

Suizid und Suizidprävention in den Niederlanden

Remco F.P. de Winter¹, Ad J.F.M Kerkhof¹

Zusammenfassung

In den zurückliegenden 30 Jahren veränderte sich die holländische Suizidrate. Zwischen 1981 und 1988 kam es zu einem Anstieg, danach zu einem Rückgang bis einschließlich 2007. Seitdem gab es erneut einen mäßigen Anstieg, möglicherweise im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Rezession. Die Zahl der Suizide in Holland liegt durchschnittlich bei 1.500 Fällen, in 2010 waren es 1.600 Suizide. Die kürzlich beobachteten Veränderungen werden ebenso diskutiert wie Forschungsvorhaben und Projekte zur Suizidprävention, mit einem Bericht über die wissenschaftliche Fortentwicklung.

Schlüsselwörter: Suizid, Prävention, Niederlande, wirtschaftliche Rezession, Forschung

Suicide and Suicide Prevention in The Netherlands

Abstract:

During the last 30 years, the Dutch suicide rate has changed. Between 1981 and 1988 the number increased after which the suicide rate decreased until 2007. Since 2007 there is a moderate increase, probably due to the economic recession. The mean Dutch number of suicides is around 1500 suicides a year, with 1600 in 2010. In this paper we discuss some recent developments, research and projects in the field of suicide prevention. We also review scientific developments.

Keywords: suicide, prevention, The Netherlands, economic recession, research

1. Einleitung

In den zurückliegenden 30 Jahren lag die Suizidrate in Holland bei 10,0 (8,3 - 12,4) /100.000 Einwohner. Ebenso wie in anderen Ländern der Europäischen Union sind Männer stärker betroffen als Frauen. (In 2010 betrug die Suizidrate für Männer 13,7 pro 100.000, für Frauen 5,7 pro 100.000). Zwischen 1980 und 2010 stieg die holländische Bevölkerung von 14,2 Millionen auf über 16,6 Millionen Einwohner an.

Abb. 1 zeigt die Suizidrate pro 100.000 Einwohner während der letzten 30 Jahre (CBS 2012). In Bezug auf die Suizidhäufigkeit befinden sich die Niederlande in einer relativ günstigen Position: Die Suizidrate liegt unterhalb des europäischen Durchschnitts (Chishti et al 2004).

Abb.1: Quelle: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/>



Unter den nicht natürlichen Todesursachen nimmt der Suizid mit 28% den 2. Platz ein (Tab. 1). Während die Zahl der Verkehrsunfälle kontinuierlich zurückging, von 2116 Unfallopfern in 1980 auf 640 in 2010 (CBS 2012), zeigte die Zahl der Suizide keinen nennenswerten Rückgang während der vergangenen 30 Jahre mit jährlich etwa 1500 Suizidtoten. Der leichte Rückgang während der letzten 30 Jahre lässt sich beinahe vollständig auf den Rückgang der Suizide älterer Menschen und von Frauen zurückführen (van Hemert & the Kruijff 2009).

Aufgrund von Befragungen mit Selbstauskünften wird die Zahl der jährlichen Suizidversuche in den Niederlanden auf 94.000 geschätzt (ten Have et al 2006). Jedes Jahr werden ungefähr 14.000 Patienten nach einem Suizidversuch in den Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern behandelt (Hoeymans & Schoemaker 2010). Schätzungsweise 44% der Menschen, die sich suizidieren, werden zuvor von Fachleuten für seelische Gesundheit behandelt (Huisman et al 2010).

¹ Nationaler Reoräsentant der IASP; Bureau 24-uurszorg/KCAP ParnassiaBavo groep

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, VU University Amsterdam

Tab.1: Häufigkeit nicht natürlicher Todesursachen 2010 in den Niederlanden (CBS 2012)

Nicht natürlicher Todesursachen		%
insgesamt		
Sturz	2242	39,0
Suizid	1600	27,8
Verkehrsunfälle	597	10,4
Häusliche Unfälle	238	4,1
Ersticken	166	2,9
Mord	144	2,5
Ertrinken	70	1,2
Industrieunfälle	57	1,0
Verbrennung	30	0,5
Durch äußere	21	0,4
unbekannt	583	10,1

Diese Verbesserung der Verkehrssicherheit war die Folge großer Anstrengungen aller Beteiligten und des Gesetzgebers auf diesem speziellen Gebiet. Es wurde argumentiert, dass ähnliche Anstrengungen im Bereich der Suizidprävention einen ähnlichen Rückgang der Suizidtodestodesfälle zeitigen könnten.

Nach Bekanntwerden der niedrigen Suizidraten in 2007 gab es eine ganze Reihe von angebotenen Erklärungen wie die Verbesserung der finanziellen Situation vieler Menschen und ihrer Lebensbedingungen, die verbesserte psychiatrische Versorgung mit einer deshalb verbesserten Erkennung und Behandlung der Depression, sowie einer besseren Erkennung und Behandlung von suizidalen Verhaltensweisen.

Seit dem Beginn der Kredit-Krise im Jahr 2008 stieg die Zahl der Suizide deutlich. Dass eine ökonomische Rezession zu steigenden Suizidraten führen kann, ist bekannt (Uutela 2010; Stuckler et al 2011). Während der vorausgegangenen Rezession zwischen 1981 und 1988 war es auch zu einem Anstieg der Suizidzahlen gekommen.

Tab. 2: Suizidmethoden 2010 in den Niederlanden, differenziert nach Geschlecht (CBS 2012)

Suizidmethode	n	%	n	%	n	%
gesamt	1600	10	1124	100%	476	100%
Erhängen	744	46.5%	569	50.6%	175	37.0%
Medikamente/	258	16.1%	134	11.9%	124	26.0%
Eisenbahnsuizid	182	11.4%	129	11.5%	53	11.1%
Sprung aus der Höhe	139	8.7%	85	7.6%	54	11.3%
Ertrinken	103	6.4%	63	5.6%	40	8.4%
sonstiges	168	10.5%	141	12.5%	27	5.7%
unbekannt	6	0.4%	3	0.3%	3	0.6%

Die häufigste Suizidmethode ist für beide Geschlechter ist das Erhängen (Tab. 2). Medikamentenvergiftungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

Die wirtschaftliche Situation war im Jahr 2007 in Holland optimal. In dieser Zeit wurden verschiedene Projekte zur Suizidprävention gestartet. Unglücklicherweise drehte sich der zuvor ständige Rückgang der Suizidziffern, mit 1345 Suiziden in 2007, infolge der ökonomischen Krise in einen deutlichen Anstieg in den Jahren 2008, 2009 und 2010 mit jeweils 1600 Suizidtoten.

Während der letzten 10 Jahre zeigte sich eine wachsende Aufmerksamkeit in den Niederlanden für die Sache der Suizidprävention, sie wurde zu einer Priorität auf der Agenda des holländischen Gesundheitsministeriums (Bool et al 2007). In den zurückliegenden mehr als 30 Jahren gab es vergleichsweise einen enormen Rückgang der Verkehrstoten.

men mit einem Gipfel im Jahr 1984 mit 12,4 Suiziden pro 100.000 Einwohner.

Die Erwartungen für die nahe Zukunft sind durchaus nicht positiv. Die holländische Wirtschaft ist von einer Erholung noch weit entfernt. Seit Anfang 2012 hat die Regierung zudem, als einen Teil von Sparmaßnahmen, einen zusätzlichen finanziellen Beitrag (zusätzlich zu den Ausgaben für die Krankenversicherung) in Höhe von 200 Euro für jeden psychiatrischen Patienten eingeführt, ergänzend zu der allgemeinen Abgabe für die Gesundheitsversorgung in Höhe von 220 Euro. Diese Maßnahme wird zweifellos die Erreichbarkeit und Akzeptanz psychischer Behandlung beeinträchtigen und zusätzlich zu den Auswirkungen eines sich verschlechternden ökonomischen Klimas auf die Suizidzahlen einen kumulativ steigenden Einfluss haben.

2. Einige Projekte und Initiativen

2.1 Entwicklung von multidisziplinären Richtlinien zur Beurteilung und Behandlung von Suizidpatienten.

Die Entwicklung von multidisziplinären Richtlinien in Holland begann im Jahr 2009 (van Hemert et al 2012). Sie folgte den zuvor auf internationaler Ebene entwickelten Richtlinien. Die Abschlussversion wird im Mai dieses Jahres eingeführt. Die Richtlinien heben einige Komponenten zur Suizidprävention hervor wie

- 1) ein "Stress-Diathese"-Modell suizidalen Verhaltens
- 2) ein allgemeines Modell zum Umgang mit Suizidpatienten
- 3) Die Einschätzung von Ätiologie, Prognose und Suizidrisiko
- 4) Die Basisbehandlung suizidalen Verhaltens

Die chronologische Einschätzung von Suizidgeschehnissen (Chronological Assessment of Suicide Events (CASE Approach)), eine leicht erlernbare Interview-Strategie, steht in den Richtlinien an vorderer Stelle (Shea 1998). Die Richtlinien betonen eine kontinuierliche Versorgung, Kontakt mit und Einbeziehung von Angehörigen, Suizidgedanken als therapeutischen Fokus und sie bieten empirische Belege für therapeutische Entscheidungen. Die Richtlinien haben sich zu einem umfassenden Werk entwickelt. Darüber hinaus wurde eine Studie zur Implementierung der Richtlinien eingeführt; sie kommt in 38 Abteilungen von Zentren der seelischen Gesundheit zur Anwendung. Die Anwendung der Richtlinien wird durch ein Trainer-Trainings-Programm gefördert, unterstützt von einem elektronischen Lern-Modul.

2.2. Suizidprävention via Telefon und Internet: 113Online

113Online ist eine Anwendungsplattform für Menschen mit Suizid Tendenzen, deren Familien und für Hinterbliebene von durch Suizid verstorbenen Angehörigen. Sie startete im Jahr 2009.

Über Internet und / oder Telefon werden Hilfe und Beratung direkt angeboten. Darüber hinaus bietet die Plattform einen Selbsthilfe-Kurs per Internet. Der Dienst ist gebührenfrei und anonym. Dieses Medium wurde als Alternative zur Verbesserung der regulären Hilfsangebote eingerichtet, soweit diese nicht erreichbar sind, und um die Hemmschwelle für Suizidgefährdete abzusenken. Die Plattform basiert auf schon früher in anderen Regionen der Welt aufgebauten Initiativen (Rhee et al 2005; Barak 2007). Wie eine kürzlich durchgeführte Untersuchung zeigte, ist die Nachfrage nach 113Online erheblich. Die Plattform wird von Menschen mit hohem Suizidrisiko kontaktiert (Mokkenstorm et al 2012). Über die Plattform 113Online wird auch ein ergiebiger Selbsthilfe-Kurs betrieben, als

Teil eines Doktorandenprojekts (Spijker et al 2010). Die ersten Ergebnisse sind hinsichtlich der Beeinflussung von suizidalem Verhalten vielversprechend.

2.3. Gatekeeper-Projekt

In der Provinz Friesland im Norden der Niederlande wurde in Nachfolge eines früheren Gatekeeper-Projekts in derselben Region ein Programm installiert, analog zu anderen internationalen Suizidpräventionsaktivitäten, wie sie in den Berichten von Isaac et al. (2009) publiziert wurden. Eine heterogene Gruppe von Menschen, die beruflich mit Suizidgefährdeten in Kontakt kommen (Allgemeinärzte, Werksärzte, Berater, Polizisten, Geistliche, Ehrenamtliche in Telefonnotdiensten für Opferhilfe), erhalten einen Kurs zur besseren Erkennung von suizidalem Verhalten. Offenbar trägt dieses Projekt erheblich dazu bei, das Wissen, Hilfsmöglichkeiten und Einstellung gegenüber suizidalem Verhalten zu verbessern.

3. Derzeitiger Stand der Suizidforschung in den Niederlanden

Einen Überblick über den derzeitigen Stand der Suizidforschung ermöglicht eine kürzlich durchgeführte rasche Befragung (de Groot et al 2012). Die Bestandsaufnahme ergab, dass die holländische Suizidforschung auf Vorkommen und Häufigkeit von Suizidverhalten und die Bereitstellung von psychischer Versorgung für Suizidpatienten fokussiert ist.

Die Effektivität der Behandlung von suizidalem Verhalten war nur in geringem Maße Gegenstand von Forschungsvorhaben. Auch Forschungen zur Einführung effektiver Strategien zur Vorbeugung (rezidivierenden) suizidalen Verhaltens fanden bis 2009 kaum statt. Grundlagenforschung zur Ätiologie suizidalen Verhaltens fehlt vollständig.

Kenntnisse über die holländische und internationale Forschung haben nur in geringem Maße Eingang in die klinische Praxis gefunden. Möglicherweise wird die Fertigstellung der multidisziplinären Richtlinien für Diagnose und Therapie von Suizidpatienten einen Anreiz geben für Verbesserungen in dieser Hinsicht.

Forschung über die Effektivität von Behandlungsverfahren bei Suizidgefährdeten ist extrem teuer. Eine anspruchsvolle Forschung erfordert einen langen Atem, wenn der insgesamt recht seltene vollendete Suizid für die Ergebnisse maßgebend ist, und verlangt Nachbeobachtungen über eine sehr lange Zeit. Die finanziellen Vorgaben für kurzfristige Forschung lassen eine solche über lange Zeiträume laufende Effektivitätsforschung nicht zu. Weil Effektivitätsforschung Probanden mit sehr hohem Suizidrisiko aus ethischen Gründen ausschließt, ist diese Art der Forschung zusätzlich sehr schwierig

durchzuführen. Für einen ausgewogenen holländischen Beitrag zur gemeinsamen Annäherung auf dem Gebiet der Suizidprävention bedarf es zumindest einer verbesserten nationalen Zusammenarbeit. Weitere Zusammenarbeit ist auch auf europäischer und weltweiter Ebene geboten.

4. Schlussfolgerung

Die Suizidrate liegt in den Niederlanden unterhalb des europäischen Durchschnitts. Nach der wirtschaftlichen Rezession in 2007 zeigte sich ein deutlicher Anstieg. In den letzten Jahren nahm das Interesse seitens der Regierung wie von Organisationen der Gesundheitsversorgung und von Politikern deutlich zu. Es gibt einige hoffnungsvolle Entwicklungen, von denen einige wissenschaftlich auf solider Basis untersucht werden. Die Belastungen infolge der Krankheit Suizidalität werden in zunehmendem Maße deutlich. Alles dies verlangt danach, der Suizidprävention eine höhere Priorität zuzumessen. Die Zusammenarbeit der Suizidologen in den Niederlanden und international bedarf der Verbesserung.

Literatur

- Barak A (2007) *Emotional support and suicide prevention through the internet. A field project report.* Comput Hum Behav 23:971-984
- Boel M, Blekman J, de Jong S et al (2007) *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986.* Utrecht: Trimbos-instituut
- Boel M, Majo C, Smit F (2009) *Daling suïcide in Nederland 2007. Verkenning van achtergronden en verklaringen.* Utrecht: Trimbos-instituut
- Centraal Bureau Statistiek (CBS), 2012.
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication>
- Chishti P, Stone DH, Corcoran P et al (2003) [Suicide mortality in the European Union.](#) Eur J Public Health. 13(2):108-14
- De Groot M, Kerkhof AJ, de Ponti K (2012) *Onderzoek naar aspecten van suïcide in Nederland 2008-2012. Een quick scan.* GGZ Nederland

- Hoeymans N, Schoemaker CG (2010) *De ziekte van suïcide en suïcidepogingen.* Bilthoven RIVM
- Huisman A, van Houwelingen CA, Kerkhof AJ (2010) *Psychopathology and suicide method in mental health care.* J Affect Disord 121(1-2):94-99
- Isaac M, Elias B, Katz LY et al (2009) *Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review.* Can J Psychiat 54(4):260-268
- Mokkenstorm JK, Huisman A, Kerkhof AJ (2012) *Suïcidepreventie via internet en telefoon: 113Online.* Tijdschr Psychiatr 54(4):341-348
- Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ et al (2005) *Efficacy of brief Telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline.* Suicide life Threat Behav 35:317-328
- Shea SC (1998) *The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation.* J Clin Psychiat 59(20):58-72
- Spijker BAJ, van Straten A, Kerkhof AJ (2010) *The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: a randomized clinical trial.* Trials 9:11-25
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al (2011) [Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data.](#) Lancet 378(9786):124-125
- Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S et al (2007) *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study" (NEMESIS).* Utrecht: Trimbos-instituut
- Uutela A (2010) *Economic crisis and mental health.* Curr Opin Psychiatry 23(2):127-30
- Van Hemert AM, de Kruijf M (2009) *Decreasing incidence of suicide in the Netherlands, with changing methods.* Ned. Tijdschr Geneesk 153:1102-1107
- Van Hemert AM, Kerkhof AJ, de Keijser J et al (2012) *Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.* Utrecht: Trimbos-instituut

Korrespondenzadres:

Remco F.P. de Winter
psychiater Bureau 24-uurszorg/KCAP ParnassiaBavo groep
Avocadostraat 14,
NL-2552 HS the Hague, The Netherlands
E-mail: r.dewinter@parnassia.nl