skalen)	Faktorenzahl	Gesamtvarianz	Innere Konsistenzen der Skalen	Skalentypen
SOQ	Domino et al.	1980	K. A.	Studenten (USA)	K. A.	9 Gebiete (rational analysis)	K. A.	K. A.	Likert (5)
SOQ	Domino et al.	1982	66	Psychologiestudenten, medizinisches Personal, Allgemeinbevölkerung (USA)	>0,68 (out-off der Items)	15	76,7%	K. A.	Likert (5)
SOQ	Domino, Swain	1986	?	Soziale Berufe (klinisch involviert) (USA)	-	15	53,1%	K. A.	Likert (5)
SOQ	Domino et al.	1988-1989	64	Studenten (Neuseeland, USA)	0,75-0,86 (während der Testkonstruktion)	8	K. A.	„Applied“ (während der Skalenauswahl) (Rogers, DeShon 1992: 0,26-0,83; 7/8<0,70, 6/8<0,60)	Likert (5)
SOQ	Rogers, DeShon	1992	52	Psychologiestudenten (USA)	K. A.	5	72%	0,597 – 0,887 (4/5>0,70)	Likert (5)
SOQ	Rogers, DeShon	1995	55 (52+3)	Psychologiestudenten (USA)	0,34/0,51-0,92 (3/5>0,70)	5	77%	0,48/0,56-0,85 (1/5>0,70)	Likert (5)
SOQ	Domino	1996	64 ?	Stichproben aus 8 Ländern (Studenten, Allgemeinbevölkerung)	0,72-0,96	8	K. A.	„not appropriate“	Likert (5)
SUIATT	Diekstra, Kerkhof	1989	63 ?	Niederländische Allgemeinbevölkerung	Zufrieden stellend	6	65%	Zwischenergebnisse: 0,78-0,83 (für verschiedene Aktoren), Gesamt: 0,91, sonst: zufrieden stellend	Likert (5)
SEDAS	Jenner, Niesing	2000	15 Adjektivpaare	Freiwillige bei Telefon-Hotline, Krankenschwestern der Psychiatrie für Test – Retest (NL)	0,63-0,87 (1/6 0,63, sonst alle >0,74) (2 Skalen mit je 7 „sets“)	2	47,3% (SCA-P) 48,5% (PCA)	alle >0,73 (2 Skalen mit je 7 „sets“)	Semantisch (7)
ATTS	Renberg, Jacobsson	2003 (1986)	20	Nordschwedische Allgemeinbevölkerung	K. A.	8	63%	Gesamt: 0,51, Skalen: 0,34-0,66 (5/8<0,6, 0/8>0,7)	Likert (5)
ATTS	Renberg, Jacobsson	2003 (1996)	34	Nordschwedische Allgemeinbevölkerung	K. A.	10	60%	Gesamt: 0,60 Skalen: 0,38-0,86 (6/10<0,6, 2/10>0,7)	Likert (5)
K. A.	Hammond, Deluty	1992	6	Psychologen, Psychiater, Onkologen (USA)	K. A.	1	K. A.	K. A.	Likert, semantisch
K. A.	Stein et al.	1998	27	Israelische Jugendliche	K. A.	4	32,1%	Items „reliably“ den 4 Faktoren zugeordnet	Likert (6), ja/nein
ASP	Herron et al.	2001	14	Psychiater (in Ausbildung) (GB)	0,85 (gesamt)	14 Items	K. A.	0,77 (gesamt)	Likert (5)
K. A.	Wallin, Runeson	2003	13	Medizinstudenten (Schweden)	K. A.	5	57,5%	K. A.	Likert?
FKHS	Richter	2010	52	Deutsche Medizinstudenten, Klinikassistenten, Allgemeinmediziner, Psychologiestudenten, andere soziale Berufe, Allgemeinbevölkerung	-	9	47,4%	0,602-0,799	Likert (4)

A 22: Psychometrische Daten anderer Fragebögen im Vergleich

(ASP: Attitudes to Suicide Prevention (ASP) scale, ATTS: Attitudes Toward Suicide, SOQ: Suicide Opinion Questionnaire, SUIATT: Suicide Attitude Questionnaire, SEDAS: Semantic Differential Scale Attitudes towards Suicidal Behaviour, FKHS: Fragebogen über Kenntnisse und Haltungen zum Suizid und zur Suizidalität; SCA-P: Simultaneous Component Analysis, PCA: Principal Component Analysis;

K. A.=keine Angaben)

Anhangsverzeichnis

A 1: Suizidrate (= Anteil der Suizide auf 100.000 Einwohner)in Deutschland 2002	II
A 2: Fragebogen „Umgang mit Suizidalität“	III
A 3: Fragebogen „SEDAS – Semantic differential scale on attitudes towards suicidal behaviour and ideation“	VII
A 4: Fragebogen "ATTS – Attitudes towards suicide"	X
A 5: „Fragebogen über Kenntnisse und Haltungen zum Suizid und zur Suizidalität“ (FKHS)	XX
A 6: Zusatzfragebogen für Allgemeinmediziner des FKHS	XXIV
A 7a: Faktorenladungen Skala S 01, S 02 und S 03	XXV
A 7b: Faktorenladungen Skala S 04, S 05 und S 06	XXVI
A 7c: Faktorenladungen Skala S 07, S 08 und S 09	XXVII
A 8: Ergebnisse der Skalen, tabellarisch	XXVIII
A 9: Ergebnisse der Skalen, graphisch	XXIX
A 10: Ergebnisse des Levene-Tests für Skala S 02	XXX
A 11: (Hoch-) signifikante Gruppenunterschiede, Skalen	XXX
A 12: Geschätzte Tote pro Jahr in Deutschland durch verschiedene Todesursachen	XXXI
A 13: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, Statistik	XXXII
A 14: Angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid, richtige Antworten	XXXIII
A 15: (Hoch-)signifikante Gruppenunterschiede, angenommene Risikogruppen für einen Tod durch Suizid	XXXIV
A 16: Angenommene Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen	XXXV
A 17: Institutionen bekannt, an die sich Suizidale wenden können	XXXV
A 18: Genaue Wort-Antworten, Institutionen für Suizidale	XXXVI
A 19a: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, tabellarisch, J 01 bis J 21	XXXVII
A 19b: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, tabellarisch, J 22 bis J 41	XXXVIII
A 20a: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, graphisch, J 01 bis J 21	XXXIX
A 20b: Ergebnisse der Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität, graphisch, J 22 bis J 41	XL
A 21: (Hoch)signifikante Gruppenunterschiede, Fragen zu Wissen und Einstellung zu Suizid und Suizidalität	XLI
A 22: Psychometrische Daten anderer Fragebögen im Vergleich	XLII

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: