

der Behandlung: am weitaus stärksten unmittelbar danach und mit abnehmender Gefährdung in zunehmender Distanz zum Klinikaufenthalt. Eine ausgeprägt erhöhte Suizidsterblichkeit für Patienten mit Depression und Schizophrenie in den Folgemonaten einer stationären Behandlung wurde durch eine detaillierte regionale Analyse aufgezeigt [3]. Während der Suizid im Krankenhaus bereits Untersuchungsgegenstand mehrerer Studien war, sind viele Fragen in Bezug auf die Ursachen der Erhöhung der suizidalen Gefährdung in Anschluss an die Zeit einer stationären Behandlung bislang noch weitestgehend ungeklärt.

Ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsprojekt mit dem Titel ‚*Poststationäre Suizidprävention*‘ unter Projektleitung von PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka beschäftigt sich daher seit dem Frühjahr 2018 näher mit dem empirisch wirksamen Zusammenwirken der ohne Zweifel sehr heterogenen Faktoren und den Hintergründen der erhöhten poststationären Suizidsterblichkeit. Hauptanliegen des bis 2020 laufenden Projekts ist es, zu untersuchen, ob ein spezifisches Betreuungsetting für eine definierte Gruppe psychiatrischer Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko mittelfristig zu einer Abnahme der poststationären Suizidsterblichkeit führen kann. Schwerpunktmäßig richtet sich das Projekt dabei an Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen aus dem depressiven und schizophrener Formenkreis.

Die prospektiv angelegte, multizentrische Studie wird an den folgenden vier kooperierenden Studienzentren durchgeführt:

- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Städtisches Klinikum Dresden
- Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Halle/Saale
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Furtbachkrankenhaus Stuttgart

Neben der Erfassung der aktuellen poststationären ambulanten Versorgungssituation (inklusive auch regionaler Besonderheiten) besteht die Studie aus einer systematischen Untersuchung von zwei Patientengruppen, die jeweils in Anschluss an einen stationären Aufenthalt zusätzlich zur regulär bestehenden ambulanten Behandlung untersucht werden. Neben einer ersten Untersuchung zum Zeitpunkt der Entlassung werden Teilnehmer der Gruppe 1 dabei im Rahmen von Studienvisitentermi- nen 12 und 18 Monate nach ihrer Entlassung exploriert, wohingegen Teilnehmer der Gruppe 2 im ersten halben

Jahr nach der Entlassung einmonatlich, ab Monat 6 bis Monat 18 nach Entlassung alle zwei Monate untersucht werden.

Zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten werden der zwischenzeitliche Verlauf, lebensgeschichtlich relevante Ereignisse, Pharmakotherapie, Suizidalität, Auftreten von Suizidversuchen sowie weitere Parameter zur Erfassung des psychopathologischen Befundes und des klinischen Zustandsbildes erhoben. Die Untersucher können dabei bei besonderen Ereignissen als Schaltstelle zu den regulären ambulanten Behandlern wirken und gegebenenfalls wirksam werden, und damit einen Beitrag zu einer erhöhten Vernetzung der ambulanten allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Anschluss an einen stationären Aufenthalt leisten.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. habil. Ute Lewitzka
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Email: ute.lewitzka@uniklinikum-dresden.de

Literatur

- [1] Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. (2003) *Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review*. *Psycholog Med* 33:395-405
- [2] Nock MK, Borges G, Bromet EJ. et al. (2008) *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts*. *Brit J Psychiat* 192:98-105
- [3] Genz A (1991) *Suizid und Sterblichkeit neuropsychiatrischer Patienten: Mortalitätsrisiken und Präventionschancen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Werner-Felber-Institut erstellt Datenbank zu Kliniksuiden und Suizidversuchen

Ein Team aus Architekten und Psychiatern führt unter der Leitung von Dr.-Ing. Nadine Glasow und Dr. phil. Katharina König das Forschungsprojekt „Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken (SupsyKli)“ durch. Das Projekt mit einer Laufzeit von 3 Jahren wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Um die Datenbasis für die Suizidforschung nachhaltig zu verbessern, wird im Rahmen dieses Forschungsprojektes eine zentrale, umfassende und permanente Erfassung von Kliniksuiden entwickelt und eingeführt, die am Werner-Felber-Institut angesiedelt ist.

Dafür wurde in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“ unter Leitung von PD Dr. Friedrich Martin Wurst und Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf ein interdisziplinäres Erhebungsinstrument für Kliniksuzide und –suizidversuche entwickelt. Anhand eines Konsensusprozesses mit dem Referat Suizidologie der DGPPN wurde das Instrument qualifiziert. Die erhobenen Daten sollen zukünftig auch anderen Forschern auf Antrag anonymisiert zur Verfügung gestellt werden.

Das Forscherteam erwartet unter anderem Erkenntnisse zu einer optimierten Methodenrestriktion in Kliniken, die primär das Ziel einer sicheren Umweltgestaltung unter Wahrung des therapeutischen Milieus verfolgt. Ausgewählte Einzelfälle werden dafür qualitativ untersucht. Ziel dieser Analyse ist es, Eigenschaften genutzter Bauelemente zu beschreiben, um exakte bauliche Gestaltungshinweise für Einrichtungen ableiten zu können. Dabei geht es beispielsweise um Laibungstiefen bei Türen oder Formgebungen von Fenstergriffen und Armaturen. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus Dresden werden auch nicht-bauliche Suizidpräventionskonzepte innerhalb psychiatrischer Einrichtungen analysiert.

Einrichtungen der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung sind aufgerufen, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Aktuell befindet sich das Erhebungsinstrument für Kliniksuzide in der Prätestphase. Anfang Februar 2019 wird die Datenbank zur Eingabe freigeschaltet. Die Erhebung wird auf freiwilliger Basis und unter strengsten Datenschutzauflagen erfolgen. Mit der Bereitstellung Ihrer Daten unterstützen Sie die Suizidforschung.

Kontakt:

Dr.-Ing. Nadine Glasow (glasow@felberinstitut.de)
Dr. phil. Katharina König (koenig@felberinstitut.de)
PD Dr. F.M. Wurst (friedrich.wurst@medizin.uni-halle.de)

Bericht

Suizid vs. Suizid-Assistenz

Am 30. Oktober 2017 publizierte die American Association of Suicidology (AAS) ein Statement, in dem sie die

Prävention eines ärztlich assistierten Suizids (PAD) eindeutig als nicht ihre Aufgabe bezeichnete. PAD unterscheidet sich grundlegend in vieler Hinsicht vom gewöhnlichen Suizid und solle überhaupt nicht mehr mit dem Begriff Suizid bezeichnet werden, sondern – wie in Oregon und anderen US-Staaten, wo PAD gesetzlich geregelt ist – als „death with dignity“, „physician assisted dying“ oder „medical help in dying“.

In 15 Punkten werden die Kriterien aufgezählt, denen zufolge sich ein gewöhnlicher Suizid vom PAD unterscheidet. Es gehe beim PAD ausschließlich um eine Hilfe für eine schwer leidende Person, die ohnehin in Kürze sterben müsse bzw. keine Aussicht habe, ihr Leben auf menschliche Weise fortzusetzen. Es gehe nicht um die Zerstörung von Leben, sondern um eine Art Selbstschutz vor einer unwürdigen Form des Sterbens. Zudem seien die negativen sozialen Konsequenzen eines Suizids beim PAD nicht gegeben, die Angehörigen gingen laut Studien in Oregon und in den Niederlanden deutlich besser mit dem Verlust um, und das Sterben finde nicht allein und in Einsamkeit statt.

Ein in der Zeitschrift *JAMA Psychiatry* publizierter Artikel kritisiert nunmehr die AAS, dass sie auch einen PAD bei psychisch schwer kranken Patienten, wie er in Belgien und den Niederlanden (bisher nicht in den USA) gesetzlich geregelt ist, in ihrem Statement nicht ausgeschlossen habe. Zwar habe die AAS betont, dass nur solche psychisch Kranken für eine PAD infrage kämen, die voll aufgeklärt, nicht verwirrt und bei denen alle verfügbaren therapeutischen Optionen voll ausgeschöpft seien. Es bestehe jedoch ein erheblicher Unterschied, ob ein körperlich tödlich Erkrankter gegebenenfalls jede weitere lebenserhaltende Therapie ablehne und nur noch den Tod wünsche oder ob ein psychisch Kranker eine verfügbare Therapiemöglichkeit ablehne und stattdessen den PAD vorziehe.

Beim PAD eines körperlich tödlich Kranken gehe es allein um den Wunsch, das bevorstehende Sterben kontrollieren zu können, es gehe dabei nicht um Leben oder Tod. Anders gehe es bei einem PAD bei psychisch Kranken tatsächlich um Leben oder Tod – wie real bei jedem Suizid. Diese Unterscheidung habe die AAS unberücksichtigt gelassen. Dadurch sei auf die Dauer sogar die bestehende gesellschaftliche Selbstverpflichtung zur Suizidprävention gefährdet. (hw)

Quellen: American Association of Suicidology (2017) *“Suicide” is not the same as “physician aid in dying.”*