

Suizidforschung – was nützen Zahlen in der Praxis?

Mythen können häufig mit einem genauen Blick auf Zahlen
der Wirklichkeit gegenübergestellt werden

Martin Eichhorn

Wie in allen medizinischen Forschungsbereichen gibt es auch in der Suizidologie eine Fülle von Zahlen aus Forschungsergebnissen und statistischen Erhebungen. Doch was nützen diese Zahlen, wenn sie keine Konsequenzen für den Alltag nach sich ziehen? In diesem Artikel möchten wir aufzeigen, welchen Nutzen Zahlen haben können. Wir kreisen dabei um die Themen Politik, Versorgung, Behandlung und Prävention.

Zahlen, die wir alle kennen

Jährlich werden wir mit den neuen Suizidraten und Suizidzahlen konfrontiert. Einerseits informieren uns diese Zahlen, andererseits können wir bereits durch diese grundlegenden Daten manipuliert werden. Um dies zu illustrieren, sei auf drei häufig gebrauchte Zugänge zu Suiziddaten hingewiesen: Einerseits gibt es die *absoluten Zahlen*. So nahmen sich 2002 in der Schweiz knapp 1500 Menschen das Leben. Die *Sterbeziffer* andererseits gibt die Zahl der Personen pro 100 000 Einwohner an, die sich in einem Jahr suizidiert haben. Hier fallen unter anderem die grossen Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. Bei den Männern lag die Rate mit knapp 27 pro 100 000 fast dreimal so hoch wie bei den Frauen mit zirka 10 pro 100 000. Als dritten Aspekt muss man berücksichtigen, welchen

Prozentsatz diese Zahlen im Bezug auf alle Todesursachen in einer Altersgruppe ausmacht. So sind die 131 Selbsttötungen bei den Frauen in der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren die zweithäufigste Todesursache nach den Krebskrankheiten. Bei den 220 Suiziden bei den 65- bis 84-jährigen Männern erscheint die Problematik angesichts der 6000 Toten durch Kreislauferkrankungen und 5000 Toten durch Krebserkrankungen in einem anderen Licht (Quelle: Bundesamt für Statistik Schweiz).

Politik

Um empirische Erkenntnisse in die Praxis umsetzen zu können, ist es von grossem Nutzen, wenn auch auf politischer Ebene ein Problembewusstsein vorhanden ist. Bei den Suiziden geistern aber auch im politischen Diskurs immer wieder Mythen durch die Presse. So habe die Schweiz eine der höchsten Suizidraten, die Suizidrate sei dauernd am Steigen, und vor allem der Jugendsuizid stelle das grösste Problem dar. Auf der anderen Seite wird Suizidprävention als sinnlos und teuer verunglimpft und einseitig aus dem Blickwinkel der persönlichen Autonomie – einem Freiheitsmythos? – betrachtet (1). Zur Überprüfung all dieser Mythen gibt es Daten und Zahlen. So hat die Schweiz zwar eine hohe, aber nicht die höchste Suizidrate (sowohl weltweit wie auch europäisch). Europäisch liegt die Schweiz im Mittelfeld; wenn die baltischen Staaten und andere Staaten der ehemaligen Sowjetunion ausgeklammert werden, am Übergang vom mittleren zum oberen Drittel (2). Die Suizidraten sind in der Schweiz über die letzten 20 Jahre gesunken, und zwar sowohl bei den Frauen wie bei den Männern (*Abbildung 1*). Hier lohnt ein detaillierter Blick auf die Zahlen. So sanken im europäischen Vergleich die Suizide bei Jugendlichen weniger deutlich als im europäischen Durchschnitt. Auffällig ist auch, dass im Gegensatz zu den anderen Altersgruppen die Suizidrate bei den betagten Menschen entgegen dem Trend gestiegen ist (3). Hat dies allenfalls mit der Zunahme der assistierten Suizide durch die Sterbehilfeorganisationen, die im gleichen Zeitraum um das Zehnfache gestiegen sind, zu tun (4)? Die assistierten Suizide können im Rahmen der Suizidforschung simplifiziert auch ein leicht erreichbares und niederschwelliges Suizidangebot darstellen. Wir wissen, dass die Erreichbarkeit der Suizidmittel mit der Suizidrate korrelieren kann.

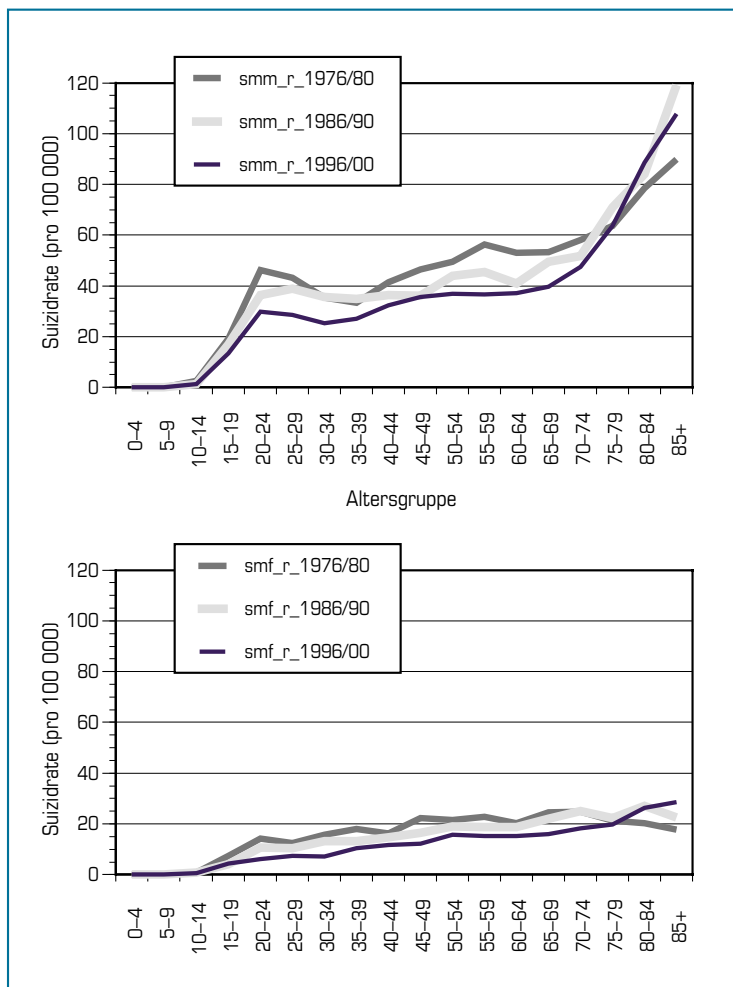


Abbildung 1: Suizidraten (oben Männer, unten Frauen) nach Altersgruppen (Bundesamt für Statistik Schweiz)

Neben den Zahlen, hinter denen menschliches Leiden steht, spielen in der Politik auch ökonomische Faktoren eine Rolle. Mit Zahlen wird auch beim Mythos der sinnlosen und teuren Suizidprävention argumentiert. So sind in der Schweiz die Suizidraten in den letzten 20 Jahren ohne nationales Suizidpräventionsprogramm gesunken. Es ist wahr, dass es keinen Beweis gibt, dass die Zahlen besser aussehen würden, wenn es ein solches Programm gegeben hätte. Auf der anderen Seite ist auch durch die höhere Sicherheit der Medikamente und durch die generelle Reduktion des Zuganges zu Suizidmethoden ein Präventionseffekt in den Zahlen sichtbar. Auch der Zugang zur psychiatrischen Versorgung ist in den letzten 20 Jahren in der Schweiz besser geworden.

Mit Zahlen kann aber auch untermauert werden, dass Suizid und Suizidversuche in der Schweiz Kosten von sicherlich mehr als zwei Milliarden Franken verursachen, denen ein mehr oder weniger inexistentes Präventionsbudget gegenübersteht (3). Es ist kaum verständlich, wie wenig politische Sensibilität für ein Problem besteht, das an fünfter Stelle der verlorenen oder durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre steht.

Erkrankungen der Herzkranzgefäße machen in einer Genfer Studie 8 Prozent aller dieser verlorenen und beeinträchtigten Lebensjahre aus. Suizid und andere Selbstschädigungen stehen an fünfter Stelle mit 5,8 Prozent. Es sei nur nebenbei erwähnt, dass in dieser traurigen Rangliste bei den 15 häufigsten gesundheitlichen Problemen 7-mal psychiatrische Störungen aufgeführt sind (5).

Versorgung

Die Übergänge von Politik zu Versorgung und Prävention sind fließend und können auch in diesem Beitrag nicht wirklich auseinandergehalten werden. Es gibt aber auch typische Versorgungsmythen. So hört man im ambulanten Bereich immer wieder die Angst von suizidalen Menschen, dass sie überhaupt nicht über die Suizidalität sprechen dürfen, weil sie ja sonst in die «Klinik gesteckt werden». Auch wird die Angst geäußert, dass man sich in der Klinik erst umbringe.

Um auf diese Mythen genauer eingehen zu können, muss man neben den Suiziddaten auch die Daten zu Suizidversuchen berücksichtigen. Am 9. Januar 2002 antwortete die Schweizer Regierung auf eine parlamentarische Anfrage, dass die Suizidversuche geschätzt im Bereich von 20 000 bis 67 000 liegen (6). Diese Zahlen wurden nicht untermauert, obwohl es zu diesem Zeitpunkt bereits Studien zu Suizidversuchen in der Schweiz gab. Auf die Maximalschätzung von 67 000 versuchten Sui-

ziden in der Schweiz kommt man jedoch nur, wenn man Daten aus Befragungsstudien bei Jugendlichen (SMASH-Studie [7], Rekrutenbefragung [8]) hochrechnet. Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren geben sehr häufig Suizidversuche an. Männer berichten in etwa 2 bis 3 Prozent von einem Suizidversuch im letzten Jahr, Frauen im Bereich von 2 bis 4 Prozent. Suizidversuche und Suizide haben aber völlig andere Altersverteilungen (Abbildung 2, 3). Der Altersgipfel liegt bei den jungen Menschen. Ebenfalls fällt auf, dass im Gegensatz zu den vollendeten Suiziden der Anteil der Frauen deutlich höher liegt. In einer neueren englischen Kohortenstudie wurden die Befragungen über Suizidgedanken über alle Altersgruppen durchgeführt, und hier zeigte sich, dass es nicht nur bei medizinisch erfassten Suizidversuchen, sondern auch bei den angegebenen Suizidgedanken zu einer deutlichen Abnahme mit dem Alter kommt (9). Somit ist diese maximale Schätzung mit 67 000 Suizidversuchen sicherlich unzulässig. Die Wahrheit wird sich eher im Bereich von 20 000 Suizidversuchen bewegen. Wir konnten in Basel auch zeigen, dass etwa die Hälfte aller medizinisch behandelten Suizidversuche nicht in

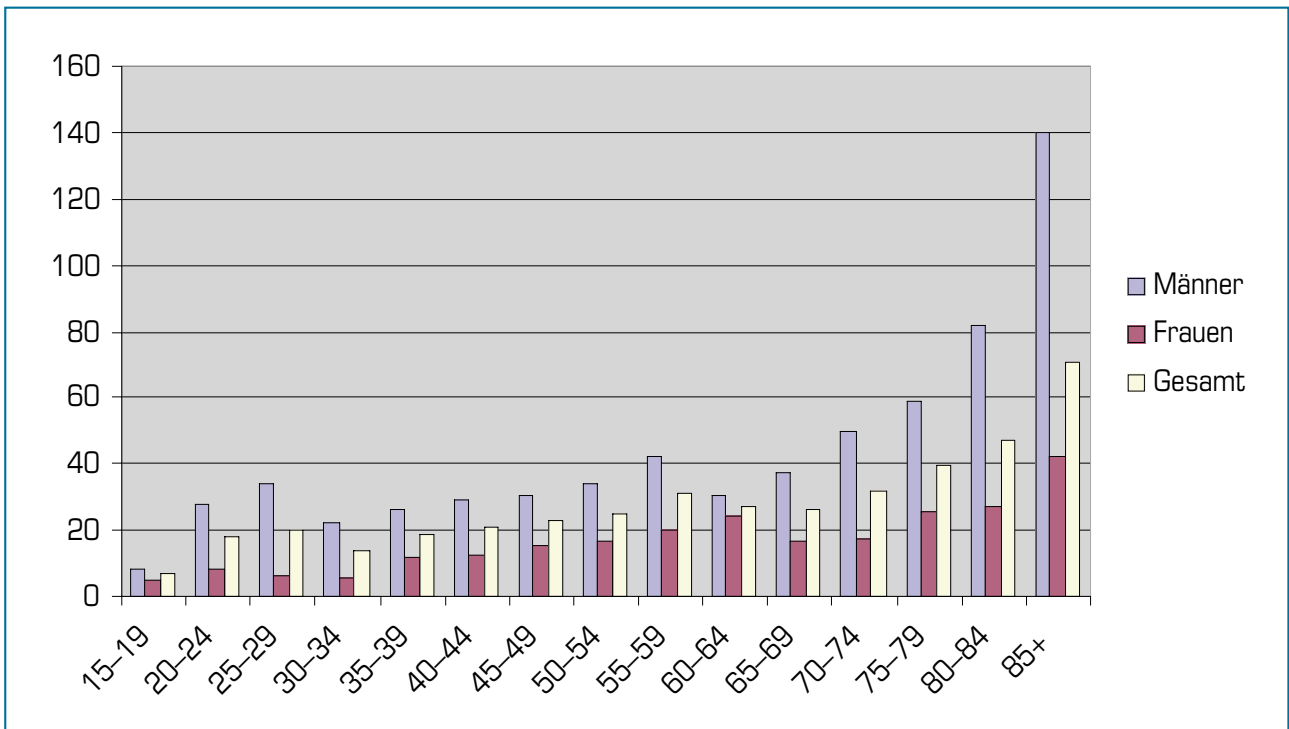


Abbildung 2: Suizidraten pro 100 000 Einwohner in der ganzen Schweiz 2002 (Quelle: Bundesamt für Statistik Schweiz)

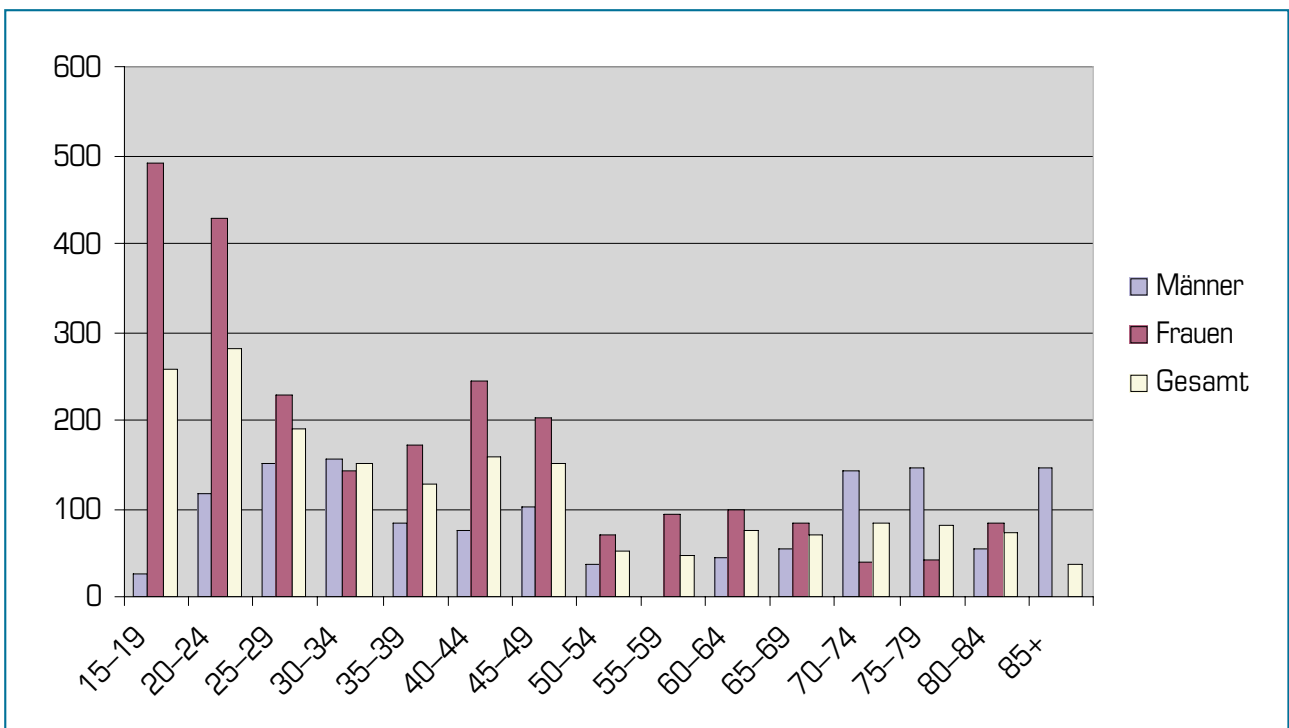


Abbildung 3: Suizidversuche Kanton Basel-Stadt 2003 (P. Berger, F. Muheim, M. Eichhorn, Poster DGPPN Berlin)

der Psychiatrischen Universitätsklinik behandelt werden. Vor allem Anpassungsstörungen, die in der Regel Krisensituationen abbilden, werden in der überwiegenden Mehrzahl ambulant behandelt (10). Im internationalen Vergleich liegt der Anteil ambulant behandelter Suizidversuche häufig noch höher. In der Klinik selbst ereig-

nen sich etwa 2 Suizide pro 1000 Aufnahmen. 4 bis 7 Prozent aller Suizide ereignen sich während eines stationären Aufenthalts. Objektiv gesehen sind diese Zahlen in Anbetracht der geballten Ansammlung von Risikokonstellationen relativ tief. Beängstigend ist jedoch, dass das Verhältnis von Kliniksuiziden zu Suiziden nach dem



Selbsttötung der Lucretia (von Guido Reni, um 1640)

Klinikaufenthalt bei 1 zu 10 liegt. 20 Prozent dieser Suizide ereignen sich in den ersten zwei Wochen, knapp 40 Prozent in den ersten drei Monaten nach Entlassung. Hier stellt sich ein hoch relevantes Problem der Versorgung, das direkt zu den Präventionsaspekten überleitet (11).

Prävention

In einem spannenden Artikel aus dem Jahr 2003 wird darauf hingewiesen, dass die meisten Studien, die die Prävention untersuchen, eine wichtige Frage nicht beantworten. Nämlich die, ob durch die Präventionsbemühungen die Inzidenz von neuen Ereignissen reduziert werden kann. Dies hat einen technischen statistischen Grund. Es mangelt nämlich an statistischer Power, um die Kriterien der evidenzbasierten Medizin auf höchstem Niveau zu erfüllen (12). Die statistische

Gruppe mit dem höchsten Suizidrisiko ist die der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben. Um zu illustrieren, dass Präventionsstudien auf der Basis der höchsten Evidenzstufe schlicht nicht durchführbar sind, sei folgendes Beispiel zitiert: Zum Nachweis einer Reduktion der Suizidrate um 15 Prozent bei Menschen nach Suizidversuchen durch ein Präventionsprogramm müssten für die Untersuchungsgruppe 22 000 und für die Kontrollgruppe nochmals 22 000 Patienten rekrutiert werden (13). Soll man nun resignieren, weil man etwas nicht auf höchstem Niveau messen kann? Goldnay (14) versuchte dieses Jahr mit einem pragmatischen Überblick über neuere Suizidpräventionsstudien ein praxisnahes Bild zu zeichnen. Zusammenfassend könnte man dabei Whitlock (1977) zitieren:

«Man kann viel tun, um Suizide zu verhüten, wenn wir die medizinischen Tatsachen brauchen, die mit diesen Verhalten verknüpft sind.» Auch wenn die Evidenzkriterien nicht auf höchstem Niveau erfüllt werden, können wir Indikatoren untersuchen, die uns Hinweise für die Wirksamkeit von Massnahmen liefern. Vergessen wir nicht, dass in der Politik dauernd Entscheide aufgrund von Hinweisen gefällt werden, die keinen evidenzbasierten Kriterien genügen.

Folgendes Beispiel spiegelt den Nutzen von Forschungsergebnissen für die Praxis eindrucksvoll wider: In der WHO-/Euro-Multizenterstudie wurde festgestellt, dass in Oxford ein exorbitant hoher Anteil der Suizidversuche mit Analgetika (Paracetamol, Acetylsalicylsäure) durchgeführt wurde (15). 1998 wurde aufgrund dieser Ergebnisse in Grossbritannien ein Gesetz verabschiedet,

das die Reduktion der maximalen Packungsgrösse dieser Medikamente zum Ziel hatte. Dieses Gesetz bewirkte eine Reduktion der Todesfälle durch Paracetamol von 35 Prozent, durch Acetylsalicylsäure von 33 Prozent. Die Vergiftungen allgemein gingen um 8 Prozent zurück, was bedeutet, dass die Reduktion der Todesfälle durch diese beiden Substanzen nicht durch andere Vergiftungen kompensiert wurde. Auch kam es zu einem Rückgang der Suizidversuche mit mehr als 30 Tabletten (bei Paracetamol um 10%, bei Acetylsalicylsäure um 56%). Die Lebertransplantationen durch die Lebertoxizität bei Paracetamol gingen von 32 auf 21 pro Jahr zurück (16). Diese empirischen Ergebnisse sind beeindruckend, und es braucht schon eine gehörige Portion Zynismus, um sie nicht wahrzunehmen, nur weil sie den höchsten Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht genügen.

Für die Suizidprävention weiterhin von Bedeutung sind die epidemiologischen Daten bezüglich psychischer Störungen und Suizid. Bei bis zu 90 Prozent aller Menschen, die sich suizidieren, werden psychiatrische Störungen gefunden, bei mehr als der Hälfte aller Suizide sind in der Vorgeschichte Depressionen beschrieben, bei 20 Prozent spielen Alkoholprobleme eine Rolle, und bei 10 Prozent liegt eine Schizophrenie vor. Diese klaren Korrelationen implizieren ohne Zweifel, dass psychiatrische Grundkrankheiten korrekt diagnostiziert und therapiert werden müssen. Und es gibt viele Hinweise, dass eine korrekte Behandlung und Diagnostik dieser Störungen auch zu einer Reduktion der Suizidrate führt (Gotlandstudie [17], Nürnbergerbündnis gegen Depression [18]).

Wir haben versucht, einen kurzen Abriss über den Nutzen von Forschungsergebnissen und statistischen Daten für den klinischen Alltag zu geben. Den klinischen Alltag möchten wir hier weit gefasst sehen. Er beschränkt sich nicht nur auf die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und in Lebenskrisen, sondern auch auf den erweiterten klinischen Alltag. Es geht auch darum, die Interessen der Patienten auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zu vertreten. Patienten mit psychischen Störungen haben eine kleine Lobby. Wir dürfen diese Zahlen durchaus dazu verwenden, ihre Interessen auf verschiedenen Ebenen zu unterstützen. ■



Dr. med. Martin Eichhorn
Oberarzt Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Schär M: Suizidverhütung: Du sollst nicht springen, in: Weltwoche. 22/2005: Zürich.
2. WHO, Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and sex. Most recent year available, 2004, www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/Figures_web0604_table.pdf
3. Bundesamt für Gesundheit Schweiz, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz; Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251); Redaktionsteam: Salome von Greyerz, Elvira Keller-Guglielmetti; Wissenschaftliche Mitarbeit: Vladeta Ajdacic-Gross (Psychiatrische Universitätsklinik PUK Zürich), Martin Eichhorn (Psychiatrische Universitätsklinik PUK Basel), Konrad Michel (Universitäre psychiatrische Dienste UPD Bern), Regula Ricka (Bundesamt für Gesundheit). 2005.
4. Bosshard G, Ulrich E, Bar W: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly*, 2003. 133(21-22): 310-317.
5. Schopper D et al.: Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *Int J Epidemiol*, 2000. 29(5): 871-877.
6. Bundesrat, Einfache Anfrage. Suizide und Suizidversuche. Zahlen. Antwort des Bundesrates, 2002, www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2001/d_gesch_20011105.htm
7. Narring F et al.: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002. 2003, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Bern: Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria; Lausanne, Bern, Bellinzona. 219.
8. Escard E, Haas H, Killias M: Comportements suicidaires et violences: réflexions criminologiques à partir d'une étude portant sur 21314 jeunes recrues suisses. *Encephale*, 2003. 29(1): 1-10.
9. Gunnell K et al.: Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry*, 2004. 185: 385-393.
10. Eichhorn M, Muheim F, Berger P: Vergleich von Suizidversuchen, die in der Psychiatrischen Klinik behandelt wurden mit anderweitig Behandelten in Basel-Stadt im Jahr 2003 (Poster). in DGPPN. 2004. Berlin.
11. Hoffmann-Richter U et al.: Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Psychiatr Prax*, 2002. 29(1): 22-24.
12. Cuijpers P: Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(8): 1385-1391.
13. Gunnell K, Frankel S: Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *British medical journal*, 1994. 308: 1227-1233.
14. Goldney RD: Antidepressants and suicide: a commentary on a significant contribution to this debate. *Crisis*, 2005. 26(2): 97-98.
15. Michel K et al.: Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2000. 35(4): 156-163.
16. Hawton K et al.: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *Bmj*, 2004. 329(7474): 1076.
17. Rutz W: Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*, 2001. 62(1-2): 123-129.
18. Pfeiffer T, Bauer F, Hegerl U: The German Research Network on Depression and Suicidality. *Arch Suicide Res*, 2005. 1(9): 3-9.