

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit

Poliklinik

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. A. J. Fallgatter

**Die Suizide während des stationären Aufenthaltes an
der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen
von 1992 bis 2010**

**Inaugural Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Verena Drechsler
aus Lauingen**

2014

Dekan:

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter:

Professor Dr. K. Foerster

2. Berichterstatter:

Professor Dr. F. Wehner

Meiner Großmutter Ingeborg Drechsler gewidmet.

1. EINLEITUNG	7
2. METHODEN	11
3. ERGEBNISSE	15
3.1 Die Suizide von 1992 bis 2010 und die Frage einer Zu- bzw. Abnahme der Suizidrate an der UKPP Tübingen	15
3.2 Sozialdaten	20
3.2.1 Geschlechterverteilung	20
3.2.2 Altersverteilung	21
3.2.3 Familienstand	23
3.2.4 Kinder	25
3.2.5 Wohnort und private Wohnsituation	27
3.2.6 Schichtzugehörigkeit	29
3.2.7 Social Drift	32
3.2.8 Soziale Kontakte	33
3.2.9 Schulbildung	34
3.2.10 Berufsausbildung	36
3.2.11 Perspektive	38
3.2.12 Broken Home	39
3.2.13 Glaube	41
3.3. Krankheitsbezogene Daten	43
3.3.1 Körperliche Erkrankungen	43
3.3.2 Psychiatrische Familienanamnese	45
3.3.3 Substanzmissbrauch	47
3.3.4 Psychiatrische Diagnose	49
3.3.5 Krankheitsdauer seit Diagnosestellung	53
3.3.6 Aggressivität	56
3.3.7 Medikamentöse Therapie	57
3.4 Daten zu Therapie und Klinikaufenthalt	60
3.4.1 Einweisungsanlass	60
3.4.2 Einweisungsmodus	62
3.4.3 Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen	63
3.4.4 Dauer des letzten Klinikaufenthaltes	65
3.4.5 Stationsunterbringung bei Aufnahme	66
3.4.6 Stationswechsel	67
3.4.7 Bezugspersonenwechsel beim betreuenden Personal	68
3.4.8 Familiäre Bezugspersonen	69
3.5 Daten zu Suizidalität und Suizid	70
3.5.1 Suizidversuche	70
3.5.2 Modus der Suizidversuche	73
3.5.3 Methoden der Suizidversuche	73
3.5.4 Suizidalität zu Beginn des letzten Stationsaufenthaltes	74
3.5.5 Erkennbare Suizidalität kurz vor dem Suizid	74
3.5.6 Ankündigung des Suizids	76
3.5.7 Suizid im Zusammenhang mit familiären Problemen	76
3.5.8 Suizid im Zusammenhang mit Entlassungsdruck	77
3.5.9 Anderes, dem Suizid naheliegendes Ereignis	78
3.5.10 Methode der Suizide	79

3.5.11 Modus der Suizide	80
3.5.12 Uhrzeit der Suizide	82
3.5.13 Wochentag der Suizide	83
3.5.14 Jahreszeit der Suizide	85
4. DISKUSSION	87
5. ZUSAMMENFASSUNG	121
5.1 Suizidrate	121
5.2 Sozialdaten	121
5.3 Krankheitsbezogene Daten	124
5.4 Therapie und Klinikaufenthalt	126
5.5 Suizidalität und Suizid	127
5.6 Abschlussdiskussion	129
6. KASUISTIK	132
7. LITERATURVERZEICHNIS	153

1. Einleitung

**„Was, wenn die Reise gelinde Schmerzen weckt,
Des schwachen Fleisches Furcht die bittre Woge regt ?
Ist gut nicht kurzer Schmerz, der lange Ruhe bringt,
Ins stille Grab die Seele schlafen legt ?
Nach Mühsal Schlaf, nach Sturm der Hafen blinkt,
Nach Kriegen Ruh, nach Leben Tod uns winkt.“**

Spenser, The Faerie Queene

Wenn das Leben untragbar geworden ist und, wie im Zitat, Mühsal, Sturm und Kriege die Tage regieren, wächst die Sehnsucht nach jenem erlösenden, kurzen Schmerz, der Körper und Seele die lang ersehnte Ruhe und den im Leben nicht mehr gefundenen Frieden geben kann. Dann, wenn das Wort Tod in einem Atemzug mit Schlaf, Hafen und Ruhe genannt werden muss, scheint der Suizid als Ausweg verständlich.

Eine allgemeingültige Definition von Suizidalität lässt sich wohl kaum finden. Ein Versuch aus psychotherapeutischer Sicht stammt von Lindner: „Suizidalität ... lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt über sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven sind und ihre Situation als ausweglos erleben.“^{1,2}

Im Grunde ist Suizidalität ein inneres Erleben, Denken und Verhalten, das zunächst einmal allen Menschen möglich ist, und doch stellt sich die Frage, was es denn nun genau ist, das den Menschen nahe an Todesgedanken und den Wunsch zu sterben bringt. Eine psychische Erkrankung ist dabei ein deutlicher Risikofaktor. Bei 70 bis 100% der durch Suizid verstorbenen Menschen liegt laut sogenannten psychologischen Autopsien eine psychische Störung vor.¹

Die erschreckende Diagnose einer psychischen Erkrankung, der oft jahrelange Leidensdruck immer wiederkehrender, schwerer Krankheitsschübe und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Leben in all seinen Bereichen, lässt in manchen

Fällen auch Patienten in psychiatrischen Einrichtungen diese folgenschwere Entscheidung als letzten Ausweg betrachten. Als Kliniksuiid oder Patientensuiid bezeichnet man das Versterben eines Patienten infolge einer suizidalen Handlung während einer stationären oder teilstationären Therapie. Dazu zählen auch die im Rahmen der Behandlung abgesprochenen Ausgangsregelungen (normaler Ausgang, Wochenendbeurlaubung, Probeentlassung) oder das Entweichen aus der Klinik. Entscheidend ist also nicht der Ort des Suizids sondern der Status -in Therapie-.^{3,4}

Während der stationären, psychiatrischen Behandlung ist der Suizid objektiv ein zwar selten erlebtes, statistisch gesehen aber doch nicht zu verachtendes Ereignis. Der Literatur nach liegt die Suizidhäufigkeit von Patienten in stationärer, psychiatrischer Behandlung um ein Vielfaches höher als die der Allgemeinbevölkerung.⁵⁻¹⁰ Genaue Vergleichszahlen fehlen gerade in der neueren Literatur, Schätzungen zufolge liegt der Anteil des Patientensuizids an allen Suiziden in Deutschland bei 5 – 8%.^{4,11,12}

In jedem Fall ist es aber ein für alle Betroffenen schwerwiegendes Ereignis. Die Endgültigkeit der Entscheidung, mit der der Patient seine Angehörigen und sein betreuendes Team vor vollendete Tatsachen stellt, erschüttert, macht sprachlos und hinterlässt immer wieder die Frage nach dem Warum.¹³ Die Erfahrung von Machtlosigkeit und erreichten Grenzen in der medizinischen Behandlung sind plötzlich sehr offensichtlich. In der Regel wurde der Patient doch in den schützenden Rahmen der Klinik aufgenommen, um Leidensdruck zu lindern und eine adäquate Behandlung zu bieten, die ein bestmögliches Zurückfinden in ein glückliches Leben ermöglichen soll.¹⁴

Dass jener erhoffte Zustand der Besserung nicht oder nur augenscheinlich eintritt und der Patient den Suizid als Ausweg wählt, führt früher oder später sowohl von Seiten der Angehörigen des Patienten als auch vom verantwortlichen Ärzte- und Pfllegeteam her zu der erdrückenden Frage, ob in wichtigen Behandlungsmomenten etwas übersehen wurde, das am Ende dann den Suizid hätte verhindern können.

Der Schock, die Traurigkeit und Fassungslosigkeit der Familie, die Suche nach den Gründen führt nicht zuletzt zu anklagendem Verhalten gegenüber der Klinik.^{13,14} Die belastende Frage nach schuldhaftem Handeln kommt auf, was die einzelnen Betroffenen des betreuenden Teams schwer trifft, große Anforderungen an die persönliche

Belastbarkeit stellt und letztlich die Arbeitsfähigkeit, zumindest vorübergehend, stark beeinträchtigt.^{15,16}

Es ist also nur berechtigt, dass es ein Anliegen ist, durch Forschung den Suizid als solchen, besonders aber im Kontext einer stationären Behandlung, besser verständlich und durchsichtiger zu machen, um eine bestmögliche Suizidprävention in den therapeutischen Einrichtungen zu gewährleisten. Dazu ist eine sachliche, zahlenmäßig belegbare Auseinandersetzung mit einem höchst emotional behafteten Thema notwendig. Die Datenlage zu systematischen Auseinandersetzungen mit dem Patientensuizid an psychiatrischen Krankenhäusern ist heute besser als früher, es finden sich seit 30 bis 40 Jahren einige deutsche, amerikanische, australische und englische Forschungsgruppen, die sich dem Suizid während psychiatrisch - stationärer Behandlung widmen.¹¹ Dennoch wird noch oft genug die dürftige Datenlage beklagt.⁴⁻⁶

Die Suizidforschung als solche bedarf ein Beachten aller medizinisch-psychozialen, theologischen und philosophischen Fächer.¹ Ende der Siebziger Jahre begann besonders im deutschsprachigen Raum eine intensive, systematische Forschung zu Suiziden im stationären psychiatrischen Bereich. Die Veränderungen der Psychiatrie, zu denen man die Veränderungen in der Pharmakotherapie, die Liberalisierung, kürzere Liege- bzw. Behandlungszeiten und den damit entstehenden Frühentlassungsdruck zählen muss, sowie die steigenden Suizidzahlen gaben allen Anlass dazu.¹⁷ Die hauptsächlichen Fragestellungen waren und sind zum einen der Verlauf der Suizidrate, die Frage nach einer Zunahme des Kliniksuizids und zum anderen die Untersuchung der Hauptrisikogruppen.¹⁷

Auch an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (UKPP) war die Frage nach steigenden Suizidraten der Anstoß für tiefere Forschung. Unsere Untersuchungsreihe beginnt mit Grandel, der sich mit den Suiziden im Rahmen des stationären Aufenthaltes in Tübingen der Jahre 1965 bis 1974 beschäftigte.¹⁸ Gill und Kliebhahn setzten die Forschungsreihe fort und widmeten sich den Daten zu den Kliniksuiziden der Jahre 1975 – 1982 und 1983 – 1991.^{19,20}

Die hier vorliegende, klinisch erarbeitete Untersuchung knüpft an diese Studienreihe an und stellt eine systematische Auseinandersetzung mit den stationären Suiziden in der UKPP Tübingen von 1992 bis 2010 dar. Insgesamt ergibt sich so ein Untersuchungszeitraum von 45 Jahren. Nach unserem Wissen ist diese Arbeit die erste, die sich über einen Zeitraum dieser Länge hinweg mit diesem Studiendesign (drei Kontrollpatienten pro Suizidpatient, gepaart nach Geschlecht, Alter, Diagnose und Zeitpunkt/Ort der Stationierung) eingehend mit den Suiziden eines Universitätsklinikums beschäftigte.

Der Verlauf der Suizidrate an der Uniklinik im untersuchten Zeitraum von 1965 bis 2010 einerseits und signifikante Unterschiede und Risikofaktoren in Vorgeschichte, Krankheitsverlauf und Klinikaufenthalt der Suizidenten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe andererseits, waren unsere wesentlichen Fragestellungen.

Die Bemühungen, sich dem Suizid, seinen Risikofaktoren und der bestmöglichen Prävention im Sinne von eingehender Forschung und Schulung der betreuenden Teams in psychiatrischen Anstalten, so weit wie überhaupt möglich zu nähern, dürfen zum Schutz der Patienten auch weiterhin nicht innehalten.^{5,10,21}

2. Methoden

Seit 1974 wird in der UKPP Tübingen von der Pflegedienstleitung eine Suizidkartei geführt, in der sämtliche Suizide registriert werden, die sich während des stationären bzw. tagesklinischen Krankenhausaufenthaltes oder unmittelbar nach der Entlassung und somit noch im Zusammenhang mit dem Stationsaufenthalt stehend, ereignet haben.

Vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 2010 ereigneten sich in der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie 41 Suizide. Alle Suizide, bis auf eine Ausnahme, ereigneten sich im Zeitraum der stationären Behandlung, zu der auch tägliche Aufenthalte in tagesklinischen Einrichtungen gezählt wurden. Eine Patientin suizidierte sich am Nachmittag des Entlasstages.

Die 6 Suizide, die sich im Zeitraum der Datenerhebung zu dieser Arbeit 2009/2010 ereigneten, erscheinen ausschließlich in der zahlenmäßigen Übersicht zur Entwicklung der Suizidrate. Da die polizeiliche und gerichtliche Arbeit auch das Einbehalten der Krankenakten beinhaltet, waren diese nicht für weitere Auswertungen zugänglich und die Suizidfälle mussten von den eingehenden Untersuchungen zu Vorgeschichte und Stationsaufenthalt ausgeschlossen werden.

Zur tiefer gehenden Untersuchung von Sozial-, Krankheits-, Therapie- und Suiziddaten zogen wir also die 35 Suizidfälle von 1992 bis 2008 heran.

Vier weitere Patienten waren zwar in der Suizidkartei verzeichnet, aber durch unvollständige Buchführung nicht genau identifizierbar oder durch Einbehalten der Akten durch Polizei und Gericht, nicht zur Auswertung zugänglich. Auch diese vier Patienten erscheinen lediglich in der Suizidstatistik.

Somit sind die 41 Suizide vollständig verfolgbar von 1992 bis 2010, zur weiterführenden, ausführlichen Auswertung konnten 31 Fälle herangezogen werden.

An die vorangehenden Arbeiten anknüpfend, interessierte uns nun also zunächst die Frage nach der weiteren Entwicklung der Suizidrate an der UKPP Tübingen (von 1992 bis 2010); weitergehend dann aber auch die eingehende Betrachtung des Suizide und die Unterschiede und damit Risikofaktoren zwischen den Suizidenten und solchen

Patienten, die unter möglichst gleichen Voraussetzungen keinen Suizid begingen (von 1992 bis 2008).

Für diese Forschung wurden, im Unterschied zu den Arbeiten von Gill¹⁹ und Kliebahn²⁰, jedem der 31 verfolgbaren Suizidpatienten nicht nur ein, sondern jeweils drei Kontrollpatienten zugeordnet, um die statistische Aussagekräftigkeit zu gewährleisten und zu steigern.

Da in zwei Suizidfällen nur jeweils zwei passende Kontrollpatienten ermittelt werden konnten, wurden in dieser Arbeit 91 Kontrollpatienten untersucht.

Aus den Stationsbüchern der einzelnen Jahre wurden für jeden Suizidpatienten drei Kontrollpatienten gesucht, die in

Geschlecht,

Altersklasse,

Diagnose (möglichst auch Nebendiagnosen),

Behandlungsjahr und

Stationsunterbringung

übereinstimmten. Bei mehreren zur Auswahl stehenden Kontrollpatienten wurde per Los und damit Zufallsprinzip ausgewählt.

Somit sollte gewährleistet sein, dass die Kontrollpatienten nicht nur in Alter, Geschlecht und Diagnose übereinstimmten, sondern auch die äußeren Umstände, durch die exakte Abstimmung der Station und des Behandlungszeitraumes, dieselben waren.

Die Einteilung der Diagnosengruppen erfolgte nach ICD10 und für das Jahr 1992 nach ICD9.

Für die klinische Erfassung der wesentlichen Fragestellungen wurde ein Datenerhebungsbogen erarbeitet.

Dieser Erhebungsbogen umfasst folgende Untersuchungspunkte:

1. Patientendaten und Kasuistik
2. Sozialdaten

Geschlecht, Alter, Familienstand, Suizid im Zusammenhang mit familiären Problemen oder anderen entscheidenden Ereignissen, Kinderzahl, Wohnsituation, Soziale Schicht, Kontakte und Engagement, social drift, Schulabschluss, Berufsausbildung, Berufsstand, Zukunft/Perspektive, Broken Home Situation, Konfession

3. Krankheitsbezogene Daten

Körperliche Erkrankungen, psych. Familienanamnese, Drogenkonsum, Diagnose, Krankheitsdauer, Einweisungsanlass, Einweisungsmodus, vorangehende Stationierungsdauer, Aufenthaltsdauer bei letzter Einweisung, Aggressivität, Medikamentöse Therapie

4. Daten zu Therapie und Umfeld

Stationsunterbringung, Stationswechsel, Bezugspersonenwechsel, familiäre Bezugspersonen, Entlassungsdruck

5. Daten zum Suizid

Suizidversuche, Modus der Suizidversuche, Charakter der Suizidversuche, Methoden der Suizidversuche, Ankündigung des Suizids, Suizidalität/Verhalten zu Beginn des Aufenthalts und kurz vor Suizid, Ort, Methode, Zeit, Tag, Monat des Suizids

Für die Suizid- und die Kontrollpatienten wurde derselbe Datenerhebungsbogen verwendet, allerdings für die Kontrollgruppe ohne die Fragestellungen, die nur Bezug zum vollzogenen Suizid hatten.

Anhand von Namen und Geburtsdaten der Suizid- und Kontrollpatienten konnten die Akten aus dem Archiv ermittelt und durch die Erhebungsbögen die Krankengeschichten in möglichst präziser und sorgfältiger Studie der klinischen Aufzeichnungen erarbeitet werden. Kontrollpatienten, die sich aktuell erneut in stationärer Behandlung befanden, konnten persönlich getroffen und klinisch untersucht werden.

Die Einarbeitung und anschließende Auswertung der Datensätze samt der Erstellung der Diagramme erfolgte mit dem statistischen Programm SPSS und die Niederschrift der Arbeit mit Microsoft Word und EndNote.

Es findet sich im dritten Abschnitt dieser Arbeit zunächst zu jeder Fragestellung eine beschreibende, statistische Auswertung der Ergebnisse. Bei einigen Ergebnissen wird die statistische Aussagekraft durch Signifikanztests (Chi-Quadrat-Test) überprüft und hervorgehoben. Gleichzeitig wird auf die Ergebnisse der vorangehenden Arbeiten von Grandel¹⁸, Gill¹⁹ und Kliebhan²⁰ verwiesen, um direkten Bezug zum gesamten Beobachtungszeitraum von 1965 bis 2010 zu erhalten.

Im vierten Teil folgt die Diskussion der Ergebnisse unter Bezugnahme auf die Arbeiten, die sich in der internationalen Literatur finden lassen.

Eine Zusammenfassung mit Schlussdiskussion der Arbeit findet sich im fünften Abschnitt, gefolgt von den Kasuistiken der einzelnen Suizide.

Eine Tabellenübersicht und das Literaturverzeichnis beenden die Arbeit.

3. Ergebnisse

3.1 Die Suizide von 1992 bis 2010 und die Frage einer Zu- bzw. Abnahme der Suizidrate an der UKPP Tübingen

Um die Suizidrate im Untersuchungszeitraum von 1992 bis 2010 an der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie zu berechnen, wurden die Aufnahme- und Suizidzahlen der jeweiligen Jahre herangezogen. Die Statistik beinhaltet auch die Daten der Tagesklinik, nicht jedoch die der KJP.

Von 1992 bis 2010 ereigneten sich bei 41.242 Aufnahmen in der UKPP Tübingen insgesamt 41 Suizide. Das ergibt eine Häufigkeit von 0,1% bzw. eine Suizidrate von 99,4 Suiziden pro 100.000 stationäre Aufnahmen im Mittel.

Die Tabelle 1 und die Abbildung 1 veranschaulichen diese Zahlen:

Tab. 1 Suizide und Aufnahmen der Jahre 1992 bis 2010, UKPP Tübingen

Jahr	Suizide	Aufnahmen	%
1992	3	1.331	0,23
1993	2	1.340	0,15
1994	1	1.433	0,07
1995	1	1.547	0,06
1996	6	1.739	0,35
1997	2	1.909	0,1
1998	2	1.923	0,1
1999	6	2.139	0,28
2000	1	2.156	0,05
2001	1	2.184	0,05
2002	0	2.233	0
2003	1	2.472	0,04
2004	1	2.577	0,04
2005	2	2.546	0,08
2006	2	2.494	0,08
2007	1	2.722	0,04
2008	3	2.694	0,11
2009	3	2.928	0,1
2010	3	2.875	0,1
	41	41.242	0,1%

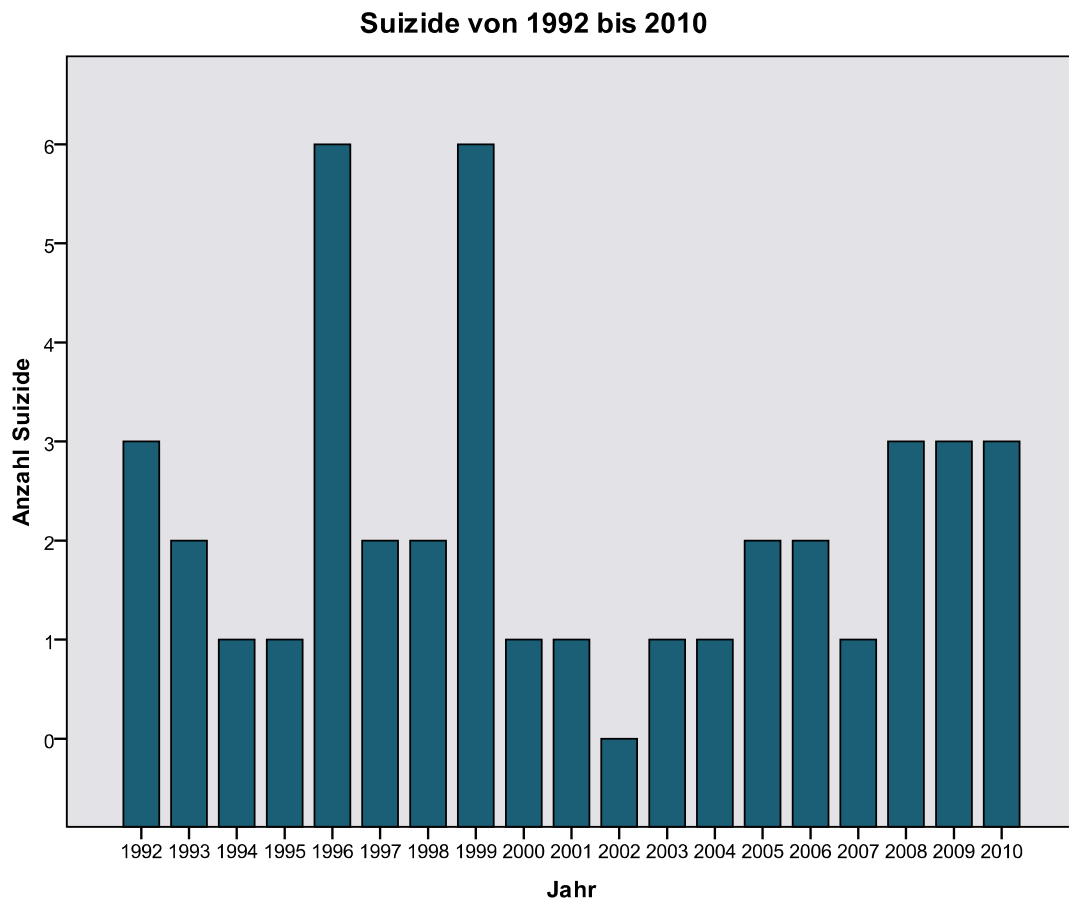


Abb. 1: Suizide der Jahre 1992 bis 2010, UKPP Tübingen

Die meisten Suizide ereigneten sich in den Jahren 1996 und 1999 mit jeweils sechs Fällen. Drei Suizide waren in den Jahren 1992 und 2008 bis 2010 und je zwei in den Jahren 1993, 1997/1998 und 2005/2006 zu verzeichnen. Nur ein Suizidfall ist aus den Jahren 1994/1995, 2000/2001, 2003/2004 und 2007 bekannt.

Das einzige Jahr ohne Suizid war 2002. (Abb.1)

Im Folgenden sollen die Ergebnisse dieses Untersuchungszeitraumes von 1992 bis 2010 mit denen der vorangehenden Arbeiten von Grandel, Gill, und Kliebhahn, zusammengefasst und verglichen werden. Insgesamt ergibt sich so ein Untersuchungszeitraum von 1965 bis 2010.

Tab. 2 Suizide und Aufnahmen der Jahre 1965 bis 2010, UKPP Tübingen

Jahr	Suizide	Aufnahmen	%
1965	2	1.211	0,17
1966	0	1.362	0,00
1967	2	1.295	0,15
1968	4	1.220	0,33
1969	3	1.215	0,25
1970	4	1.069	0,37
1971	3	1.217	0,25
1972	4	1.171	0,34
1973	5	1.186	0,42
1974	4	1.167	0,34
1975	2	1.606	0,12
1976	8	1.575	0,50
1977	9	1.614	0,56
1978	3	1.288	0,23
1979	6	1.262	0,48
1980	4	1.258	0,32
1981	5	1.223	0,41
1982	4	1.135	0,35
1983	8	1.193	0,67
1984	2	1.222	0,16
1985	4	1.131	0,35
1986	4	1.172	0,34
1987	6	1.215	0,49
1988	2	1.119	0,18
1989	5	1.160	0,26
1990	3	918	0,33
1991	2	1.158	0,17
1992	3	1.331	0,23
1993	2	1.340	0,15
1994	1	1.433	0,07
1995	1	1.547	0,06
1996	6	1.739	0,35
1997	2	1.909	0,10
1998	2	1.923	0,10
1999	6	2.139	0,28
2000	1	2.156	0,05
2001	1	2.184	0,05
2002	0	2.233	0,00
2003	1	2.472	0,04

2004	1	2.577	0,04
2005	2	2.546	0,08
2006	2	2.494	0,08
2007	1	2.722	0,04
2008	3	2.694	0,11
2009	3	2.928	0,10
2010	3	2.875	0,10
	149	74.604	0,20

Die Tabelle 2 und die Abbildung 2 zeigen die Entwicklung der Suizidrate in Abhängigkeit von den Aufnahmezahlen.

Grandel, der die Jahre 1965 bis 1974 untersuchte, berechnete eine Suizidrate von 0,26% bei 12.113 Aufnahmen (31 Suizide).¹⁸

Für die Jahre 1975 bis 1982 konnte Gill eine Rate von 0,37% (mit Grenzgruppe) bei 10.961 Aufnahmen (35+6 Suizide) ermitteln.¹⁹

Kliebhan beschrieb in ihrer Arbeit über die Jahre 1983 bis 1991 eine Rate von 0,35% bei 10.288 Aufnahmen (26+10 Suizide).²⁰

Für die Jahre 1992 bis 2010 ergibt sich eine Suizidrate von 0,1% bei einer Aufnahmezahl von 41.242 Patienten (41 Suizide).

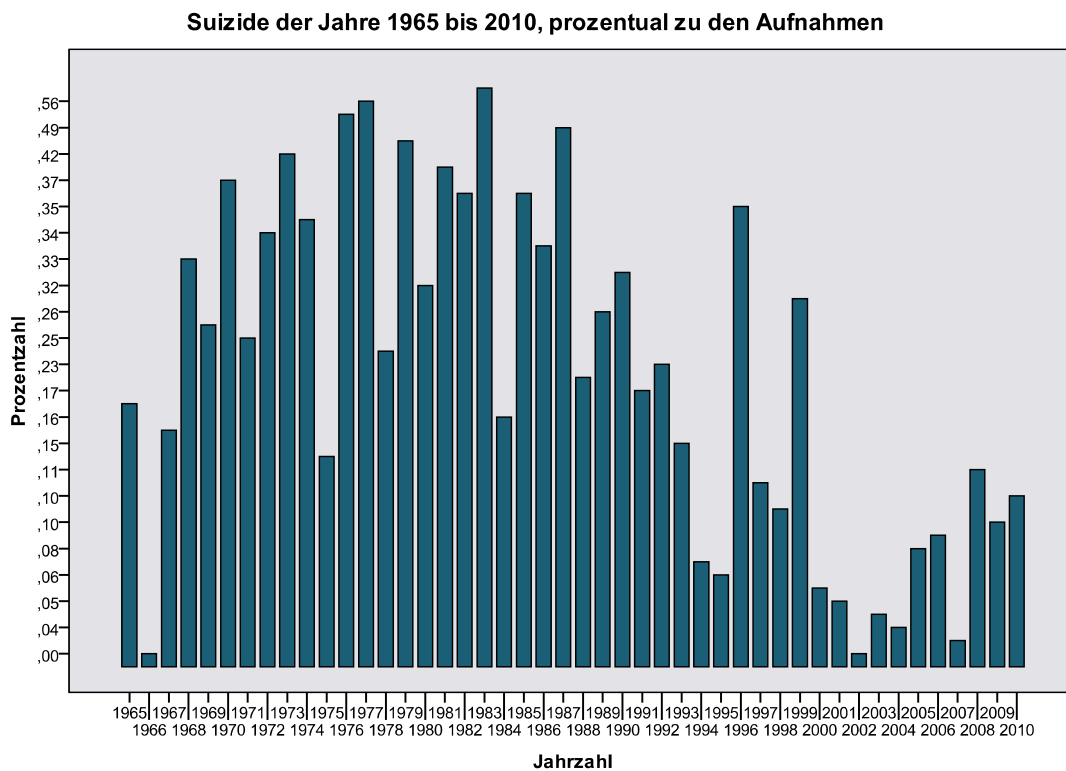


Abb. 2: Suizide der Jahre 1965 bis 2010, prozentual zu den Aufnahmen, UKPP Tübingen
(mit Grenzgruppen)

Im gesamten Untersuchungszeitraum 1965 bis 2010 lässt sich eine durchschnittliche Suizidrate von 0,20% bei 149 Suiziden und 74.604 Aufnahmen feststellen.

Die Suizidrate des aktuellen Untersuchungszeitraumes 1992 bis 2010 liegt dabei mit 0,1% weit unter dem Durchschnitt.

3.2 Sozialdaten

3.2.1 Geschlechterverteilung

Tab. 3 Geschlechterverteilung der Suizidpatienten 1992 - 2008

Geschlecht	n	%
männlich	14	45,2
weiblich	17	54,8
Gesamt	31	100,0

Die Tabelle 3 und die Abbildung 3 zeigen ein Überwiegen der weiblichen Suizidenten. Von 31 Suizidpatienten waren 17 weiblich (54,8%) und 14 männlich (45,2%). Die Kontrollpatienten wurden dem Geschlecht der jeweiligen Suizidpatienten angepasst.

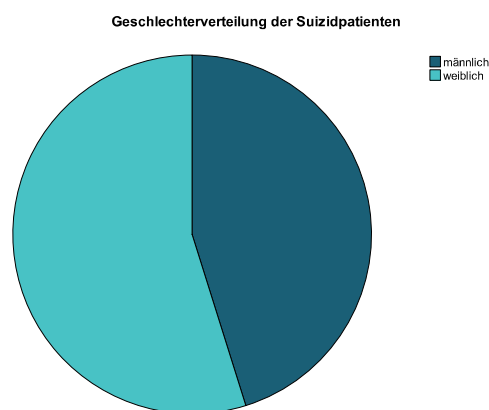


Abb. 3: Geschlechterverteilung der Suizidpatienten 1992 bis 2008

Im Vergleich zu den drei Vorgängerarbeiten nahmen sich in dieser Arbeit erstmals mehr weibliche als männliche Patienten das Leben (Tab.4):

Tab. 4 Geschlechterverteilung der Suizidpatienten 1965 bis 1991

	Männer	Frauen
Grandel ¹⁸	51,6%	48,4%
Gill ¹⁹	65,9%	34,1%
Kliebhan ²⁰	58,3%	41,7%

3.2.2 Altersverteilung

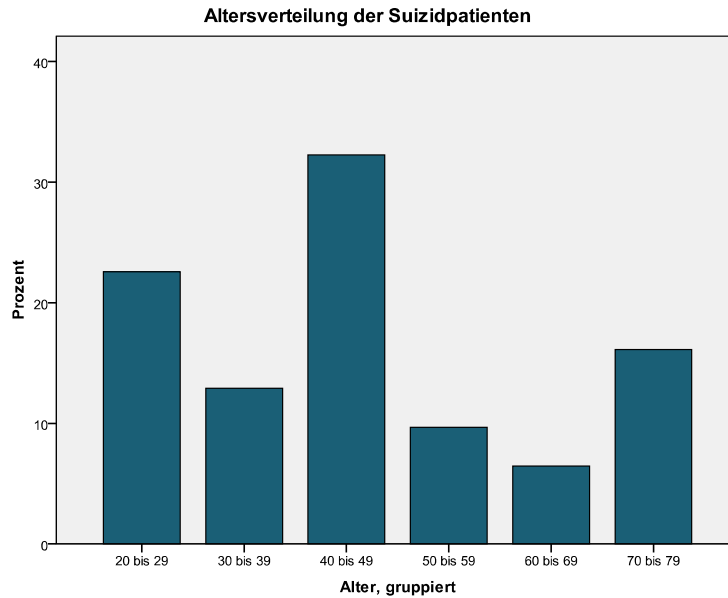


Abb. 4: Altersverteilung der Suizidpatienten 1992 bis 2008

Die meisten Patienten suizidierten sich im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (32,3%). Auffällig sind auch die hohe Anzahl der sehr jungen Suizidenten zwischen 20 und 29 Jahren (22,6%) und die der sehr alten Suizidpatienten zwischen 70 und 79 Jahren (16,1%). (Abb.4 und Tab.5)

Tab. 5 Altersverteilung der Suizidpatienten 1992 bis 2008

Alter	n	%
20 bis 29	7	22,6
30 bis 39	4	12,9
40 bis 49	10	32,3
50 bis 59	3	9,7
60 bis 69	2	6,5
70 bis 79	5	16,1
Gesamt	31	100,0

Teilt man die Suizidpatienten noch nach dem Geschlecht auf, veranschaulicht die Abbildung 5, dass die Suizide der Männer vor allem in den jungen Jahren zwischen 20 bis 39 am häufigsten waren und gegenüber denen der Frauen in diesen Jahrgängen deutlich dominieren. Die Suizide der Frauen fanden zum größten Teil im mittleren Alter zwischen 40 und 49 und dann wieder zwischen 70 und 79 Jahren statt. Dominierend zeigen sich die Suizide der Frauen gegenüber denen der Männer besonders im höheren bis hohen Alter von 60 bis 89 Jahren.

Die Kontrollpatienten wurden dem Alter der jeweiligen Suizidpatienten angepasst.

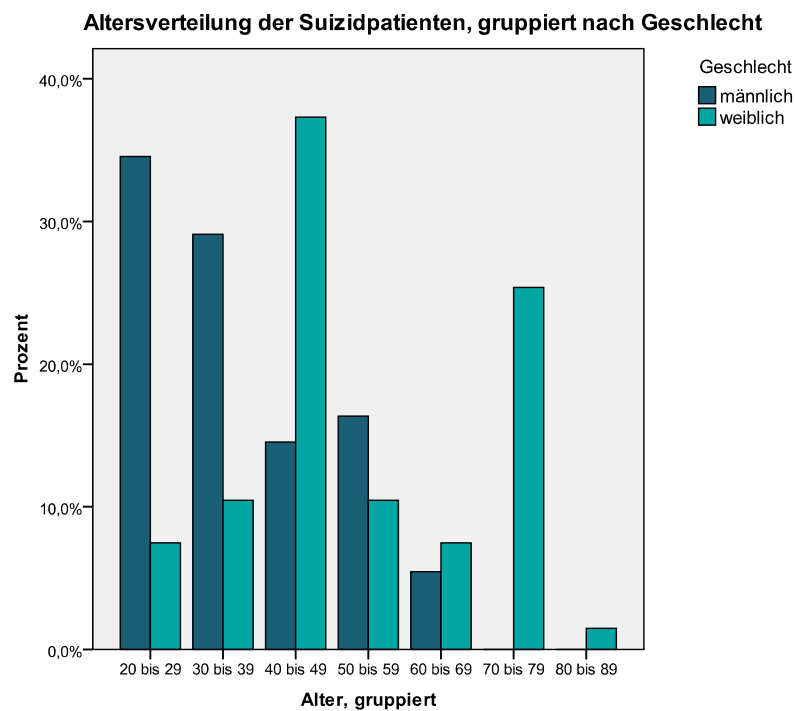


Abb. 5: Altersverteilung der Suizidpatienten 1992 bis 2008, gruppiert nach Geschlecht

Auch Grandel¹⁸, Gill¹⁹ und Kliebahn²⁰ finden in ihren Arbeiten insgesamt und geschlechterunabhängig eine Häufung an Suiziden in der zweiten und vierten Lebensdekade der Patienten.

3.2.3 Familienstand

Tab. 6 Familienstand der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Familienstand	ledig	13	41,9	36	39,6
	eheähnliches Verhältnis	2	6,5	1	1,1
	verheiratet	7	22,6	34	37,4
	getrennt	0	0,0	2	2,2
	geschieden	5	16,1	9	9,9
	verwitwet	4	12,9	9	9,9
	Summe	31	100,0	91	100,0

Die Suizidpatienten lebten vorwiegend in alleinstehenden Verhältnissen, wie die Tabelle 6 zeigt: Ledig waren 41,9%, geschieden 16,1% und verwitwet 12,9% (insgesamt 70,9% allein stehend).

Verheiratet oder mit einem Partner zusammenlebend waren 22,6% bzw. 6,5% (insgesamt 29,1% in partnerschaftlichen Verhältnissen).

Auch unter den Kontrollpatienten fanden sich zu größeren Teilen alleinstehende Verhältnisse: 39,6 % lebten als Single, 2,2 % getrennt vom Partner, und je 9,9% waren geschieden oder verwitwet (insgesamt 61,6 % allein stehend).

Bei den Kontrollpatienten lebten 37,4% verheiratet und 1,1% unverheiratet mit ihrem Partner zusammen (insgesamt 38,5% in fester Partnerschaft).

Die Abbildung 6 veranschaulicht die Verteilung des Familienstandes noch einmal und verdeutlicht ein leichtes Überwiegen der Suizidpatienten gegenüber den Kontrollpatienten in den alleinstehenden Verhältnissen:

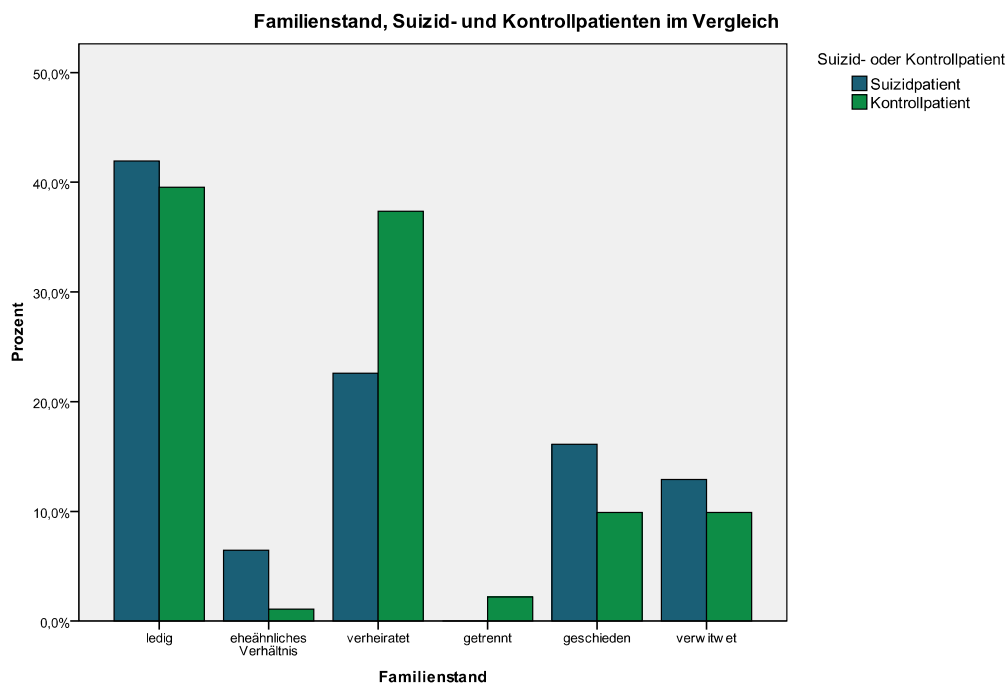


Abb. 6: Familienstand, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Die Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse der vorangehenden Jahre:

Tab. 7 Familienstand der Suizid- und Kontrollpatienten von 1965 bis 1991

		ledig	Partnerschaft	verheiratet	verwitwet	geschieden
Grandel ¹⁸		27,0%		73,0%		
Gill ¹⁹	SP	4,5%	4,5%	86,4%		4,5%
	KP	13,6%		77,3%		9,1%
Kliebhan ²⁰	SP	44,4%		41,7%	5,6%	8,3%
	KP	50,0%	2,8%	36,0%	5,6%	

Bei Grandel und Gill zeigen sich die Zahlen der über 30 jährigen, in festen Partnerschaften/verheiratet lebenden Patienten gegenüber den allein stehenden Suizidpatienten noch erhöht (Grandel 73%, Gill 90,9%).^{18,19}

Gill beschreibt zusätzlich, dass mehr Kontrollpatienten (22,7%) als Suizidpatienten (9%) alleinstehend waren.¹⁹

Kliebhan fand die Zahl der allein lebenden (58,3%) gegenüber den in einer Partnerschaft lebenden Suizidpatienten (41,7%) bereits leicht erhöht, wenn auch noch längst nicht in dem Ausmaße der aktuellen Ergebnisse. Die alleinstehenden

Kontrollpatienten (55,6%) überwogen auch in ihrer Arbeit deutlich die in Partnerschaft lebenden (38,8%).²⁰

3.2.4 Kinder

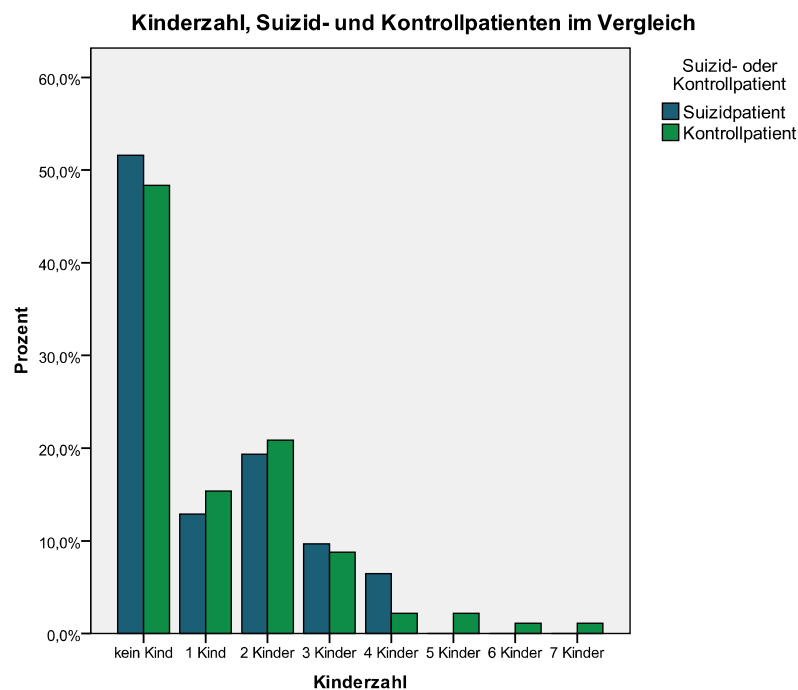


Abb. 7: Kinderzahl der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Unter den Suizidpatienten hatten 51,6% keine Kinder, bei den Kontrollpatienten waren nur 48,8% kinderlos.

Bei den Patienten, die nur ein oder zwei Kinder besaßen, waren die Kontrollpatienten in der Überzahl, bei drei und vier Kindern hingegen die Suizidpatienten. Sehr kinderreiche Familien mit fünf, sechs und sieben Kindern kamen nur unter den Kontrollpatienten vor. Sowohl die Abbildung 7 als auch die Tabelle 8 verdeutlichen, dass, die Kinderzahl betreffend, keine größeren Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellbar waren.

Tab. 8 Kinderzahl der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Kinderzahl	kein Kind	16	51,6	44	48,4
	1 Kind	4	12,9	14	15,4
	2 Kinder	6	19,4	19	20,9
	3 Kinder	3	9,7	8	8,8
	4 Kinder	2	6,5	2	2,2
	5 Kinder	0	0,0	2	2,2
	6 Kinder	0	0,0	1	1,1
	7 Kinder	0	0,0	1	1,1
	Gesamt	31	100,0	91	100,0

Gill und Kliebhan untersuchten in ihren Jahren ebenfalls die Kinderzahl der Suizidpatienten. Bei Gill bezogen sich die Kinderzahlen nur auf die 20 verheirateten Patienten unter den 35 Suizidpatienten. Von denen hatten 95% ein oder mehrere Kinder, 5% waren kinderlos.¹⁹

Kliebhan beschrieb sowohl den Großteil aller Suizidpatienten (58,3%) als auch aller Kontrollpatienten (58,3%) als kinderlos.²⁰

3.2.5 Wohnort und private Wohnsituation

Tab. 9 Wohnort der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Wohnort	Land, Dorf	5	16,1	25	27,8
	Stadt	24	77,4	62	68,9
	Großstadt	2	6,5	3	3,3
	Summe	31	100,0	91	100,0

Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, dass der Großteil sowohl der Suizid- (77,4%) als auch der Kontrollpatienten (68,9%) aus der Stadt kam. Bedeutend weniger Patienten lebten in beiden Gruppen in einem Dorf bzw. in ländlicher Umgebung. (16,1% bei den Suizid- und 27,8% bei den Kontrollpatienten). Der kleinste Teil unter den Suizid- (6,5%) als auch unter den Kontrollpatienten (3,3%) kam aus der Großstadt.

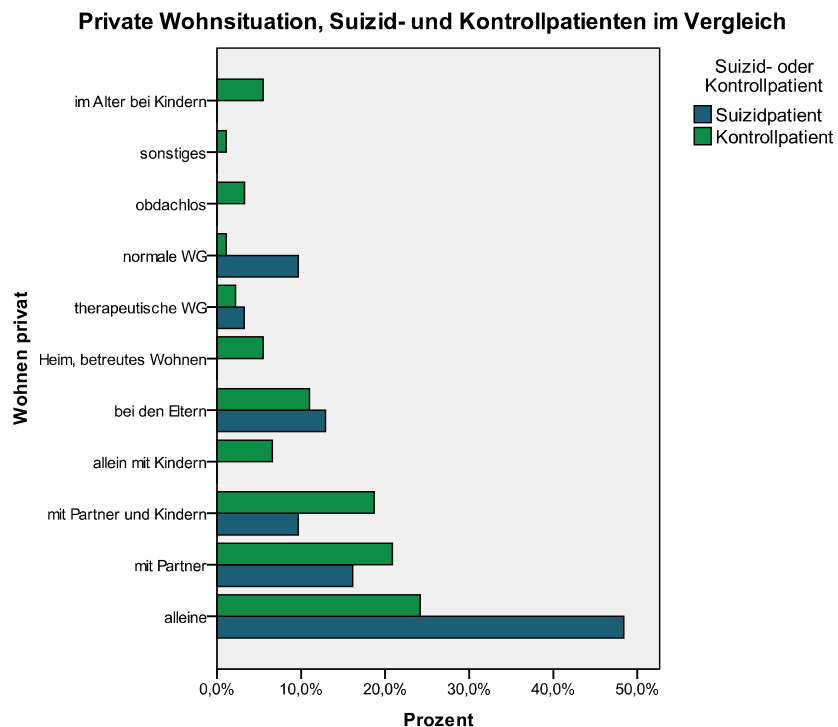


Abb. 8: Private Wohnsituation der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Tab. 10 Private Wohnsituation der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Wohnen privat	allein	15	48,4	22	24,2
	mit Partner	5	16,1	19	20,9
	mit Partner und Kindern	3	9,7	17	18,7
	allein mit Kindern	0	0,0	6	6,6
	bei den Eltern	4	12,9	10	11,0
	Heim, betreutes Wohnen	0	0,0	5	5,5
	therapeutische WG	1	3,2	2	2,2
	normale WG	3	9,7	1	1,1
	obdachlos	0	0,0	3	3,3
	sonstiges	0	0,0	1	1,1
	im Alter bei Kindern	0	0,0	5	5,5
	Summe	31	100,0	91	100,0

Die Suizidpatienten (48,4%) lebten im Gegensatz zu den Kontrollen (24,2%) signifikant häufiger völlig alleine. ($p < 5\%$) Dennoch waren in beiden Untersuchungsgruppen der größere Teil der Patienten nicht völlig isoliert im Haushalt und lebten mit Partner, Kindern, Eltern oder im Rahmen einer WG zusammen mit anderen Menschen. In deren Aufteilung ließen sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Suizid- bzw. Kontrollpatienten finden. (Abb.8, Tab.10)

Sowohl Grandel als auch Gill zeigen in ihren Untersuchungen noch ein deutliches Überwiegen der Patienten mit eigener Familie sowohl in der Suizid- als auch in der Kontrollgruppe (über 50%).^{18,19}

Kliebhan fand in ihrer Arbeit den aktuellen sehr ähnliche Ergebnisse: Sie beschrieb ebenfalls einen großen Teil der Suizidpatienten (30,6%) als alleinlebend, 19,4% in einer festen Partnerschaft mit Kindern und 16,6% in einer Partnerschaft ohne Kinder. 16,6%

lebten im elterlichen Haushalt. Unter Kliebhans Kontrollpatienten lebten nur 16,7% allein.²⁰

3.2.6 Schichtzugehörigkeit

Die Einteilung der Patienten in die jeweiligen Gesellschaftsschichten erfolgte nach dem Vorbild von Grandel, der die, noch immer aktuelle, Schichteinteilung nach Kleining und Moore wählte.¹⁸ Somit konnte sowohl die Aktualität der Untersuchung in der modernen Sozialwissenschaft als auch die Vergleichbarkeit mit den Vorgängerarbeiten gewährleistet werden:

Oberschicht	Großunternehmer, Großgrundbesitzer, Diplomaten, Universitätsrektor, Spitzenfinanz, Spitzenpolitiker
Obere Mittelschicht	Leitende Angestellte und Beamte, Professoren, Ärzte, Richter, Führungspositionen in der Industrie
Mittlere Mittelschicht	Mittlere Angestellte und Beamte, Ingenieure, Fachschullehrer, mittlere Geschäftsinhaber
Untere Mittelschicht	Untere Angestellte und Beamte, Handwerksmeister, Kleinhändler, Facharbeiter/Meister, Bauern
Obere Unterschicht	Unterste Angestellte, Handwerksgesellen, Kleinsthändler
Untere Unterschicht	Un- und angelernte Arbeiter, Landarbeiter, Matrosen, Bau-/Straßenarbeiter, Arbeitslose, Frührentner
Sozial Verachtete	Obdachlose, Kriminelle, Prostituierte, Handlanger, Tagelöhner, Viehhüter

Die Gruppe der altersgerechten Rentner wurde gesondert aufgeführt, da eine Einteilung in eine Schicht schwierig war.

Schüler, Studenten, Frührentner mit Ehepartner und Hausfrauen wurden in die Gesellschaftsschicht der finanziell versorgenden Personen eingeteilt, vorausgesetzt es bestand eine Lebensgemeinschaft.

Es wurde genau darauf geachtet, die Umstände in den einzelnen Familien mit in die Einteilung mit einzubeziehen.

Arbeitsfähig waren zum Untersuchungszeitpunkt nur 19,4% der Suizidpatienten und 26,4% der Kontrollpatienten.

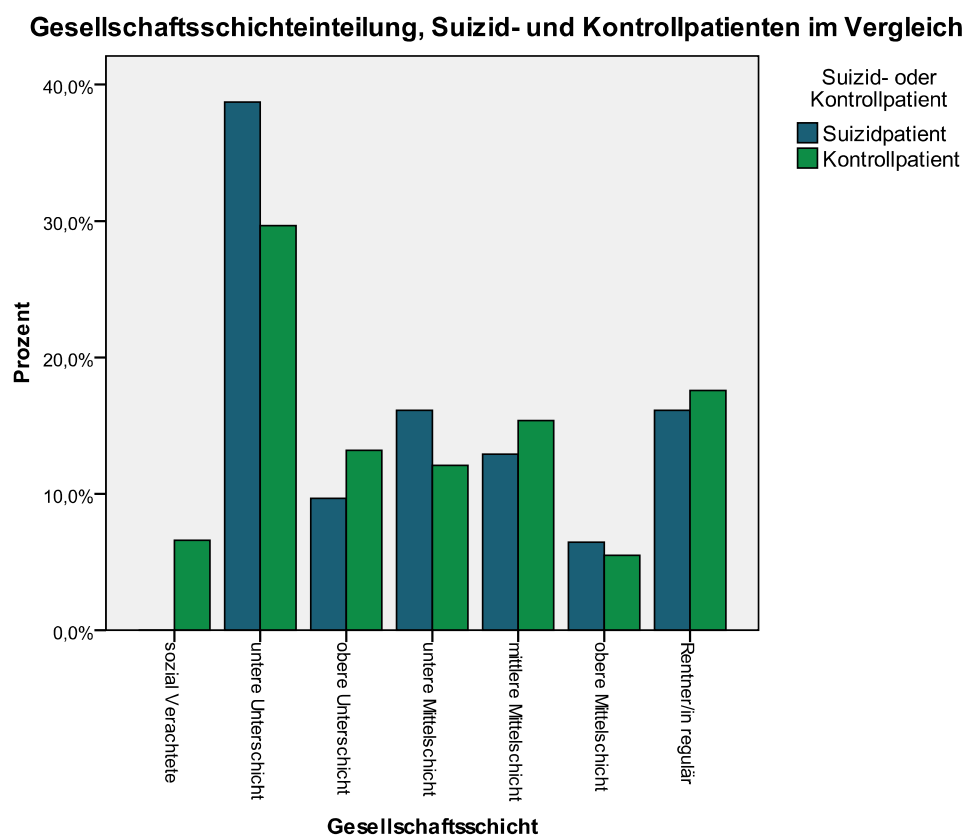


Abb. 9: Gesellschaftsschichteinteilung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Tab. 11 Gesellschaftsschichtenteilung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Gesellschaftsschicht	sozial Verachtete	0	0,0	6	6,6
	untere Unterschicht	12	38,7	27	29,7
	obere Unterschicht	3	9,7	12	13,2
	untere Mittelschicht	5	16,1	11	12,1
	mittlere Mittelschicht	4	12,9	14	15,4
	obere Mittelschicht	2	6,5	5	5,5
	Oberschicht	0	0,0	0	0,0
	Rentner/in regulär	5	16,1	16	17,6
	Summe	31	100,0	91	100,0

Aus den Darstellungen ist zu entnehmen, dass die meisten Suizidenten (38,7%) der unteren Unterschicht angehörten. 16,1% waren in der unteren Mittelschicht, 12,9% in der mittleren Mittelschicht, 9,7% in der oberen Unterschicht und 6,5% in der oberen Mittelschicht vertreten. Zu den altersgemäßen Rentnern zählten 16,1% der Suizidenten.

Die Kontrollpatienten waren mit 29,7% der unteren Unterschicht zuzurechnen, 15,4% gehörten der mittleren Mittelschicht, 13,2% der oberen Unterschicht und 12,1% der unteren Mittelschicht an. Unter den Kontrollpatienten waren 6,6% der Gruppe der sozial Verachteten zuzuordnen und 5,5% hingegen der oberen Mittelschicht.

Die altersgemäßen Rentner waren unter den Kontrollpatienten mit 17,6% vertreten.

(Abb.9, Tab.11)

Die eigenen Ergebnisse weichen von den vorangehenden Arbeiten von Grandel, Gill und Kliebhan ab: Von 1965 bis 1991 fanden sich die meisten Suizidpatienten in der unteren Mittelschicht (Grandel 32,3%, Gill 37,1%, Kliebhan 27,8%) wieder, gefolgt von der oberen Unterschicht (Grandel 19,4%, Gill 28,6%, Kliebhan 22,2%).¹⁸⁻²⁰

3.2.7 Social Drift

Der Social Drift beschreibt den Abstieg innerhalb der Gesellschaftsschichten seit dem Beginn der psychiatrischen Erkrankung

Tab. 12 Abstieg in sozialer Schicht seit Beginn der psych. Erkrankung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2010

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Social Drift	Ja	13	43,3	36	39,6
	Nein	17	56,7	55	60,4
	Fehlend	1			
	Summe	31	100,0	91	100,0

Die Tabelle 12 und die Abbildung 10 zeigen, dass 43,3% der Suizidpatienten und 39,6% der Kontrollpatienten einen Abstieg in der Gesellschaftsschicht seit Beginn ihrer psychischen Erkrankung erfahren haben.

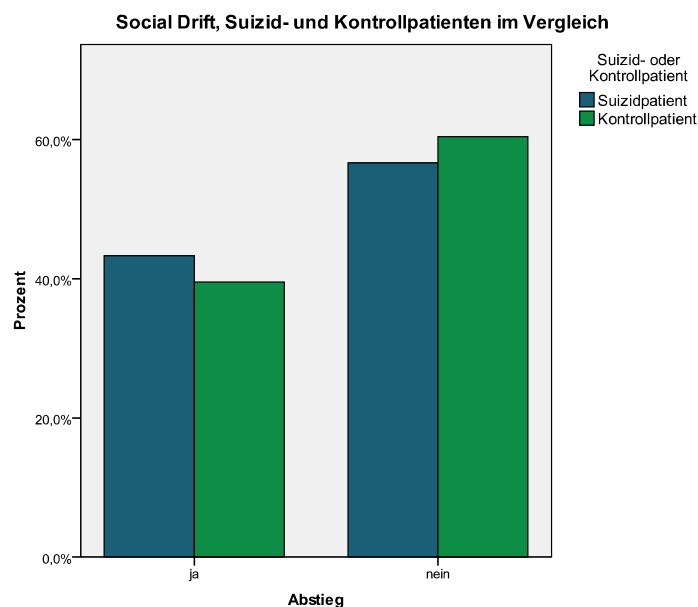


Abb. 10: Social Drift der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

3.2.8 Soziale Kontakte

Tab. 13 Soziale Kontakte der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Soziale Kontakte	kein Kontakt	6	19,4	18	19,8
	nur innerhalb Familie	15	48,4	36	39,6
	regere Kontakt, Freunde	10	32,3	37	40,7
	Summe	31	100,0	91	100,0

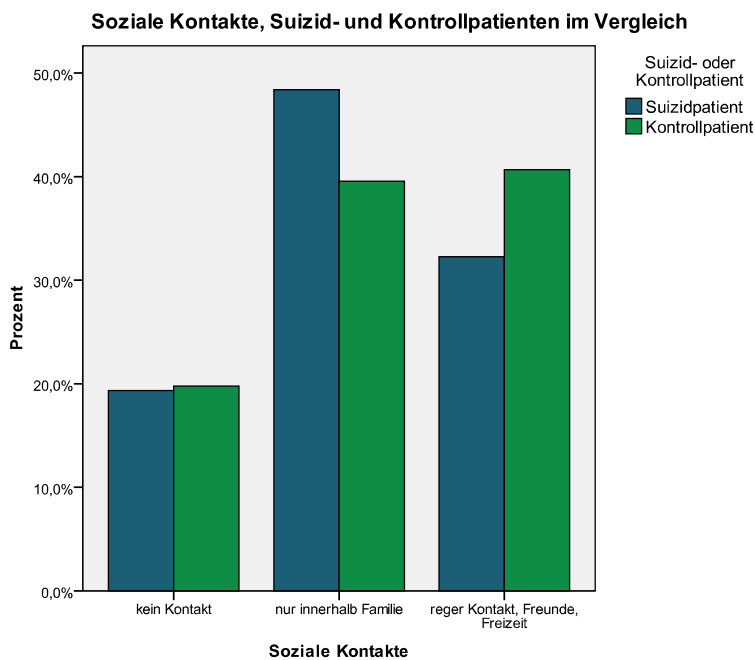


Abb. 11: Soziale Kontakte der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Die meisten Suizidpatienten hatten nur Kontakt zur eigenen Familie (48,4%), wohingegen die meisten Kontrollpatienten einen Freundeskreis und rege Kontakte pflegten (40,7%). Unter den Kontrollpatienten bewegten sich 39,6% nur im Kreise der Familie, bei den Suizidpatienten konnten 32,3% auf einen Freundeskreis verweisen.

Völlig isoliert lebten 19,4% der Suizidpatienten und 19,8% der Kontrollpatienten.
(Tab.13, Abb.11)

3.2.9 Schulbildung

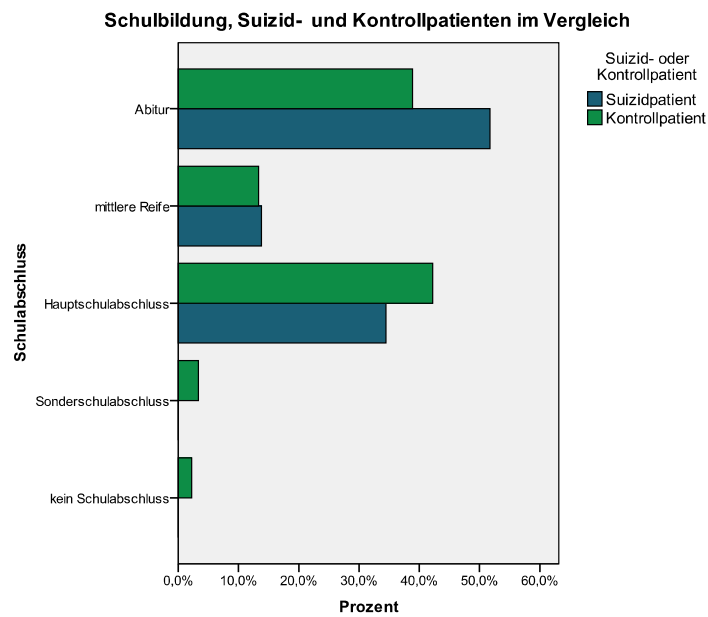


Abb. 12: Schulbildung der Suizid und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Tab. 14 Schulbildung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Schulabschluss	kein Schulabschluss	0	0,0	2	2,2
	Sonderschulabschluss	0	0,0	3	3,3
	Hauptschulabschluss	10	34,5	38	42,2
	Mittlere Reife	4	13,8	12	13,3
	Abitur	15	51,7	35	38,9
	Fehlend	2		1	
	Summe	31	100,0	91	100,0

Den Ergebnissen in Abbildung 12 und der Tabelle 14 zufolge, hat über die Hälfte der Suizidpatienten das Abitur abgeschlossen (51,7%), wohingegen die meisten Kontrollpatienten nur den Hauptschulabschluss (42,2%) vorweisen konnten, womit die Bildung der Suizidpatienten im Schnitt höher einzustufen war als die der Kontrollen. 34,5% der Suizidpatienten hatten einen Hauptschulabschluss und 13,8% absolvierten die mittlere Reife. Unter den Kontrollpatienten bestanden 38,9% das Abitur, 13,3% erlangten die mittlere Reife, 3,3% besuchten die Sonderschule und 2,2% beendeten die Schulzeit ganz ohne Schulabschluss.

Sowohl Gill als auch Kliebhan beschreiben in ihren Arbeiten, dass die Suizidpatienten im Schnitt höhere Schulabschlussgrade erreichten als die Kontrollpatienten.^{19,20}

Tab. 15 Schulbildung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1975 bis 1991

		kein Abschluss	Sonderschule	Hauptschule	Mittlere Reife	Abitur
Gill	SP	2,9%		37,1%	11,4%	31,4%
	KP			51,4%	17,1%	23,7%
Kliebhan	SP		8,3%	27,8%	22,2%	38,9%
	KP			50,0%	11,1%	30,6%

Bei Gill schlossen 42,8% der Suizidpatienten und 40,8% Patienten aus der Kontrollgruppe das Abitur oder die mittlere Reife ab.¹⁹

Kliebhan findet 61,1% ihrer Suizidpatienten als Absolventen des Abiturs oder der mittleren Reife, wohingegen nur 41,7% ihres Kontrollpatientenkollektivs diese Bildungsgrade erreichten.²⁰ (Tab.15)

3.2.10 Berufsausbildung

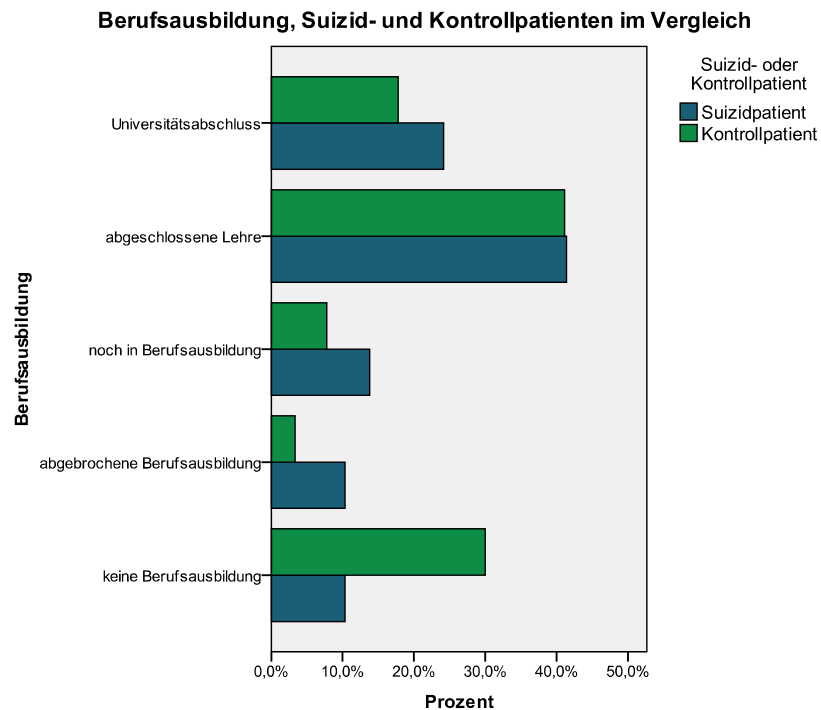


Abb. 13: Berufsausbildung, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Die Abbildung 13 und die Tabelle 16 zeigen, dass der Großteil der Suizidpatienten eine abgeschlossene Lehre (41,4%) oder einen Universitätsabschluss (24,1%) vorzuweisen hatte. Bei den Kontrollpatienten verfügten die meisten ebenfalls über eine abgeschlossene Lehre (41,1%), waren dann aber gefolgt von jenen, die keine Berufsausbildung (30%) besaßen.

Unter den Suizidpatienten fanden sich 10,3% ohne Berufsausbildung, 10,3% mit abgebrochener Berufsausbildung und 13,8% befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Ausbildung.

Einen Universitätsabschluss konnten 17,8% der Kontrollpatienten vorweisen, 7,8% befanden sich noch in der Ausbildung und 3,3% hatten die Berufsausbildung abgebrochen.

Tab. 16 Berufsausbildung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Berufsausbildung	keine Berufsausbildung	3	10,3	27	30,0
	abgebrochene Berufsausbildung	3	10,3	3	3,3
	noch in Berufsausbildung	4	13,8	7	7,8
	abgeschlossene Lehre	12	41,4	37	41,1
	Universitätsabschluss	7	24,1	16	17,8
	Fehlend	2		1	
	Summe	31	100,0	91	100,0

Kliebhan, die als Einzige diese Fragestellung in ihre Untersuchung mit aufgenommen hat, kam nach ihren Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 17 Berufsausbildung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1983 bis 1991

		keine Ausbildung	abgebrochen	noch in Ausbildung	Lehre	Fachschule	Universität
Kliebhan	SP	11,1%	11,1%	11,1%	50,0%		16,7%
	KP	27,7%	16,7%	11,1%	27,7%	5,6%	5,6%

66,7% der Suizidpatienten hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (50% Lehre, 16,7% Universitätsabschluss) und 11,1% hatten keine Ausbildung.

In der Kontrollgruppe hatten nur 38,9% eine Berufsausbildung absolviert. (27,7% Lehre, 5,6% Fachschule, 5,6% Universitätsabschluss) und 27,7% besaßen keine weiterführende Berufsausbildung.²⁰ (Tab.17)

3.2.11 Perspektive

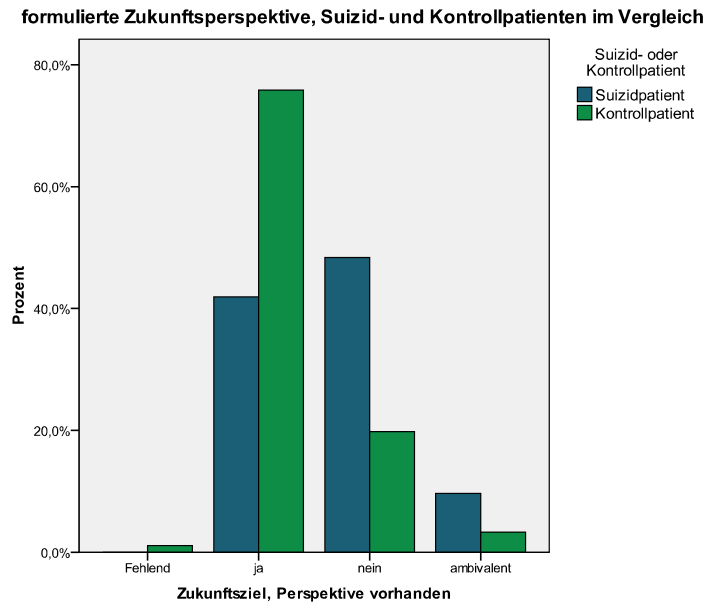


Abb. 14: Zukunftsperspektive, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Es konnten, statistisch überprüft, signifikant mehr Kontrollpatienten (76,7%) ein fixes Zukunftsziel oder eine Perspektive formulieren als die Suizidpatienten (41,9%).

($p < 1\%$)

Die Hoffnungslosigkeit der Suizidenten ist somit ein signifikanter Unterscheidungspunkt und möglicher Suizidrisikofaktor.

Bei 9,7% der Suizidpatienten und 3,3% der Kontrollpatienten waren die Schwankungen zwischen einem formulierten Ziel und totaler Perspektivlosigkeit so deutlich, dass sich keine genaue Tendenz erarbeiten ließ. (Abb.14, Tab.18)

Tab. 18 Zukunftsziel/Perspektive der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Zukunftsziel, Perspektive vorhanden	ja	13	41,9	69	76,7
	nein	15	48,4	18	20,0
	ambivalent	3	9,7	3	3,3
	Fehlend			1	
	Gesamt	31	100,0	91	100,0

Bei Grandel, Gill und Kliebhan lässt sich keine vergleichbare Fragestellung finden.

3.2.12 Broken Home

An dieser Stelle wurden die Elternhäuser der Patienten untersucht. Die Einteilung der „Broken Home“ Zustände wurden ebenfalls von Grandel²⁰ übernommen.

Folgende Familienverhältnisse, die die Entwicklung eines Kindes stören können, wurden mit aufgenommen:

- Tod der Mutter/des Vaters bis zum Erwachsenenalter
- Scheidung der Eltern
- Funktionsunfähige oder in Funktion stark eingeschränkte Familie
(Beispiele: Alkoholiker, Alleinerziehende mit häufigem Partnerwechsel)
- Heimkinder

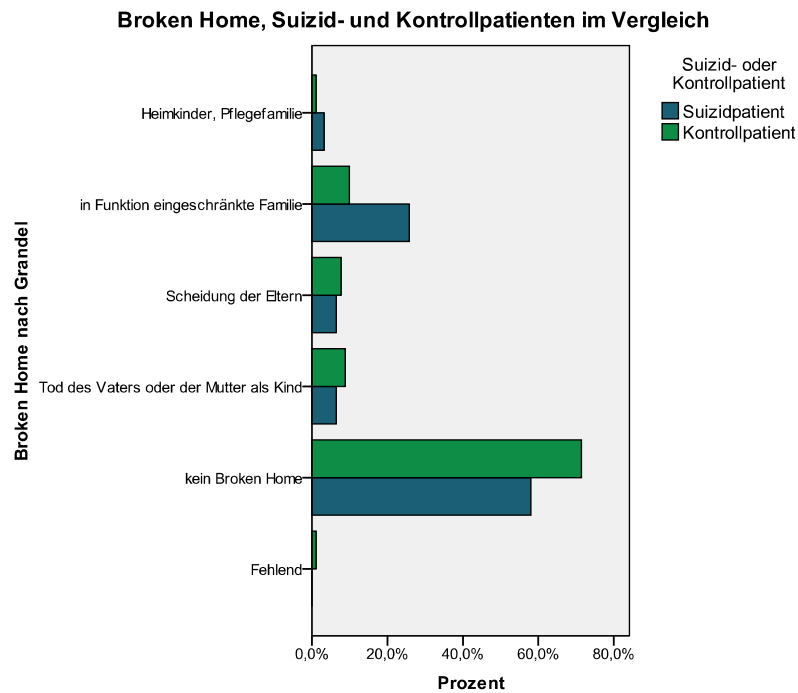


Abb. 15: Broken Home, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Es wuchsen, in der Abbildung 15 sichtbar, deutlich mehr Suizidpatienten (41,9%) als Kontrollpatienten (27,8%) unter gestörten oder erschwerten Familienverhältnissen auf.

Tab. 19 Broken Home der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Broken Home nach Grandel	kein Broken Home	18	58,1	65	72,2
	Tod des Vaters oder der Mutter als Kind	2	6,5	8	8,9
	Scheidung der Eltern	2	6,5	7	7,8
	in Funktion eingeschränkte Familie	8	25,8	9	10,0
	Heimkinder	1	3,2	1	1,1
	Fehrend				
	Gesamt	31	100,0	91	100,0

Bei den Suizidpatienten wuchsen 25,8% in einer in ihrer Funktion stark eingeschränkten Familie auf, 6,5% erlebten den Tod eines Elternteils, weitere 6,5% die Scheidung der Eltern und 3,2% wuchsen in einem Heim auf.

Unter den Kontrollpatienten lebten 10% in einer funktionsunfähigen Familie, 8,9% mussten den Tod eines Elternteils miterleben, 7,8% waren Kinder geschiedener Eltern, und 1,1% wuchsen im Heim auf. (Tab.19)

In Grandels Untersuchungen waren 15 von 31 Suizidpatienten (48%) in zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen.¹⁸

Auch Gill findet bei ihren Suizidpatienten 40% in einem broken home aufgewachsen, aber auch 45,8% ihrer Kontrollpatienten hatten schwierige Kindheiten zu beklagen.¹⁹

Kliebhan beschreibt in ihrer Arbeit 38,9% der Suizidpatienten und 47,2% der Kontrollpatienten als solche, die unter gestörten Familienverhältnissen aufwachsen mussten.²⁰

3.2.13 Glaube

Die Abbildung 16 veranschaulicht die Bedeutung der Religion im Leben der Patienten:

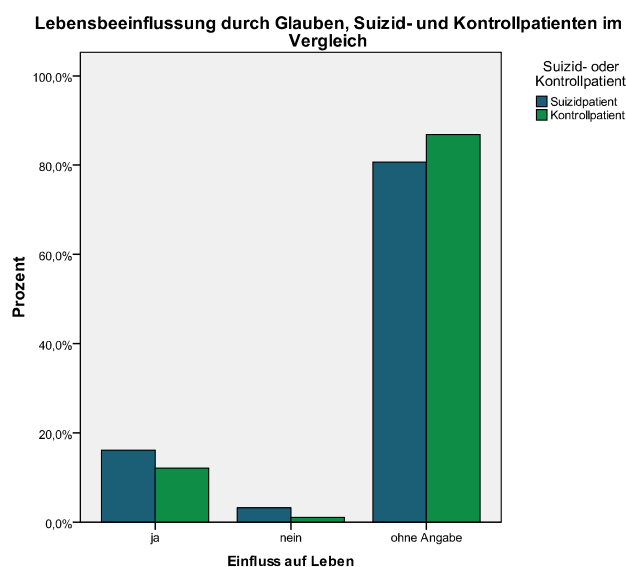


Abb. 16: Lebensbeeinflussung durch Glauben, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich.

Tab. 20 Glaubensrichtung der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatienten			
		Suizidpatienten		Kontrollpatienten	
		n	%	n	%
Glaubensrichtung	Konfessionslos	0	0,0	0	0,0
	RK	4	12,9	3	3,3
	Protestanten	0	0,0	4	4,4
	Muslime	0	0,0	4	4,4
	Sekte	0	0,0	1	1,1
	ohne Angabe	27	87,1	79	86,8
	Gesamt	31	100,0	91	100,0

Die Tabelle 20 verdeutlicht, wie in der Abbildung 16 bereits unschwer zu erkennen, dass sich bei 87,1% der Suizidpatienten und 86,8% der Kontrollpatienten keine Aussage zur Konfessionszugehörigkeit fand. 12,9% der Suizidpatienten gehörten der römisch-katholischen Religion an. Unter den Kontrollpatienten waren 3,3% römisch-katholische Katholiken, je 4,4% Protestanten und Muslime und 1,1% gehörten einer Sekte an.

In den vorangehenden Arbeiten finden sich noch präzisere Angaben zu den Konfessionen:

Bei Gill gehörten 85,7% der Suizidpatienten und 97,2% der Kontrollpatienten einer Religion an.¹⁹

Auch Kliebhan fand, dass etwas mehr Kontrollpatienten (91,7%) als Suizidpatienten (88,9%) einer Religion folgten.²⁰

3.3. Krankheitsbezogene Daten

3.3.1 Körperliche Erkrankungen

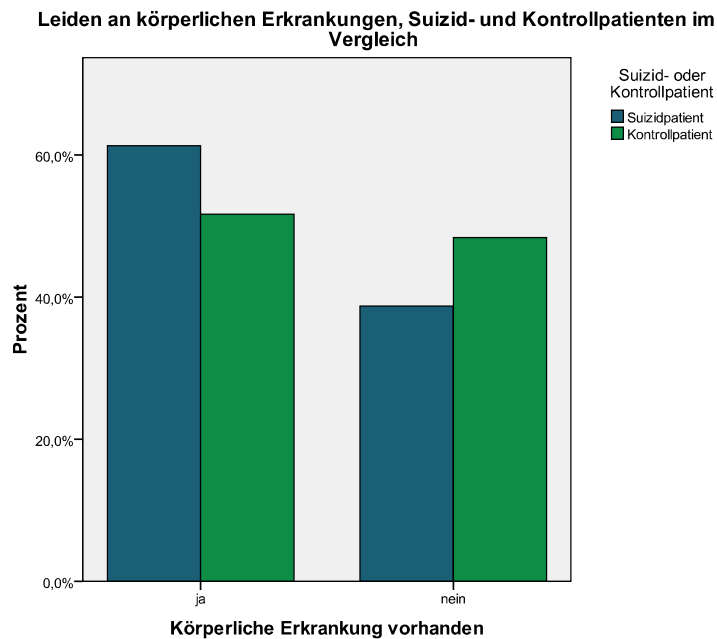


Abb. 17: Leiden an körperlichen Erkrankungen, Suizid und Kontrollpatienten im Vergleich

Tab. 21 Körperliche Erkrankungen der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Körperliche Erkrankung	ja	19	61,3	47	51,6
	nein	12	38,7	44	48,4
	Gesamt	31	100	91	100

61,3 % der Suizidpatienten und 51,6 % der Kontrollpatienten litten an körperlichen Erkrankungen. (Abb.17 und Tab. 21)

Tab. 22 Aufgeschlüsselte, körperliche Erkrankungen der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Erkrankung	Suizid- oder Kontrollpatient			
	Suizidpatient		Kontrollpatient	
	n	%	n	%
internistisch	15	48,4	37	40,7
gynäkologisch	2	6,5	2	2,2
neurologisch	7	22,6	15	16,5
onkologisch	1	3,2	1	1,1
andere *	8	25,8	13	14,3

* andere Erkrankungen sind: z.B. orthopädische, dermatologische Erkrankungen

Die Tabelle 22 veranschaulicht:

Unter den Suizidpatienten litten

- 48,4% an internistische Erkrankungen,
- 6,5% an gynäkologischen Beschwerden,
- 22,6% an neurologische Erkrankungen,
- 3,2% an onkologischen Erkrankungen und
- 25% an anderen Erkrankungen (*).

38,7% der Suizidpatienten hatten keine körperlichen Erkrankungen. (Tab. 21)

Bei den Kontrollpatienten hatten

- 40,7% internistische Erkrankungen,
- 2,2% gynäkologische Erkrankungen,
- 16,5% neurologische Beschwerden,
- 1,1% onkologische Erkrankungen und
- 14,3% anderen Erkrankungen (*).

48,4% der Kontrollpatienten hatten keine körperlichen Erkrankungen. (Tab. 21)

Da in der Suizidgruppe 9 Patienten und in der Kontrollgruppe 16 Patienten an verschiedenen körperlichen Erkrankungen litten, ergeben die Gesamtprozentzahlen der Auswertung mehr als 100%.

Gill beschreibt in ihrer Arbeit zwei Suizidpatienten mit malignen Karzinomen¹⁹, Kliebhan berichtet von zusätzlich belastenden, körperlichen Erkrankungen bei 69,4% sowohl der Suizidpatienten als auch der Kontrollpatienten.²⁰

3.3.2 Psychiatrische Familienanamnese

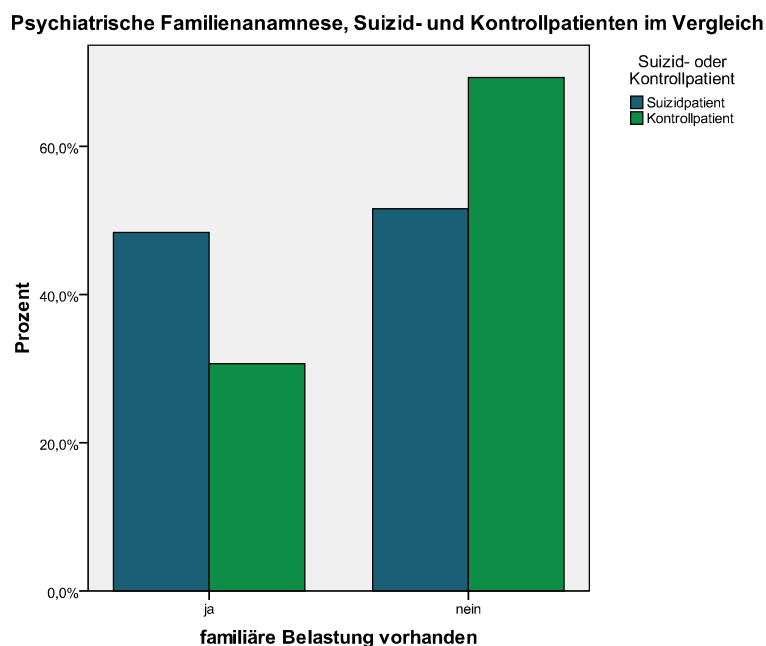


Abb. 18: Psychiatrische Familienanamnese, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Während bei 48,4% der Suizidpatienten eine familiäre Belastung an psychiatrischen Erkrankungen vorhanden war, konnte bei nur 29,7% der Kontrollpatienten eine psychiatrische Familienanamnese erhoben werden. (Abb.18, Tab.23)

Bei 35,5% aller Suizidpatienten, d.h. bei 73,3% derer, die eine positive Familienanamnese zu verzeichnen hatten, lag in der Familie dieselbe psychiatrische Erkrankung wie die des Suizidpatienten vor.

17,6% aller Kontrollpatienten, d.h. 59,3% derer mit positiver Familienanamnese, hatten in der Familienanamnese dieselbe psychiatrische Erkrankung wie die eigene zu beklagen. (Tab.23)

Tab. 23 Psychiatrische Familienanamnese der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
familiäre Belastung mit psych. Krankheiten	ja	15	48,4	27	29,7
	nein	16	51,6	61	67,0
	fehlend			3	3,3
	Gesamt	31	100	100	100
dieselbe psych. Erkrankung	ja	11	35,5	16	17,6
	nein	19	61,3	72	79,1
	fehlend	1	3,2	3	3,3
	Gesamt	31	100	91	100

Grandel fand in seinem Patientenkollektiv bei 32% eine familiäre Belastung mit psychiatrischen Krankheiten.¹⁸

Gill zeigte, die psychiatrische Familienanamnese betreffend, eine höhere Belastung unter ihren Kontrollpatienten (48,5%) als unter ihren Suizidpatienten (34,2%) auf.¹⁹

Kliebhan fand keine Unterschiede im Suizid- und Kontrollpatientenkollektiv. Bei beiden Gruppen konnten 36,3% der Patienten von in der Familie vorkommenden psychiatrischen Erkrankungen berichten.²⁰

3.3.3 Substanzmissbrauch

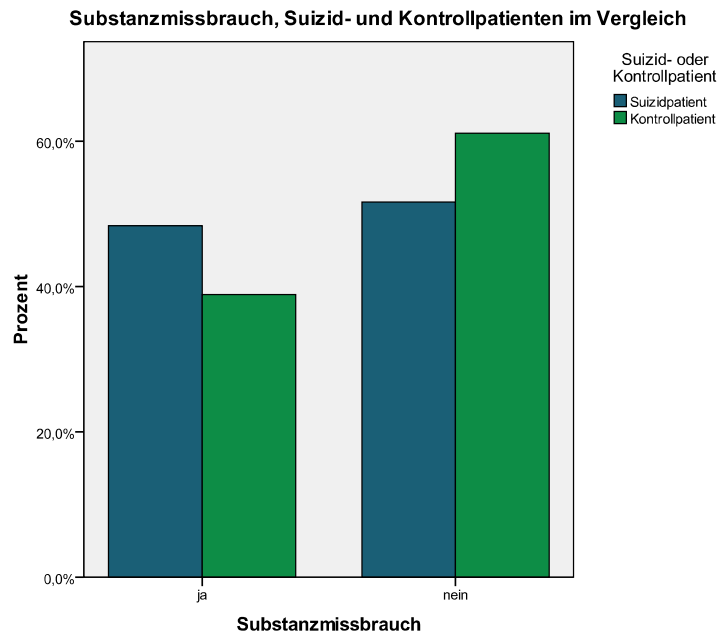


Abb. 19: Substanzmissbrauch, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

48,4% der Suizidpatienten und 38,9% der Kontrollpatienten gingen regelmäßig schädlichem Konsum von Alkohol, Zigaretten, harten Drogen oder sonstigen abhängig machenden Stoffen nach. (Abb.19, Tab.24)

Tab. 24 Aufgeschlüsselter Substanzmissbrauch der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Alkoholkonsum	ja	7	22,6	22	24,2
	nein	24	77,4	68	74,7
	fehlend			1	1,1
	Gesamt	31	100	91	100
Zigarettenkonsum	ja	11	35,5	28	30,8

	nein	20	64,5	62	68,1
	fehlend			1	1,1
	Gesamt	31		91	100
Konsum harter Drogen	ja	2	6,5	5	5,5
	nein	29	93,5	85	93,4
	fehlend			1	1,1
	Gesamt	31	100	91	100
sonstiger Konsum (z.B. Klebstoff)	ja	1	3,2	2	2,2
	nein	30	96,8	88	96,7
	fehlend			1	1,1
	Gesamt	31	100	91	100

22,6% der Suizid- und 24,2% der Kontrollpatienten waren alkoholabhängig.

Raucher fanden sich zu 35,5% unter den Suizid- und zu 30,8% unter den Kontrollpatienten.

Dem Konsum harter Drogen waren 6,5 der Suizid- und 5,5% der Kontrollpatienten verfallen.

3,2% der Suizid- und 2,2% der Kontrollpatienten konsumierten sonstige, abhängig machende Stoffe. (Tab. 24)

Wenn die Summe der Konsumenten aus Tabelle 24 die Ergebnisse aus der Abbildung 19 übersteigt, so ist dies mit dem Konsum mehrerer Stoffe bei einzelnen Patienten zu erklären.

Bei Grandel, Gill und Kliebhan fand sich eine solche Untersuchung nicht.

3.3.4 Psychiatrische Diagnose

Zunächst folgt eine Übersicht aller jemals gestellten, psychiatrischen Diagnosen bei allen Patienten, im Anschluss eine Gegenüberstellung der Hauptdiagnosen, die aktuell den Suizid zur Folge hatten und nach denen die Suizid- und Kontrollpatienten abgeglichen wurden.

Tab. 25 Psychiatrische Diagnosen der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

Diagnosen nach ICD 10	Suizid- oder Kontrollpatient			
	Suizidpatient		Kontrollpatient	
	n	%	n	%
Erkrankung aus schizophreniformer Gruppe	14	45,2	35	38,5
Erkrankung aus Gruppe affektiver Psychosen, F30/31	3	9,7	4	4,4
Erkrankung aus Gruppe affektiver Psychosen, F32/33	14	45,2	49	53,8
Erkrankung aus Gruppe affektiver Psychosen, F34/38	2	6,5	4	4,4
Substanzmissbrauch	4	12,9	14	15,4
Angst und Panikstörung	0	,0	3	3,3
Persönlichkeitsstörung	2	6,5	10	11,0
sonstige psych. Erkrankungen*	3	9,7	8	8,8

*z.B. Konversionsstörung, Anpassungsstörungen

Die Tabelle 25 zeigt alle Diagnosen der Suizid- und Kontrollpatienten zum Untersuchungszeitpunkt. Dass die Summe der Patienten die Stichzahl und die Gesamtprozente 100% übersteigen, liegt daran, dass unter den Suizidpatienten 11 Patienten (35,5%) und unter den Kontrollpatienten 36 Patienten (39,6%) mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt bekamen.

An Erkrankungen aus der schizophreniformen Gruppe litten 45,2% der Suizid- und 38,5% der Kontrollgruppe.

An affektiven Psychosen F30/31 waren 9,7% der Suizid- und 4,4% der Kontrollpatienten erkrankt.

An affektiven Psychosen F32/33 litten 45,2% der Suizid- und 53,8% der Kontrollpatienten.

Erkrankungen aus der Gruppe der affektiven Psychosen F34/38 wiesen 6,5% der Suizid- und 4,4% der Kontrollpatienten auf.

Dem Substanzmissbrauch waren 12,9% der Suizid- und 15,4% der Kontrollpatienten verfallen.

An einer Panikstörung litten 3,3% der Kontrollpatienten.

Persönlichkeitsstörungen waren mit 6,5% bei den Suizid- und mit 11% bei den Kontrollpatienten zu verzeichnen.

9,7% der Suizid- und 8,8% der Kontrollpatienten litten an anderen psychiatrischen Erkrankungen. (Tab.25)

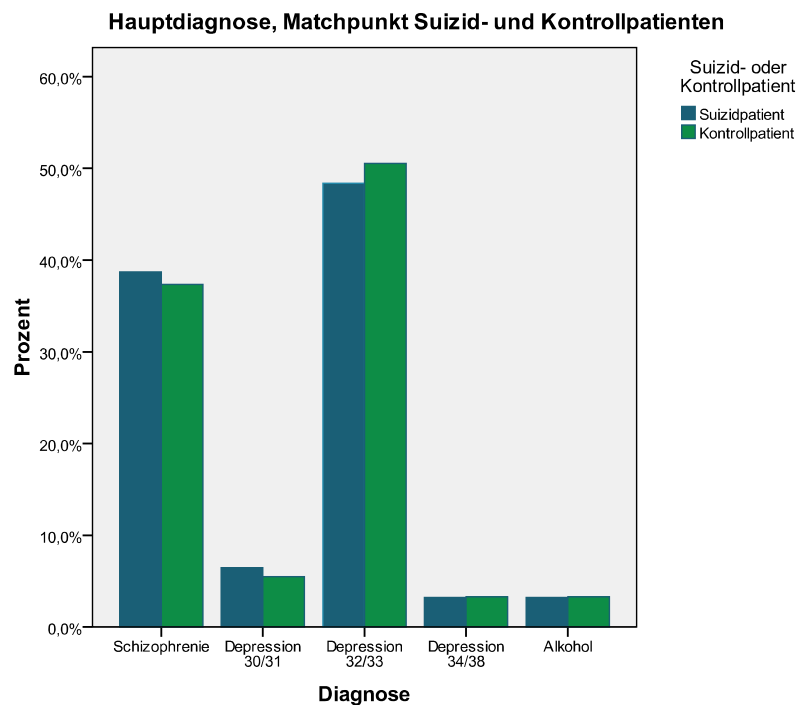


Abb. 20: Hauptdiagnose, Matchpunkt Suizid- und Kontrollpatienten

Tab. 26 Hauptdiagnosen der Suizidpatienten, nach denen die Kontrollpatienten gesucht wurden

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Hauptdiagnose,	Schizophrenie	12	38,7	34	37,4
Matchpunkt Suizid- und	Depression 30/31	2	6,5	5	5,5
Kontrollpatienten	Depression 32/33	15	48,4	46	50,5
	Depression 34/38	1	3,2	3	3,3
	Alkohol	1	3,2	3	3,3
	Gesamt	31	100	91	100

Die Abbildung 20 und die Tabelle 26 veranschaulichen die Verteilung der Hauptdiagnosen der Suizidpatienten, d.h. der Diagnosen, die zum Zeitpunkt des Suizids am stärksten und quälend im Vordergrund standen. Nach diesen Diagnosen wurden jedem Suizidpatienten drei Kontrollpatienten angepasst.

Die minimalen Abweichungen in der Zahl der Kontrollpatienten lässt sich bei den Schizophrenien dadurch erklären, dass in zwei Fällen nur zwei statt drei passenden Kontrollpatienten gefunden werden konnten. Bei den Depressionen musste in einem Fall auf eine andere Untergruppe der affektiven Psychosen zurückgegriffen werden, deren Krankheitsbilder sich in diesem Fall aber sehr ähnlich waren.

Die meisten Patienten begingen den Suizid unter den Diagnosen der Depression (F32/33) mit 48,4% und der Schizophrenie mit 38,7%. Weit dahinter folgen mit 6,5% Erkrankungen aus dem affektiven Formenkreis F30/31, mit 3,2 % aus dem affektiven Formenkreis F34/38. Bei 3,2% der Suizidpatienten stand die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund. (Tab.26)

Der exakte Vergleich mit den vorangehenden Arbeiten fällt aufgrund geänderter ICD Systeme und Krankheitsbezeichnungen schwer. Dennoch lässt sich eine große Parallele bei allen drei Arbeiten finden: Die beiden häufigsten Krankheitsbilder unter deren Leidensdruck der Suizid begangen wurde.

Kliebhan fasste für eine bessere Vergleichbarkeit der drei unterschiedlichen Arbeiten die einzelnen ICD Diagnosen zu Gruppen zusammen:²⁰

- 1 Schizophrenie
- 2 Depressive Syndrome (Involutionen-depression, nichtorganische Psychosen, Neurosen)
- 3 organische Psychosyndrome
- 4 sonstige Erkrankungen (Persönlichkeitsstörungen, Alkoholabhängigkeit, psychogene Reaktionen)

Tab. 27 Haptdiagnosen der Suizidpatienten von 1965 bis 2008

	Schizophrenie	Depressive Syndrome	org. Psychosyndrom	Sonstige
Grandel ¹⁸	51,60%	25,80%	16,10%	6,50%
Gill ¹⁹	45,70%	28,60%	11,40%	14,30%
Kliebhan ²⁰	38,90%	38,90%	2,70%	19,50%
Drechsler	38,70%	58,10%		3,20%

Die Ergebnisse der einzelnen Jahre zeigen die Schizophrenie sowie die depressiven Syndrome als die dominierenden Krankheitsbilder, die den Suizid nach sich zogen. (Tab. 27)

Feststellbar ist jedoch der Unterschied, dass bei Grandel und Gill noch deutlich mehr schizophrene als depressive Suizidpatienten zu finden waren. Bei Kliebhan halten sich beide Krankheitsbilder die Waage und in der eigenen Arbeit letztendlich hat sich das Gewicht auf das Krankheitsbild der affektiven Psychosen verlagert.

3.3.5 Krankheitsdauer seit Diagnosestellung

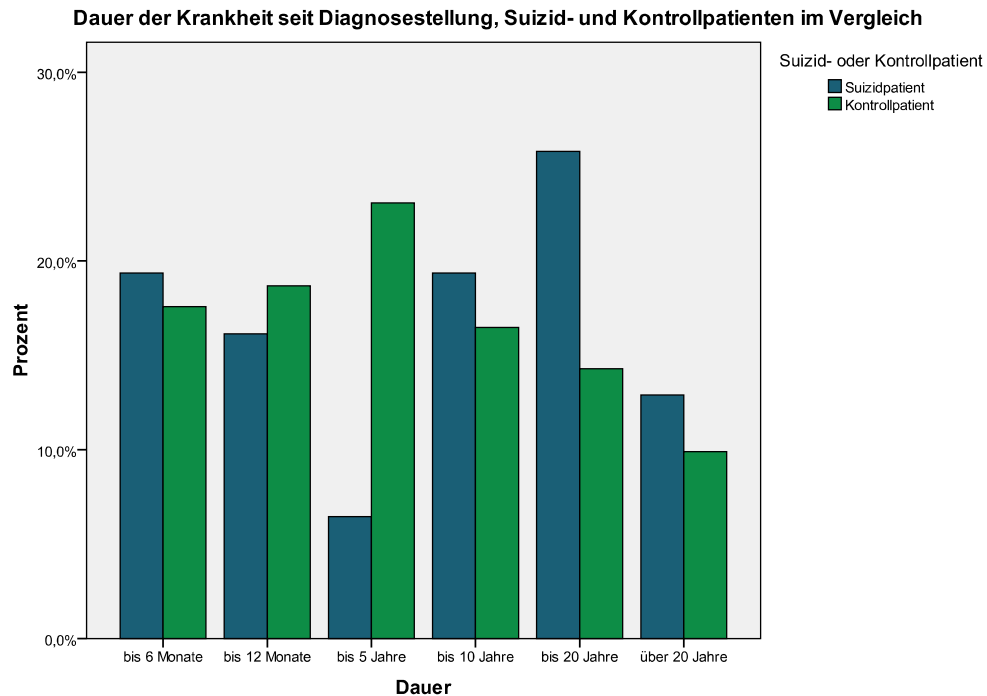


Abb. 21: Dauer der Krankheit seit Diagnosestellung, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Tab. 28 Dauer der Krankheit seit Diagnosestellung bei den Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 - 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Dauer der Krankheit seit Diagnosestellung	bis 6 Monate	6	19,4	16	17,6
	bis 12 Monate	5	16,1	17	18,7
	bis 5 Jahre	2	6,5	21	23,1
	bis 10 Jahre	6	19,4	15	16,5
	bis 20 Jahre	8	25,8	13	14,3
	über 20 Jahre	4	12,9	9	9,9
	Gesamt	31	100	91	100

Die meisten Suizide ereigneten sich bei den Patienten innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung (35,5%), wobei sich 19,4% innerhalb der ersten sechs Monate und 16,1% innerhalb der zweiten sechs Monate das Leben nahmen. Eine zweite auffällige Häufung der Suizide findet sich bei den Patienten mit einer langen Krankheitsdauer zwischen 10 und 20 Jahren (25,8%).

Weitere sechs Patienten (19,4%) beendeten ihr Leben nach 5 – 10 Jahren der Krankheit. Nach einer sehr langen Krankheitsdauer von über 20 Jahren nahmen sich vier Patienten (12,9%) das Leben. Zwei Patienten (6,5%) entschieden sich nach 1 – 5 Jahren des Leidens für den Suizid. (Abb.21, Tab.28)

Es kann ein minimales Überwiegen bei den sehr kurzen Krankheitsdauern bis zu sechs Monaten der Suizid- gegenüber den Kontrollpatienten konstatiert werden. (Suizidpatienten 19,4%, Kontrollpatienten 17,6%). Auch bei den sehr langen Krankheitsdauern von über fünf Jahren bis hin über 20 Jahre der Suizidpatienten dominieren die Suizidpatienten. (Suizidpatienten: 58,1%, Kontrollpatienten: 40,7%). (Tab.28)

Tab. 29 Krankheitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnosen, Suizidpatienten

	Dauer der Krankheit seit Diagnosestellung bei Suizidpatienten					
	bis 6 Monate	bis 12 Monate	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	bis 20 Jahre	über 20 Jahre
	%	%	%	%	%	%
Schizophrenie	25,0	0	8,3	33,3	25,0	8,3
Depression 30/31	0	0	0	0	100,0	0
Depression 32/33	13,3	33,3	6,7	13,3	13,3	20,0
Depression 34/38	100,0	0	0	0	0	0
Alkohol	0	0	0	0	100,0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0

Die Tabelle 29 untersucht die Krankheitsdauern abhängig von den jeweiligen Hauptdiagnosen der Suizidpatienten.

Die Diagnose F 32/33, die die meisten Suizide nach sich zog, zeigt zwei deutliche Höhepunkte in den Krankheitsdauern, und zwar innerhalb des ersten Jahres (46,6%) und nach langem Leidensdruck von über 20 Jahren hinweg (20,0%).

Bei den schizophrenen Patienten fanden wir, dass sich die meisten (33,3%) nach einer Krankheitsdauer von 5 – 10 Jahren das Leben nahmen. Beachtlich ist aber auch hier die Zahl derer, die sich innerhalb des ersten Krankheitsjahres oder nach sehr langen Krankheitsverläufen zwischen 10 und 20 Jahren für den Suizid entschieden (je 25%).

Tab. 30 Krankheitsdauer bezogen auf die Hauptdiagnose, Kontrollpatienten

	Dauer der Krankheit seit Diagnosestellung bei Kontrollpatienten					
	bis 6 Monate	bis 12 Monate	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	bis 20 Jahre	über 20 Jahre
	%	%	%	%	%	%
Schizophrenie	14,7	14,7	20,6	26,5	20,6	2,9
Depression 30/31	0	0	0	0	60,0	40,0
Depression 32/33	21,7	23,9	28,3	6,5	6,5	13,0
Depression 34/38	33,3	33,3	0	33,3	0	0
Alkohol	0	0	33,3	66,7	0	0

Ein wesentlicher Unterschied zwischen Suizid- und Kontrollpatienten lässt sich nur bei der dominierenden Diagnose der depressiven Syndrome 32/33 finden: Hier liegt die Verteilung längst nicht so ausdrücklich auch auf den langen Krankheitsdauern von über 10 Jahren.

Ansonsten bleibt die Verteilung der Krankheitsperioden auch im Bezug auf die Diagnosen ähnlich der der Suizidpatienten. (Tab.30)

Auch Gill und Kliebhan fanden keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Krankheitsdauern zwischen den Suizid- und Kontrollgruppen. Die Mehrzahl der

schizophrenen und depressiven Patienten zeigte bei ihnen jedoch einen längeren Krankheitsverlauf.^{19,20}

3.3.6 Aggressivität

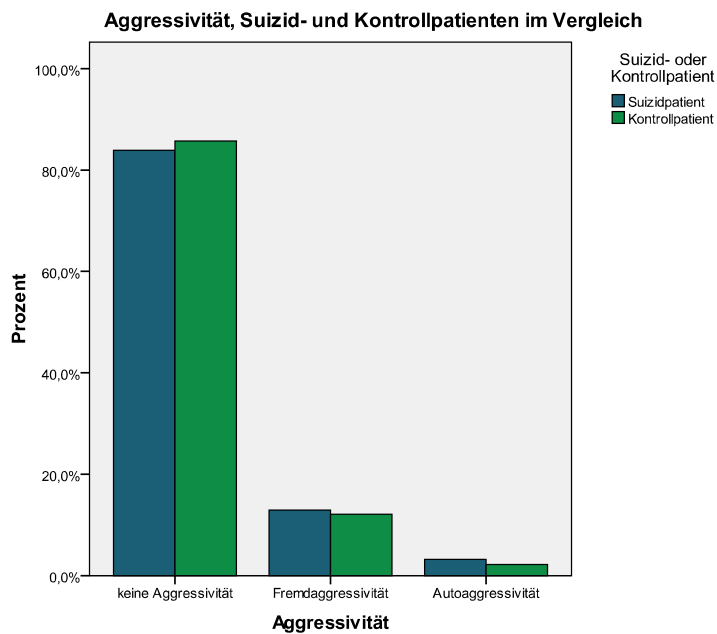


Abb. 22: Aggressives Verhalten, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Tab. 31 Aggressives Verhalten der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Aggressivität	keine Aggressivität	26	83,9	78	85,7
	Fremdaggressivität	4	12,9	11	12,1
	Autoaggressivität	1	3,2	2	2,2
Gesamt		31	100	91	100

Die Suizidpatienten zeigten im Vergleich zu den Kontrollpatienten kein auffällig aggressiveres Verhalten: 12,9% der Suizid- und 12,1% der Kontrollpatienten verhielten sich anderen Personen gegenüber verbal und körperlich aggressiv.

3,2% der Suizid- und 2,2% der Kontrollpatienten demonstrierten während des Stationsaufenthaltes eine selbstgefährdende Aggressivität.

Der überwiegende Teil sowohl der Suizidpatienten (83,9%), als auch der Kontrollpatienten (85,7%) zeigten aber kein aggressives Verhalten. (Abb. 22, Tab. 31)

Bei den vorangehenden Arbeiten finden sich keine Untersuchungen zu dieser Fragestellung.

3.3.7 Medikamentöse Therapie

Tab. 32 Medikamentöse Therapie der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
medikamentöse Therapie	keine Therapie	0	0	7	7,7
	Einfachtherapie	2	6,5	14	15,4
	Mehrfachtherapie	29	93,5	70	76,9
	Gesamt	31	100	91	100

Zum Untersuchungszeitpunkt standen laut Tabelle 32 100% der Suizid- und 92,3% der Kontrollpatienten unter medikamentöser Behandlung.

Die Suizidpatienten wurden häufiger (93,5%) mit einer Mehrfachtherapie behandelt als die Kontrollen (76,9%).

Die Aufteilung der einzelnen Medikamentenklassen zeigt die Tabelle 33:

Tab. 33 Medikamentöse Therapie nach Medikamentenklassen

Medikamentöse Therapie	Suizid- oder Kontrollpatient			
	Suizidpatient		Kontrollpatient	
	n	%	n	%
mit Neuroleptika	27	87,1	57	62,6
mit Antidepressiva	22	71,0	50	54,9
mit Hypnotika	9	29,0	18	19,8
mit Tranquillizern	11	35,5	9	9,9
mit and. Psychopharmaka	1	3,2	15	16,5
mit nicht-psych. Medikamenten	16	51,6	41	45,1
Alternative Therapie, z.B. EKT	0	0	4	4,4
keine med./alt. Therapie	0	0	7	7,7

87,1% der Suizidpatienten benötigten Neuroleptika und 71% Antidepressiva, wobei bei 61,3% der Patienten beide Psychopharmaka angewendet wurden.

29% der Suizidpatienten nahmen zusätzlich Hypnotika und 35,5% zusätzlich Tranquillizer zu den Neuroleptika und/oder den Antidepressiva ein.

3,2% erhielten andere Psychopharmaka (z.B. Antiepileptika).

51,6% der Suizidpatienten nahmen zusätzlich nicht-psychiatrische Medikamente gegen körperliche Leiden ein. (Tab. 33)

Bei den Kontrollpatienten zeigt sich ein deutlich geringerer Einsatz der hauptsächlich verwendeten Medikamente:

62,6% der Kontrollpatienten erhielten eine Behandlung mit Neuroleptika und 54,9% mit Antidepressiva, wobei 30,8% eine Kombination aus beiden Psychopharmaka benötigten.

Bei 19,8% wurde ein Hypnotikum und bei 9,9% ein Tranquillizer in Kombination mit den Neuroleptika und/oder Antidepressiva eingesetzt.

45,1% der Kontrollpatienten nahmen nicht-psychiatrische Medikamente gegen körperliche Leiden ein.

16,5% standen unter Behandlung mit anderen Psychopharmaka, bei 4,4% wurden Therapieversuche mit alternativen Methoden versucht, wie z.B. der Elektrokrampftherapie oder Schlafentzug. (Tab. 33)

Auch Gill und Kliebhan untersuchten die Medikation der Suizid- bzw. Kontrollpatienten. Bei beiden wurden hauptsächlich Neuroleptika und Antidepressiva verordnet, häufig in Kombination und ohne große Unterschiede zwischen dem Suizid- und Kontrollkollektiv, seltener Hypnotika und Tranquillizer.^{19,20}

Bei Kliebhan ließ sich, wie auch in der aktuell vorliegenden Arbeit, feststellen, dass Hypnotika und Tranquillizer viel häufiger bei den Suizid- als bei den Kontrollpatienten zum Einsatz kamen.²⁰

3.4 Daten zu Therapie und Klinikaufenthalt

3.4.1 Einweisungsanlass

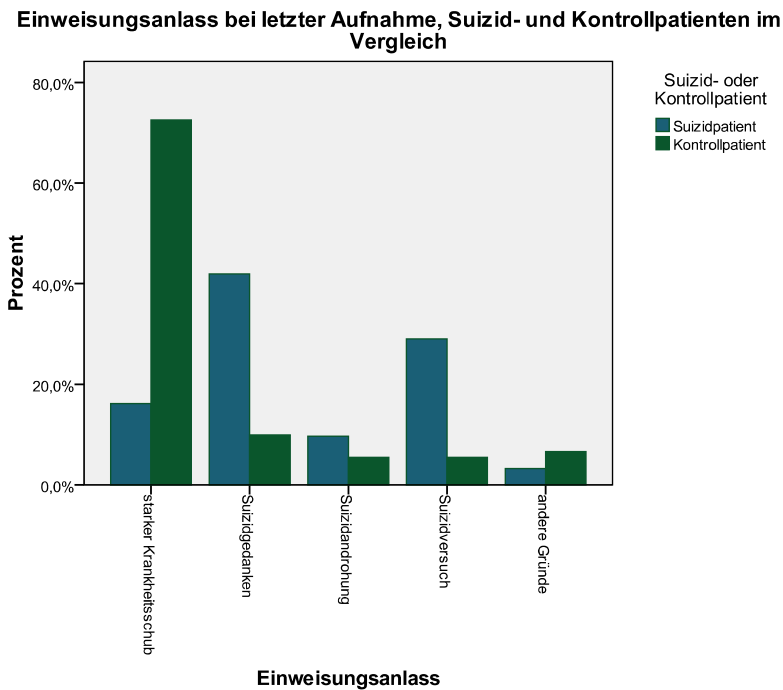


Abb. 23: Einweisungsanlass bei letzter Aufnahme, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Tab. 34 Einweisungsanlass bei letzter Aufnahme der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Einweisungsanlass bei letzter Aufnahme	starker Krankheitsschub	5	16,1	66	72,5
	starker Krankheitsschub mit Suizidgedanken	13	41,9	9	9,9
	Suizidandrohung	3	9,7	5	5,5
	Suizidversuch	9	29,0	5	5,5
	andere Gründe*	1	3,2	6	6,6
Gesamt		31	100	91	100

* Medikamenteneinstellung, Verlaufskontrolle, Therapieversuch

Die Tabelle 34 und das Schaubild 23 zeigen die signifikant höhere Suizidalität der Suizidpatienten bei der letzten Aufnahme ($p < 1\%$):

Bei 80,6% der Suizidpatienten ließ sich bei Einlieferung ins Krankenhaus Suizidalität feststellen: 41,9% litten unter einem starken Krankheitsschub mit Suizidgedanken, 9,7% hatten anderen Personen gegenüber einen geplanten Suizid angedroht, und 29% der Suizidpatienten wurden wegen eines aktuellen Suizidversuchs eingewiesen. 16,1% hatten keine Suizidgedanken trotz des schweren Krankheitsschubs, 3,2% kamen aus anderen Gründen in die Klinik.

Dagegen zeigten sich nur 20,9% der Kontrollpatienten zum Aufnahmezeitpunkt suizidal:

9,9% der Kontrollpatienten formulierten Suizidgedanken, und jeweils 5,5% hatten einen geplanten Suizid angedroht oder aktuell einen Suizidversuch begangen. Der Großteil der Kontrollpatienten (72,5%) klagte während des starken Krankheitsbildes nicht über Suizidgedanken, 6,6% kamen aus anderen Gründen in die Klinik.

Gill fand in ihrer Untersuchung, ähnlich der eigenen Ergebnisse, dass bei 42,9% ihrer Suizidpatienten der letzte Einweisungsgrund Suizidversuch (28,6%) oder Suizidandrohung (14,3%) lautete. Hingegen zeigten nur 11,5% d Kontrollgruppe suizidales Verhalten bei der Einweisung.¹⁹

Auch Kliebhan beschrieb dieselben Tendenzen: 41,6% ihrer Suizidpatienten kamen mit einer Suizidandrohung (27,7%) oder gar einem Suizidversuch (13,9%) das letzte Mal in die Klinik. Immerhin 30,6% ihrer Kontrollpatienten zeigten suizidales Verhalten.²⁰

3.4.2 Einweisungsmodus

Tab. 35 Einweisungsmodus bei letzter Aufnahme der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 - 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Einweisungsmodus bei letzter Aufnahme	Hausarzt	4	12,9	9	9,9
	Nervenarzt, Psychiater, Psychologe	11	35,5	40	44,0
	UKT andere Station	4	12,9	4	4,4
	auswärtiges Krankenhaus	2	6,5	6	6,6
	selbstständig	4	12,9	20	22,0
	Familienmitglieder	4	12,9	8	8,8
	gegen den Willen, Polizei	2	6,5	4	4,4
	Gesamt	31	100	91	100

Der Großteil der Patienten, sowohl der Suizidpatienten (35,5%) als auch der Kontrollpatienten (44%) wurden von behandelnden Psychiatern bzw. Psychologen an das Universitätsklinikum Tübingen überwiesen.

Der behandelnde Hausarzt überzeugte 12,9% der Suizid- und 9,9% der Kontrollpatienten, sich an die psychiatrische Klinik zu wenden. 12,9% der Suizid- und 4,4% der Kontrollpatienten wurden von anderen Kliniken und Stationen des Universitätsklinikums Tübingen an die Psychiatrie weiter geleitet und 6,5 % bzw. 6,6% der Suizid- und Kontrollpatienten kamen von auswärtigen Krankenhäusern.

Der Leidensdruck war bei 12,9% der Suizidpatienten so groß, dass sie selbstständig Hilfe in der Poliklinik suchten, 22% der Kontrollpatienten wählten ebenfalls diesen Weg.

Gegen den eigenen Willen und nur mit Unterstützung der Polizei wurden 6,5% der Suizid- und 4,4% der Kontrollpatienten in die Tübinger Psychiatrie eingewiesen.

(Tab.35)

Die Ergebnisse von Grandel, Gill und Kliebhan variieren sehr, es lassen sich keine Konstanten oder Auffälligkeiten heraus arbeiten.¹⁸⁻²⁰ (Tab.36)

Tab. 36 Einweisungsmodus bei letzter Aufnahme der Suizid- und Kontrollpatienten von 1965 - 1991

		Hausarzt	Nervenarzt	Poliklinik	anderes KH	selbst	Zwang	Sonstiges
Grandel		19,0%	29,0%	7,0%	26,0%	16,0%	3,0%	
Gill	SP	17,1%	8,6%	17,1%	28,6%	17,1%	8,0%	2,0%
	KP	25,7%	28,6%	14,3%	14,3%	14,3%		2,9%
Kliebhan	SP	13,9%	27,8%	8,3%	8,3%	27,8%		13,9%
	KP	16,7%	47,2%	2,8%	19,4%	11,1%		2,8%

3.4.3 Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen

Tab. 37 Anzahl stationärer Aufenthalte in psych. Einrichtungen der Suizid- und Kontrollpatienten

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Anzahl stationärer Einweisungen in psych. Anstalten	Ersteinweisung	5	16,1	22	24,2
	Mehrfacheinweisung	26	83,9	69	75,8
	Gesamt	31	100	91	100

Die Tabelle 37 zeigt, dass der Großteil, sowohl der Suizidpatienten (83,9%) als auch der Kontrollpatienten (75,8%) bereits mehrfache Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen hatten. Die Suizidpatienten waren bereits etwas häufiger in vorangehenden Behandlungen.

Gill und Kliebhan untersuchten dies ebenfalls und zeigten eine geringfügig häufigere stationäre Vorbehandlung in den Suizidgruppen: In Gills Patientenkollektiv war die

stationäre Aufnahme zum Untersuchungszeitpunkt für 48,6% der Suizidpatienten und für 51,4% der Kontrollpatienten eine Ersteinweisung.¹⁹

Kliebhan beschreibt, dass 75% ihrer Suizid- und 69,5% ihrer Kontrollgruppe bereits mehrfach in stationärer, psychiatrischer Behandlung waren.²⁰

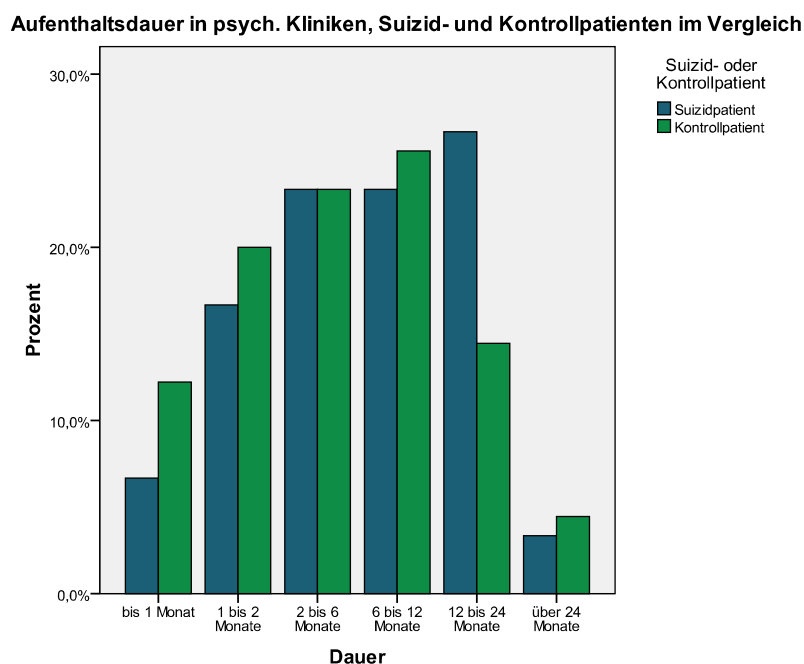


Abb. 24: Aufenthaltsdauer in psych. Einrichtungen, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich.

Fragt man nach den genauen Zeiten, die die Patienten in ihrem Leben in psychiatrischen Einrichtungen verbrachten, gibt die Abbildung 24 Antworten.

Kurzzeitige Aufenthalte von bis zu einem Monat hatten 6,7% der Suizid- und 12,2% der Kontrollpatienten.

16,7% der Suizidpatienten und 20% der Kontrollpatienten hatten bisher 1 bis 2 Monate in einer psychiatrischen Einrichtung verbracht.

Stationäre Phasen von 2 Monaten bis zu 6 Monaten konnten 23,3% der Suizid- und Kontrollpatienten aufweisen.

Eine stationäre Behandlung von über 6 Monaten bis hin zu einem Jahr war bei 23,3% der Suizid- und bei 25,6% der Kontrollpatienten notwendig.

Langzeitbehandlungen von über einem bis hin zu zwei Jahren hatten 26,7% der Suizid- und 14,4% der Kontrollpatienten.

3,3% der Suizidpatienten und 4,4% der Kontrollpatienten hatten bisher sehr lange Stationsunterbringungen von über zwei Jahren zu verzeichnen.

3.4.4 Dauer des letzten Klinikaufenthaltes

Die Tabelle 38 zeigt, dass der Großteil der Suizidpatienten (45,2%) sich innerhalb des ersten Monats des stationären Aufenthaltes suizidierte.

32,2% verbrachten 2 bis 6 Monate vor dem Suizid in der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen und 22,6% begingen den Suizid innerhalb des zweiten Monats des Klinikaufenthaltes. Kein Suizidpatient war beim letzten Aufenthalt länger als 6 Monate in stationärer Behandlung.

Die Aufenthaltsdauern der Kontrollpatienten zeigen keine wesentlichen Unterschiede zu denen der Suizidpatienten.

Tab. 38 Dauer des letzten Klinikaufenthaltes der Suizid- und Kontrollpatienten

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Dauer des letzten Klinikaufenthaltes	bis 1 Monat	14	45,2	40	43,9
	1 - 2 Monate	7	22,6	31	34,1
	2 - 6 Monate	10	32,2	19	20,9
	6 - 12 Monate	0	0	1	1,1
	Gesamt	31	100	91	100

Kliebhan, die als einzige den Aufenthaltszeitraum der letzten Stationierung ebenfalls untersuchte, fand auch, dass der Großteil der Suizidpatienten sich innerhalb der ersten 40 Tage das Leben nahm (61,5%).²⁰

3.4.5 Stationsunterbringung bei Aufnahme

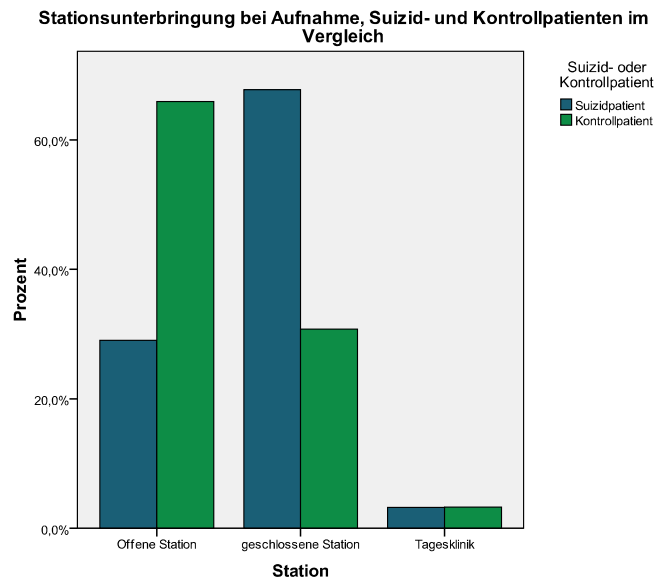


Abb. 25: Stationsunterbringung bei Aufnahme, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Tab. 39 Stationsunterbringung bei Aufnahme der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Stationsunterbringung	offene Station	9	29,1	60	65,9
	geschlossene Station	21	67,7	28	30,8
	Tagesklinik	1	3,2	3	3,3
Gesamt		31	100	91	100

Der Großteil der Suizidpatienten (67,7%) wurde in den beschützenden Rahmen einer geschlossenen Station aufgenommen. Die Kontrollpatienten bedurften nur zu 30,8% einer Aufnahme in die geschlossene Abteilung.

29,1% der Suizidpatienten wurden sofort einer offenen Station zugewiesen, 3,2% waren von Anfang an der Tagesklinik angeschlossen.

Die meisten Kontrollpatienten (65,9%) waren von Anfang an einer offenen Station, 3,3% der Tagesklinik zugewiesen. (Abb. 25, Tab. 39)

Grandel und Gill kamen zu folgenden Ergebnissen:

Grandel berichtet von 54,8% der Aufnahmen der Suizidpatienten in eine offene Station, 38,7% benötigten den Schutz einer geschlossenen Abteilung. 6,5% wurden der Tagesklinik zugewiesen.¹⁸

Bei Gill wurden 62,9% der Suizidpatienten, aber nur 45,7% der Kontrollpatienten in eine geschlossene Station aufgenommen.¹⁹

Die Stationsunterbringung ist ebenfalls ein Matchpunkt zwischen den Suizid- und Kontrollpatienten in der vorliegenden Arbeit. Der Eindruck der gravierenden Abweichungen in der Stationsunterbringung, der hier entstehen mag, kommt daher, dass als Vergleichsstation nicht die Aufnahmestation, sondern diejenige Station gewählt wurde, in der die Suizidpatienten den Großteil ihres letzten Stationsaufenthaltes verbrachten und schließlich den Suizid begingen.

3.4.6 Stationswechsel

Tab. 40 Stationswechsel der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Stationswechsel	kein Stationswechsel	11	35,5	66	72,5
	von geschlossene Station auf offene Station	18	58,1	19	20,9
	von offene Station auf geschlossene Station	0	0	3	3,3
	von offener Station in Tagesklinik	2	6,4	3	3,3
	Gesamt	31	100	91	100

35,5% der Suizid- und 72,5% der Kontrollpatienten wechselten die Station während des Untersuchungszeitraumes nicht, damit wurden die Suizidpatienten deutlich häufiger verlegt.

58,1% der Suizid- und 20,9% der Kontrollpatienten wurden von einer geschlossenen Station auf eine offene Station verlegt.

3,3% der Kontrollpatienten wechselten von einer offenen Station in eine geschlossene Abteilung.

6,4% der Suizid- und 3,3% der Kontrollpatienten wurden von einer offenen Station in die Tagesklinik übernommen. (Tab. 40)

Grandel und Kliebhan untersuchten diese Fragestellung ebenfalls, allerdings ist nicht erwähnt, wie die Verlegungen verliefen. 35,5% seines Suizidpatientenkollektivs wurden bei Grandel im Laufe der Stationierung verlegt.¹⁸ Kliebhans Suizidpatienten wurden in 38,5% der Fälle und die Kontrollpatienten in 23,1% der Fälle auf andere Stationen verlegt.²⁰

3.4.7 Bezugspersonenwechsel beim betreuenden Personal

Tab. 41 Bezugspersonenwechsel während des stationären Aufenthaltes der Suizid- und Kontrollpatienten

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Bezugspersonenwechsel stationär	ja	18	58,1	24	26,4
	Nein	13	41,9	67	73,6
Gesamt		31	100	91	100

Als Bezugspersonenwechsel wurde der Wechsel vor allem des betreuenden Arztes/der betreuenden Ärztin oder des nahestehenden Pflegepersonals (infolge von Verlegung, Urlaub oder Rotation des betreuenden Teams) gewertet. Bei der Auswertung wurde darauf geachtet, dass dies in den Akten der Patienten explizit erwähnt wurde.

58,1% der Suizidpatienten durchlebten während ihres letzten Stationsaufenthaltes einen Wechsel der betreuenden Bezugspersonen, wohingegen nur 26,4% der Kontrollpatienten einen solchen Wechsel im Klinikalltag erlebten. (Tab.41)

In Gills und Kliebhans Arbeiten lassen sich beinahe identische Ergebnisse finden: 51,4% von Gills Suizidpatienten und 34,3% der Kontrollpatienten erlebten einen Personalwechsel.¹⁹

57,7% der Suizidpatienten bei Kliebhan und 30,8% Patienten ihrer Kontrollgruppe hatten einen Wechsel der betreuenden Bezugspersonen zu verkraften.²⁰

3.4.8 Familiäre Bezugspersonen

Tab. 42 Familiäre Bezugspersonen der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Bezugspersonen familiär	ja	25	80,6	72	79,1
	nein	6	19,4	19	20,9
Gesamt		31	100	91	100

80,6% der Suizid- und 79,1% der Kontrollpatienten fanden familiären Rückhalt in ihrer Leidensphase.

Dennoch ertrugen 19,4% der Suizid- und 20,9% der Kontrollpatienten ihre Last völlig allein und isoliert von Familie und Freunden.

(Tab. 42)

In den vorangehenden Arbeiten fand sich eine solche Fragestellung nicht.

3.5 Daten zu Suizidalität und Suizid

3.5.1 Suizidversuche

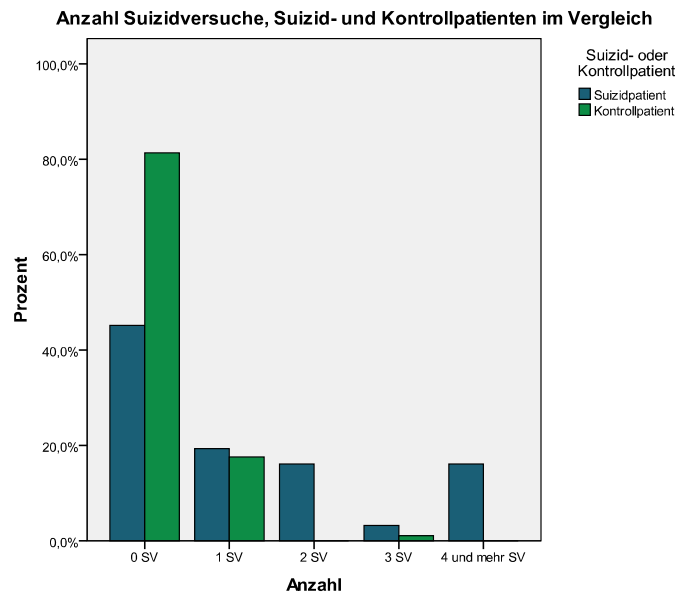


Abb. 26: Anzahl bisheriger Suizidversuche, Suizid- und Kontrollpatienten im Vergleich

Eindrücklich zeigt die Abbildung 26 zusammen mit der Tabelle 43 die Unterschiede im vorangegangenen suizidalen Verhalten zwischen den Suizid- und Kontrollpatienten.

Über die Hälfte der Suizidpatienten, nämlich 54,8%, hatten bereits einen oder mehrere Suizidversuche begangen: 19,4% hatten einen, 16,1% zwei, 3,2% drei und 16,1% bereits vier oder mehr als vier Suizidversuche überlebt.

Unter den Kontrollpatienten berichteten 18,7% von einem oder mehreren Suizidversuchen. 17,6% hatten einen Suizidversuch und 1,1% drei Suizidversuche begangen. Vorangehende Suizidversuche können bei einem Signifikanzniveau von $p < 1\%$ als signifikante Risikofaktoren des Patientensuizids geltend gemacht werden.

Tab. 43 Suizidversuche der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

		Suizid- oder Kontrollpatient			
		Suizidpatient		Kontrollpatient	
		n	%	n	%
Suizidversuche	0 SV	14	45,2	74	81,3
	1 SV	6	19,4	16	17,6
	2 SV	5	16,1	0	0
	3 SV	1	3,2	1	1,1
	4 SV und mehr	5	16,1	0	0
Gesamt		31	100	91	100

In allen drei vorangehenden Arbeiten von Gill, Grandel und Kliebhan lässt sich feststellen, dass mehr Suizid- als Kontrollpatienten im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte mindestens einen Suizidversuch hinter sich hatten.

Bei Grandel begingen bereits 58% der Suizidenten Suizidversuche.¹⁸

Gill berichtet von einer 62,9%iger Suizidversuchsrate unter den Suizidpatienten und einer 20%igen Rate unter den Kontrollpatienten.¹⁹

58,4% der Suizidpatienten in Kliebhans Patientenkollektiv versuchten schon früher, sich das Leben zu nehmen, wohingegen nur 27,8% der Kontrollpatienten einen Suizidversuch hinter sich hatten.²⁰

(Tab. 44)

Tab. 44 Suizidversuche der Suizid- und Kontrollpatienten von 1965 bis 1991

		0	1	2 bis 5	über 5
Grandel		42%		58%	
Gill	SP	37,10%	25,70%	34,30%	2,90%
	KP	80%	17,10%		2,90%
Kliebhan	SP	41,60%	27,80%	27,80%	2,80%
	KP	72,20%	16,70%	11,10%	

Tab. 45 Suizidversuche der Suizidpatienten 1992 bis 2008, aufgeteilt nach Hauptdiagnosen

		Suizidversuche der Suizidpatienten			
		ja		nein	
		n	%	n	%
Hauptdiagnose	Schizophrenie	8	66,7	4	33,3
	Depression 30/31	1		1	
	Depression 32/33	6	44,4	9	55,6
	Depression 34/38	1		0	
	Alkohol	1	100,0	0	0
	Sonstige	0	,0	0	0
Gesamt		17		14	
	31				

Untersucht man die Suizidversuche noch in Abhängigkeit der verschiedenen Diagnosegruppen, so zeigt sich, dass besonders die an einer Schizophrenie leidenden Patienten (66,7%) schon mindestens einen Suizidversuch begangen hatten. Aus dem Kreis der affektiven Psychosen hatten 44,4% der Patienten schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei dem einzigen Alkoholpatienten waren ebenfalls mehrere Suizidversuche in der Anamnese zu finden. (Tab.45)

Einzig Grandel untersuchte diese Fragestellung.

50% seiner Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis und 63% aus dem der affektiven Psychosen hatten bereits mindestens einmal einen Suizidversuch gewagt.¹⁸

3.5.2 Modus der Suizidversuche

Tab. 46 Modus der Suizidversuche der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

	SV zu Hause, privat	SV in früheren, stationären Behandlungen
Suizidpatienten	28 (71,8%)	11 (28,2%)
Kontrollpatienten	16 (84,2%)	3 (15,8%)

Der Großteil der vorangegangenen Suizidversuche fand sowohl bei den Suizidpatienten (71,8%) als auch bei den Kontrollpatienten (84,2%) außerhalb eines stationären Aufenthaltes im privaten Alltag statt. (Tab.46)

Grandel, Gill und Kliebhan untersuchten diesen Punkt nicht.

3.5.3 Methoden der Suizidversuche

Tab. 47 Methoden der Suizidversuche der Suizid- und Kontrollpatienten von 1992 bis 2008

	harte Methoden	weiche Methoden
Suizidpatienten	21 (53,8%)	18 (46,2%)
Kontrollpatienten	12 (63,2%)	7 (36,8%)

Zu den harten Methoden bei Suizidversuchen und vollzogenen Suiziden zählen Erhängen, Ertränken, Herabstürzen, vor den Zug werfen und der Einsatz stechender Gegenstände. Unter den weichen Methoden versteht man allgemein die Einnahme von Psychopharmaka oder anderen Medikamenten und das Inhalieren von Gas/Dämpfen.

Bei den Suizidpatienten ist der Einsatz harter zu weicher Methoden bei den Suizidversuchen relativ ausgeglichen (53,8% harte, 46,2% weiche Methoden). Unter den Kontrollpatienten gibt es größere Unterschiede (63,2% harte, 36,8% weiche Methoden). (Tab.47)

Gill und Kliebhan finden, ähnlich den eigenen Ergebnissen, in der Geschichte der Suizidversuche der Suizidpatienten zu 50% den Einsatz harter und zu 50% den weicher Methoden.^{19,20}

3.5.4 Suizidalität zu Beginn des letzten Stationsaufenthaltes

Tab. 48 Suizidalität der Suizidpatienten bei letzter Aufnahme

Suizidalität	n	%
keine Suizidalität	6	19,4
Suizidversuch	9	29,0
Suizidandrohung	3	9,7
Suizidgedanken	13	41,9
Gesamt	31	100,0

Bei einem überwiegenden Teil der Suizidanten (80,6%) konnte bei Aufnahme in die psychiatrische Universitätsklinik zu Tübingen Suizidalität festgestellt werden. 41,9% quälten Suizidgedanken, 29% hatten eben einen Suizidversuch begangen und wurden deswegen an die Klinik überwiesen, 9,7% der Suizidpatienten formulierten offen Suizidpläne. (Tab. 48)

3.5.5 Erkennbare Suizidalität kurz vor dem Suizid

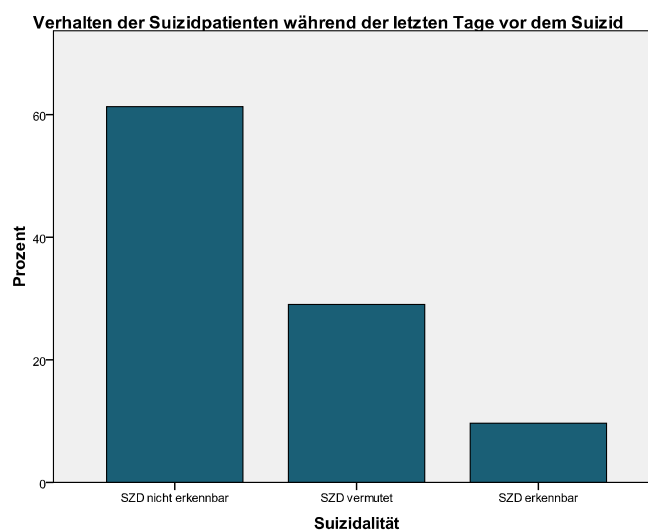


Abb. 27: Suizidalität und Verhalten der Suizidpatienten vor dem Suizid

Tab. 49 Suizidalität und Verhalten während der letzten Tage vor dem Suizid, Suizidpatienten 1992 - 2008

		n	%
Gültig	SZD nicht erkennbar	19	61,3
	SZD vermutet	9	29,0
	SZD erkennbar	3	9,7
	Gesamt	31	100,0

Bei nur 9,7% der Suizidpatienten wurden während der letzten Tage vor dem Suizid ein offensichtlich auffälliges Verhalten und suizidale Absichten festgestellt.

Bei 29% der Suizidpatienten konnte vom betreuenden Team Suizidalität nicht völlig ausgeschlossen werden, wurde vom Patienten aber auf Nachfrage stets verneint.

Insgesamt zeigten in dieser Untersuchung also 38,7% der Suizidpatienten wenige Tage vor dem Suizid ein Verhalten, dass auf die Selbstgefährdung hinwies.

Die meisten der Suizidpatienten (61,3%) zeigten in den letzten Tagen vor dem Suizid kein auffällig suizidales oder vom, den Ärzten bekannten, Krankheitsbild abweichendes Verhalten und verneinten stets Suizidgedanken oder gar Pläne.

(Abb. 27, Tab. 49)

Grandel beschreibt in seiner Arbeit konträre Ergebnisse. Unter seinen Suizidpatienten zeigten 77,2% Suizidalität, die zumindest vermutet oder sogar deutlich festgestellt werden konnte.¹⁸

Auch Gill konnte bei 68,6% ihres Suizidpatientenkollektivs wenige Tage vor dem Suizid ein vermutet bis deutlich erkennbares suizidales Verhalten feststellen.¹⁹

Kliebhan untersuchte ebenfalls erkennbare Verhaltensänderungen während der letzten sieben Tage vor dem Suizid (z.B. zunehmende Depression aber auch ungewöhnlich fröhlichere Erscheinung), die sie allerdings bei nur 19,2% ihrer Suizidpatienten finden konnte.²⁰

3.5.6 Ankündigung des Suizids

Tab. 50 Ankündigung des Suizids

Ankündigung	n	%
ja	2	6,5
nein	29	93,5
Gesamt	31	100,0

In zwei Fällen (6,5%) wurde der Suizid angekündigt. (Tab.50)

Einmal verbal gegenüber Familienmitgliedern, wovon die betreuende Station erst nach dem Suizid erfuhr.

Ein anderer Patient hatte einen ankündigenden Brief in seine Schublade gelegt, der erst nach dem Suizid gefunden wurde.

In Gills Arbeit lassen sich in 14,6% der Suizidfälle eine vorangehende Ankündigung finden.¹⁹

3.5.7 Suizid im Zusammenhang mit familiären Problemen

Tab. 51 Suizid im Zusammenhang mit verschiedenen familiären Problemen

Suizid bei familiären Problemen	n	%
ja		
Scheidung	1	3,2
Todesfall in naher Familie	1	3,2
große Probleme in Familie, Streit	2	6,5
Gesamt	4	12,9
nein	27	87,1
Gesamt	31	100,0

In vier Fällen (12,9%) konnte der Suizid zeitlich in Zusammenhang mit schwerwiegenden, familiären Problemen gebracht werden. Es zählten hierfür

eindrückliche Aussagen der Patienten, wegen dieser familiären Umstände krank geworden zu sein oder keine Kraft mehr für die Bekämpfung der Krankheit zu haben. Eine Patientin (3,2%) litt in den Tagen vor dem Suizid unter den Strapazen der letzten Schritte einer ungewollten Scheidung. In einem Fall (3,2%) kämpfte der Patient mit den Gefühlen nach dem Tod eines Kindes. Bei zwei Patienten lagen schwer belastende, familiäre Umbrüche sowie aktuelle Geldsorgen vor.
(Tab. 51)

Auch Kliebhan fand in 11,1% ihrer Suizidfälle Zusammenhänge mit naheliegenden, tiefgreifenden, familiären Umbrüchen.²⁰

3.5.8 Suizid im Zusammenhang mit Entlassungsdruck

Tab. 52 Suizid im Zusammenhang mit Entlassungsdruck auf die Suizidpatienten

Entlassungsdruck	n	%
ja	8	25,8
nein	23	74,2
Gesamt	31	100,0

Acht Patienten (25,8%) fühlten sich dem Druck der geplanten, nahe bevorstehenden Entlassung (innerhalb der folgenden zwei Wochen) und der damit verbundenen Wiedereingliederung und Anstrengungen eines normalen Alltages noch nicht gewachsen, hatten Angst im normalen Leben zu scheitern und formulierten dies mehrfach und nachdrücklich. (Tab. 52)

Grandel, Gill und Kliebhan untersuchten diesen Punkt bei ihren Patienten nicht explizit.

3.5.9 Anderes, dem Suizid naheliegendes Ereignis

Tab. 53 Anderes, dem Suizid naheliegendes Ereignis

Ereignis	n	%
Ja	7	22,6
Nein	24	77,4
Gesamt	31	100,0

In sieben Fällen (22,6%) ging dem Suizid ein einschneidendes Ereignis im Leben der Suizidpatienten voraus. (Tab. 53)

Ein besonders begabter Patient erfuhr, dass er nicht in die USA zu seinem Studium zurückkehren konnte, das ihm viel bedeutete und verlor deshalb sein Stipendium. Bei einer Patientin war die Trennung von ihrem Freund am Wochenende vor dem Suizid geschehen.

Ein Patient wollte sich, während eines Ausganges mit einem Freund am Bahnhof treffen, der wiederholt einfach nicht auftauchte und suizidierte sich daraufhin. Eine andere Patientin beging den Suizid nach einer ähnlichen Enttäuschung, nachdem sie einen ganzen Tag auf ihren Bruder gewartet hatte, ihn mehrmals versuchte zu erreichen und sich schließlich abends das Leben nahm.

Bei einem Patienten stand das Versagen in einer Abschlussprüfung im Studium zum Suizidzeitpunkt im Vordergrund.

Eine Patientin erfuhr kurz vor dem eigenen Suizid dieselben Pläne von einer Mitpatientin und sie wollten diesen Plan zusammen verwirklichen.

Im Falle einer Patientin kann das Ereignis nicht nachvollzogen werden, sie sprach ständig davon, dass „etwas Furchtbares“ geschehen sei, worüber sie aber noch nicht sprechen könne. Diese Patientin litt an einer schweren Depression.

Kliebhan findet bei fünf Patienten (12,2%) einschneidende Erlebnisse im Leben der Suizidpatienten, die sich zeitlich in Zusammenhang mit dem Suizid bringen lassen.²⁰

3.5.10 Methode der Suizide

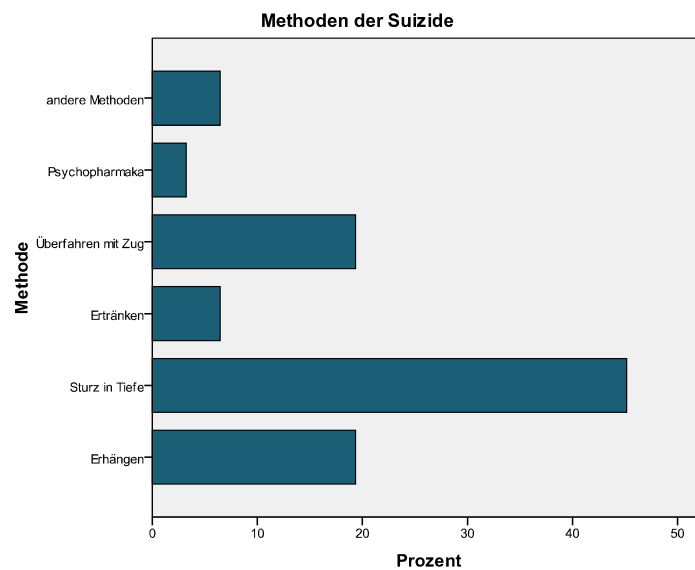


Abb. 28: Methoden der Suizide

Tab. 54 Methoden der Suizide

Methode	n	%
Erhängen	6	19,4
Sturz in Tiefe	14	45,2
Ertränken	2	6,4
Überfahren mit Zug	6	19,4
Psychopharmaka	1	3,2
andere Methoden*	2	6,4
Gesamt	31	100,0

* werden zu harten Methoden gezählt: Schusswaffen

Die Abbildung 28 und die Tabelle 54 zeigen, dass für die Ausführung des Suizides hauptsächlich die „harten Methoden“ gewählt wurden, zu denen Erhängen, Ertränken, Herabstürzen, vor den Zug werfen und der Einsatz stechender Gegenstände gehört. Unter den weichen Methoden versteht man allgemein die Einnahme von Psychopharmaka und anderen Medikamenten und das Inhalieren von Gas/Dämpfen.

96,8% der Patienten suizidierten sich mit harten Methoden, darunter alle 14 Männer und 16 Frauen.

Eine Frau (3,2%) nahm sich mit der weichen Methode der Psychopharmaka - Überdosierung das Leben.

Auch in den vorangehenden Arbeiten wendeten die Suizidpatienten hauptsächlich harte Methoden an, um sich das Leben zu nehmen:

Grandels Patienten suizidierten sich zu 77,5% mit harten Methoden.¹⁸

Gills Patienten nahmen sich zu 88,6% mit harten Methoden das Leben.¹⁹

Kliebhan berichtet in 80,8% der Suizidfälle von Anwendung harter Methoden.²⁰

3.5.11 Modus der Suizide

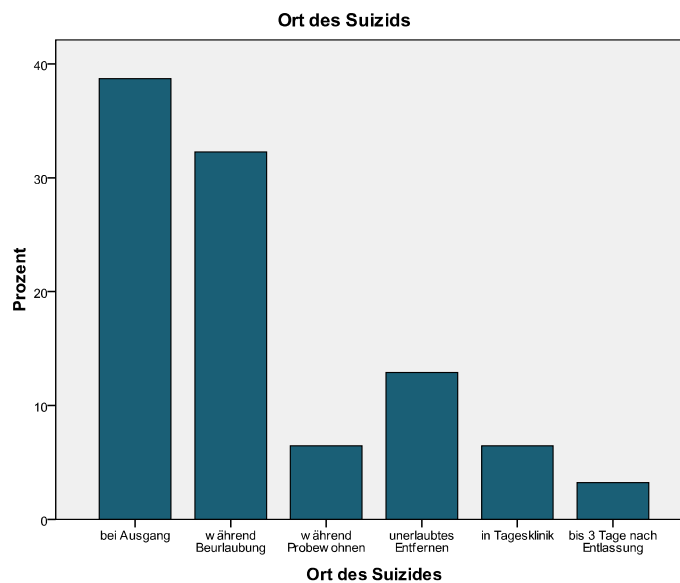


Abb. 29: Modus des Suizids

Tab. 55 Modus des Suizids

Modus des Suizids	n	%
bei Ausgang	12	38,7
während Beurlaubung	10	32,3
während Probewohnen	2	6,5
unerlaubtes Entfernen	4	12,9
in Tagesklinik	2	6,5
bis 3 Tage nach Entlassung	1	3,2
Gesamt	31	100,0

Der Großteil der Patienten (38,7%) beging den Suizid während eines, mit dem betreuenden Pflegepersonal abgesprochenen, Ausgangszeitraumes.

32,3% nahmen sich das Leben während eines Wochenendaufenthaltes zu Hause.

Vier Patienten (12,9%) entfernten sich aus der Klinik ohne es mit dem Personal abgesprochen zu haben und nahmen sich dann das Leben.

Jeweils zwei Patienten (6,5%) begingen den Suizid während einer Belastungsphase des Probewohnens zu Hause und während des täglichen Aufenthaltes in der poststationären Tagesklinik. Ein Patient nahm sich das Leben am zweiten Tag nach der Entlassung aus der schützenden Klinik. (Abb. 29, Tab. 55)

Kein Patient nahm sich das Leben innerhalb des Klinikgebäudes.

Im Vergleich zu den vorangehenden Arbeiten ist vor allem bezeichnend, dass die Zahl der Suizide innerhalb des Klinikgebäudes auf Null gesunken ist.

In Grandels Untersuchungszeitraum begingen 38,7% der Patienten den Suizid in der Klinik (22,6% in geschlossenen, 16,1% in offenen Abteilungen). Außerhalb der Klinik nahmen sich 61,3% das Leben (32,3% bei erlaubtem, 29% bei unerlaubtem Entfernen aus der Klinik).¹⁸

Bei Gill begingen 43% der Patienten den Suizid innerhalb der Klinik. (31,4% in geschlossenen, 11,6% in offenen Stationen). Außerhalb der Klinik nahmen sich

ingesamt 57% das Leben (34,2% bei erlaubtem, 22,8% bei unerlaubtem Entfernen aus der Klinik).¹⁹

Kliebhan schloss die Grenzgruppe aus, die den Suizid innerhalb 3 Monate nach Entlassung begangen hatten.

23% ihrer Patienten suizidierten sich innerhalb der Klinik (je 11,5% in geschlossenen bzw. offenen Stationen). 77% begingen den Suizid außerhalb des Klinikgebäudes: Jeweils 27% nahmen sich während einer Beurlaubung und nach unerlaubtem Entfernen aus der Klinik das Leben. Je 11,5% begingen den Suizid bei einem einfachen Ausgang oder nach Entlassung aus der Klinik binnen dreier Tage.²⁰

3.5.12 Uhrzeit der Suizide

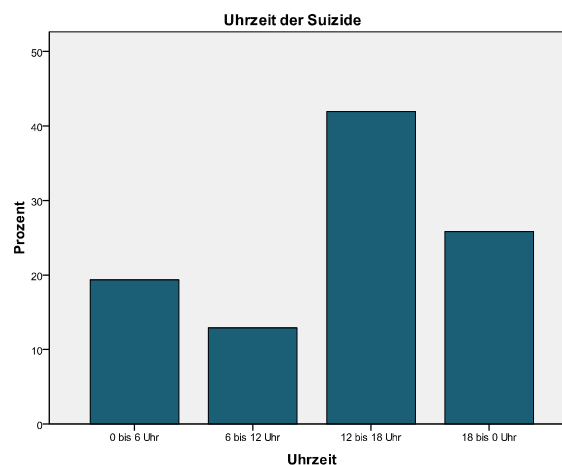


Abb. 30: Uhrzeit des Suizids

Tab. 56 Uhrzeit der Suizide

Uhrzeit		n	%
Gültig	0 bis 6 Uhr	6	19,4
	6 bis 12 Uhr	4	12,9
	12 bis 18 Uhr	13	41,9
	18 bis 0 Uhr	8	25,8
	Gesamt	31	100,0

41,9% der Suizidpatienten begingen den Suizid tagsüber, zwischen 12 und 18 Uhr. 25,8% nahmen sich in den Abend-/Nachtstunden zwischen 18 und 24 Uhr das Leben. 19,4% suizidierten sich in der späten Nacht/den frühen Morgenstunden zwischen 24 und 6 Uhr. 12,9% der Suizidpatienten begingen den Suizid vormittags zwischen 6 und 12 Uhr. (Abb. 30, Tab. 56)

Auch Gill (40%) und Kliebhan (27,8%) berichten in ihren Ergebnissen von einer deutlichen Häufung der Suizide tagsüber, besonders zwischen 12 und 18 Uhr. ^{19,20}

3.5.13 Wochentag der Suizide

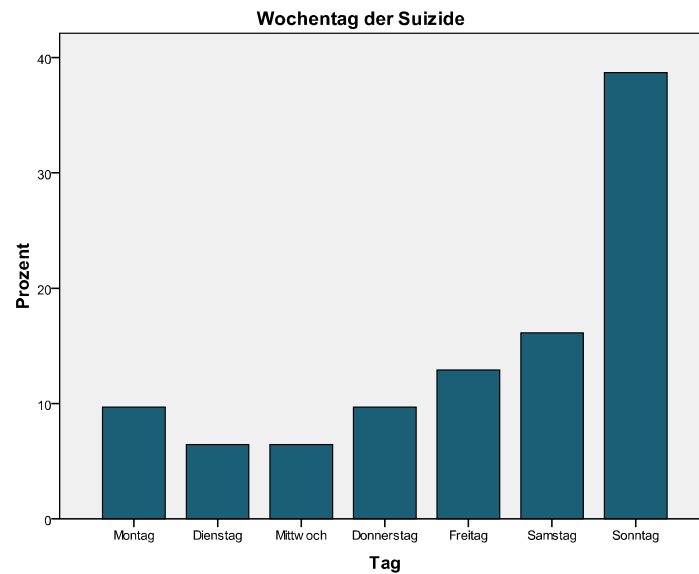


Abb. 31: Wochentag der Suizide

Tab. 57 Wochentag der Suizide

Wochentag	n	%
Montag	3	9,7
Dienstag	2	6,5
Mittwoch	2	6,5
Donnerstag	3	9,7
Freitag	4	12,9
Samstag	5	16,1
Sonntag	12	38,7
Gesamt	31	100,0

Die Abbildung 31 zeigt einen deutlichen Anstieg der Suizide am Wochenende: 67,7% der Suizidpatienten beging den Suizid am Wochenende (Freitag – Sonntag): Freitags 12,9%, Samstags 16,1% und Sonntags 38,7%. Montags und Donnerstags suizidierten sich jeweils 9,7% der Patienten und Dienstags und Mittwochs jeweils 6,5% der Patienten. (Tab. 57)

Die Ergebnisse bei Gill und Kliebhan unterstützen dieses Bild nicht. Gill findet eine relativ gleichmäßige Verteilung auf die einzelnen Wochentage, Freitags und Samstags scheinen die Suizide sogar zu sinken.¹⁹ Auch Kliebhan findet keine bedeutenden Unterschiede zwischen den einzelnen Wochentagen.²⁰

3.5.14 Jahreszeit der Suizide

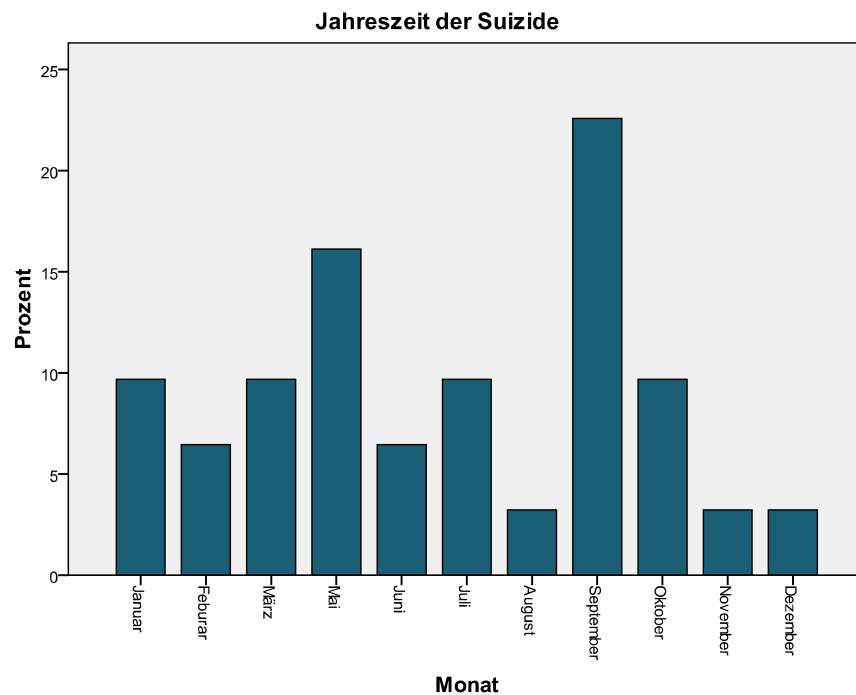


Abb. 32: Jahreszeit der Suizide

Die meisten Suizide ereigneten sich im September mit 22,6% und im Mai mit 16,1%.

Die Monate Januar, März, Juli und Oktober folgen mit jeweils 9,7% der Todesfälle.

Je 6,5% der Suizide geschahen im Februar und im Juni.

Je ein Patient (3,2%) nahm sich in den Monaten August, November und Dezember das Leben. Der April blieb ohne Suizid.

(Abb. 32, Tab. 58)

Stellt man die Herbst-/Wintermonate (Oktober bis März) den

Frühlings-/Sommermonaten (April bis September) gegenüber, so geschahen 42% der

Suizide in den Winter- und 58% der Suizide in den Sommermonaten.

Tab. 58 Jahreszeit der Suizide

Jahreszeit in Monaten	n	%
Januar	3	9,7
Februar	2	6,5
März	3	9,7
April	0	0,0
Mai	5	16,1
Juni	2	6,5
Juli	3	9,7
August	1	3,2
September	7	22,5
Oktober	3	9,7
November	1	3,2
Dezember	1	3,2
Gesamt	31	100,0

Eine Parallele lässt sich in allen vier Arbeiten erkennen: Es kommt zu einer eindeutigen Häufung der Suizide zu Beginn des Frühjahres und im Herbst.

Grandel findet eine überdurchschnittliche Häufung der Suizide in den Monaten Mai und November, Gill und Kliebhan in den Monaten April und November.¹⁸⁻²⁰

4. Diskussion

Anzahl der Suizide und die Frage nach einer Zunahme

In den Jahren 1992 bis 2010 ereigneten sich bei 41.242 Aufnahmen in der UKPP Tübingen 41 Suizide. Das entspricht einer Häufigkeit von 0,1% bzw. einer Suizidrate von 99,4 Suiziden pro 100.000 stationäre Aufnahmen im Mittel.

Die Verteilung über die einzelnen Jahre bleibt dabei relativ gleichmäßig, es lässt sich innerhalb dieser zuletzt untersuchten 18 Jahre keine signifikante Zu- oder Abnahme an Suizidfällen feststellen.

Grandel, der die Jahre 1965 bis 1974 untersuchte, berechnete eine Suizidrate von 0,26% bei 12.113 Aufnahmen (31 Suizide).¹⁸ Für die Jahre 1975 bis 1982 konnte Gill eine Rate von 0,37% (mit Grenzgruppe) bei 10.961 Aufnahmen (35+6 Suizide) ermitteln.¹⁹ Kliebhan beschrieb in ihrer Arbeit über die Jahre 1983 bis 1991 eine Rate von 0,35% bei 10.288 Aufnahmen (26+10 Suizide).²⁰

Insgesamt ergeben die Jahre von 1965 bis 2010 eine durchschnittliche Suizidrate von 0,2% bei 149 Suiziden und 74.604 Aufnahmen bzw. 199,8 Suizide pro 100.000 Aufnahmen.

Die Suizidrate des aktuellen Untersuchungszeitraumes 1992 bis 2010 liegt dabei mit 0,1% und 99,4 Suiziden bei 100.000 Aufnahmen weit unter dem Durchschnitt und zeigt einen deutlichen Rückgang der Suizidfälle

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass einerseits die Suizidfälle im Vergleich zu den 70er und 80er Jahren zurückgegangen sind, andererseits aber auch die immer weiter steigenden Aufnahmezahlen und kürzeren Liegezeiten dieses Ergebnis stark beeinflussen.

Die internationale Literatur beschreibt in den 60er bis in die 80er Jahre hinein eine kontinuierliche Zunahme der Kliniksuizidrate, wie in mehreren Quellen von Wolfersdorf et al. zu finden ist.^{4,17,22} Als Gründe dafür werden bei Wolfersdorf und Finzen et al. die Jahre der Psychiatriereformen mit Umstrukturierungen im stationären und ambulanten Versorgungsbereich, der Enthospitalisierung, Verkürzung der

Liegezeiten bei gleichzeitiger Reduktion der Personalressourcen, Veränderungen in der Pharmakotherapie etc. angeführt.^{17,22,23} Speziell im deutschsprachigen Raum gipfelt die Entwicklung in einem Höhepunkt zu Beginn der 80er Jahre. Der Anstieg bis in die Mitte der 80er bzw. die Anfänge der 90er Jahre gilt international als bewiesen.^{4,7,17,22-25} Der weitere Verlauf wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Während man einerseits von einem Einpendeln auf hohem Niveau bis in die späten 90er hinein spricht^{7,17,22,25}, verteidigen andere bereits vehement einen deutlichen Trend zum Rückgang der Suizidrate.^{10,23,24,26} Die Suizidraten liegen der internationalen Forschung zufolge im Schnitt bei 100 bis 300 Suiziden auf 100.000 Aufnahmen im Jahr, abhängig von verschiedenen Quellen und psychiatrischen Institutionen.^{7,21,22,24,25,27,28} Universitätskliniken zeigen in Vergleich zu den Fachkliniken etwas geringere Suizidraten, so Hübner – Liebermann et al..²⁴ Einig ist man sich, dass sich die Verläufe der Kliniksuizidraten in Deutschland in den einzelnen Kliniken differenziert präsentieren und einer ebenso differenzierten Betrachtung bedürfen, es zeichnet sich aber insgesamt ein Trend der Abnahme ab, wie Wolfersdorf et al. und Hübner – Liebermann et al. betonen.^{17,24,29} Die lange Jahre diskutierte Annahme einer beständig zunehmenden Suizidrate psychisch kranker Menschen unter (teil-) stationären Bedingungen, wird heute, nicht nur von Wolfersdorf et al., in Frage gestellt.⁴

Die eigenen Ergebnisse lassen sich recht gut in die Literatur einordnen. Auch in den eigenen Forschungsreihen ist ein messbares Ansteigen der Suizidrate in den 70er und 80er Jahren zu verzeichnen. Die neuesten Ergebnisse der 18 Jahre von 1992 bis 2010 zeigen dann aber eine auffallend rückläufige Suizidrate, die mit 99,4 Suiziden auf 100.000 Aufnahmen deutlich unter dem langjährigen Durchschnitt internationaler und deutscher psychiatrischer Kliniken liegt. Das Ergebnis lässt sich gut in die doch recht heterogenen Entwicklungen besonders an deutschen Kliniken einordnen. Es bleibt die wiederholt gestellte Fragestellung, die auch Finzen et al. stellen, ob und wie weit die zunehmenden Fallzahlen der Kliniken und die immer kürzer werdenden Liegezeiten dieses Ergebnis beschönigen und die Suizidforschung psychisch kranker Menschen nicht auch vermehrt den poststationären Zeitraum beachten soll und muss.²³

Geschlechterverteilung

In diesem dritten Teil unserer Studie überwogen erstmals die weiblichen Suizidpatienten mit 54,8% die männlichen Suizidanten mit 45,2%.

Die Kontrollpatienten wurden dem Geschlecht der Suizidenten angepasst.

Grandel fand in seinem Teil der Suiziduntersuchung von 1965 bis 1974 ein geringfügiges Überwiegen der Suizide der Männer mit 51,6%.¹⁸ Gill zeigte in den Jahren 1975 bis 1982 ein deutliches Überwiegen der männlichen Suizidenten (65,9%).¹⁹ Während Kliebhans Untersuchungs Jahren von 1983 bis 1991 sank die Männerquote etwas ab (58,3%).²⁰

Im gesamten Untersuchungszeitraum von 1965 bis 2008 fanden sich mehr männliche als weibliche Suizidpatienten. Dennoch ist der seit Mitte der 70er Jahre ansteigende Anteil der weiblichen Suizidanten bis dahin, dass sie zuletzt die männlichen Suizidanten sogar überstiegen, nicht zu missachten.

Auf den Seiten zur Suizidstatistik in der Allgemeinbevölkerung des Statistischen Bundesamtes lässt sich ein über die Jahre hinweg eindeutiges Überwiegen der Männer bei vollzogenen Suiziden in der Allgemeinbevölkerung konstatieren. Die Suizide der Männer liegen dabei dreifach höher, als die der Frauen. (Beispiel 2010: 10.021 Suizide, davon 74,5% Männer und 25,5% Frauen.)³⁰ Diese auffällige Verteilung findet sich beim Patientensuizid an psychiatrischen Krankenhäusern längst nicht so konstant und eindeutig.

Auch in der internationalen Suizidforschung zu Suiziden im stationären, psychiatrischen Setting, lässt sich zumeist ein Überwiegen der männlichen Patienten konstatieren, wenn auch die Prozentzahlen dabei stark variieren.^{8,10-12,17,22,25,31-33}

In einigen Arbeiten, wie bei Hohl – Radke et al., Dong et al., Li et al. und Steblaj et al. finden sich aber durchaus Ergebnisse, in denen die Suizide der Frauen denen der Männer zahlenmäßig beinahe gleichgestellt, wenn nicht sogar überlegen waren.^{7,27,28,34}

Large et al., die 2011 eine Gegenüberstellung aller großer Arbeiten, die sich mit dem stationären Patientensuizid beschäftigten, vornahm, bestätigen, dass das männliche

Geschlecht als solches im psychiatrisch – stationären Setting keinen signifikanten Risikofaktor für den Patientensuizid darstellt.³⁵

Die Verlaufsbeobachtung an der eigenen Klinik bestätigen dieses Ergebnis und zeigt eindrücklich, dass die Suizidrate der Frauen, die wegen einer behandlungsbedürftigen, psychiatrischen Krankheit im stationären Aufenthalt sind, um ein vielfaches höher liegt, als in der Allgemeinbevölkerung.

Altersverteilung

In unserer Untersuchung nahmen sich die meisten Patienten im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (32,3%) das Leben. Auffällig sind auch die hohe Anzahl der sehr jungen Suizidenten zwischen 20 und 29 Jahren (22,6%) und die der sehr alten Suizidpatienten zwischen 70 und 79 Jahren (16,1%). Die Geschlechterverteilung zeigt, dass im jungen Alter zwischen 20 und 39 Jahren die Männer in den Suiziden dominieren und die Suizide der Frauen zum größten Teil im mittleren Alter zwischen 40 und 49 und dann wieder im hohen Alter von 70 bis 79 Jahren deutlich überwiegen.

Auch Grandel, Gill und Kliebhan finden in ihren Arbeiten insgesamt und geschlechterunabhängig eine Häufung an Suiziden in der zweiten und vierten Lebensdekade der Patienten.¹⁸⁻²⁰

In der internationalen Literatur lassen sich sehr unterschiedliche Ergebnisse finden. Das durchschnittliche Alter der Suizidpatienten liegt in einigen Arbeiten in der vierten Lebensdekade, vergleichbar der eigenen Arbeit.^{7,11,12,27,31,36} In manchen Studien liegt der Altersdurchschnitt sogar noch niedriger, im Alter zwischen 20 und 39 Jahren.^{22,25,28,34} Auch sind die Männer im Durchschnitt oft jünger als die Frauen, wenn sie den Suizid begehen, wie Wolfersdorf et al schreiben, was auch unsere eigenen Ergebnisse bestätigen.^{11,36}

In Studien von Wolfersdorf und Klinkisch et al., in denen das Alter der Suizid- und Kontrollpatienten nicht wie bei uns aufeinander abgestimmt wurde, ergibt sich noch der interessante Hinweis, dass die Suizidpatienten signifikant jünger waren als die Kontrollpatienten.^{22,25,36,37}

Familienstand

Die Suizidpatienten lebten vorwiegend in alleinstehenden Verhältnissen: Ledig waren 41,9%, geschieden 16,1% und verwitwet 12,9% (insgesamt 70,9% allein stehend). Auch unter den Kontrollpatienten fanden sich zu größeren Teilen alleinstehende Verhältnisse: 39,6 % lebten alleine, 2,2 % getrennt vom Partner, und je 9,9% waren geschieden oder verwitwet (insgesamt 61,6 % allein stehend). Die Kontrollpatienten lebten im Vergleich zu den Suizidpatienten nur etwas häufiger in partnerschaftlichen Verhältnissen zusammen.

Bei Grandel und Gill zeigt sich noch ein Überwiegen der über 30 jährigen, in festen Partnerschaften lebenden Suizidpatienten (Grandel 73%, Gill 90,9%).^{18,19}

Gill beschreibt zusätzlich, dass sogar mehr Kontrollpatienten (22,7%) als Suizidpatienten (9%) alleinstehend waren.¹⁹ Bei Kliebhan dann ändert sich Bild: Sie fand die Zahl der allein lebenden (58,3%) gegenüber den in einer Partnerschaft lebenden Suizidpatienten (41,7%) bereits leicht erhöht, wenn auch noch längst nicht in dem Ausmaße der aktuellen Ergebnisse.

Insgesamt zeigt sich über die Jahre des beobachteten Zeitraums von 1965 bis 2010 ein deutlicher Rückgang der klassischen Ehe oder Partnerschaft bei den psychisch kranken Menschen, sowohl unter den Suizid- wie auch den Kontrollpatienten. Auch in der Allgemeinbevölkerung lässt sich aber dieser Rückgang beobachten, wie die Zahlen zu Ehe und Lebensformen in Deutschland auf den Seiten des statistischen Bundesamtes zeigen, allerdings längst nicht in dem Maße wie hier im psychiatrisch – stationären Setting beobachtet.³⁰ Das Problem des Single - Daseins scheint allerdings eines der psychisch kranken Menschen generell zu sein und kann hier nicht als signifikanter Risikofaktor für das Ausüben eines Suizides gewertet werden.

In der Literatur findet sich zumeist der Großteil der Suizidpatienten alleinstehend, so auch beispielsweise bei Wolfersdorf et al, Lawrence et al. und Li et al..^{11,17,21,28} Martelli et al., Bowers et al. und Proulx et al. weisen auf das steigende Suizidrisiko bei mangelnder (familiärer) Unterstützung und Einsamkeit allein stehender Patienten hing.^{5,38,39}

Anders so Agerbo et al., die beschreiben, dass im Allgemeinen das Alleinstehen als Risikofaktor gelte, er aber bei den Psychatriepatienten das Gegenteil fand: Verheiratete

hätten sogar ein gesteigertes Suizidrisiko, da sie sich „angesichts der psychischen Erkrankung mehr stigmatisiert und beschämt fühlen“ .⁴⁰

Kinder

Unter den Suizidpatienten hatten 51,6% keine Kinder, bei den Kontrollpatienten waren nur 48,8% kinderlos. Im Schnitt hatten die Suizidpatienten weniger Kinder als die Kontrollpatienten, jedoch waren die Unterschiede dabei so gering, dass die Idee einer möglichen suizidpräventiven Wirkung durch Kinder verneint werden muss. Gill bestätigt dies in ihren Ergebnissen.¹⁹ Kliebhan beschreibt, ähnlich der aktuellen Studie, sowohl den Großteil aller Suizidpatienten als auch aller Kontrollpatienten als kinderlos und kinderreichere Familien im Vergleich unter den Kontrollpatienten.²⁰

Im internationalen Vergleich und jüngerer Literatur ließen sich keine detaillierten Angaben zu Auswirkungen von Kindern auf das Kliniksuzidrisiko finden.

Wohnort und private Wohnsituation

Die Suizidpatienten lebten im Vergleich zu den Kontrollpatienten signifikant überwiegend völlig alleine, ohne jede nahestehende Bezugsperson im Haus (48,4% Suizidpatienten, 20,9% Kontrollen). ($p < 5\%$)

Nur 16,1% der Suizidpatienten hatten einen festen Partner und in einer richtigen Familie mit Kindern lebten 9,7%. Unter den Kontrollpatienten wohnten 20,9% mit ihrem Partner, bzw. 18,7% mit Partner und Kindern zusammen.

Sowohl Grandel als auch Gill bestätigen dieses Ergebnis nicht und zeigen in ihren Untersuchungen noch ein deutliches Überwiegen der Patienten, die mit eigener Familie zusammen wohnten, sowohl in der Suizid- als auch in der Kontrollgruppe (über 50%).^{18,19} Kliebhan hingegen beschrieb ebenfalls ein Überwiegen der isoliert lebenden Suizidpatienten (30,6%) gegenüber den Kontrollen (16,7%).²⁰

Vergleicht man diesen Untersuchungspunkt mit dem oben angeführten Familienstand, so möchte man vermuten, dass es nicht das Alleinstehen im Sinne des Single – Daseins ist, sondern vielmehr die Isolation von Mitmenschen an sich, das völlige Alleinleben (ohne Partner, Kinder, Eltern, WG-Mitbewohner in nächster Nähe) ist, das als Risikofaktor für den endgültigen Suizid gewertet werden kann. Und dies besonders in

Anbetracht der Tatsache, dass ein großer Teil der Suizide sich während einer Beurlaubung abspielte.

In der Literatur beschreiben Wolfersdorf et al., Bowers et al. und Martelli et al. alleinlebende Menschen ohne Unterstützung als besonders suizidgefährdet.^{5,11,38}

Gesellschaftsschicht

Unseren Auswertungen zufolge waren nur 19,4% der Suizidpatienten und 26,4% der Kontrollpatienten berufsfähig und arbeitstätig. Im Allgemeinen zeigt sich die gravierende Schwere einer psychischen Krankheit, die es verhindert, einen normalen Tagesablauf mit geregelten Arbeitszeiten beizubehalten. Es stellt sich die Frage, ob eine geregelte Arbeit ein suizidprotektiver Faktor sein kann.

Aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit und der Tatsache, dass die meisten Patienten auf sich allein gestellt waren, gehörten die meisten Suizidenten der unteren Unterschicht an (38,7%). 16,1% waren in der unteren Mittelschicht, 12,9% in der mittleren Mittelschicht, 9,7% in der oberen Unterschicht und 6,5% in der oberen Mittelschicht vertreten. Zu den altersgemäßen Rentnern zählten 16,1% der Suizidenten.

Die Kontrollpatienten waren mit 29,7% der unteren Unterschicht zuzurechnen, 15,4% gehörten der mittleren Mittelschicht, 13,2% der oberen Unterschicht und 12,1% der unteren Mittelschicht an. Unter den Kontrollpatienten waren 6,6% der Gruppe der sozial Verachteten zuzuordnen und 5,5% hingegen der oberen Mittelschicht.

Die altersgemäßen Rentner waren unter den Kontrollpatienten mit 17,6% vertreten.

Vergleicht man beide Gruppen, bemerkt man die relativ ähnliche Verteilung auf die Gesellschaftsschichten in beiden Gruppen. In beiden Patientenkollektiven war die Arbeitslosigkeit hoch, bei den Suizidpatienten noch etwas höher als bei den Kontrollen. Die meisten Patienten fielen in beiden Untersuchungsgruppen in die untere Unterschicht, was für das psychiatrische Patientenkollektiv insgesamt Fragen nach einer sozialen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, die größere Anfälligkeit für psychische Krankheiten in niedrigeren Gesellschaftsschichten bzw. den Abstieg in einer Gesellschaft aufgrund einer solchen Krankheit aufwirft.

Im Vergleich zu den Arbeiten von Grandel, Gill und Kliebhan ist eine Verlagerung der Patientenkollektive in niedrigere Schichten auffällig. In den drei vorangehenden Arbeiten ergibt sich vor allem eine Verteilung auf die untere und mittlere Mittelschicht, sowie die obere Unterschicht.¹⁸⁻²⁰

In der Literatur wird diese Thematik kontrovers diskutiert. In der Allgemeinbevölkerung gilt der Arbeitslosenstatus als Suizidrisiko, laut Agerbo et al. und Blakely et al..^{40,41} Die Kombination einer psychischen Erkrankung und ein kritischer sozioökonomischer Status bedingt durch die Arbeitslosigkeit werden von Blakely et al. und Schneider et al. als besonderes Risiko hervorgehoben, während Arbeit als möglicher Schutzfaktor diskutiert wird.^{41,42} In großen Case-Controlle Studien zum Suizid während stationärer, psychiatrischer Behandlung wird Arbeitslosigkeit allerdings nicht als wesentlicher Risikofaktor im Vergleich der Suizidpatienten mit den Kontrollpatienten bestätigt, so bei Wolfersdorf, Dong und Large et al. zu finden.^{11,27,35} Agerbo beschreibt sogar ein höheres Suizidrisiko für gut ausgebildete, arbeitende, gut verdienende Patienten.⁴⁰ Er konstatiert, dass diese Patienten sich möglicherweise stigmatisierter⁴³ und beschämter⁴⁴ angesichts der psychischen Erkrankung fühlen.⁴⁵

Social Drift

43,3% der Suizidpatienten und 39,6% der Kontrollpatienten durchliefen einen Abstieg in der Gesellschaftsschicht seit Beginn ihrer psychischen Erkrankung. Im Vergleich zu den Vorarbeiten ist zu registrieren, dass die Patienten in noch niedrigere Gesellschaftsschichten abgestiegen waren. Zum einen leben im Vergleich zu früher mehr Patienten alleine und somit ohne finanzierende und stützende Kraft im Haushalt. Hinzu kommt die gravierende, stigmatisierende und schwächende Situation psychiatrisch Kranker in einer so leistungsorientierten Welt. Ein Abdriften in tiefere Gesellschaftsschichten durch Arbeitsunfähigkeit und lange Krankheitsphasen scheint ohne den klassischen Rückhalt durch Familie oder ein Elternhaus sehr wahrscheinlich.

Soziale Kontakte

Beinahe 20% der Suizid- und Kontrollpatienten lebten völlig isoliert. Der Großteil der Suizidpatienten hatte wenigstens Kontakt zur Familie (48,4%), wohingegen die meisten Kontrollpatienten noch einen Freundeskreis und rege Kontakte pflegten (40,7%).

Bereits bei der Untersuchung der Wohnverhältnisse hatte sich gezeigt, wie wichtig nahe Kontakte zu sein scheinen, wenn auch bei dieser Fragestellung kein explizierter und deutlicher Unterschied zwischen Suizid- und Kontrollpatienten feststellbar ist. Vielmehr bestätigt sich noch einmal die Zurückgezogenheit psychisch kranker Menschen insgesamt, die sich in unserer Untersuchung schon mehrmals zeigte.

Auch in der Literatur, wie bei Cassells et al. wird der Verlust von sozialen Kontakten, insbesondere sozialer Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen als Risikofaktor gesehen.⁴⁶

Schulbildung/Berufsausbildung

Die Ergebnisse zeigten, dass deutlich mehr Suizidpatienten höhere schulische Bildungsgrade erreicht hatten (Abitur 51,7%, mittlere Reife 13,8%). Bei den Kontrollpatienten absolvierten die meisten (42,2%) den Hauptschulabschluss (Abitur hingegen 38,9%). Bei den fortführenden Berufsausbildungen zeigt sich dann ein ähnliches Bild: 41,4% der Suizidpatienten und 41,1% der Kontrollpatienten hatten eine abgeschlossene Lehre vorzuweisen, an zweiter Stelle folgten dann bei den Suizidpatienten die Universitätsabschlüsse mit 24,1%, wohingegen bei den Kontrollpatienten mit 30% die Patienten ohne Berufsausbildung folgten. Unter den Suizidpatienten waren nur 10,3% ohne berufliche Ausbildung.

Sowohl Gill als auch Kliebhan beschreiben in ihren Arbeiten, dass die Suizidpatienten im Schnitt höhere Schulabschlussgrade erreichten als die Kontrollpatienten.^{19,20}

Kliebhan untersuchte auch die beruflichen Fortbildungen und kam zum selben Ergebnis: 66,7% der Suizidpatienten hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung, davon 16,7% den Universitätsabschluss, aber nur 38,9% der Kontrollpatienten absolvierten eine Berufsausbildung, davon 5,6% einen Universitätsabschluss.

Insgesamt zeigen sich die Suizidpatienten schulisch wie beruflich, deutlich besser aus- und fortgebildet. Es stellt sich die Frage, ob das Bildungsniveau als Risikofaktor gesehen werden kann.

Unsere Untersuchungen stimmen gut mit denen in der internationalen Forschung überein. Höhere Bildungsgrade scheinen nicht vor dem Suizid zu schützen, vielmehr werden sie sogar als Risikofaktor gehandelt. Agerbo und Madsen et al., die sich eingehend mit dieser Fragestellung beschäftigten beschreiben die gebildeteren Patienten grundsätzlich als suizidgefährdeter.^{10,40,45} Ein ausgeprägteres Scham- und Stigmatisierungsgefühl angesichts der psychiatrischen Krankheit wird von diesen Autoren für möglich gehalten.⁴⁰

Perspektive

In dieser Untersuchung konnten signifikant mehr Kontrollpatienten (76,7%) ein fixes Zukunftsziel oder eine Perspektive formulieren als die Suizidpatienten (41,9%).
($p < 1\%$)

Völlige Hoffnungslosigkeit angesichts der eigenen Lage scheint ein wichtiger Unterschied zwischen beiden Patientenkollektiven zu sein und wird auch in der Literatur als signifikanter Faktor für suizidales Denken und Handeln bei psychisch kranken Menschen allgemein gesehen, wie etwa bei Cassells, Kim und King et al..⁴⁶⁻⁴⁸ Auch bei stationären, psychiatrischen Patienten gilt Hoffnungslosigkeit, besonders als Teil der depressiven Negativ-Symptomatik als Hochrisikofaktor, so Large et al.³⁵, oder zumindest als nicht zu verachtender Faktor im Zusammenhang mit vollzogenem Suizid, wie bei Wolfersdorf et al. zu finden.^{11,17,49} Letztere beschreiben auch, dass die „Suizidenten prognostisch günstiger durch ihre Behandler beurteilt“ werden, „während die späteren Suizidenten sich selbst signifikant hoffnungsloser einschätzen“.¹¹ Auch ein „phasenhafter Verlauf“ der Hoffnungslosigkeit, lasse sich bei den Suizidpatienten häufiger finden, als bei den Kontrollen.¹¹ Diese ambivalente Haltung ließ sich auch in unserer Arbeit wiederfinden.

Broken Home

Es wuchsen 41,9% der Suizidenten, hingegen nur 27,8% der Kontrollen unter gestörten oder erschwerten Familienverhältnissen auf. Als Broken Home Situation wurden folgende Familienkonstellationen gewertet: Tod eines Elternteils im Kindesalter, Scheidung der Eltern, in Funktion eingeschränkte Familie (z.B. Alkoholikerfamilie, schlagende Elternteile), Heimkinder.

Die genaue Aufteilung ist im Ergebnisteil einsehbar.

Bei Grandels Untersuchungen waren 48% der Suizidenten in zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen.¹⁸ Gill findet bei ihren Suizidpatienten 40%, aber auch bei ihren Kontrollpatienten 45,8% schwierige Kindheiten und Familien zu beklagen.¹⁹ Kliebhan beschreibt in ihrer Arbeit 38,9% der Suizidpatienten und 47,2% der Kontrollpatienten als solche, die unter gestörten Familienverhältnissen aufwachsen mussten.²⁰ Es lässt sich somit im gesamten Untersuchungszeitraum kein durchgängiges Überwiegen einer Broken Home Situation auf Seiten der Suizidpatienten finden.

Hohl-Radke et al. beschrieben in ihrer Studie, dass die Patienten mit suizidalen Handlungen (Versuche und vollzogene Suizide) signifikant mehr Traumata und Belastungen in der Kindheit zu erleiden hatten als die Kontrollgruppe.⁷ In anderen Arbeiten ergab sich ein solch aussagekräftiger Unterschied nicht. Kliebhan und Modestin verneinen, passend zur eigenen Arbeit, signifikante Unterschiede bei Suizid- und Kontrollgruppen bezüglich einer Broken Home – Situation eindeutig.^{20,50}

Glaube

Bei 87,1% der Suizidpatienten und 86,8% der Kontrollpatienten ließen sich keine Aussagen zur Konfessionszugehörigkeit finden. 12,9% der Suizidpatienten gehörten der römisch-katholischen Religion an. Unter den Kontrollpatienten waren 3,3% römisch-katholische Katholiken, je 4,4% Protestanten und Muslime und 1,1% gehörten einer Sekte an.

Im Vergleich zu den vorangehenden Arbeiten zeigt sich ein deutlicher Rückgang an Wichtigkeit der Konfession, dort konnte man noch präzisere Angaben zur Religionszugehörigkeit, aber ebenso wenig einen suizidprotektiven Faktor durch die Religion finden.¹⁸⁻²⁰

Körperliche Erkrankungen

61,3 % der Suizidpatienten und 51,6 % der Kontrollpatienten waren in unserer Studie zusätzlich zur seelischen Störung körperlich erkrankt. In beiden Patientenkollektiven waren die internistischen Erkrankungen die häufigsten, es befand sich in beiden Gruppen je ein onkologischer Patient.

Gill beschreibt in ihrer Arbeit zwei Suizidpatienten mit malignen Karzinomen¹⁹, Kliebhan berichtet von zusätzlich belastenden, körperlichen Erkrankungen bei 69,4% sowohl der Suizidpatienten als auch der Kontrollpatienten.²⁰ Zusammenfassend lässt sich, die körperlichen Erkrankungen betreffend, aus unserer Studienreihe kein wesentlicher Unterschied zwischen Suizid- und Kontrollgruppe finden.

Während in der Literatur Hohl-Radke et al. ein signifikant höheres Auftreten multimorbider Patienten in ihren untersuchten suizidalen Gruppen beschreiben, finden Wolfersdorf und Klinkisch einen sogar höheren Anteil körperlich erkrankter Patienten unter den Kontrollen.^{7,11,37} Larges Bearbeitung der großen kontrollierten Studien zum Thema beschreibt insgesamt, ähnlich den eigenen Ergebnissen, hingegen keinen relevanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen.³⁵

Psychiatrische Familienanamnese

Hier zeigt sich in unserer Studie, dass deutlich mehr Suizidpatienten (48,4%) psychiatrische Erkrankungen, oft auch verbunden mit Suizidversuchen, in der Familienanamnese aufweisen konnten als die Kontrollen (29,7%).

Dieselbe psychiatrische Erkrankung wie die des Patienten kam in den Familien der Suizidpatienten im Verhältnis in 73,3% der Fälle und in den Familien der Kontrollpatienten in 59,3% der Fälle vor, auch hier ist also ein Überwiegen auf Seiten der Suizidenten zu finden.

Grandel fand in seinem Suizidpatientenkollektiv bei 32% eine familiäre Belastung mit psychiatrischen Krankheiten.¹⁸ Gill hingegen zeigt eine höhere familiäre Belastung unter den Kontrollpatienten (48,5%) als unter ihren Suizidpatienten (34,2%) auf.¹⁹

Kliebhan beschreibt mit 36,3% in beiden Gruppen keine Unterschiede im Suizid- und Kontrollpatientenkollektiv²⁰, was insgesamt nicht zu einem einheitlichen Bild im gesamten Untersuchungszeitraum führt.

Ein auffälliger Faktor, der sich in allen Arbeiten unserer Untersuchungsreihe zeigt, ist das steigende Vorkommen an psychiatrischen Erkrankungen in den untersuchten Familien der Patienten.

In der internationalen Literatur beschreiben Cassells und Powels et al. allgemein Suizide in der Familiengeschichte als Risikofaktoren für den Patientensuizid.^{46,51} Dong et al. und Hohl - Radke et al. zeigen, dass in den Familien ihrer Suizidpatienten deutlich, ja sogar signifikant häufiger eine auffällige psychiatrische Anamnese erhoben werden kann, als in den Kontrollfamilien.^{7,27} Large hingegen stufte das Vorkommen psychiatrischer Erkrankungen und suizidales Verhalten in der Familie als moderat assoziierten Faktor zum Patientensuizid ein.³⁵ Stenager, der sich mit den Suiziden Jugendlicher und junger Erwachsener beschäftigte, findet das Vorkommen psychisch erkrankter Eltern als signifikanten Risikofaktor für den Patientensuizid, wobei dieser Einfluss stärker bei jungen Frauen als Männern zu beobachten sei.⁵²

In der Literatur zeigt sich ein Übereinstimmen, dass das Bestehen einer auffälligen, psychiatrischen Familienanamnese Einfluss auf den Patientensuizid hat, wie schwerwiegend dieser Einfluss ist, darüber lassen sich keine eindeutigen Ergebnisse finden. Dennoch kann und sollte wohl das Miterleben des Leides im Alltag eines erkrankten Angehörigen als Risikofaktor für das suizidale Verhalten der Patienten gerechnet werden.

Substanzmissbrauch

In unseren Ergebnissen gingen 48,4% der Suizidpatienten und 38,9% der Kontrollpatienten regelmäßig schädlichem Konsum von Alkohol, Zigaretten, harten Drogen oder sonstigen abhängig machenden Stoffen nach. Insgesamt konsumierten die Suizidpatienten geringfügig mehr abhängig machende Stoffe als die Kontrollpatienten, wobei sie in unserem Fall besonders beim Zigarettenkonsum und dem Konsum harter

Drogen überwogen. Alkoholkonsum ließ sich bei mehr Kontroll- als Suizidpatienten ermitteln.

Bei Grandel, Gill und Kliebhan fand sich eine solche Untersuchung nicht.

Laut Cassels Studien zeigt sich, dass Substanzmissbrauch im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen durchaus Suizidenden eskalieren lassen kann, die in einem vollzogenen Suizid enden. Er beschreibt Alkohol- und Drogenmissbrauch in etwa 33% der Suizidfälle.⁴⁶ Auch Hor et al. beschreiben einen deutlichen Einfluss auf die Suizidalität durch Substanzmissbrauch, besonders bei schizophrenen Patienten.⁵³ Ein wesentlicher Unterschied zwischen Suizid- und Kontrollgruppen lässt sich auch in der internationalen Literatur nicht finden. Large verneint sogar eindeutig den signifikanten Zusammenhang zwischen dem komorbiden Substanzmissbrauch und Patientensuizid.³⁵

Psychiatrische Diagnose

Die Untersuchung der Suizide in Abhängigkeit der Diagnosen ergab folgendes Resultat: Die meisten Patienten begingen den Suizid unter den Diagnosen der Depression (F32/33) mit 48,4% und der Schizophrenie mit 38,7%. Weit dahinter folgen mit 6,5% Erkrankungen aus dem sonstigen affektiven Formenkreis F30/31, mit 3,2 % aus dem affektiven Formenkreis F34/38. Bei 3,2% der Suizidpatienten stand die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund.

Die zum Suizidzeitpunkt vorherrschende psychiatrische Diagnose war Auswahlkriterium der Kontrollgruppe, weswegen die Zahlen hier übereinstimmen. Im Ergebnisteil finden sich eingehende Tabellen und Erläuterungen über alle jemals gestellten Diagnosen der einzelnen Patienten, wobei sich zeigte, dass sowohl unter den Suizidpatienten in 35,5%, wie auch unter den Kontrollpatienten (39,6%) mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt wurden.

In der Zusammenfassung stimmen alle vier Tübinger Studien in Bezug auf das Dominieren von schizophrenen Patienten und Patienten mit depressiven Syndromen überein.¹⁸⁻²⁰ Im Laufe der Jahre zeigt sich in unserer Studienreihe ein Rückgang der Schizophrenie als das die Suizidstatistik dominierende Krankheitsbild und die

depressiven Syndrome treten zunehmend in den Vordergrund. In der aktuellen Studie nahmen sich mehr depressive als schizophrene Patienten das Leben.

Die Schizophrenie und die depressiven Syndrome als die mit weitem Abstand führenden Diagnosen unter den stationären Suizidpatienten lassen sich in nahezu allen großen internationalen Studien bestätigen.^{1,5,17,21,33,35,46}

Die Depression und der Alkoholmissbrauch in ihren unterschiedlichen Schweregraden werden auch in der Allgemeinbevölkerung als häufige Mitbegründung für einen Suizid gefunden. Die Schizophrenie als eine der beiden führenden Diagnosen ist dagegen ein typisches Phänomen der Suizide in psychiatrischen Kliniken, so Hohl – Radke et al.⁷ In vielen Studien zum Patientensuizid sind daher auch die schizophreniformen Erkrankungen die dominierenden Suiziddiagnosen.^{11,12,17,27,28,34,37,54} Wolfersdorf et al., Kasckow et al. und Large et al. betonen, dass in der Suizidprävention gerade die depressiven Symptome bei schizophrenen Patienten besondere Beachtung benötigen.^{35,55,56} In anderen Studien führen hingegen, ähnlich dem eigenen Ergebnis, die affektiven Störungen mehr oder weniger deutlich.^{6,7,33,35,39,57-59}

Woran es liegt, dass bei Übereinstimmung der beiden führenden Diagnosen in einigen Studien die Schizophrenie, in anderen hingegen die depressiven Störungen führen, bleibt zu hinterfragen. Es sind wohl verschiedene Faktoren, die diese Ergebnisse beeinflussen. Die jeweils untersuchten Kliniken mit ihren Behandlungs- und Störungsschwerpunkten und dem, laut Hohl – Radke et al. dadurch differierenden Patientenlientel⁷, können das Endergebnis genauso beeinflussen wie die Handhabung der Diagnose einer depressiven Störung als allein stehendes, dominierendes Krankheitsbild oder als Negativsymptom der Schizophrenie, so Hübner – Liebermann et al..²⁴

Krankheitsdauer seit Diagnosestellung

Die meisten Suizide ereigneten sich bei den Patienten innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung (35,5%). Eine zweite Häufung der Suizide findet sich bei den Patienten mit einer langen Krankheitsdauer zwischen 10 und 20 Jahren (25,8%).

Es kann insgesamt ein minimales Überwiegen bei den sehr kurzen Krankheitsdauern bis zu sechs Monaten der Suizidpatienten (19,4%) gegenüber den Kontrollpatienten

(17,6%), wie auch bei den sehr langen Krankheitsdauern von über fünf Jahren bis hin über 20 Jahre (Suizidpatienten: 58,1%, Kontrollpatienten: 40,7%) gefunden werden. Weitestgehend aber bleibt die Verteilung der Krankheitsperioden auch im Bezug auf die Diagnosen in unserer Untersuchung ähnlich der der Suizidpatienten.

Dieses Ergebnis findet sich auch bei Gill und Kliebhan, woraus sich schließen lassen kann, dass die Dauer der Krankheit kein signifikanter Risikofaktor eines Kliniksuzids ist.^{19,20}

Die Literaturlauswertung zeigt ähnliche Statistiken. So lassen sich in einem Großteil der Untersuchungen, wie bei Wolfersdorf et al., Dong et al., Neuner et al. und Steblaj et al., keine nennenswerten Unterschiede bezüglich der Krankheitsdauern zwischen Suizid- und Kontrollpatienten finden.^{17,27,31,34}

Wie in den eigenen Ergebnissen beschreiben einige der Autoren ein, mitunter sogar signifikant, häufigeres Vorkommen der Suizide in den ersten Krankheitsmonaten bzw. nach langer Krankheitsdauer, so auch Wolfersdorf, Hohl - Radke, Klinkisch und Dong et al.^{7,11,27,37}

Aggressivität

Unsere Untersuchung zeigte im Hinblick auf fremdaggressives Verhalten in der Geschichte der Patienten keine bedeutenden Unterschiede zwischen der Suizidgruppe (12,9%) und dem Kontrollkollektiv (12,1%) Auch im autoaggressiven Verhalten waren die Suizidpatienten mit 3,2% gegenüber den Kontrollen mit 2,2% nur geringfügig auffälliger.

Ebenso lässt sich in der Literatur wenig Nennenswertes zu diesem Untersuchungspunkt finden. Hunt et al. beschreiben, dass Gewalttätigkeit vor allem bei Patienten zu finden sei, die den Suizid nach dem Entkommen von einer geschlossenen Station vollzogen.⁶⁰ Large konstatiert in seiner Übersicht der großen Studien, dass Gewalttätigkeit nicht mit dem Suizid assoziiert sei.³⁵

Medikamentöse Therapie

Zum Untersuchungszeitpunkt standen 100% der Suizidpatienten unter medikamentöser Behandlung, 93,5% davon unter Mehrfachtherapie. Bei der Kontrollgruppe wurden 92,3% medikamentös eingestellt, 76,9% davon mit mehreren Präparaten.

Im direkten Vergleich der Substanzklassen zeigt sich, dass laut unseren Ergebnissen bei den Kontrollpatienten ein deutlich geringerer Einsatz der hauptsächlich verwendeten Medikamente zu finden war:

87,1% der Suizidpatienten und 62,6% der Kontrollen benötigten Neuroleptika. 71% der Suizidenten, dagegen nur 54,9% der Kontrollpatienten wurden mit Antidepressiva behandelt. Bei 61,3% der Suizidpatienten, aber nur bei 30,8% der Kontrollgruppe war eine Kombination aus beiden Substanzklassen zu finden. 29% der Suizidpatienten nahmen zusätzlich Hypnotika und 35,5% zusätzlich Tranquillizer zu den Neuroleptika und/oder den Antidepressiva ein. Bei den Kontrollen waren in 19,8% ein Hypnotikum und in 9,9% der Fälle ein Tranquillizer zu finden. Besonders bei diesen letzten beiden Substanzklassen, die besonders beruhigend wirken, ist ein deutlicher Mehrgebrauch in der Suizidgruppe zu verzeichnen.

Kliebhan fand im Gegensatz dazu bezüglich der Medikation keine bedeutenden Unterschiede zwischen der Suizid- und Kontrollgruppe. Sie betont allerdings, dass, wie auch in den neuen Ergebnissen, Hypnotika und Tranquillizer wesentlich häufiger in der Suizid- als in der Kontrollgruppe eingesetzt wurden, was retrospektiv auf eine höhere Angstsymptomatik und Suizidalität schließen lassen könnte.²⁰

In der Literatur zeigt sich, dass die Thematik Patientensuizid und medikamentöse Therapie oft hinterfragt und durchaus kontrovers diskutiert wird. Hohl-Radke beschreibt ähnliche Ergebnisse wie die unserer Studie: Die Abhängigkeit der Suizidalität von Gabe oder Nicht – Gabe eines bestimmten Medikamentes hält sie für unwahrscheinlich, beschreibt aber die häufigere und schnellere Therapie mit Medikamenten in der Suizidgruppe.⁷ Auch Wolfersdorf, Klinkisch und Neuner et al. bestätigen noch einmal die insgesamt höhere Pharmakotherapie bei Suizidpatienten, insbesondere bei Neuroleptika, sedierenden Antidepressiva und Tranquillizern.^{11,31,37} Veränderungen in

der Therapie, wie z.B. Dosiserhöhung und Medikamentenwechsel gehen in den Studien von Klinkisch und Wolfersdorf et al. signifikant zu Lasten der Suizidpatienten.^{11,37} Neuner beschreibt in den Ergebnissen der AGATE Studie 7 Fälle (5,3%), in denen der Suizid möglicherweise mit der Pharmakotherapie in Verbindung gebracht werden könnte. In diesen Fällen wurde den selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren, selektiven Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren, Trizyklischen Antidepressiva oder den Monoaminoxidasehemmern eine tragende Rolle angedacht.³¹ Während Large et al. keinen suizidfördernden Einfluss von Antipsychotika bei Patienten im Allgemeinen finden³⁵, betont Haukka im Speziellen die Reduzierung der Suizidsterblichkeit bei Schizophrenen durch beständige, antipsychotische Medikation, den Antidepressiva schreibt er die suizidpräventive Wirkung nur in Verbindung mit Antipsychotika zu.⁶¹ Dong et al. beschreiben explizit 14 Fälle von starken, extrapyramidalmotorischen Störungen und Akathisie nach Einnahme von Neuroleptika bei Suizidpatienten. Hingegen fanden sich diese Nebenwirkungen nur bei 4 seiner Kontrollpatienten, eine Beobachtung, die Wolfersdorf hingegen verneint.^{11,27} Auch Neuner et al. berichten von einem größeren Vorkommen von Nebenwirkungen und besonders Resistenzen gegenüber der Pharmakotherapie in ihrer Suizidgruppe. So betonen sie, dass ein besonderes Augenmerk auf jene Patienten gelegt werden muss, die auf die Pharmakotherapie schlecht ansprechen.⁶²

In der Literatur findet sich eine Bandbreite an durchaus kontroverser Forschung zum Thema der suizidsteigernden Wirkung von Antidepressiva, deren Diskussion zu weit führen würde. Dennoch bleibt wohl der Konsens, dass die antriebssteigernde Wirkung einiger Antidepressiva eine suizidgefährdende Komponente darstellen, prinzipiell der antidepressiven Medikation jedoch eine suizidprotektive Wirkung zugesprochen wird.

Einweisungsanlass/Suizidalität bei Aufnahme

Diese beiden Untersuchungspunkte sollen an dieser Stelle wegen Überschneidungen zusammen diskutiert werden.

In unseren Ergebnissen zeigte sich, dass zum Aufnahmezeitpunkt signifikant mehr Suizidalität in der späteren Suizidgruppe bestand. 80,6% der Suizidpatienten zeigten selbstgefährdendes Verhalten: 41,9% litten unter einem starken Krankheitsschub mit

Suizidgedanken, 29% wurden wegen eines aktuellen Suizidversuches eingeliefert und 9,7% hatten anderen Personen gegenüber einen geplanten Suizid angedroht. Dagegen zeigten sich nur 20,9% der Kontrollpatienten zum Aufnahmezeitpunkt suizidal: 9,9% des Kontrollkollektivs formulierte Suizidgedanken, und jeweils 5,5% hatten einen geplanten Suizid angedroht oder aktuell einen Suizidversuch begangen. Besonders drastisch zeigt sich der Unterschied im wirklich konkret suizidalen Verhalten: Die Aufnahmen wegen eines aktuell vollzogenen Suizidversuches lagen in der Suizidgruppe über fünf mal höher als in der Kontrollgruppe und bestätigen, dass eben jenen Patienten ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Insgesamt ist bezüglich der Suizidalität als Aufnahmegrund ein signifikanter Unterschied in den Untersuchungsgruppen zu verzeichnen. ($p < 1\%$)

Gill und Kliebhan fanden in ihren Untersuchungen, ähnlich der eigenen Ergebnisse, ebenfalls eine deutlich höhere Suizidalität in der Suizidgruppe.^{19,20} Kliebhan berichtet in ihrer Arbeit, dass der Suizidversuch als Einweisungsgrund mehr als doppelt so hoch unter den Suizidpatienten zu finden war.²⁰

In der Literatur wurden ähnliche Ergebnisse berichtet. Ein besonders hohes Risiko eines vollzogenen Suizids bei zum Aufnahmezeitpunkt suizidalen Patienten wird an vielen Stellen konstatiert, wie auch bei Neuner und Hayashi et al.^{54,58} Besonders der Suizidversuch als Aufnahmegrund wird von Madsen et al. als am stärksten mit dem späteren Suizid assoziierten Faktor diskutiert.¹⁰ Modestin und Wolfersdorf fanden bei ihren Suizidenten signifikant häufiger als bei den übrigen Patienten eine Einweisung wegen akuter Selbstgefährdung.^{25,49,63} Li et al. beschreiben, dass sie suizidales Verhalten und Suizidversuche vor der letzten Aufnahme im Vergleich zur Kontrollgruppe besonders bei schizophrenen Suizidpatienten beobachteten.²⁸ Auch Dongs Statistik beweist eine dreifach höhere Suizidalität in der Suizidgruppe.²⁷ Die Arbeit von Large et al. zeigt hingegen im Überblick, dass der Faktor Suizidversuch als Aufnahmegrund am Ende dann doch nur ein schwach assoziierter Faktor zum vollzogenen Suizid ist.³⁵ Eine Arbeit, die den bisherigen widerspricht, ist von Hübner-Liebermann et al., die betonen, dass weder Suizidalität noch ein Suizidversuch als Einweisungsgrund vor der Indexaufnahme mit dem späteren Patientensuizid assoziiert

werden kann, da „Suizidalität oder Suizidversuch im Vorfeld der Aufnahme keinen prädiktiven Wert“ zeigen.²⁴

Einweisungsmodus

Im Einweisungsmodus ließen sich in unseren Untersuchungen keine weiteren Auffälligkeiten oder Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven finden. Im gesamten Untersuchungszeitraum variieren die Zahlen stark, wie die Statistiken im Ergebnisteil zeigen. Meist wurden die Patienten beider Gruppen vom behandelnden Psychiater/Psychologen an die Uniklinik überwiesen. Auch die Ergebnisse von Grandel, Gill und Kliebhan lassen keine konstanten Auffälligkeiten herausarbeiten.¹⁸⁻²⁰

Aus eigenem Ermessen kamen in dieser aktuellen Untersuchung beinahe doppelt so viele Kontrollpatienten wie Suizidanten in die Klinik. Bei Kliebhan ist das Ergebnis genau andersherum, weit über doppelt so viele Patienten aus dem Suizidkollektiv trieb der eigene Leidensdruck in die Klinik. Sie hinterfragt, ob dies ein mögliches Zeichen der größeren Not der Suizidanten ist.²⁰

Gegen den Willen werden in allen drei Arbeiten gar keine oder weit unter 10% der Suizidpatienten eingeliefert; sofern ein Vergleich besteht, liegen die Zahlen der Kontrollpatienten unauffällig weit unterhalb der Zahlen der Suizidpatienten.¹⁸⁻²⁰

Im Allgemeinen zeigt die Literatur, dass der bei weitem überwiegende Teil der Patienten freiwillig zur Aufnahme kommt.^{17,35,64} Die Aufnahmen gegen den Willen variieren und zeigen im Suizid – Kontrollvergleich oft keine allzu großen Unterschiede: Auch in Dongs et al. Untersuchungen findet sich, wie in den eigenen Ergebnissen, bezüglich der unfreiwilligen Aufnahmen und der Involvierung von Polizei bei der Aufnahme, ein nur leichtes Überwiegen auf Seite der Suizidpatienten.²⁷ Genauso beschreiben Large et al. einen lediglich schwachen Zusammenhang zwischen der unfreiwilligen Aufnahme und dem späteren Suizid.³⁵ Wolfersdorf et al. hingegen beschreiben doppelt so viele unfreiwillige Unterbringungen in den Suizidfällen wie bei den Kontrollen.¹¹

Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen

Die Ergebnisse zeigen, dass 83,9% der Suizidpatienten und 75,8% der Kontrollpatienten bereits mehrfache Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen hatten.

Auch bei Gill und Kliebhan finden sich ähnliche Ergebnisse: In Gills Patientenkollektiv waren 51,4% der Suizidpatienten und 48,6% der Kontrollpatienten bereits mehrfach stationär untergebracht worden.¹⁹ Kliebhan beschreibt, dass 75% ihrer Suizid- und 69,5% ihrer Kontrollgruppe bereits mehrfach in stationärer, psychiatrischer Behandlung waren.²⁰

Über den Untersuchungszeitraum hinweg ist auffällig, dass über die Jahre hinweg insgesamt häufigere stationäre Einweisungen, sowohl in der Suizid- als auch in der Kontrollgruppe zu verzeichnen waren. Bei den Suizidpatienten ist dabei in allen drei Studien übereinstimmend eine mehrfach psychiatrische Behandlung noch häufiger als bei den Kontrollpatienten zu finden.

Bowers et al. beschreiben in ihrer Arbeit den Kliniksuzid als assoziiert mit der Anzahl der stationären Aufnahmen, Li den Unterschied zwischen Suizid- und Kontrollgruppe sogar als signifikant.^{28,38} Auch Lawrence et al. sehen häufige Klinikaufenthalte als Suizidrisikofaktor, während Qin dies speziell für die weiblichen Suizidpatienten beobachtete.^{6,8}

Wolfersdorf zeigt, dass der Großteil der Suizidpatienten vor dem stationären Suizid mehrere, teils sehr lange stationäre Aufenthalte zu verzeichnen hatte.^{17,22} Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe kann auch er ein Überwiegen der mehrfachen stationären Aufenthalten auf Seiten der Suizidanten bestätigen.¹¹

Large et al. hingegen betonen die mehrfache, stationäre Behandlung der Suizidpatienten als nur schwach mit dem Suizid assoziiert.³⁵ Hunt findet nicht einmal Unterschiede in den Untersuchungsgruppen.⁶⁵

Die Dauer des letzten Klinikaufenthaltes

Beinahe die Hälfte, 45,2% der Suizidpatienten nahmen sich bereits innerhalb des ersten Monats nach der Indexaufnahme das Leben.

22,6% begingen den Suizid innerhalb des zweiten Monats des Klinikaufenthaltes und 32,2% verbrachten 2 bis 6 Monate vor dem Suizid in der psychiatrischen

Universitätsklinik Tübingen. Kein Suizidpatient war beim letzten Aufenthalt länger als 6 Monate in stationärer Behandlung.

Kliebhan bestätigt ebenfalls in ihren Untersuchungs Jahren, dass der Großteil der Suizidpatienten sich innerhalb der ersten 40 Tage das Leben nahm (61,5%).²⁰ Die Patientensuizide zeigen sich in unseren Resultaten als besondere Problematik der Akutpsychiatrie bzw. der ersten, schweren Wochen in der stationären Behandlung.

Auch in der internationalen Literatur zeigt sich eine Konzentration der Suizidfälle im akut – und sogar notfallpsychiatrischen Zeitraum, die Wochen zu Beginn der stationären Behandlung werden von Bowers et al. als Hochrisikofaktor beschrieben.³⁸

Deisenhammer et al., Dong et al., Hunt et al., Madsen et al. und auch Wolfersdorf et al. zeigen in ihren Forschungen sehr ähnliche Ergebnisse: Innerhalb des ersten Behandlungsmonats geschahen die meisten Suizide.^{11,27,33,64,65} Einige der Autoren, so auch Hübner – Liebermann, Qin und Hunt et al. heben dabei besonders die ersten sieben Tage bzw. die ersten beiden Wochen nach Aufnahme und damit die absolute Akutphase besonders hervor.^{6,24,65}

Station bei Aufnahme/Stationswechsel

67,7% und damit der überwiegende Teil der Suizidpatienten wurden in den beschützenden Rahmen einer geschlossenen Station aufgenommen, wohingegen die Kontrollpatienten nur in 30,8% der Fälle einer Aufnahme auf eine beschützende Station bedurften. Zu den weiteren Aufteilungen gibt der Ergebnisteil Auskunft.

Auch bei Grandel und Gill wurden weit mehr als die Hälfte der Suizidanten zunächst auf eine geschlossene Station aufgenommen, bei Gill, die ebenfalls einen Kontrollgruppenvergleich durchführte, zeigte sich ein deutlich höherer Bedarf an Schutz unter den Suizidpatienten.^{18,19}

Hieraus ist zu folgern, dass die Suizidalität erkannt wurde, was zu einer vermehrten Unterbringung der Suizidgruppe auf geschlossenen Stationen führte.

Zum Stationswechsel lässt sich sagen, dass 64,5% der Suizidpatienten und 27,5% der Kontrollpatienten verlegt wurden. Dabei verliefen in beiden Untersuchungsgruppen die Verlegungen hauptsächlich von einer geschlossenen Station in eine offene Abteilung

und in einem kleinen Prozentsatz in die Tagesklinik (s. Ergebnisteil). 3,3% der Kontrollpatienten wechselten von einer offenen auf eine geschlossene Station. Im Verlauf der Verlegungen der späteren Suizidpatienten wird deutlich, dass bei den meisten Patienten eine Besserung der akuten Selbstgefährdung registriert worden war und den Patienten ein freierer Tagesablauf ermöglicht wurde.

Gill diskutierte in ihrer Arbeit ausführlich die in den vergangenen Jahrzehnten aufgeworfene Frage ob die Liberalisierung in den Psychiatrien den Preis der steigenden Suizidzahlen zu zahlen hätte.¹⁹ Dem gegenüber lässt sich hier anführen, dass die Suizidzahlen im Endeffekt sogar als sinkend, zumindest aber nicht steigend zu beschreiben sind.

Obwohl der Trend in unserer Arbeit aufzeigt, dass der Großteil der Suizide auf offenen Stationen verübt wurde, sollte mit Sicherheit dennoch nicht die Lösung sein, zurückzukehren zu restriktiven Methoden, zumal die Schaffung einer bestätigenden, motivierenden Atmosphäre für die Suizidförderung wirkungsvoller scheint, als ein höheres Maß restriktiver Methoden, wie Gill Maier et al. zitiert.¹⁹

Bezugspersonenwechsel beim betreuenden Personal

Bei der Auswertung wurde darauf geachtet, dass ein Wechsel des betreuenden Teams explizit in der Akte erwähnt wurde und somit eine persönliche Wichtigkeit für den Patienten erlangte. 58,1% der Suizidpatienten durchlebten während ihres letzten Stationsaufenthaltes einen oder mehrere Wechsel der betreuenden Bezugspersonen, wohingegen nur 26,4% der Kontrollpatienten einen solchen Wechsel im Klinikalltag zu bewältigen hatten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Gill und Kliebhan, deren Suizidpatienten deutlich häufiger Wechsel im nahestehenden Personal zu verzeichnen hatten.^{19,20}

Es ist verständlich und natürlich, dass vermehrte Verlegungen, wie im vorangehenden Punkt diskutiert, auch Wechsel im Personal mit sich bringen. Dennoch kann man den Effekt, den ein solcher Bruch im Therapiekontakt mit sich bringt, nicht außer acht lassen. Ein Wechsel der Bezugspersonen bedeutet immer auch, dass Patienten sich erneut vermehrt zurückziehen können, sich erneut auf sich allein gestellt fühlen, da

Kontakte erst einmal wieder neu geknüpft werden müssen. Auf der anderen Seite kennt die von neuem betreuende Person den Patienten noch nicht genau, Übermittlungen von Kollegen und Informationen aus Akten sprechen eine andere Sprache als der Patient selbst. Feinheiten und kleine Veränderungen im Verhalten des Patienten können übersehen werden. Die Zusammenarbeit der betreuenden Teams, auch die Übergaben sollten also stets ernst genommen werden. Laut Martelli et al. ist mangelnde Kommunikation im Behandlungsteam ebenso als Risikofaktor zu werten.⁵ Zu häufige und zu rasche Wechsel sind im Zuge von Suizidprävention sicherlich zu vermeiden, da sie einen stabilisierenden Kontaktaufbau und eine kontinuierliche Beobachtung nahezu unmöglich machen.

Familiäre Bezugspersonen

In unseren Ergebnissen haben 80,6% der Suizid- und 79,1% der Kontrollpatienten familiären Rückhalt in ihrer Leidensphase gefunden, dazu gehörten regelmäßige Besuche und Anrufe von Familienangehörigen und Personen, die auch die Therapie aktiv mit begleiteten.

Es ließen sich keine Unterschiede zwischen den Suizid- und Kontrollpatienten feststellen.

Suizidversuche, Modus und Methoden

In unseren Ergebnissen zeigen sich deutlich signifikante Unterschiede in den Untersuchungsgruppen, was das suizidale Verhalten der Patienten angeht. 54,8% der Suizidpatienten hatten bereits einen oder mehrere Suizidversuche begangen: 19,4% hatten einen, 16,1% zwei, 3,2% drei und 16,1% bereits vier oder mehr als vier Suizidversuche überlebt. Bei den Kontrollpatienten wurden in 18,7% der Fälle von einem oder mehreren Suizidversuchen in der Vergangenheit berichtet. 17,6% hatten einen Suizidversuch und 1,1% drei Suizidversuche begangen.

Das Signifikanzniveau liegt auch bezüglich der Suizidversuche sehr hoch. ($p < 1\%$)

Zu übereinstimmenden Ergebnissen kamen auch Gill, Grandel und Kliebhan, deren Suizidversuchsraten der Suizidanten ebenfalls signifikant über denen der Kontrollen lagen.¹⁸⁻²⁰ Insgesamt lässt sich in unserem gesamten Untersuchungszeitraum festhalten,

dass vorangehende Suizidversuche signifikante Hochrisikofaktoren darstellen, die zeigen, dass sich der Patient schon einmal mit dem Ende seines Lebens abfinden wollte, ein Zustand, der jederzeit wiederkehren könnte.

In unserem Patientenkollektiv zeigten sich besonders die an einer Schizophrenie leidenden Patienten schon in der Vergangenheit suizidal (66,7%). Der Leidensdruck dieser Krankheit scheint besonders in den Akutphasen sehr hoch. In vielen Studien, die bei den Diagnosen ausführlich diskutiert wurden, steht die Schizophrenie bezüglich des Kliniksuzids an erster Stelle. Bei den Suizidanten mit affektiven Psychosen fand sich in 44,4% ein solcher Anamnesehintergrund.

Zum Modus lässt sich festhalten, dass sowohl in der Suizid- (71,8%) wie auch in der Kontrollgruppe (84,2%) die meisten Suizidversuche *nicht* im Rahmen eines stationären Aufenthaltes stattfanden. Auch hier zeigen sich aber die späteren Suizidpatienten also auch schon in vorangehenden Behandlungseinheiten suizidaler bzw. therapieresistenter als die Kontrollen.

Die Suizidpatienten wählten bei den vorangehenden Suizidversuchen noch deutlich häufiger sogenannte weiche Methoden (46,2% weiche, 53,8% harte Methoden). Dieses Bild wandelt sich drastisch, betrachtet man die Methoden der dann vollzogenen Suizide. Gill und Kliebhan finden, ähnlich den eigenen Ergebnissen, in der Geschichte der Suizidversuche der Suizidpatienten zu 50% den Einsatz harter und zu 50% den weicher Methoden.^{19,20} Kliebhan nimmt an, dass „appellative Suizidversuche eher mit weichen Methoden durchgeführt werden, um eine Lebensrettung doch noch zu ermöglichen“.²⁰

Es stellt sich also die Frage, ob hinter den Suizidversuchen noch ein eher appellativer Charakter zu sehen ist und der Wunsch, der nächste Suizidversuch möge auch endgültig sein, gestiegen ist. Die Beobachtung der Wahl härterer Methoden beim Suizid selbst bleibt zu konstatieren und wirft Fragen auf, zu interpretieren ist er allerdings kaum, kann doch retrospektiv der Charakter eines Suizidversuches nur schwer nachvollzogen und sicher nie ganz gedeutet werden, zumal auch ein ernst gemeinter Suizidversuch mit unzureichenden Mitteln durchgeführt werden kann.

Unsere Ergebnisse in diesem Untersuchungspunkt spiegeln die Meinung der internationalen Forschung wieder. Der bei weitem überwiegende Anteil der untersuchten Suizidpatienten bei Proulx et al. hatte ebenfalls mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit zu verzeichnen, Wolfersdorf et al., Sharma et al. und Steblaj et al. fanden Suizidversuche deutlich häufiger in ihrer Suizidgruppe als in der Kontrollgruppe.^{34,39,49,66} Verschiedene Autoren, wie Wolfersdorf et al., Hübner – Liebermann et al., Dong et al., Bowers et al., Powell et al., Hunt et al., konstatieren in ihren Arbeiten ebenfalls vorangehendes, suizidales Verhalten als deutlichen Risikofaktor für einen späteren, vollzogenen Suizid.^{24,25,27,38,51,65} Large und Bai et al. betonen, ähnlich den eigenen Ergebnissen, dass vorangehende Suizidversuche ein besonderer Hochrisikofaktor für den vollzogenen Suizid gerade bei schizophrenen Patienten sind.^{35,67}

Am höchsten mit dem Kliniksuzid assoziiert ist laut Madsen und Powell ein Suizidversuch vor der Indexaufnahme und damit Aufnahmegrund.^{51,64}

Es bleibt sicherlich unumstritten, dass suizidales Verhalten, insbesondere bereits vollzogene Suizidversuche, beweisen, dass der Patient sich mit dem Wunsch zu sterben schon einmal beschäftigt hat, und die schmale Grenze zwischen Gedanken und Handeln bereits gefährlich überschritten hatte. Ein solches Verhalten kann jederzeit wieder auftreten und muss daher als deutlicher Risikofaktor erkannt und beachtet werden.

Suizidalität vor dem Suizid

In unserer Studie wurde in nur 9,7% der Fälle vom Behandlungsteam während der letzten Tage vor dem Suizid ein dahingehend auffälliges Verhalten oder Äußerungen konstatiert. Bei 29% der Suizidpatienten wurde Suizidalität nicht völlig ausgeschlossen, vom Patienten auch nicht konkret verneint. Damit waren 38,7% der Suizidpatienten auch retrospektiv als auffällig zu werten.

Während Grandel und Gill konträre Ergebnisse beschreiben und bei der Mehrzahl der Suizidpatienten in den letzten Tagen Suizidalität vermutet oder sogar deutlich festgestellt wurde, untersuchte Kliebhan erkennbare Verhaltensänderungen und fand diese bei nur 19,2% ihrer Suizidanten.¹⁸⁻²⁰ Die Suizidalität sicher abschätzen zu können

wird niemals vollständig möglich sein. Die Ergebnisse zeigen, dass die sichere Abschätzung der Suizidalität zu den schwierigsten Aufgaben der deutschen Psychiatrie gehört.

Auch Wolfersdorf suchte nach bemerkenswerten Auffälligkeiten. 51,3% seiner Patienten kategorisierte er in seiner Arbeit von 1992 als unauffällig in den letzten Tagen vor dem Suizid. Zur auffälligen Symptomatik zählte er stark depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Angst, Unruhe, Verzweiflung oder Resignation und Agitiertheit.⁶⁸ Letztere Attribute in den letzten Tagen finden Large et al. als nur schwach assoziierte Faktoren des Suizids.³⁵ Auch in weiteren Studien zeigt Wolfersdorf, dass nur einem kleinen Teil der Patienten Suizidalität vor dem Suizid eindeutig zugesprochen werden konnte, und nur ungefähr einem Drittel der Patienten „eine häufige gedankliche Beschäftigung mit Tod und Sterben“ angemerkt wurde.¹⁷ Auch andere Autoren, z.B. Deisenhammer et al. und Dong et al. beschreiben, dass dem Großteil der Suizidpatienten kein definitives Suizidrisiko zugerechnet wurde.^{27,33} Laut Hunt et al. wurden in ihrer Arbeit den Suizidpatienten beim letzten Kontakt signifikant häufiger Hoffnungslosigkeit und depressive Symptome zugeschrieben, in den suizidalen Absichten unterschieden sie sich allerdings nicht signifikant von den Kontrollen.⁶⁵

Es bleibt die schwierigste und gleichzeitig verantwortungsvollste Aufgabe eines betreuenden Teams in der Psychiatrie, Suizidalität zu erkennen und kleinste Änderungen im Verhalten von Patienten richtig zu deuten. Sowohl eine Verschlechterung als auch eine augenscheinliche, plötzliche Besserung der Gemütsstimmung können auf Suizidpläne hindeuten und zeigen die Wichtigkeit, jeden Tag aufs Neue, einfühlsam auf die Situation den Patienten einzugehen und ihn zu ermutigen, seine Gedanken mitzuteilen.

Ankündigung des Suizids

In der aktuellen Arbeit wurde in zwei Fällen (6,5%) der Suizid angekündigt: In einem Fall verbal gegenüber Familienmitgliedern, wovon die betreuende Station erst nach dem Suizid erfuhr und ein anderer Patient hatte einen ankündigenden Brief in

seine Schublade gelegt, der erst nach dem Suizid gefunden wurde. Bei Gill lassen sich in 14,6% der Suizide eine Ankündigung finden.¹⁹

Zum einen zeigen diese Ergebnisse, dass jeder Ankündigung immer Glauben geschenkt werden muss, zum anderen, dass in den wenigsten Fällen fixe Pläne angekündigt werden. In wie vielen Fällen der Suizid eine reine Kurzschlussentscheidung war, lässt sich retrospektiv kaum eruieren. Lässt man diese Fälle jedoch einmal beiseite, zeigt sich, wie stark die Ablehnung gegen mögliche Hilfe und Einmischen von außen bei den Suizidpatienten zu sein scheint.

Suizid im Zusammenhang mit familiären Problemen

In unseren Ergebnissen konnte in vier Fällen (12,9%) der Suizid zeitlich in

Zusammenhang mit schwerwiegenden, familiären Problemen gebracht werden:

Die Strapazen einer ungewollten Scheidung, die Gefühle nach dem Tod eines Kindes und schwer belastende, familiäre Umbrüche gepaart mit Geldsorgen, waren die Gründe, die gefunden wurden.

Auch Kliebhan fand in 11,1% ihrer Suizidfälle Zusammenhänge mit naheliegenden, schweren, familiären Umbrüchen.²⁰

Schwerwiegende Probleme in der Familie, die, gerade wenn eine schwere, psychiatrische Erkrankung vorliegt, oft der einzige Anker zu sein scheint, treffen den Patienten tief und lassen die eigene Lage womöglich noch auswegloser erscheinen. Laut Steblaj et al. haben Suizidpatienten im Vergleich zu den Kontrollen über dreimal so häufig ungenügende, instabile Beziehungen zu ihren Familien.³⁴

Cassells et al. beschreiben, dass zwischenmenschliche Probleme im Zusammenhang mit dem Suizid häufig genannt werden. Auch in der Allgemeinbevölkerung können in bis zu 50% partnerschaftliche Probleme in einem Zeitraum von drei Monaten vor dem Suizid angegeben werden.⁴⁶ Auch Bowers et al. sehen den Suizidzeitpunkt im stationären Bereich assoziiert mit dem Fehlen von Unterstützung und familiären Konflikten. Ein engagiertes Interesse an den familiären Problemen der Patienten sieht er als suizidpräventiv.³⁸

Es bleibt offensichtlich, dass akute, familiäre Konflikte ein Risikofaktor sein können, die dem Patienten den letzten Lebensmut rauben.

Suizid im Zusammenhang mit Entlassungsdruck

Acht Patienten (25,8%) fühlten sich dem Druck der in Kürze geplanten Entlassung und allen damit verbundenen Verantwortungen im Alltag noch nicht gewachsen und verbalisierten dies mehrfach.

Es ist keine Frage, dass die ersten Wochen nach einem schützenden Klinikaufenthalt schwer sind und von den Patienten viel Selbstvertrauen und Kraft verlangen. Nicht umsonst wird von manchen Autoren in der Literatur auch der Zeitraum kurz nach der Entlassung noch als Hochrisikozeitraum für den (post-)stationären Suizid angesehen, so auch von Martelli und Qin et al.^{5,6}

Der Wandel unseres Gesundheitssystems und die Fallzahlen der Kliniken kürzen die Liegezeiten psychisch erkrankter Menschen zunehmend. Obwohl kompensatorisch die Methoden der Behandlung psychisch kranker Menschen sich deutlich verbessert haben, ein zunehmend größeres Netz an ambulanten Möglichkeiten, poststationärer Betreuung und Einrichtungen, die die Wiedereingliederung erleichtern und sollen, aufgebaut wurden, sind dennoch oft nicht genügend Möglichkeiten gegeben, poststationär eine angemessen engmaschige Betreuung für alle zu ermöglichen. Es ist also verständlich, dass unsicheren, ängstlichen Patienten eine baldige Entlassung den Mut nimmt, diese Probe auf sich allein gestellt zu meistern.

Wolfersdorf et al. lassen 2003 die Frage offen, ob die „ständig sich verkürzende Verweildauer, die Erhöhung der Aufnahmezahlen“ und die „Drehtür – Situation bei psychisch Kranken zwischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Kliniken“ letztendlich suizidfördernde Auswirkungen haben werden.¹¹

In unserem Fall bleibt festzuhalten, dass die kürzeren Liegezeiten im Verlauf dieser Untersuchungsreihe nicht die Suizidzahlen an sich erhöht haben. Auch Johannessen et al. sehen in der Verkürzung der Stationsaufenthalte keine Assoziation mit vermehrten Suizidversuchen. Laut ihren Ergebnissen scheint eine bessere ambulante Versorgung

und eine insgesamt qualitativ hochwertigere Betreuung psychisch kranker Menschen die Dauer des Stationsaufenthaltes kompensiert zu haben.⁶⁹

Ein Durchschnittsergebnis verbessert allerdings nicht die Lage für den Einzelnen, was bedeutet, dass Bemühungen erforderlich sind, um den Patienten in der ersten Zeit nach der Entlassung besonders zu unterstützen.

Suizid und Life Event

In sieben Fällen (22,6%) ließen sich den Suiziden vorangehende, einschneidende Life Events finden.

Kliebhan findet bei fünf Patienten (12,2%) bedeutende Erlebnisse im Leben der Suizidpatienten, die sich zeitlich in Zusammenhang mit dem Suizid bringen lassen.²⁰

Dass akute Life Events mit all ihren Auswirkungen das Risiko für einen Suizid, abhängig von den Verarbeitungsmöglichkeiten des jeweiligen Patienten, erhöhen, ist beinahe selbsterklärend. Hunt et al. bestätigen dies in ihren Ergebnissen ebenfalls.⁶⁵ Cassells et al. betonen, dass Kenntnis über die Gründe von Stressoren, die die Suizidpatienten umtreiben, im Generellen das Verständnis für einen Suizid verbessern.⁴⁶

Methode der Suizide

In unseren Ergebnissen zeigt sich, dass beinahe ausschließlich harte Methoden für den Vollzug des Suizids angewendet wurden: 96,8% der Patienten nahmen sich das Leben mit sogenannten harten Methoden, zu denen Erhängen, Ertränken, Herabstürzen, vor den Zug werfen und der Einsatz stechender Gegenstände gehören, darunter alle 14 Männer und 16 Frauen. Mit 45,2% war der Sturz in die Tiefe der häufigste Grund vor den Tod, gefolgt von Überfahren mit dem Zug und Erhängen mit je 19,4%. Eine Frau (3,2%) verstarb nach einer Psychopharmaka – Überdosierung.

Auch in den vorangehenden Arbeiten spiegelt sich die gewünschte Endgültigkeit des Entschlusses zum Suizid: Grandel (77,5%), Gill (88,6%) und auch Kliebhan (80,8%) berichten überwiegend von harten Suizidmethoden.¹⁸⁻²⁰

Besonders im Vergleich zu den Methoden der vorangehenden Suizidversuche, die noch signifikant häufiger mit weichen Methoden durchgeführt wurden, scheinen die Methoden so gewählt worden zu sein, dass ein Überleben sehr unwahrscheinlich wurde.

Aus der Literatur sind diese Ergebnisse zu bestätigen. Deisenhammer et al., Dong et al., Hübner – Liebermann et al., Hunt et al., Li et al., Madsen et al. und Neuner et al. kommen ebenfalls zur Einschätzung, dass es die harten Methoden sind, die für die Suizide vorrangig gewählt wurden.^{24,27,28,33,60,64,65,70} In den meisten Arbeiten findet sich, ähnlich den eigenen Ergebnissen, der Sturz aus großer Höhe als häufigste Todesursache.^{24,27,70} Lawrence et al. berichten, dass psychisch Kranke häufiger harte Methoden wählen, als die Allgemeinbevölkerung, darunter besonders der Sturz aus der Höhe.⁷¹

Modus der Suizide

Der Großteil der Patienten beging den Suizid nach abgesprochener und genehmigter Entfernung aus der Klinik: 38,7% während eines Ausganges im Ablauf des regulären Klinikalltages und 32,3% während eines Wochenendaufenthaltes zu Hause.

Vier Patienten (12,9%) entfernten sich aus der Klinik, ohne es mit dem Personal abgesprochen zu haben und nahmen sich dann das Leben.

Jeweils zwei Patienten (6,5%) begingen den Suizid während des Probewohnens zu Hause und während des täglichen Aufenthaltes in der poststationären Tagesklinik. Ein Patient nahm sich das Leben am zweiten Tag nach der Entlassung aus der schützenden Klinik.

Im Vergleich zu den vorangehenden Arbeiten ist festzuhalten, dass die Zahl der Suizide innerhalb des Klinikgebäudes auf Null gesunken ist. Bei Grandel suizidierten sich noch 38,7%, bei Gill 43% und bei Kliebhan 23% der Patienten innerhalb des Klinikgebäudes.¹⁸⁻²⁰

Auch die Zahl derer, die sich unerlaubt aus der Klinik entfernten, ist gesunken: Grandel berichtet von 29%, Gill von 22,8% und Kliebhan von 27% Patienten, während in den neuen Ergebnissen nur 12,9% der Patienten sich unerlaubt aus dem Klinikgebäude entfernten.¹⁸⁻²⁰

Der Großteil der Suizide findet in unserer Untersuchungsreihe zunehmend auf offenen Stationen statt, zumeist außerhalb des Klinikgebäudes, in den neuesten Ergebnissen sogar ausnahmslos außerhalb des Klinikgebäudes. Ein Zeichen dafür, wie viel offener und freier Psychiatrien heute geführt werden? Wolfersdorf et al. konstatieren diesen Wandel in ihrer jahrelangen Kliniksuizidforschung ebenfalls und beschreiben einen „Entwicklung der klinischen Psychiatrie hin zur offenen Psychiatrie“.²²

Zu ähnlichen Resultaten kommen auch Deisenhammer et al. . Sie betonen angesichts der höheren Suizidalität der Patienten auf geschlossenen Stationen, die doch deutlich niedrigere Suizidrate auf diesen Stationen und deren damit signifikant suizidpräventive Wirkung.³³ Auch in den Arbeiten von Dong et al., Hübner – Liebermann et al. lassen sich ca. 80% der Suizide während genehmigten Ausgängen verzeichnen, nur eine geringe Anzahl von Patienten begeht den Suizid nach unerlaubtem Entfernen von der Klinik oder auf dem Klinikgelände.^{24,27}

Hunt et al. konkretisieren diese Annahmen noch einmal und beschreiben, dass die sehr frühen Patientensuizide, innerhalb einer Woche nach Aufnahme, meist nach unerlaubtem Entfernen oder direkt auf Station begangen wurden, die späteren Suizide hingegen, wie in unseren Ergebnissen, zumeist außerhalb der Klinik und während einem abgesprochenem Ausgang.⁶⁵ In einer weiteren Arbeit, in der sie sich eingehender mit den Suiziden derer, die sich von der Station entfernt hatten, beschäftigen, arbeiteten sie folgendes Risikoprofil für diese Patienten heraus: Niedriges Alter, Arbeitslosigkeit und oftmals Heimatlosigkeit. Die Schizophrenie war die dominierende Diagnose, Gewalttätigkeit und Substanzmissbrauch häufig.⁶⁰

Ein Drittel unserer Patienten befand sich zum Zeitpunkt des Suizides im Wochenendurlaub. Das Zusammentreffen mit der Familie, dem allein zu bewältigenden Alltag mit all seinen Aufgaben und die Entfernung zur Klinik können Patienten leicht überfordern und ängstigen. Hoffmann – Richter et al. betonen das Spannungsfeld in denen die Patienten sich befinden zwischen „Bewährungsprobe“ der Therapeuten einerseits und der geforderten „Normalität“ und „Besserung“, die die Familie erwartet, andererseits.⁷² Aus diesen Gründen ist „im Hinblick auf den Patientensuizid die Beurlaubung als Risikofaktor zu betrachten“.⁷²

Zeit, Wochentag, Jahreszeit der Suizide

In unseren Statistiken wurden tagsüber, zwischen 12 und 18 Uhr die meisten Suizide begangen (41,9%). Dem schließen sich auch Gill (40%) und Kliebhan (27,8%) in ihren Ergebnissen an.^{19,20} Dies scheint vor allem dadurch erklärbar, als dass, wie eben diskutiert, der Großteil der Suizide im Rahmen eines genehmigten Ausganges oder Beurlaubung geschah. 25,8% der Patienten nahmen sich in den Abend-/Nachtstunden zwischen 18 und 24 Uhr das Leben, 19,4% suizidierten sich in der späten Nacht/den frühen Morgenstunden zwischen 24 und 6 Uhr. Am Vormittag zwischen 6 und 12 Uhr ereigneten sich die wenigsten Suizide (12,9%).

Li et al. finden ebenfalls tagsüber zwischen 12.00 Uhr Mittags und 15.59 Uhr sowie am frühen Morgen zwischen 04.00 und 07.59 Uhr die meisten Suizidzeitpunkte.²⁸

Den Wochentag betreffend, zeigt sich in unseren Resultaten ein deutlicher Anstieg zum Wochenende hin. Von Freitag bis Sonntag wurden 67,7% der Suizide begangen: Freitags 12,9%, Samstags 16,1% und Sonntags 38,7%.

Obwohl aufgrund der vorangehenden Arbeiten diese Beobachtung nicht kontinuierlich weiter verfolgt werden kann und Gill und Kliebhan eine relativ gleichmäßige Verteilung auf die Wochentage finden, erscheint sie doch logisch.^{19,20}

Die Belastungen, denen Patienten an Wochenendbeurlaubungen ausgesetzt sind, mögen objektiv als nicht problematisch erscheinen, können subjektiv aber schwer wiegen. Auf der anderen Seite können Wochenenden, die in der Klinik, fernab von Familie und dem normalen Leben verbracht werden müssen, ebenso quälend empfunden werden. Hinzu kommt die, am Wochenende weniger engmaschige Betreuung der Patienten durch das therapeutische Personal. Ein Anstieg der Suizide innerhalb des Wochenendes wie in unseren Fällen finden auch Powell et al. und Hoffman – Richter et al. in ihren Ergebnissen.^{51,72} Letztere betonen die für Außenstehende oft nicht nachvollziehbaren, subjektiven Belastungen psychisch Kranker, die die Wochenendbeurlaubung zum Risikofaktor werden lassen.⁷²

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich durchaus eine klinische Relevanz: Natürlich muss das Risiko einer Wochenendbeurlaubung stets genauestens bedacht sein und mit den Patienten eine Strategie entwickelt werden, wie im Falle von seelischen

Konfliktsituationen während des Wochenendaufenthaltes zu Hause zu verfahren ist. Einem Patienten eine solche Belastung zuzutrauen, erfordert Erfahrung und Einsicht.

Bezüglich der jahreszeitlichen Häufung der Suizide ließen sich folgende Ergebnisse erheben: Im September (22,6%) und im Mai (16,1%) ereigneten sich die meisten Suizide, gefolgt von Januar, März, Juli und Oktober (je 9,7%), dann Februar und Juni (je 6,5%) und abschließend August, November und Dezember (je 3,2%).

In den Sommermonaten (April bis September) geschahen 58% der Suizide.

Es zeigt sich in den Arbeiten besonders eine Häufung der Suizide im Frühling, die auch Grandel, Gill und Kliebhan in den Monaten April und Mai so in ihren Ergebnissen aufführen.¹⁸⁻²⁰ Postolache et al. publizierten 2010 eine Arbeit zu eben jenen Suizidpeaks im Frühling, die sowohl bei Personen mit als auch bei Personen ohne Klinikaufenthalte wegen psychischen Störungen zu finden waren, sich aber noch deutlicher bei den Suizidpatienten mit Klinikaufenthalt zeigten.⁷³ Auch Reutfors et al. bestätigen den Höhepunkt der Suizide im Frühjahr besonders bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung, die stationär behandlungsbedürftig ist.⁷⁴ Wie dieser Peak zu erklären ist und warum er ausgerechnet bei psychisch Kranken besonders deutlich auftritt, muss offen bleiben. In der Literatur werden verschiedene Ansätze diskutiert, wie z.B. ein bioklimatischer Ansatz, der mit negativen Auswirkungen von Temperatur, Wetterschwankungen und Lichtverhältnissen auf das Neurotransmittersystem argumentiert.⁷³

Ob die recht unspezifischen Ergebnisse zu den Uhr – und Jahreszeiten klinische Relevanz haben können bleibt fraglich. Gegenstimmen kommen beispielsweise von Neuner et al., die keinerlei nennenswerte Auffälligkeiten der Suizide bezüglich Wochentag, Monat und Jahreszeit finden.⁷⁵

5. Zusammenfassung

Diese Arbeit führt die Untersuchungsreihe zu den Patientensuiziden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen weiter. Seit 1965 verfolgt unsere Studie den Verlauf der Suizidrate an der psychiatrischen Klinik und vertieft den Einblick in die Vorfälle durch Vergleiche mit einer Kontrollgruppe. Es stellten sich in der vorliegenden Arbeit dieselben Fragen wie bei Grandel, Gill und Kliebhan: War ein Anstieg oder eine Abnahme in der Suizidrate zu verzeichnen, wie ließen sich die Kliniksuizide charakterisieren und fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Suizidenten und einer Kontrollgruppe bezüglich Sozialdaten, Krankheitsdaten, Therapie und Verlauf?¹⁸⁻²⁰

Die Kontrollgruppe bestand in dieser Arbeit zum ersten Mal aus drei Kontrollpatienten pro Suizidpatient, abgestimmt nach Diagnose, Alter, Aufnahmezeitpunkt und Station.

5.1 Suizidrate

In den Jahren 1992 bis 2010 ereigneten sich bei 41.242 Aufnahmen 41 Suizide. Das ergibt eine Häufigkeit von 0,1% bzw. eine Suizidrate von 99,4 Suiziden pro 100.000 stationäre Aufnahmen im Mittel. Zusammen mit den Arbeiten von Grandel, Gill und Kliebhan lassen sich von 1965 bis 2010 149 Suizide bei 74.604 Aufnahmen zählen, was einer durchschnittlichen Suizidrate von 0,20% entspricht.¹⁸⁻²⁰

Der Durchschnitt der aktuellen Untersuchung liegt mit 0,1% deutlich unter der Suizidrate im gesamten Untersuchungszeitraum, insgesamt zeigt sich die Suizidrate also sinkend.

5.2 Sozialdaten

In unserem Untersuchungszeitraum nahmen sich mit 54,8% erstmals mehr Frauen als Männer das Leben, während sich bei Grandel, Gill und Kliebhan noch ein Überwiegen der männlichen Suizidanten zu verzeichnen war.¹⁸⁻²⁰

In der Altersverteilung zeigt sich insgesamt ein Peak in der vierten Lebensdekade, gefolgt von einem in der sehr jungen zweiten Lebensdekade. Im Geschlechtervergleich der Suizidanten wurden die meisten Suizide der Männer im jungen Alter zwischen 20

und 30 Jahren verübt, die der Frauen zwischen 40 und 49 Jahren und im hohen Alter von 70 an aufwärts. Grandel, Gill und Kliebhan stimmen hier in ihren Ergebnissen ebenfalls überein.¹⁸⁻²⁰

Familiär waren 70,9% der Suizidpatienten und 61,6% der Kontrollpatienten allein stehend, d.h. ledig, geschieden oder verwitwet. In partnerschaftlichen Verhältnissen lebten also in beiden Untersuchungsgruppen der deutlich kleinere Anteil der Patienten, bei den Kontrollen waren Partnerschaften noch etwas häufiger als bei den Suizidanten zu finden. Während Grandel und Gill noch mehr Partnerschaften als allein stehende Patienten fanden, wendet sich dieses Bild bei Kliebhan, wenn auch noch nicht so deutlich wie in den aktuellen Ergebnissen.¹⁸⁻²⁰ Über die Jahre hinweg ist durchaus eine Vereinsamung der psychisch Kranken zu finden, unabhängig von Suizid- oder Kontrollgruppe.

In der Kinderzahl ließ sich, wie auch bei Kliebhan, zwischen Suizid- und Kontrollgruppe kein Unterschied finden, 51,6% der Suizid- und 48,8% waren kinderlos.²⁰

48,4% der Suizidpatienten und dagegen 24,2% der Kontrollpatienten lebten alleine im Haushalt, ein signifikanter Unterschied. ($p < 5\%$) Obwohl der Großteil der Patienten in beiden Untersuchungsgruppen innerhalb der Wohnsituation von anderen Menschen umgeben war (Partner, Familie, WG, therap. WG, Eltern), zeigen die Suizidanten doch eine größere Isolation als die Kontrollen. Während in Grandel und Gills Jahrgängen noch über die Hälfte der Patienten in den Familien lebten, zeigt Kliebhan ein ganz ähnliche Ergebnisse auf: Obwohl insgesamt mehr Patienten in Gesellschaft wohnten, lebten, im Vergleich zu den Kontrollen, deutlich mehr Suizidanten isoliert.¹⁸⁻²⁰

In der Schichtzugehörigkeit ließen sich keine Unterschiede feststellen, in beiden Gruppen siedelten sich die meisten Patienten in der unteren Unterschicht an. (38,7% Suizidpatienten, 29,7% Kontrollen) Die restlichen Patienten verteilten sich in beiden Patientenkollektiven relativ unspezifisch über die obere Unterschicht und die untere und mittlere Mittelschicht. Hier zeigen sich Abweichungen zu Grandel, Gill und Kliebhan, die übereinstimmend die meisten Patienten in der unteren Mittelschicht, gefolgt von der oberen Unterschicht einordnen.¹⁸⁻²⁰ Insgesamt scheint es im Laufe der Jahrzehnte für

psychisch Kranke schwieriger geworden zu sein, sich einen guten Platz in der Gesellschaft zu bewahren.

Einen Abstieg in der Gesellschaftsschicht seit Beginn der psychischen Erkrankung, den sogenannten social drift, fanden wir ohne größere Unterschiede bei 43,3% der Suizid- und bei 39,6% der Kontrollpatienten, zumeist bedingt durch das Unvermögen, den Beruf weiter auszuführen.

Während die meisten Suizidanten (48,4%) soziale Kontakte nur innerhalb der Familie pflegten, konnten die meisten Kontrollen (40,7%) auch Kontakt mit Freunden und Vereinen halten. 19,4% der Suizidpatienten und 19,8% der Kontrollen gaben in den Anamnesen keinerlei soziale Kontakte an.

In der Bildung waren die Suizidpatienten den Kontrollen weit überlegen: 51,7% der Suizidpatienten hatten das Abitur abgelegt, wohingegen die meisten Kontrollen nur den Hauptschulabschluss vorweisen konnten (42,2%). Sowohl Gill als auch Kliebhan beschreiben in ihren Arbeiten im Schnitt höhere Schulbildungsgrade bei den Suizidpatienten im Vergleich zur Kontrollgruppe.^{19,20}

Ein ähnliches Bild zeigte sich in der Berufsausbildung. Die meisten Patienten in beiden Gruppen (41,4 Suizidpatienten, 41,1% Kontrollen) hatten eine abgeschlossene Lehre vorzuweisen. An zweiter Stelle folgte bei den Suizidpatienten dann jedoch der Universitätsabschluss, in der Kontrollgruppe hingegen die Patienten ohne Berufsausbildung. Bei Kliebhan hatten 66,7% der Suizidpatienten, dagegen nur 38,9% der Kontrollen eine Berufsausbildung vorzuweisen, die Universitätsabschlüsse waren bei den Suizidanten im Vergleich dreimal häufiger zu finden.

Ein signifikanter Unterschied ($p < 1\%$) ließ sich auch bezüglich der Hoffnungslosigkeit feststellen: Während 76,7% der Kontrollpatienten eine Perspektive oder ein Zukunftsziel formulieren konnten, gelang dies nur 41,9% der Suizidpatienten.

Eine Broken Home Situation fanden wir häufiger in den Familiengeschichten der Suizidpatienten (41,9%) als in denen der Kontrollpatienten (27,8%). Führend war dabei das Aufwachsen in einer in der Funktion gestörten Familie (Alkoholikerfamilien, Alleinerziehende mit häufigem Partnerwechsel) mit 25,8%, gefolgt von Scheidung oder Tod eines Elternteils. Während in unseren Ergebnissen die Suizidpatienten im Schnitt aus schwierigeren Familienverhältnissen stammten, fanden Gill und Kliebhan gegenteilige, allerdings ebenso wenig signifikante Ergebnisse.^{19,20}

Die Frage nach möglichen Einflüssen der Religiosität auf die Suizide muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben, da in beinahe 90% der Patienten in den aktuellen Ergebnissen keinerlei Aussagen mehr zur Religionszugehörigkeit oder dem Glauben zu finden sind.

5.3 Krankheitsbezogene Daten

An körperlichen Erkrankungen litten unseren Ergebnissen zufolge 61,3% der Suizidpatienten und 51,6% der Kontrollpatienten. Auch in der fachbezogenen Aufteilung der körperlichen Erkrankungen und in den Arbeiten von Gill und Kliebhan ließen sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellen.^{19,20}

Die psychiatrische Familienanamnese zeigte sich in der Suizidgruppe deutlich auffälliger. Bei 48,4% der Suizidanten konnte in der nahen Familie eine psychische Erkrankung gefunden werden, von denen 73,3% an derselben Krankheit litten, wie der Suizidpatient selbst. Im Unterschied zu den Kontrollen kann man hier möglicherweise, aufgrund von persönlichen Erfahrungen und Miterleben eines Leidensweges, von erhöhtem Suizidrisiko sprechen. Unter den Kontrollen fanden sich in nur 29,7% positive Familienanamnesen, in 59,3% davon wiederum dieselbe psychische Erkrankung. Gill und Kliebhan können dies in ihren Ergebnissen nicht bestätigen, während Gills Kontrollgruppe bezüglich der Familienanamnese belasteter ist, findet Kliebhan keinen Unterschied zwischen den Patientenkollektiven.^{19,20}

48,4% der Suizidpatienten und 38,9% der Kontrollpatienten gingen regelmäßigem, schädlichem Konsum von Alkohol, Zigaretten, harten Drogen oder sonstigen abhängig machenden Stoffen nach. Während also insgesamt ein hoher Anteil konsumierender Patienten zu finden war, gab es aber auch innerhalb der Substanzklassen keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Die beiden führenden, psychiatrischen Diagnosen sind erwartungsgemäß auch in unseren Ergebnissen an erster Stelle die affektiven Störungen im Sinne einer schweren Depression (F32/33) mit 48,4%, dicht gefolgt von der Schizophrenie mit 38,7%. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg fanden sich die depressiven Syndrome und die Schizophrenie als dominierende Krankheitsbilder, auffällig war der zunehmende Rückgang der Schizophrenie, die in den vorangehenden Jahrgängen noch

an erster Stelle stand, mittlerweile aber von den depressiven Syndromen überholt wurde.¹⁸⁻²⁰

Bezüglich der Krankheitsdauer ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen feststellen. Die meisten Suizide ereigneten sich innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung (35,5%), eine zweite Häufung fand sich nach einer langen Krankheitsdauer zwischen 10 und 20 Jahren (25,6%). Hier konnte ein leichtes Überwiegen der Suizid- gegenüber den Kontrollpatienten gefunden werden.

Auch die genauere Betrachtung der Krankheitsdauern aufgeteilt nach Diagnosen deutet nicht auf wesentliche Unterschiede zwischen den Gruppen hin. Die meisten Patienten mit der Diagnose F32/33 suizidierten sich innerhalb des ersten Jahres (46,6%) und nach einer sehr langen Krankheitsdauer von über 20 Jahren (20%). Die meisten Schizophrenen begingen den Suizid nach 5 – 10 Jahren Krankheitsdauer (33,3%), und innerhalb des ersten Jahres bzw. nach 10 – 20 Jahren (je 25%). Auch Gill und Kliebhan fanden keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Der Großteil der Patienten zeigt einen mehrjährigen Verlauf bis zu 10 Jahren.^{19,20}

Im aggressiven Verhalten fanden sich keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen, 16,1% der Suizid- und 14,3% der Kontrollen zeigten fremd- bzw. autoaggressives Verhalten.

Eine medikamentöse Therapie erhielten zum Untersuchungszeitpunkt 100% der Suizid- und 92,3% der Kontrollpatienten. 93,5% der Suizidanten erhielten eine Mehrfachtherapie mit unterschiedlichen Präparaten, während nur 76,9% der Kontrollen unter Mehrfachtherapie standen. Im Schnitt wurden somit die Suizidpatienten häufiger und intensiver mit Medikamenten behandelt. Neuroleptika und Antidepressiva waren die Medikamente, die in beiden Untersuchungsgruppen am häufigsten verordnet wurden. Auffällig war die größere Notwendigkeit von Hypnotika und Tranquillizern in der Suizidgruppe (29% Hypnotika, 35,5% Tranquillizer) im Vergleich zur Kontrollgruppe (19,8% Hypnotika, 9,9% Tranquillizer), was auf den größeren Bedarf akut beruhigender Medikamente hinweist. Grandel, Gill und Kliebhan kommen übereinstimmend zu denselben Ergebnissen, ohne größere Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven.¹⁸⁻²⁰ Kliebhan konstatiert ebenfalls den deutlich höheren Bedarf an Hypnotika und Tranquillizern in der Suizidgruppe.²⁰

5.4 Therapie und Klinikaufenthalt

Suizidalität als Aufnahmegrund bei der Indexaufnahme zeigte sich signifikant ($p < 1\%$) häufiger bei den Suizidpatienten: 80,6% der Patienten wurden aus suizidalen Gründen (Suizidgedanken, Suizidandrohung und Suizidversuch) aufgenommen. In der Kontrollgruppe hingegen waren es nur 20,9%. Auch bei Gill und Kliebhan zeichnete sich dieser deutliche Unterschied ab, wenn auch noch nicht im selben Maße signifikant.^{19,20}

Der Großteil der Patienten in beiden Untersuchungsgruppen wurde vom betreuenden Psychiater bzw. Psychologen an das Universitätsklinikum überwiesen. Auch bezüglich der unfreiwilligen Einweisung durch die Polizei fanden sich keine Unterschiede zwischen Suizid- und Kontrollpatienten. Zusammen mit den vorangehenden Untersuchungsjahren ließen sich keine konstanten Auffälligkeiten bezüglich des Einweisungsmodus finden.¹⁸⁻²⁰

Sowohl die Suizid- (83,9%), wie auch die Kontrollpatienten (75,8%) hatten mehrfache, vorangehende Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen zu verzeichnen. Das leichte Überwiegen auf Seiten der Suizidpatienten, die mehrfache stationäre Behandlung betreffend, fand sich auch bei Gill und Kliebhan.^{19,20} Die durchschnittliche Dauer der bisherigen stationären Aufenthalte ergab keine Unterschiede in den Untersuchungsgruppen.

Der Großteil der Suizidpatienten begann den Suizid innerhalb des ersten Monats des stationären Aufenthaltes (45,2%), keiner war beim letzten Aufenthalt länger als 6 Monate in stationärer Behandlung. Kliebhan bestätigte dieses Ergebnis.²⁰ Zu den Kontrollpatienten ließen sich in diesem Untersuchungspunkt keine Unterschiede eruieren.

Der signifikant höheren Suizidalität zu Beginn der Aufnahme Rechnung tragend, wurden die meisten Suizidpatienten (67,7%) auf beschützend geschlossenen Stationen aufgenommen, wohingegen die meisten Patienten der Kontrollgruppe (65,9%) von Anfang an auf offen geführten Stationen zu finden waren.

Dementsprechend häufiger wurden die Suizidpatienten auch verlegt: 64,5% der Suizidpatienten und nur 27,5% der Kontrollen wechselten die Station, wobei in beiden

Gruppen die Verlegungen hauptsächlich von den geschlossenen Abteilungen in die offenen erfolgten.

Ein für den Patienten wichtiger Wechsel im betreuenden Personal fand sich deutlich häufiger bei den Suizidpatienten (58,1% Suizidanten, 26,4% Kontrollen). Dieses Ergebnis bestätigen auch Gill und Kliebhan.^{19,20}

Im familiären Rückhalt, d.h. Personen, die den letzten Aufenthalt begleiteten, unterschieden sich die Suizid- und Kontrollpatienten nicht. 19,4% der Suizidanten und 20,9% der Kontrollen trugen die Last der Krankheit zur Zeit der Indexaufnahme allein und isoliert von Freunden und Familie.

5.5 Suizidalität und Suizid

Signifikant mehr Suizidpatienten (54,8%) als Kontrollpatienten (18,7%) hatten in ihrer Krankengeschichte schon Suizidversuche begangen, der Großteil von ihnen sogar mehr als nur einen ($p < 1\%$). Dieses Ergebnis bestätigen auch Grandel, Gill und Kliebhan, insofern sich in unserer Untersuchungsreihe vorangehende Suizidversuche als signifikanter Risikofaktor für den Patientensuizid darstellen.¹⁸⁻²⁰ In unseren Resultaten zeigte sich besonders bei den schizophrenen Patienten eine deutliche Suizidalität schon in der Vorgeschichte, bei Grandel standen die Patienten mit affektiven Psychosen an erster Stelle.¹⁸

Der Großteil der Suizidversuche hatte in beiden Untersuchungsgruppen außerhalb einer stationären Behandlung stattgefunden. 28,2% der Suizidversuche von Suizidpatienten und 15,8% derer der Kontrollen wurden im Rahmen eines früheren, psychiatrischen Krankenhausaufenthaltes durchgeführt.

Die Methoden der vorangehenden Suizidversuche waren bei den Suizidpatienten noch relativ ausgeglichen zwischen harten (53,8%) und weichen (46,2%) Methoden. Dieses Bild spiegelt sich auch bei Gill und Kliebhan wieder, die bei den Suizidversuchen zu je 50% den Einsatz harter und weicher Methoden beschreiben.^{19,20}

Während zu Beginn der Indexaufnahme bei einem überwiegenden Teil der Suizidanten (80,6%) Suizidalität in Form von verbalisierten Suizidgedanken, Suizidandrohungen und Suizidversuchen relativ eindeutig festgestellt werden konnte, verschwimmt dieses Bild zusehends in den Tagen unmittelbar vor dem Suizid. Bei nur 9,7% der Patienten

wurden während der letzten Tage suizidale Gedanken und Absichten beobachtet, in 29% der Suizidfälle konnte Suizidalität zuvor zumindest nicht eindeutig ausgeschlossen werden. Der Großteil der Suizidanten (61,3%) konnte sich jedoch in der Zeit unmittelbar vor dem Suizid glaubhaft von Suizidalität distanzieren.

Während Grandel und Gill konträre Ergebnisse beschreiben, und beim Großteil der Patienten vor dem Suizid erkennbare Verhaltensänderungen konstatieren, beschreibt Kliebhan diese in nur knapp 20% ihrer Suizidfälle.¹⁸⁻²⁰

Eine Ankündigung des Suizides fand sich in unserer Arbeit in nur wenigen Ausnahmen (6,5%).

In vier Fällen (12,9%) konnte der Suizid zeitlich mit schwerwiegenden, familiären Problemen (Scheidung, Todesfall, großer Streit) in Verbindung gebracht werden, acht Patienten (25,8%) fühlten sich dem Druck und den drohenden Aufgaben der nahenden Entlassung nicht gewachsen und in sieben Fällen (22,6%) konnte der Suizid mit dem Eintreten eines sogenannten life event verknüpft werden. Es sei an dieser Stelle betont, dass ein Zusammenhang mit dem darauf folgenden Suizid letztlich nur vermutet, niemals aber bestätigt werden kann. Kliebhan beschreibt in 11,1% der Fälle familiäre Hintergrundproblematiken und in 12,2% ein live event als zeitlich mit dem Suizid zusammenhängend.

Beinahe ausschließlich und geschlechterunabhängig, in 96,8% der Fälle, wurden harte Methoden für die Suizide angewandt. Dominierend war hierbei der Sturz aus großer Höhe, gefolgt von Erhängen und Überfahren mit dem Zug. Grandel, Gill und Kliebhan bestätigen diese eindrücklichen Ergebnisse.¹⁸⁻²⁰

Der Großteil der Patienten beging den Suizid dabei während eines mit dem Klinikpersonal abgesprochenen Ausgangszeitraums (38,7%) bzw. der Wochenendbeurlaubung (32,2%). Vier Patienten (12,9%) entfernten sich unerlaubt aus dem Klinikgebäude. Kein Suizid wurde innerhalb des Klinikgebäudes oder auf den Stationen durchgeführt. Der Anteil derer, die den Suizid fernab der Klinik begehen steigt über die Jahre hinweg eindrücklich und auch die Zahl derer, die ohne Absprache die Stationen verließen, um sich das Leben zu nehmen, war bei Grandel, Gill und Kliebhan noch deutlich höher, was insgesamt den Eindruck einer offener geführten Psychiatrie hinterlässt.¹⁸⁻²⁰

Die meisten Suizide (41,9%) wurden tagsüber, zwischen 12 und 18 Uhr durchgeführt, was auch Gill und Kliebhan so beschreiben.^{19,20}

Eine deutliche Steigerung in der Suizidhäufigkeit zeigte sich innerhalb der Wochentage an den Tagen des Wochenendes: Freitags geschahen 12,9%, Samstag 16,1% und Sonntag 38,7% der Suizide. Unsere Ergebnisse sprechen hier doch nachdrücklich für ein nicht zu missachtendes Risiko durch Wochenendbeurlaubungen und der fehlenden therapeutischen Kontakte an den Wochenenden, während Gill und Kliebhan einen solchen Anstieg in ihren Resultaten nicht verzeichnen.^{19,20}

Die Monate mit den meisten Suiziden waren September (22,6%) und Mai (16,1%). An Gill und Kliebhan anknüpfend, lassen sich zu Beginn des Frühjahres im April/Mai und im Herbst September/November im gesamten Untersuchungszeitraum überdurchschnittliche Häufungen der Suizide konstatieren.^{19,20}

5.6 Abschlussdiskussion

Diese Studie und die Diskussion mit Bezugnahme auf die internationale Literatur zeigt die Wichtigkeit, den Patientensuizid im Rahmen einer Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung ernst zu nehmen und das Risiko als behandelnder Arzt niemals aus den Augen zu verlieren. Psychisch kranke Menschen haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko, einen Suizid zu begehen.

Zusätzlich zu den Problemen, die das Leben einem jeden früher oder später und in unterschiedlicher Schwere bietet, haben diese Menschen die Last einer Krankheit zu tragen, die die persönlichen Ressourcen und das klare Urteilsvermögen schwächen, das Familien- und Alltagsleben erheblich beeinträchtigen und den Patienten nicht selten an den Rand der Gesellschaft drängen.

Durchaus konnten in dieser Studienreihe Faktoren gefunden werden, die das Bild eines potenziellen Risikopatienten formen können. Das Leiden an einem schweren, depressiven Syndrom oder einer Schizophrenie, das Vorkommen von psychischen Erkrankungen in der eigenen Familie und damit das Wissen um deren Verlauf, eine überdurchschnittliche Schul- bzw. Berufsbildung, isolierte Wohn- und Lebensverhältnisse, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit im Gespräch, besonders aber suizidale Gedanken oder Handlungen zu Beginn der Aufnahme und Suizidversuche in der vorangehenden Krankengeschichte waren, teils sogar signifikante, Risikofaktoren,

die die Suizidpatienten von den Kontrollpatienten unterschieden. Längst sind es nicht mehr zum überwiegenden Teil Männer, die die Patientensuizide begingen, sondern es zeigte sich ein ausgeglichenes Bild zwischen den Geschlechtern.

Dennoch bleiben diese Risikofaktoren, angesichts der kleinen Untersuchungsgruppe und des im Grunde immer noch seltenen Vorkommens eines Krankenhaussuizides und der fraglichen Sensitivität und Spezifität der gefundenen Risikofaktoren, ernst zu nehmende Anhaltspunkte, die keinen allgemeingültigen Anspruch erheben dürfen und in jedem Fall immer differenziert und einfühlsam betrachtet werden müssen, eine Problematik die auch Powell und Madsen et al. ansprechen.^{51,64}

Der Suizid an sich bleibt ein Vorgehen, das getragen ist von verschiedensten Einflüssen und subjektivem Empfinden, letztendlich ist es allein der Patient, der alle Komponenten kennt, die dazu führten, die eigene Situation als ausweglos zu betrachten.

Proulx betont, dass der Großteil der Patientensuizide nicht gut vorhersehbar war.³⁹

Krankheitsspezifische, familiäre, lebensgeschichtliche und damit bilanziert erscheinende Faktoren beeinflussen den Vollzug des Suizids genauso wie raptusartige Blitzentscheidungen, eine Fassade, hinter die nie jemand vollständig blicken wird, außer der Patient selbst. „Es muss akzeptiert werden, dass psychische Erkrankungen auch solche zum Tode sein können: Man kann in der ambulanten und klinischen Psychiatrie auch sterben“, so Wolfersdorf.²⁵

Dennoch bleibt es die Verpflichtung der Psychiatrie, dem Patienten eine solch schützende Hilfestellung zu geben, dass jegliche suizidale Handlung möglichst verhindert werden kann. Dazu gehört eine bestmögliche Therapie, medikamentös, wie auch psychotherapeutisch und rehabilitativ nach bestem Wissen und Gewissen der Therapeuten. Unsere Ergebnisse zeigten, dass die Suizide großteils in der Frühphase des klinischen Aufenthaltes geschahen, die Kliniksuizide als besonderes Problem der Akutpsychiatrie, wie Wolfersdorf sie beschreibt, verdeutlichten sich auch bei uns.²²

Auch hat die Studie veranschaulicht, dass einerseits die klinische Psychiatrie einen Wandel hin zu einer offeneren Gestaltung durchlaufen hat und andererseits aber ein deutliches Risiko von den Wochenendbeurlaubungen und Ausgängen ausgeht.

Wolfersdorf betont, dass „Suizidprävention neben dem Gefühl und dem Wissen um die Verantwortung für den Patienten auch den Freiraum für therapeutische Entscheidungen“ braucht.²⁵ Es bleibt also eine ernst zu nehmende Verantwortung, Beobachtungs- und

Einschätzungsfähigkeit des betreuenden Teams, Patienten mit generell erhöhter suizidaler Gefährdung, die aber zum Entscheidungszeitpunkt kein akutes Suizidrisiko zeigen, ein offenes Behandlungssetting mit Wochenendbeurlaubung und Ausgängen zu ermöglichen. Der Interaktion und dem stetigen Bemühen um Kontakt und Vertrauen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes zwischen Patient und den Therapeuten ist wohl oberste Priorität anzurechnen. Martelli et al. beschreiben ebenfalls die Schwierigkeit der Suizidprävention und heben neben der eben genannten Intensivierung der Ausbildung des Personals bezüglich Suizidalität, einer Optimierung der Pflege von Suizidrisikopatienten und dem Einbezug der Familie auch die Sicherung des Klinikgeländes und der nahen Umgebung hervor.⁵ In unseren Ergebnissen zeigte sich auch die Bedeutung der, ebenfalls durch das offenere Konzept der Psychiatrien mitbedingten, Stations- und damit Bezugspersonenwechsel. Eine enge Zusammenarbeit und reger Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist eine der wichtigsten Maßnahmen, um den Patienten bestmöglichen Schutz zu bieten und auch kleinste Veränderungen im Verhalten und Rückzug nicht zu übersehen. „Die Sicherstellung einer ausreichenden therapeutischen Behandlungskontinuität“ sehen auch Hohl-Radke et al. als notwendige Voraussetzung suizidpräventiver Effekte der Behandlung.⁷

Und dennoch: Wolfersdorf beschreibt ganz klar, dass akzeptiert werden muss, „dass es eine absolute Suizidprävention nicht gibt, auch nicht unter optimalen Therapie-, Betreuungs- und Kontrollbedingungen. Unter anderem hat dies damit zu tun, dass Suizidprävention eine Angelegenheit zweier Seiten, nämlich von therapeutisch – pflegerischer und von Patientenseite ist“.²⁵ Ohne das Zutun des Patienten, sich öffnen zu wollen und zu können, kann auch eine sehr gut gestaltete Therapie scheitern. Die letzte Entscheidung über sein Leben wird immer beim Patienten selbst liegen, die Aufgabe des behandelnden Teams ist es, bestmöglich dafür zu sorgen, dass der Patient in Krisensituationen geschützt und unterstützt wird und dass langfristig Maßnahmen gefunden werden, damit der Patient sein Leben annehmen kann und möchte.

6. Kasuistik

Im Folgenden wird die Biografie der Suizidpatienten, deren Akten zugänglich waren, kurz dargestellt. Vorgehende Aufenthalte, Suizidversuche und die zum Suizidzeitpunkt im Vordergrund stehenden Probleme werden heraus gearbeitet. Aus Gründen des Datenschutzes wird auf die Angabe von persönlichen Daten verzichtet.

Pat. 1:

Akten nicht zugänglich.

Pat. 2:

Die 46-jährige, in Scheidung lebende Patientin ohne Kinder erkrankte im Jahr des Suizids erstmals an einer schweren depressiven Episode. Im Vorfeld der Depression fanden sich längere berufliche Fehlzeiten aufgrund einer Bronchitis und benigner Darmpolypen. Die Patientin entwickelte im Laufe des Jahres immer mehr depressive Symptome, sie verlor ihr „einziges Standbein, den einzigen Lebensinhalt“, den Job. Die stationäre, psychiatrische Therapie und Rolle der Patientin konnte sie zu Beginn nur schwer annehmen, in Belastungserprobungen zu Hause merkte sie jedoch, dass jegliche alltägliche Belastung sie völlig überforderte, was die Patientin schwer von sich selbst enttäuschte. Der Patientin wurde eine langfristige Behandlung in der Tagesklinik angeboten, was bei ihr eine deutliche Ambivalenz zwischen Mut und Interesse einerseits, aber auch Überforderungsgedanken und Versagensangst auslöste. In der Woche vor der Entlassung in die teilstationäre Weiterbehandlung erhängte sie sich im Rahmen einer Belastungserprobung zu Hause.

Pat. 3:

Die 44-jährige Patientin wurde bei der Indexaufnahme aufgrund einer akuten Exazerbation einer vorbekannten, paranoiden Schizophrenie und schwerer Alkoholintoxikation bei Alkoholabhängigkeit auf eine geschlossene Station aufgenommen. Die Patientin verweigerte aufgrund der Wahnhalte Medikamenteneinnahme und Nahrungsaufnahme, die Therapie gestaltete sich von

Beginn an schwierig. Sie beging im Rahmen des Indexaufenthaltes einen Suizidversuch, bei dem sie versuchte, sich mit den Schnürsenkeln zu erdrosseln.

In der Vorgeschichte fanden sich bereits mehrere stationäre Aufenthalte aufgrund der Psychose und ein ebenfalls stationärer Suizidversuch durch Schnittwunden am Handgelenk kurz vor Entlassung. Sie war verheiratet mit einem Kurden, zur Familie bestand deswegen kein Kontakt mehr, ein Sohn wuchs bei den Eltern auf.

Im Rahmen der Therapie gab es mehrere Stationswechsel, zuletzt auf die Station für komorbid Suchterkrankte, es konnte eine deutliche Besserung nach monatelanger antipsychotischer Therapie erreicht werden. Pläne für betreutes Wohnen waren in Planung. Die Patientin wurde über das Wochenende zur Belastungserprobung entlassen, wobei kein Anhalt für eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten bestand. Im Rahmen der Belastungserprobung nahm sich die Patientin durch Sturz vor einen Zug das Leben.

Pat. 4:

Die 45-jährige, früher sehr sportliche, ehrgeizige, extrovertierte und engagierte Patientin durchlief ab ca. drei Jahre vor dem Suizid schwere Krankheitsphasen. Sie war Mutter dreier Kinder und lebte mit dem Ehemann zusammen. Sie entwickelte ein zunehmend chronifizierendes Schmerzsyndrom nach einem „Tennisarm“, eine zunehmende Fixierung auf körperliche Leiden aller Art war zu beobachten. Mehrere stationäre Aufenthalte aufgrund einer Somatisierungsstörung im Vorfeld, Entwicklung von schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen (Körperzerfall, Muskelzerfall, Behinderung). Im Vorjahr des Suizids hatte die Patientin bereits einen frustrierten Suizidversuch mit Autogas in der Garage unternommen. Im letzten Jahr immer wieder erneute, kurzzeitige Aufnahmen im Rahmen von Kriseninterventionen bei suizidalen Äußerungen oder Handlungen (stand auf einer Autobahnbrücke). Die Gedanken an die Familie haben sie davon abgehalten, zu springen.

Auch die Indexaufnahme war aufgrund von akuter Suizidalität bei wahnhaften Körpermissempfindungen gestellt worden, im Rahmen des stationären Aufenthaltes und unter Haldolmedikation erreichte man eine deutliche Besserung. Am Entlasstag sollte die Patientin auf die Abholung des Mannes bis zum Nachmittag warten, in der Zwischenzeit suizidierte sie sich durch einen Sprung von einer Autobahnbrücke bei Horb.

Pat. 5:

Der 26-jährige Student war im Suizidjahr bereits 9 Jahre lang aufgrund einer paranoid-halluzinatorischen Psychose in regelmäßiger stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung, eine Beendigung des Studiums war aufgrund der Erkrankung bislang nicht gelungen. Seine Mutter litt ebenfalls an einer paranoiden Schizophrenie, in der Vorgeschichte gab es keine Suizidversuche. Grund zur Indexaufnahme war eine erneute Exazerbation der Psychose mit ausgebautem Wahnsystem, Ich-Störung und akustischen Halluzinationen. Mehrfaches Entweichen aus der Klinik und Behandlungsincompliance machten eine richterliche Unterbringung notwendig. Bis zum Schluss konnte keine ausreichende Besserung der psychotischen Symptomatik erreicht werden. Der Patient entwich von der geschlossenen Station und beging einen impulsartigen Suizid durch Sprung von einer Brücke.

Pat. 6:

Die 70-jährige Patientin litt an rezidivierenden, schweren Depressionen und einem Opiatabusus bei mehreren schmerzhaften, somatischen Leiden (Spinalkanalstenose, Hüft TEP, Carpaltunnelsyndrom u.a.). Die Patientin lebte allein, ihr Ehemann hatte sich vor 33 Jahren suizidiert, sie war Mutter dreier Kinder, zu denen allerdings ein sehr schwieriges Verhältnis bestand. In der Vorgeschichte mehrere stationäre Aufenthalte, sowohl psychosomatisch aufgrund der Schmerzsyndrome und bei Verdacht auf Somatisierungsstörungen, als auch psychiatrisch aufgrund der rezidivierenden Depressionen. Die Patientin hatte im Vorfeld bereits zwei Suizidversuche mit Tabletten unternommen, beide jeweils im Anschluss an stationäre Therapien. Während des letzten stationären Aufenthaltes standen ihre Einsamkeit, die schmerzhaften, somatischen Leiden und die Konflikte mit den Kindern und Geschwister im Vordergrund. Die Patientin zeigte eine tiefe Verzweiflung, ihr Leben nicht mehr in eigenen Händen zu führen. Die Therapie gestaltete sich schwierig, langsam konnte eine ausreichende Besserung erzielt werden, die Patientin wurde zugänglicher im Kontakt und wurde vereinzelt in Begleitung der Söhne nach Hause probebeurlaubt. Im Rahmen einer solchen Belastungserprobung erhängte sich die Patientin im Hause des Sohnes, ein Abschiedsbrief zeigte die mehrtägige Planung des Suizids.

Pat. 7:

Akten nicht zugänglich.

Pat. 8:

Akten nicht zugänglich.

Pat. 9:

Die 74-jährige Patientin litt seit vielen Jahren an schweren, rezidivierenden, depressiven Episoden. Seit ca. drei Jahren vor dem Suizid stürzte die Patientin mehrfach aus unerklärten Gründen plötzlich vornüber und wurde daher mehrfach neurologisch untersucht. Die Patientin lebte als Witwe, jedoch im Nachbarhaus der beiden Kinder und der sechs Enkelkinder. Sie hatte viel Kontakt zur Familie, sowie zu einigen Freunden, die sie regelmäßig an den Sonntagen traf.

In der Anamnese mehrere stationäre Aufenthalte aufgrund der Depressionen, keine Suizidversuche. Bei der Indexaufnahme standen eine anhaltende, innere Unruhe, ein Verarmungswahn und die Angst, nie wieder gesund zu werden, deutlich im Vordergrund. Die antidepressiv/antipsychotische Behandlung erzielte eine Teilremission, die Patientin konnte gegen Ende der Behandlung mehrmals in Begleitung der Kinder nach Hause probebeurlaubt werden. Am Vorabend des Suizids nahm die Patientin noch an einer Wohnungseinweihung einer Freundin teil, tags darauf stürzte sie sich, für alle Beteiligten unvorhersehbar, aus dem siebten Stock eines Mehrfamilienhauses.

Pat. 10:

Der 50-jährige Patient litt seit 12 Jahren an einer bipolar-affektiven Störung, bei Indexaufnahme war er in die Phase der schweren Depression geraten.

Phasenprophylaktische Behandlung zeigte sich bei ihm wenig wirkungsvoll, sodass es in der Vorgeschichte viele stationäre Aufenthalte, sowohl aufgrund manischer, als auch depressiver Episoden gab. Der Patient war zum zweiten Mal verheiratet, aus erster Ehe hatte er drei Kinder, zur Familie bestand ein guter, unterstützender Kontakt. Er war frühberentet seit dem 38. Lebensjahr, dabei hoch verschuldet aufgrund des exzessiven

Lebensstils in den manischen Episoden. In der Vorgeschichte gab es fünf frustrane Suizidversuche in depressiven Episoden (Erhängen, mit Gürtel an Stausee gefesselt, Fön/Staubsauger in Wanne, Tabletteneinnahme).

Während des letzten Aufenthaltes war die depressive Symptomatik von psychotischen Symptomen begleitet, er hatte die Wahnvorstellung erst seine Frau, dann sich selbst zu töten. Der Patient verließ die Station unabgesprochen und war zwei Tage abgängig, bevor er sich in der Nacht von einer Autobahnbrücke stürzte.

Pat. 11:

Der 48-jährige Patient leidet seit seinem 22. Lebensjahr an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie mit mehrfachen schweren Exazerbationen bei Medikamentenincompliance und vielen stationären Aufenthalten. Keine Suizidversuche in der Vorgeschichte. Der Patient musste die eigene Wohnung aufgeben und lebte in den letzten Jahren im Hause der Mutter, wo er den elterlichen Hof mitversorgte, sowie es die Kräfte zuließen. Die Mutter selbst litt unter schweren Depressionen.

Zur Indexaufnahme kam es bei akuter Exazerbation bei Incompliance bezüglich der Depotmedikation mit dem Vollbild einer Psychose. Unter der neuroleptischen Medikation auf Station ergab sich eine erneute Teilremission und bei guter Stabilisierung wurden Probebeurlaubungen nach Hause vereinbart. Im Rahmen einer solchen erhängte sich der Patient im elterlichen Haus in Abwesenheit seiner Mutter, die pflegebedürftig ins Krankenhaus eingewiesen worden war.

Pat. 12:

Der 62-jährige Patient war selbst lange Jahre als Neurologe tätig gewesen, zwei Jahre vor dem Suizid war ihm laut einem psychiatrischen Gutachten die Approbation entzogen worden. Der Patient lebte in Scheidung und alleine, völlig isoliert von Familie und Freunden, auch zur Tochter bestand kein Kontakt. Im Vorfeld fand sich die ambulant gestellte Diagnose einer wahnhaften Störung, im Jahr des Suizides kam es zum ersten stationären Aufenthalt, in dessen Rahmen die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt wurde. Es fanden sich keine Suizidversuche in der Anamnese

Nach der Entaktualisierung der psychotischen Symptomatik unter hochpotenter, neuroleptischer Medikation suizidierte sich der Patient durch Erhängen im Rahmen einer Belastungserprobung in der eigenen Wohnung.

Pat. 13:

Der 31-jährige Patient litt seit seinem 23. Lebensjahr an einer schwer behandelbaren paranoiden Schizophrenie. Nach dem Abitur war im Rahmen des Zivildienstes ein deutlicher Leistungsknick mit zunehmender Konzentrationsunfähigkeit und Überlastung zu bemerken. Zwei Studienversuche scheiterten ebenfalls. Der Bruder, der ebenfalls an einer Schizophrenie litt, suizidierte sich 1993. 1996 traten die ersten psychotischen Symptome beim Patienten selbst auf. Es folgten in den kommenden drei Jahren wiederholte, stationäre Aufenthalte, die Krankheitsverläufe waren gezeichnet von starken, psychotisch motivierten Ängsten und anhaltender Suizidalität. Die medikamentöse Einstellung gestaltete sich schwierig, in den kurzen Remissionsphasen hielt der Patient, der bis zuletzt im Studentenwohnheim wohnte und keinen Kontakt zu den Eltern hatte, sich mit Nebenjobs über Wasser. 1998 beging er zwei Suizidversuche, einen mit Tabletten, den letzten überlebte er schwer verletzt nach einem Sprung vor einen fahrenden LKW. Auch der letzte stationäre Aufenthalt 1999 gestaltete sich langwierig (sechs Monate), auch unter hochpotenter Neuroleptie war die Psychose nur langsam rückläufig. Es zeigte sich eine zunehmende Verzweiflung und Resignation beim Patienten. Als sich sein Zustand um die Weihnachtszeit besserte, gewährte man ihm nach und nach Ausgänge und Belastungserprobungen nach Hause und zu Freunden. Im neuen Jahr ging es weiter bergauf, der Patient war nach außen schwingungsfähig und fröhlich. Er beging den Suizid im ersten Drittel des Januars, für alle Außenstehenden völlig überraschend, durch einen Sprung vom Tübinger Rathaus.

Pat 14:

Die Geschichte des 24-jährigen Patienten ist geprägt von einer stark vorbelasteten Familienanamnese: Die Mutter litt an einer schweren paranoiden Schizophrenie, beging sechs Suizidversuche bevor sie sich das Leben nahm, als der Patient acht Jahre alt war. Sein Vater dekompenzierte nach dem Tod der Mutter zunehmend, er litt an rezidivierenden schweren, depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen. Auch

der Vater nahm sich während einer stationären, psychiatrischen Behandlung das Leben. Der Patient wuchs bei der Tante auf, war trotz der gezeichneten Kindheit und Jugend ein beliebter, guter Schüler und Abiturient, erlangte sogar ein Stipendium für ein Rhetorikstudium in den USA. Im Rahmen des ersten Semesters dekompenzierte der Patient, das Studium überforderte ihn plötzlich deutlich. Aufgrund einer schwer depressiven Symptomatik wurde er auch stationär psychiatrisch behandelt, die Tante holte ihn zurück nach Deutschland. Es folgte eine, den Akten nach wohl hypomane Phase, die gefolgt war vom erneuten, depressiven Einbruch, diesmal mit klarer Suizidalität und wahnhaften Qualitäten. Er beging einen schweren Suizidversuch durch Sprung aus dem siebten Stock eines Hochhauses, den er überlebte. Im Rahmen der Indexbehandlung wurde die Diagnose einer schizoaffectiven Störung gestellt. Der Patient drängte im Rahmen der Behandlung nach vorn, distanzierte sich bald glaubhaft von Suizidalität. Eine Verlegung auf die offene Station folgte. Der Patient hatte Angst, im Rahmen seiner Erkrankung entmündigt zu werden, ertrug die stationäre Situation nicht länger. Er entfernte sich unabgesprochen von Station und nahm sich an einem Nachmittag im Mai durch Sprung vor einen Zug das Leben.

Pat. 15:

Die 29-jährige Patientin litt seit dem 24. Lebensjahr nach einer geplanten Abruptio an einer rezidivierenden, depressiven Störung. Zweimal musste sie deswegen stationär behandelt werden. Die Patientin hatte eine große Familie und gute Kontakte. Im Indexjahr stand sie kurz vor dem Abschluss des BWL-Studiums. Als Belastungsmomente bestanden schwierige Kontakte zum Exfreund, eine enorme Prüfungs- und Versagensangst. Es erfolgte eine geplante Aufnahme auf einer offenen Station bei fehlender akuter Suizidalität. Die Patientin nahm die medikamentös-antidepressive und psychotherapeutische Behandlung gut an, Belastungserprobungen nach Hause waren erfolgreich. Von der dritten Wochenendbeurlaubung kehrt sie deutlich verändert zurück, die Schwester hatte ein Kind geboren und dem Kind den Namen der Patientin gegeben, wohl um ihr damit eine Freude zu machen. Die Patientin verarbeitete das Geschehen aber in der Art, als brauche man sie jetzt nicht mehr, er gäbe jetzt einen Ersatz für sie. Sie distanzierte sich auch in dieser Krisensituation von

Suizidalität, ein Suizidpakt wurde mit der Patientin geschlossen. Sie verließ ohne Absprache erneut die Klinik und erhängte sich am Abend an einem Baugerüst einer Tübinger Grundschule.

Pat. 16:

Der 32-jährige Patient litt seit seinem 24. Lebensjahr an einer paranoiden Schizophrenie. Laut Aktenlage litten sowohl die Mutter als auch die beiden Brüder an rezidivierenden depressiven Episoden. Nach dem Abitur und dem Wehrdienst begann der Patient sein Studium, es folgte eine erste Krankheitsepisode mit einem ausgebauten paranoiden Wahnsystem, Beziehungsideen und akustischen Halluzinationen. Es folgten in den kommenden Jahren wiederholte stationäre Aufenthalte aufgrund erneuter, stark produktiv psychotischer Exazerbationen, die unter der regelmäßigen Medikation im Krankenhaus wieder gut remittierten. Bei zunehmender Chronifizierung schwand jedoch die Belastbarkeit des Patienten zusehends, Arbeits- und Studienversuche scheiterten. Der Patient verlor zunehmend das Vertrauen in die eigene Zukunftsperspektive, versuchte nach außen das Gesicht eines Studenten zu wahren, geriet in einen Konflikt aus Autonomiebestreben und Abhängigkeit aufgrund seiner Erkrankung. Er isolierte sich immer mehr. Zum letzten stationären Aufenthalt kam er mit starken psychotischen Ängsten und optischen Halluzinationen, bat selbstständig um Aufnahme. Erneut konnte man unter Neuroleptie eine Teilremission erlangen, erarbeitete mit dem Patienten zukünftige, betreute Wohnmöglichkeiten und Arbeitsversuche. Diese, dem Patienten gering erscheinenden, Perspektiven belasteten den Patienten. Im Ausgang suizidierte er sich in diesen Tagen durch einen Sprung von einem Hochhaus im WHO.

Pat. 17:

Der 53-jährige Patient litt seit dem 45. Lebensjahr an einer rezidivierenden, schweren depressiven Störung, die zweimal stationär behandelt werden musste. Bei unzureichender Hilfe durch die antidepressive Medikation wurde auch die EKT angewandt, die in Kombination mit der Medikation zu einer ausreichenden Remission gelangte. Nach sieben Jahren kam eine starke Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit hinzu, deren Entzüge zwei weitere stationäre Aufenthalte nötig machten. Der Patient,

verheiratet und Vater zweier Kinder, arbeitete bis zuletzt und lebte in einem unterstützenden familiären Umfeld. Im häuslichen Umfeld kam es jedoch erneut zu massivem Alkohol- und Benzodiazepinabusus, was das Vollbild der erneuten schweren depressiven Episode noch überlagerte. Im Rahmen der Indexaufnahme wurde der Patient erneut entgiftet, durchlief den Entzug, die Depression wurde mit Antidepressiva und EKT behandelt. Nach ausreichender Stabilisierung erfolgte bei fehlender Suizidalität die Verlegung auf die offene Station, Wochenendbeurlaubungen nach Hause zur Familie wurden zuverlässig genützt. Im Rahmen eines solchen Wochenendes erhängte sich der Patient unvorhersehbar für Therapeuten und Familie.

Pat. 18:

Die 73-jährige Patientin litt seit dem 45. Lebensjahr an einer Bipolaren Störung mit starken formalgedanklichen Störungen und psychotischen Symptomen in den depressiven Phasen. Sie lebte geschieden allein in einer Wohnung, Kontakt bestand nur zu einer der beiden Töchter. Seit dem 59. Lebensjahr war sie frühberentet. In der Vorgeschichte gab es zwei stationäre Aufenthalte. Im Indexjahr erlitt die Patientin in kurzen Abständen zwei transitorische, ischämische Attacken, von denen sie sich komplett erholte. Nach der Implantation einer Hüft-TEP wurde die Patientin erneut schwer depressiv mit psychotischen Symptomen (Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen). Die Polizei fand sie ängstlich und ohne Angabe von Gründen im Wald von Bebenhausen. Im Krankenhaus konnte die Patientin angeben, dass sie seit der OP nicht mehr leistungsfähig sei und alle Kontakte abgebrochen seien. Ein Schuldwahn wurde deutlich. Nach einiger Zeit der Stabilisierung und bei fehlenden Hinweisen auf Suizidalität auf der offenen Station folgte ein erster Versuch einer Übernachtung zu Hause. Die Patientin stürzte sich am Morgen danach vom Balkon im zweiten Stock.

Pat. 19:

Die 64-jährige Patientin litt seit dem 23. Lebensjahr an zunächst leichten, rezidivierenden, depressiven Episoden, ab dem 46. Lebensjahr zunehmend an schweren Episoden mit psychotischen Symptomen. In der Vorgeschichte der vierfachen Mutter, die mit ihrem Ehemann in einem stützenden, familiären Umfeld lebte, fanden sich vier Suizidversuche mit Tabletten, die jeweils zu Hause und im Zeitraum nach einem

stationären Aufenthalt stattfanden. Sie arbeitete zeitweise im Büro der Firma des Mannes mit, soziale Kontakte außerhalb der Familie hatte die Patientin nicht. Die antidepressiv-antipsychotische Behandlung gestaltete sich in den Krankheitsschüben zunehmend schwierig, auch andere Therapieformen wie EKT und Schlafentzug wurden probeweise durchgeführt, man konnte bei der Patientin jedoch nur noch Teilremissionen erzielen. Auch bei der letzten Aufnahme zeigte die Patientin ein schwer depressives Bild, war ängstlich-agitiert, äußerte latente, lebensmüde Gedanken, distanzierte sich jedoch von akuter Suizidalität. Nach erneuter Teilremission gewährte man der Patientin bei guter Absprachefähigkeit und glaubhafter Distanzierung von Suizidalität erste, halbstündige Ausgänge. Im Rahmen eines solchen Ausganges suizidierte sich die Patientin durch Sturz von einer Brücke. In der Tasche trug sie einen Zettel, auf dem stand, man solle sie sterben lassen.

Pat. 20:

Die 76-jährige Patientin hatte zwei Jahre vor dem Suizid den Ehemann und eine ihrer vier Töchter durch einen Unfall verloren. Seither stellte sich eine zunehmende, depressive Symptomatik mit Anhedonie, Rückzug, Traurigkeit und Grübelneigung ein. Die Patientin wurde teilstationär in der Tagesklinik behandelt. Es wechselten ermutigende, charmante Gespräche mit der betagten Patientin mit Klagsamkeit und Vorwürfen gegen die hinterbliebenen Töchter. Eine vorübergehende stationäre Therapie bei zunehmender Destabilisierung war indiziert, als die Patientin berichtete, bei Spaziergängen am Neckar Überlegungen gehabt zu haben, in den Neckar zu springen. Eine Rückübernahme in die Tagesklinik war jedoch rasch möglich. Fremdanamnesen mit den Töchtern ergaben eine zunehmende Verhaltensänderung der Mutter, sie sei zunehmend vorwurfsvoll und klagsam gewesen. Die Patientin erschien nach einigen Wochen der teilstationären Behandlung nicht mehr in der Tagesklinik, sie wurde von der Polizei tot am Neckarstauwehr aufgefunden.

Pat. 21:

Die 70-jährige Patientin litt seit dem 60. Lebensjahr an rezidivierenden, depressiven Episoden, war seither regelmäßig in ambulanter psychiatrischer Behandlung, intermittierend waren stationäre Aufenthalte notwendig. Seit dem Tod des Ehemannes

im 65. Lebensjahr war eine zunehmende Verschlechterung der Symptomatik mit Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit zu beobachten, ein Führen des Haushaltes war ihr kaum mehr möglich. Die betagte Dame hatte guten Kontakt zu ihren beiden Kindern und den Enkeln, außerhalb der Familie war sie jedoch vollständig isoliert. Nach einem Suizidversuch mit Tabletten wurde sie auf die geschützte Station aufgenommen. Unter der medikamentös-psychotherapeutischen Behandlung konnte eine erneute Teilremission der Depression erreicht werden, es persistierten jedoch anhaltenden Stimmungsschwankungen mit Einbrüchen, die geprägt waren von Mutlosigkeit, Perspektivlosigkeit und dem Gefühl, für alle eine Last zu sein. Auch die Wochenendbeurlaubungen zu Kindern und Enkeln schienen nur kurzfristige Lichtblicke zu sein. Im Rahmen einer solchen Wochenendbeurlaubung suizidierte sie sich durch einen Sprung von einer Brücke auf Bahngleise. Eine Passantin, die das Auto anhielt um zu helfen, kam zu spät. Die Patientin hatte am Tag vor dem Suizid je ein Kuscheltier für die Enkelkinder genäht.

Pat. 22:

Der 43-jährige Patient litt seit dem 36. Lebensjahr, dem Jahr nach dem Suizid seiner Mutter, die an rezidivierenden depressiven Episoden erkrankt gewesen war, an einer schizoaffektiven Störung mit schweren psychotischen Symptomen, paranoidem Wahn, Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn. In den Jahren der Krankheit erlebte der gelernte Zahntechniker einen gravierenden, sozialen Abstieg hinein in die Arbeitslosigkeit, mehrere Arbeitsversuche scheiterten. Zu den Geschwistern hielt er kaum, zu anderen Personen gar keinen Kontakt. Ca. 18 stationäre Aufenthalte mit teilweise langwierigen medikamentösen Einstellungen bei Incompliance des Patienten waren notwendig, der Patient fürchtete zunehmend erneute Einweisungen, bemühte sich stets, drohende erneute Exazerbationen zu verbergen. Zuletzt war er tagesklinisch angebunden, stundenweise Arbeitsversuche scheiterten erneut bei zunehmender Überlastung. Er war in der teilstationären Behandlung nur mangelhaft kooperativ, bald erschien er nicht mehr regelmäßig in der Tagesklinik. Vom betreuenden Team wurden aktiv Kontakt und Gespräche gesucht, da man die sich anbahnende erneute Dekompensation ahnte. Der Patient war sehr ambivalent, ihm wurden Angebote der stationären Aufnahme unterbreitet. An einem Freitag stürzte sich der Patient abends aus

dem Fenster, nachdem der Bruder gegen 23 Uhr gegangen war und den Patienten stabil währte. Nach dem Suizid gab der Bruder an, dass der Patient, wie vom betreuenden Team erahnt, schon seit längerem wieder zunehmende paranoide Ängste hatte, die er unbedingt verbergen wollte. Der Bruder habe schwören müssen, den Ärzten nichts davon zu sagen.

Pat. 23:

Der 31-jährige Patient, der seit über 10 Jahren an einer schweren Alkoholabhängigkeit litt, hatte in den Jahren vor dem Suizid einen gravierenden sozialen Abstieg zu verzeichnen. Dem gelernten Werbezeichner gelang es nicht mehr, einen Fuß in die Arbeitswelt zu setzen, was ihn sehr belastete. Soziale Kontakte bestanden nur noch zur Freundin, mit der er bis zuletzt zusammen wohnte. Die Mutter des Patienten hatte ebenfalls an einer Tabletten- und Alkoholabhängigkeit gelitten, sie suizidierte sich durch einen Sprung von der Stiftskirche. Im Indexjahr rang sich der Patient zu einer ersten Entgiftung und Entzugsbehandlung durch, die er aber abbrach, als im Rahmen des Entzuges erstmalig psychotische Symptome mit paranoidem Wahn und Beziehungsideen auftraten. Nur wenige Tage nach der Entlassung gegen ärztlichen Rat brachte die Freundin ihn erneut zur Aufnahme, der Patient war erneut alkoholisiert und ängstlich – aggressiv mit psychotischen Ängsten. Eine Unterbringung wurde vorübergehend beantragt, der darauf folgende Entzug war geprägt von mangelnder Compliance des Patienten und wiederkehrenden erneuten Einbrüchen. Mehrmalige Wechsel zwischen geschlossener und offener Station waren nötig, zuletzt wurde der Patient aufgrund von suizidalen Handlungen auf die geschützte Akutstation verlegt. Er hatte sich Schnittwunden zugefügt, um zu testen, ob er zu einer solchen Handlung fähig sei. Der Patient wurde in den folgenden Tagen engmaschig betreut, er betonte jedoch seine Freiwilligkeit des Aufenthaltes. Im vom Personal begleiteten Ausgang entfernte sich der Patient ruhig, ließ sich nicht zum Umkehren bewegen. Die Polizei wurde sofort verständigt, jedoch gelang es dem Patienten, sich ebenfalls von der Stiftskirche zu stürzen.

Pat. 24:

Bei dem 21-jährigen Patienten war seit einem Jahr eine Bipolar-Affektive Störung bekannt. Mit 15 Jahren war er mit den Eltern aus Polen nach Deutschland ausgewandert, die Mutter litt an rezidivierenden, depressiven Episoden. Mit 20 Jahren wurde er erstmals aufgrund einer schweren depressiven Episode in Tübingen behandelt, er hatte damals den Gedanken gehabt, mit einem Auto gegen einen Baum zu fahren. Im Rahmen der Behandlung konnte eine Remission erlangt werden, der Patient nahm seine zuvor abgebrochene Ausbildung am Technischen Gymnasium wieder auf. Er setzte seine Medikation selbstständig ab, hatte keine ambulanten Kontakte mehr. Es folgte eine manische Phase mit exzessivem Leben, Alkohol- und Drogenkonsum, einem erneuten Schul- und Ausbildungsabbruch, Beziehungsproblemen und mehrfachem Polizeikontakt. Beim Wechsel in die erneute Depression verzweifelte der Patient, brach alle Kontakte ab, war antriebslos und resignierend. Seine Eltern begleiteten ihn zur erneuten stationären Aufnahme, der Patient war dadurch bereits deutlich entlastet. Es belastete ihn jedoch enorm, dass er durch seinen Lebenswandel Freunde verloren hatte. Die Behandlung mit Antidepressiva führte zur erneuten Teilremission, der Patient war compliant und absprachefähiger. In Begleitung eines Mitpatienten ging er im Ausgang zum Bahnhof um dort einen Freund zu treffen, der aber nicht erschien. Daraufhin trank der Patient Bier und schickte den Mitpatienten zurück in die Klinik. Er bemächtigte sich eines Taxis, indem er den Taxifahrer schlug, der flüchtete. Mit dem Taxi raste der Patient in einen fahrenden Bus.

Pat. 25:

Die 47-jährige koreanische Patientin war zweimal im Indexjahr aufgrund depressiver Episoden mit somatischen und psychotischen Symptomen in Behandlung. Sie gab bei der ersten Einweisung an, dass es ihr seit ca. einem Jahr nicht mehr gut ginge. Die Fremdanamnese mit dem Ehemann ergab, dass sie seit der Rückkehr aus den USA, wo sie Kontakt zu einer religiösen Sekte gehabt habe, verändert sei. Die Patientin, die keinerlei Sozialkontakte pflegte und auch in der Wohnung mit dem Mann völlig zurückgezogen in einem eigenen Zimmer lebte, zeigte eine schwere Anhedonie, Antriebslosigkeit und Perspektivlosigkeit. Psychotische Inhalte drehten sich um paranoides und Beziehungserleben. Aus der ersten Behandlung entließ sie sich gegen

ärztlichen Rat, sie stand der antidepressiv-antipsychotischen Medikation sehr ambivalent gegenüber. Nur wenige Tage später wurde die Patientin aufgrund eines Suizidversuches mit Diazepam Tabletten aus der Medizinischen Klinik in die Psychiatrie zurück verlegt. Sie verarbeitete die Ärzte wahnhaft. Nach einigen Tagen konnte unter der Medikation und Psychotherapie eine Teilremission erlangt werden, die Patientin wollte an einem Nachmittag den Mann zu Haus besuchen. Erneute Suizidgedanken wies sie glaubhaft weit von sich. Sie suizidierte sich am selben Abend durch einen Sprung vom Hochhaus.

Pat. 26:

Die 40-jährige Patientin litt mit 34 Jahren zum ersten Mal an einer depressiven Episode, die stationär behandelt werden musste. Die Anamnese der Patientin ergab eine belastete Familienanamnese, der Großvater, Vater und Bruder waren ebenfalls an rezidivierenden Depressionen erkrankt, der Großvater nahm sich durch einen Sturz vom Scheunendach das Leben. Auch die Eigenanamnese zeigte Belastungsmomente, die Patientin hatte mit 18 Jahren eine Abruption vornehmen lassen, als sie dann heiratete konnte sie nicht mehr schwanger werden, es folgten zwei Fehlgeburten. Kurz vor dem ersten stationären Aufenthalt trennte sich ihr Mann wegen unerfülltem Kinderwunsch von ihr. Er war selbst alkoholabhängig und spielsüchtig gewesen. Sie hatte zuletzt auch die Arbeit verloren. Die erste stationäre Behandlung erzielte eine Teilremission, die Patientin konnte in den folgenden sieben Jahren unter ambulanter Betreuung die Arbeit zumindest halbtags wieder aufnehmen. Dennoch lebte sie zurückgezogen, es bestand kein Kontakt zu Freunden oder der Familie. Derart isoliert kam es im Indexjahr zu einer erneuten schweren, depressiven Episode. Sie beschrieb eine große Nervosität, Konzentrationsschwäche, Agitiertheit und Schlafstörungen. Unmittelbar vor der Aufnahme versuchte die Patientin, sich dreimal das Leben zu nehmen, zweimal mit einem Fön in der Badewanne, einmal legte sie sich auf das Balkongeländer und konnte aber von einem „Vorgesetzten“ zurückgehalten werden und wurde in die Klinik eingewiesen. Die Therapie gestaltete sich schwierig, die psychotherapeutische und medikamentös-antidepressive Behandlung wurde auch um EKT-Versuche erweitert. Ihre wechselnden Stimmungslagen mit plötzlich einschließenden Ängsten und panikartiger Getriebenheit verzögerten die Verlegung auf die offene Station. Als dieser

Schritt dann möglich war, bat die Patientin darum, Kontakt zur Familie aufnehmen zu können. Sie kehrte aus dem stundenweise begrenzten Ausgang nicht zurück, hatte sich durch einen Sturz vor einen Zug suizidiert. Es wurde ein Abschiedsbrief gefunden, in dem stand, dass sie den Kampf seit sechs Jahren nicht mehr länger ertragen konnte.

Pat. 27:

Der 22-jährige Patient war Jurastudent im siebten Semester, hatte sich vorgenommen, die Abschlussprüfungen im „Freischuss“ vorzuziehen. Unter dem Druck und der Belastungssituation dekompenzierte er zunehmend im Rahmen einer Belastungsreaktion/Anpassungsstörung, litt unter Konzentrationsstörungen und Schlaflosigkeit. Er zeigte depressive Symptome, war unfähig, Entscheidungen für die kommenden Monate zu treffen. Getrieben von einer inneren Unruhe kletterte er zweimal auf das evangelische Stift, drohte mit dem Suizid und nahm Kontakt zu Passanten auf, die sich in seinem Namen von seiner Familie verabschieden sollten. Ein Professor aus dem Stift brachte ihn schließlich in die Klinik. Seine Familie versuchte ihn zu einer Auszeit zu ermutigen, finanzielle Unterstützung sei kein Problem gewesen. Die Mutter litt selbst an rezidivierenden depressiven Episoden. Entlastet durch die stationäre Aufnahme und die Auszeit kam der Patient zunächst rasch zur Ruhe, gab aber bald an, unter den „Verrückten nur verrückt“ zu werden. Die Therapie wurde bald auf der offenen Station weiter geführt, womit der Patient sich äußerlich sehr zufrieden gab. Er schien ruhig und entlastet zu sein, die Möglichkeit zu haben, sein Leben neu zu ordnen und eine Auszeit geschaffen zu haben. Er hatte in der Mittagszeit eines Tages im Oktober ein Treffen mit seinen beiden Schwestern geplant, zu dem er aber nie erschien. Er hatte sich durch einen Sprung aus dem sechsten Stock eines Studentenwohnheimes suizidiert.

Pat. 28:

Die 27-jährige Patientin, die aufgrund schwieriger familiärer Verhältnisse bei Pflegeeltern aufwuchs, erlebte im 15./16. Lebensjahr einen deutlichen Leistungsknick, die schulischen Leistungen brachen ein, depressive Symptome und Rückzug folgten. Ab dem 18. Lebensjahr kamen zu den stärker werdenden formalgedanklichen Störungen inhaltliche Denkstörungen mit paranoidem Wahn und Beeinträchtigungswahn hinzu. Es

wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt, die mehrmals stationär behandelt werden musste. Unter Neuroleptie sistierte die floride Symptomatik, es persistierte eine deutliche Negativsymptomatik mit sozialem Rückzug. Die bleibenden Krankheitssymptome machten ihr ein Arbeiten unmöglich, mit 20 Jahren wurde sie frühberentet. Im Indexjahr waren zwei stationäre Einweisungen bei erneuten floride psychotischen Exazerbationen notwendig, die Patientin wirkte hilflos und verzweifelt, gab an, so wie bis jetzt nicht weiterleben zu wollen. Sie ließ sich erneut gut auf die Therapie ein, eine Teilremission war rasch erreicht und die Patientin im Verlauf von Suizidalität glaubhaft distanziert. Mit einer Mitpatientin ging sie nachmittags in den Ausgang, sie kehrten bis spät in die Nacht hinein nicht zurück, die Stationsärztin wurde verständigt, die Patientin jedoch bei fehlendem Verdacht auf akute Suizidalität nicht gefahndet. Am Tag darauf wurde die Patientin in einem Hotelzimmer gefunden, hatte sich durch eine Mischintoxikation aus Tabletten und Alkohol suizidiert, die Mitpatientin überlebte den geplanten gemeinsamen Suizid.

Pat. 29:

Die 34-jährige Patientin war mit 29 Jahren an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Die junge Frau konnte aufgrund eines Leistungseinbruchs ihr Studium und ihre Diplomprüfung nicht mehr beenden. Wiederholt produktiv-psychotische Exazerbationen machten regelmäßige stationäre Therapien zur Neuentstellung der hochdosierten Neuroleptie notwendig. Zunehmend kamen in den Akutphasen aggressiv-gereizte Zustände hinzu, die das Einschreiten der Polizei mehrfach notwendig machten. Die Patientin lebte im ambulant betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen, regelmäßige Arbeitsbelastungsversuche scheiterten und führten zu erneuten Eskalationen. Auch im Rahmen der Indexaufnahme zeigte sie erneut schwere formale und inhaltliche Denkstörungen. Nach der ausreichenden Teilremission unter Haldolmedikation konnte die Patientin auf die offene Station verlegt werden. Von einem Spaziergang in der Sonne kehrte die Patientin, für alle Beteiligten unvorhersehbar, nicht mehr zurück. Sie hatte sich durch einen Sprung aus dem 10. Stock eines Hochhauses suizidiert.

Pat. 30:

Die 44-jährige, rumänische Patientin und Mutter zweier Kinder litt an einer mittelgradigen Intelligenzminderung und seit dem 43. Lebensjahr an einer rezidivierenden, depressiven Störung mit somatischen Symptomen. Sie konnte aufgrund der starken Grübelneigung, Konzentrationsprobleme und körperlichen Beschwerden auch den Haushalt nicht mehr allein besorgen. Vor der Indexaufnahme, der ersten stationäre Behandlung überhaupt, hatte sie in suizidaler Absicht einen Stuhl an das Balkongeländer gestellt, ihr Mann konnte sie vom Springen abhalten und begleitete sie in die Klinik. Unter der antidepressiven Medikation konnte rasch eine deutliche Aufhellung der Stimmung erreicht werden, eine Verlegung auf die offene Station war angedacht. Sie feierte ihren Geburtstag zu Hause im Kreis der Familie, am Wochenende darauf besuchte sie ihre Schwester. Auf der Heimreise suizidierte sie sich durch Sprung vor einen fahrenden Zug, nachdem der Mann, der sie am Bahnhof abholen wollte, sie knapp verfehlte.

Pat. 31:

Die 51-jährige Patientin litt an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Im 28. Lebensjahr war sie bereits einmal aufgrund einer schweren depressiven Episode stationär behandelt gewesen. Die zweifache Mutter lebte mit der Familie zusammen, nach dem Abitur hatte sie ein Lehramtstudium und eine Logopädieausbildung absolviert, aus Versagensängsten aber nie gearbeitet und sich allein der Kindererziehung gewidmet. Die Patientin blieb konstant in ambulanter Behandlung und unter antidepressiver Medikation, kurz vor Indexaufnahme hatte sie Suizidphantasien geäußert und war vom ambulanten Psychiater auf die geschützte Station eingewiesen worden. Die ängstlich-vermeidende Patientin konnte von belastenden Partnerschaftskonflikten berichten, sie klagte über die mangelnde emotionale Nähe zum Ehemann, verhielt sich aber stets konfliktvermeidend, aus Angst, den Partner zu verlieren. Auf der offenen Station ließ der Ehemann der Patientin über eine Freundin die offizielle Trennung mitteilen, die Patientin verkraftete die Trennung im stationären Umfeld erstaunlich gut. Der Suizid als Lösungsversuch wurde mit ihr offen besprochen und von der Patientin aufgrund der Kinder vehement verneint. An

einem Nachmittag verließ die Patientin dennoch unter einem anderen Vorwand die Station und warf sich vor einen Zug.

Pat. 32:

Der 28-jährige Patient litt seit dem 19. Lebensjahr an einer paranoiden Schizophrenie, die in den Krankheitsphasen besonders durch ein politisches Wahnsystem und paranoides Erleben imponierte. Mit 19 Jahren, kurz nach Ausbruch der Erkrankung hatte er bereits zwei Suizidversuche begangen durch Tablettenintoxikation und den Versuch, die Pulsadern aufzuschneiden. Nach einer ersten längeren, stationären Behandlung und guter medikamentöser Einstellung, gelang es dem Patienten, sein Abitur und auch ein Studium zu beenden. Er arbeitete einige Monate gut bezahlt als Ingenieur, bevor es zu einer erneuten Exazerbation kam. Es folgte ein erneuter Suizidversuch mit Tabletten, der Patient gab in der Aufnahmesituation an, bereits seit zwei Jahren suizidale Gedanken zu haben, ein unterschwelliges, politisch motiviertes Wahnsystem beeinflusste sein Denken und Handeln bereits seit geraumer Zeit erneut. Er hatte keine Freunde, lebte außerhalb der anstrengenden Arbeitszeiten isoliert und ohne Partnerin. Die erneute medikamentöse Einstellung gestaltete sich schwierig, der Patient entwickelte eine extrapyramidalmotorische Symptomatik, ein weiterer Therapieversuch mit Clozapin wurde mit dem Patienten besprochen. Er zeigte sich zuversichtlich und motiviert, ein Arbeitsversuch war ebenfalls bereits in Planung. Im Rahmen einer Wochenendbeurlaubung zum Vater nahm der Patient sich abends im Neckartalviadukt durch Ertrinken das Leben. Im Nachhinein stellte sich, trotz des guten Verdienstes, eine enorme Verschuldung des Patienten heraus, die vorher niemandem bekannt war und sicher als belastendes Moment bedacht werden muss.

Pat. 33:

Die 48-jährige Patientin litt seit dem 33. Lebensjahr an einer schweren schizoaffektiven Erkrankung, die von schweren depressiven Episoden und psychotischen Symptomen mit Schuldwahn, paranoidem Wahn, zeitweise Vergiftungsängsten aber auch akustischen Halluzinationen geprägt war. Die dreifache Mutter konnte sich aufgrund der wiederkehrenden Krankheitsschübe immer weniger um ihre drei Kinder kümmern. Die Familie trug die Jahre der Krankheit mit, jedoch war von Seiten des Mannes ein

gewisses Unverständnis gegenüber der Schwere der Symptomatik zu verzeichnen. Es kam zu wiederholten, stationären Aufnahmen, die Behandlungsversuche zeigten keine anhaltende Wirkung. In der Vorgeschichte hatte die Patientin sechs Suizidversuche begangen, drei davon im Rahmen von stationären Aufenthalten. Drei der Suizidversuche beging sie mit Tablettenintoxikationen, einmal versuchte sie sich mit Glasscherben die Pulsadern aufzuschneiden, einmal warf sie einen Fön in ihre Badewanne und einmal warf sie sich mit Amputationsfolgen vor einen Zug. Die depressive Symptomatik war stets sehr ausgeprägt, die Psychosen unter anderem von Fremdaggressivität und inhaltlichen Denkstörungen, teilweise katatonen Unruhezuständen gezeichnet. Die schwindende Medikamentencompliance der Patientin machte eine Remission nahezu unmöglich. Nach ausreichender Stabilisierung im Rahmen des letzten Aufenthaltes waren stundenweise Besuche bei der Familie zu Hause möglich. Der Ehemann meldete telefonisch, dass die Patientin in suizidaler Absicht große Mengen Salz zu sich genommen habe. Zwei Tage später starb sie an den Folgen im Reutlinger Kreiskrankenhaus.

Pat. 34:

Bei dem 44-jährigen Patienten war eine „psychoneurotische Persönlichkeit mit anankastischen und hysterischen Zügen“ vorbeschrieben. Der Patient, der sein Studium aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit abgebrochen hatte, lebte beim Zwillingbruder, hielt sich mit Gelegenheitsjobs über Wasser. Es ist in der Anamnese eine schwierige Abhängigkeitssituation des Patienten zum Bruder beschrieben, ein Abgrenzen schien dem Patienten kaum möglich, er wisse nicht mehr was es heiße, „ich zu sein“. Eine erste teilstationäre Behandlung beendete der Patient aufgrund der Unzufriedenheit mit den Fortschritten, er beschrieb selbst, „grundlegender Bestandteil seiner Krankheit sei Verlust von Individualität“. Ein Jahr später kamen zunehmend verzweifelnde Gedanken, Angst- und Insuffizienzgefühle hinzu, er lebte mittlerweile allein. Der Hausarzt wies ihn aufgrund einer depressiven Episode und suizidalen Äußerungen ins Krankenhaus ein. Im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung entfalteten sich neben den depressiven Symptomen psychotische Symptome, er verarbeitete das behandelnde Team paranoid-wahnhaft und wurde auf die geschützte Station verlegt. Unter antipsychotisch-antidepressiver Medikation war ein Rückgang der

Symptome zu verzeichnen, der Patient stabilisierte sich zunehmend, distanzierte sich von den wahnhaften Inhalten. Als sein Zwillingsbruder nicht, wie versprochen, zur vereinbarten Zeit im Klinikum zu Besuch erschien, verabschiedete sich der Patient auf der offenen Station für einen Spaziergang allein. Am Abend wurde die Klinik über den Suizid des Patienten durch einen Sprung vor den Zug informiert.

Pat. 35:

Akten nicht zugänglich.

7. Literaturverzeichnis

1. Wolfersdorf M. Suicidality. *Nervenarzt*. Nov 2008;79(11):1319-1334.
2. R L, ed *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie*. Gießen 2006. Verlag P, ed.
3. Wolfersdorf M, ed *Der Kliniksuiqid*. Stuttgart: Gustav Fischer; 1995. Faust V, ed. Psychiatrie.
4. Wolfersdorf M, Franke C, Keller F, Wurst F. The development of suicide rates in the Bezirkskrankenhaus Bayreuth 1976-(including) 2000. *Psychiatr Prax*. Oct 2001;28(7):337-340.
5. Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: Epidemiology and prevention. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*. Jun 2010;36:D83-D91.
6. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization - Evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiat*. Apr 2005;62(4):427-432.
7. Hohl-Radke F, Staedt J, Arentewicz G. Experience with suicidal behaviour in psychiatric hospital care - comparison of three in-patient groups in an university hospital in northern Germany from 1980 to 1998. *Nervenheilkunde*. 2007;26(1-2):67-73.
8. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Fuller SA. Suicide rates in psychiatric in-patients: an application of record linkage to mental health research. *Aust N Z J Public Health*. Oct 1999;23(5):468-470.
9. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. Nov 2007;54(4):306-369.
10. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry*. Aug 23 2011.
11. Wolfersdorf M, Klinkisch M, Franke C, Keller F, Wurst FM, Dobmeier M. In-patient suicide - A comparison of psychiatric in-patient suicides versus a control group of inpatients from the same treatment era without suicide. *Psychiatr Prax*. Jan 2003;30(1):14-20.
12. Hubner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. Suicides in psychiatric in-patient treatment. *Psychiatr Prax*. Oct 2001;28(7):330-334.
13. Schmid R, Mehlsteibl D, Cording C, Wolfersdorf M, Spiessl H. "So many questions and no answers" - The situation of the bereaved of suicide. *Psychiatr Prax*. Jul 2008;35(5):247-250.
14. Wolfersdorf M, Vogel R, Kornacher J, Rupprecht U, Franke C, Wurst FM. [The aftermath of suicide of a psychiatric inpatient - experiences in psychiatric hospitals with relatives as suicide survivors]. *Psychiatr Prax*. Oct 2001;28(7):341-344.
15. Wurst FM, Mueller S, Petitjean S, et al. Patient suicide: a survey of therapists' reactions. *Suicide Life Threat Behav*. Aug 2010;40(4):328-336.
16. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiat*. Aug 2004;161(8):1442-1446.

17. Wolfersdorf M. Inpatient suicide in the hospital - Overview and recent data on suicide during psychiatric inpatient treatment. *Verhaltenstherapie*. 2005;15(2):103-109.
18. Grandel S. Zum Selbstmord in Psychiatrischen Kliniken - Eine Untersuchung der 31 Suizide von 1965 bis 1974 in einer Universitäts - Nervenlinik: Tübingen; 1977.
19. Gill A. Die Suizidhäufigkeit während des stationären Aufenthaltes an der Universitäts - Nervenlinik Tübingen von 1975 bis 1982. Tübingen 1986.
20. Kliebhan S. Die Suizidhäufigkeit während des stationären Aufenthaltes an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen von 1983 - 1991. Tübingen 1996.
21. Lawrence D, Holman CD, Jablensky AV, Fuller SA, Stoney AJ. Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: a record linkage study. *Acta Psychiatr Scand*. Dec 2001;104(6):443-451.
22. Wolfersdorf M. Inpatient suicide in psychiatric hospitals: Selected results of an inpatient suicide study (KSV I/II) 1970-1992 of the working group "suicide and psychiatric hospitals". *Psychiatr Prax*. Mar 1996;23(2):84-89.
23. Finzen A, Oestereich C, Hoffmann-Richter U. Suicide trends in psychiatric inpatient treatment. *Psychiatr Prax*. Nov 1999;26(6):303-304.
24. Hubner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. [Suicides in psychiatric in-patient treatment]. *Psychiatr Prax*. Oct 2001;28(7):330-334.
25. Wolfersdorf M. Suicides in psychiatric hospitals. *Nervenheilkunde*. Dec 1996;15(8):507-514.
26. Ganesvaran T, Shah AK. Psychiatric in-patient suicide rates: A 21-year study. *Med. Sci. Law*. Jul 1997;37(3):202-209.
27. Dong JYS, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *J Affect Disord*. Jul 2005;87(1):91-99.
28. Li J, Ran MS, Hao YT, et al. Inpatient suicide in a Chinese psychiatric hospital. *Suicide Life-Threat*. Aug 2008;38(4):449-455.
29. Wolfersdorf M, Keller F, Vogl R, Vogel R, Suizidalität AK, Krankenhaus P. Increase of in-patient suicides in psychiatric hospitals of Bavaria and Baden-Württemberg? Long-term course using trend analysis? *Psychiatr Prax*. May 2003;30:S181-S182.
30. Bundesamt S. www.destatis.de/DE/. 2012.
31. Neuner T, Hubner-Liebermann B, Haen E, et al. Completed Suicides in 47 Psychiatric Hospitals in Germany - Results from the AGATE-Study. *Pharmacopsychiatry*. Nov 2011;44(7):324-330.
32. Lindstrom E, Eriksson L, Levander S. Suicides during 7 years among a catchment area cohort of patients with psychoses. *Nord J Psychiatry*. Sep 29 2011.
33. Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. In-patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand*. Oct 2000;102(4):290-294.
34. Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand*. Nov 1999;100(5):383-388.
35. Large M, Smith G, Sharma S, Nielsen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. Jul 2011;124(1):18-29.

36. Wolfersdorf M, Klinkisch M, Franke C, Keller F, Wurst FM, Dobmeier M. [Inpatient suicide -- a comparison of psychiatric in-patient suicides versus a control group of inpatients from the same treatment era without suicide]. *Psychiatr Prax.* Jan 2003;30(1):14-20.
37. Klinkisch M, Franke C, Wolfersdorf M. Inpatients suicides - A comparison of suicides to a control group of shortly after the suicide inpatient admitted psychiatric patients. *Psychiatr Prax.* May 2003;30:S179-S180.
38. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide Inside A Systematic Review of Inpatient Suicides. *J. Nerv. Ment. Dis.* May 2010;198(5):315-328.
39. Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. One hundred in-patient suicides. *Brit J Psychiat.* Sep 1997;171:247-250.
40. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education, and marriage - A suicidal cocktail among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiat.* Dec 2007;64(12):1377-1384.
41. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Commun H.* Aug 2003;57(8):594-600.
42. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide A case-control psychological autopsy study. *Psychiat Res.* Dec 2011;190(2-3):265-270.
43. Penn DL, Martin J. The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr. Q.* Fal 1998;69(3):235-247.
44. Lester D. The role of shame in suicide. *Suicide Life-Threat.* Win 1997;27(4):352-361.
45. Agerbo E, Mortensen PB, Eriksson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. *Brit Med J.* Feb 10 2001;322(7282):334-335.
46. Cassells C, Paterson B, Dowding D, Morrison R. Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: A review of the literature. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.* 2005;26(2):53-63.
47. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res.* Mar 1 2003;60(1):71-80.
48. King EA, Baldwin DS, Sinclair JMA, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The wessex recent in-patient suicide study, I - Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Brit J Psychiat.* Jun 2001;178:531-536.
49. Wolfersdorf M, Keller F, Kaschka WP, et al. Suicide of psychiatric inpatients 1970-1993 in Baden-Wurttemberg (Germany). *Arch Suicide Res.* 1997;3(4):303-311.
50. Modestin J, Hoffmann H. Completed Suicide in Psychiatric-Inpatients and Former Inpatients - a Comparative-Study. *Acta Psychiatr Scand.* Mar 1989;79(3):229-234.
51. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients - Risk factors and their predictive power. *Brit J Psychiat.* Mar 2000;176:266-272.
52. Stenager K, Qin P. Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark A population-based study. *Soc Psych Psych Epid.* Nov 2008;43(11):920-926.

53. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J. Psychopharmacol.* Nov 2010;24:81-90.
54. Neuner T, Schmid R, Spiessl H. Inpatient suicidal behaviour during admission: Prevalence and risk factors. *Eur Psychiat.* Apr 2008;23:S280-S280.
55. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs.* 2011;25(2):129-143.
56. Wolfersdorf M, Neher F. Schizophrenia and suicide - Results of a control group comparison of schizophrenic inpatient suicides with schizophrenic inpatients without suicide. *Psychiatr Prax.* Jul 2003;30(5):272-278.
57. Finzen A, Hoffmann-Richter U. Patient suicide in a psychiatric hospital - An inquiry. *Psychiatr Prax.* Oct 2001;28(7):335-336.
58. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry.* 2010;10:109.
59. Finzen A, Hoffmann-Richter U. [Patient suicide in a psychiatric hospital : an inquiry]. *Psychiatr Prax.* Oct 2001;28(7):335-336.
60. Hunt IM, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry.* 2010;10:14.
61. Haukka J, Tiihonen J, Harkanen T, Lonnqvist J. Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* Jul 2008;17(7):686-696.
62. Neuner T, Schmid R, Spiessl H. Problems related to psychopharmacological treatment: A risk factor of inpatient suicidal behaviour? *Pharmacopsychiatry.* Sep 2007;40(5):247-247.
63. Modestin J, ed *Suizid in der psychiatrischen Klinik.* Stuttgart 1987. Enke, ed.
64. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry.* Feb 2012;73(2):144-151.
65. Hunt IM, Kapur N, Webb R, et al. Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study - The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide. *Psychol Med.* Jun 2007;37(6):831-837.
66. Sharma V, Persad E, Kueneman K. A closer look at inpatient suicide. *J Affect Disord.* Jan 1998;47(1-3):123-129.
67. Bai YM, Liu CY, Lin CC. Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* Sep 1997;48(9):1201-1203.
68. Wolfersdorf M, Brunger H, Freeman G, et al. Suicide in Psychiatric-Hospitals - Selected Results of the Baden-Wurtemberg Hospital Inpatient Suicide Study. *Nervenheilkunde.* Feb 1992;11(1):28-31.
69. Johannessen HA, Dieserud G, Jakhelln F, Zahl PH, De Leo D. Changes in institutional psychiatric care and suicidal behaviour: a follow-up study of inpatient suicide attempters in Baerum, Norway. *Soc Psych Psych Epid.* Oct 2009;44(10):845-851.
70. Neuner T, Hubner-Liebermann B, Haen E, Hausner H, Felber W, Wittmann M. Completed suicides in 47 psychiatric hospitals in Germany--results from the AGATE-study. *Pharmacopsychiatry.* Nov 2011;44(7):324-330.

71. Lawrence D, D'Arcy C, Holman J, Jablensky AV, Fuller SA, Stoney AJ. Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: a record linkage study. *Acta Psychiatr Scand.* Dec 2001;104(6):443-451.
72. Hoffmann-Richter U, Oesterreich C, Finzen A. [Suicide in the psychiatric clinic: weekend leave as risk factor. A qualitative analysis]. *Psychiatr Prax.* Jan 1999;26(1):32-36.
73. Postolache TT, Mortensen PB, Tonelli LH, et al. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. *J Affect Disord.* Feb 2010;121(1-2):88-93.
74. Reutfors J, Osby U, Ekblom A, Nordstrom P, Jokinen J, Papadopoulos FC. Seasonality of suicide in Sweden: relationship with psychiatric disorder. *J Affect Disord.* Dec 2009;119(1-3):59-65.
75. Neuner T, Hubner-Liebermann B, Wolfersdorf M, Felber W, Hajak G, Spiessl H. Time patterns of inpatient suicides. *Int. J. Psychiat. Clin.* Jun 2010;14(2):95-101.

Ein herzliches Dankeschön geht an

**Herrn Prof. Dr. K. Foerster für die immer geduldige und unterstützende
Anleitung und Zusammenarbeit, die dieses Ergebnis erst ermöglichte,**

Frau M. Wilpert, für die freundliche Hilfe im Archiv,
meine Eltern C. und R. Drechsler für ihre Korrektur, ihre Geduld und ihr Interesse,
J. Lypke und M. Fink für ihre fachlichen Ratschläge und ihre Freundschaft.