

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
**DIREKTION PFLEGE UND PÄDAGOGIK**  
Bernd Koziel

Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60  
info.dpp@gef.be.ch, www.gef.be.ch/upd



# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

Bernd Koziel

Konrad Michel

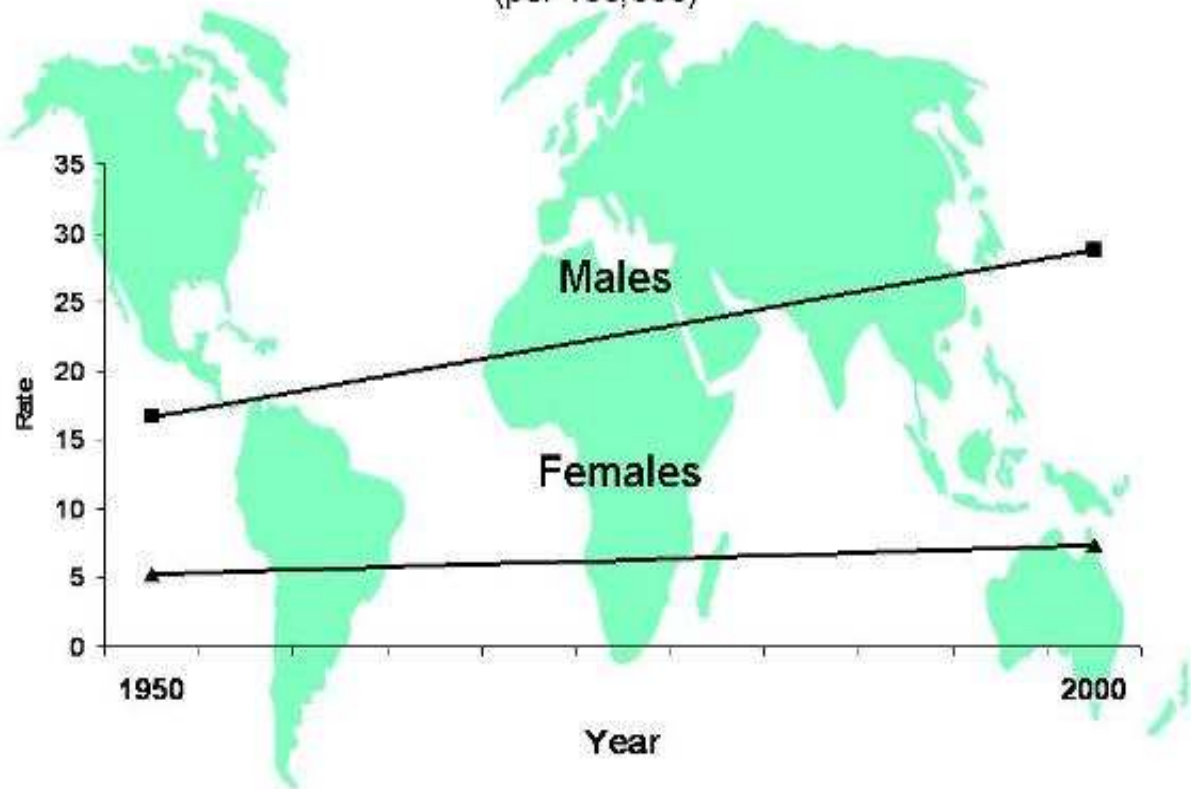
Christoph Abderhalden



Mittwoch, 2. November 2011

# Suizidrate weltweit

Evolution of global suicide rates 1950-2000  
(per 100,000)



World Health Organization, 2002

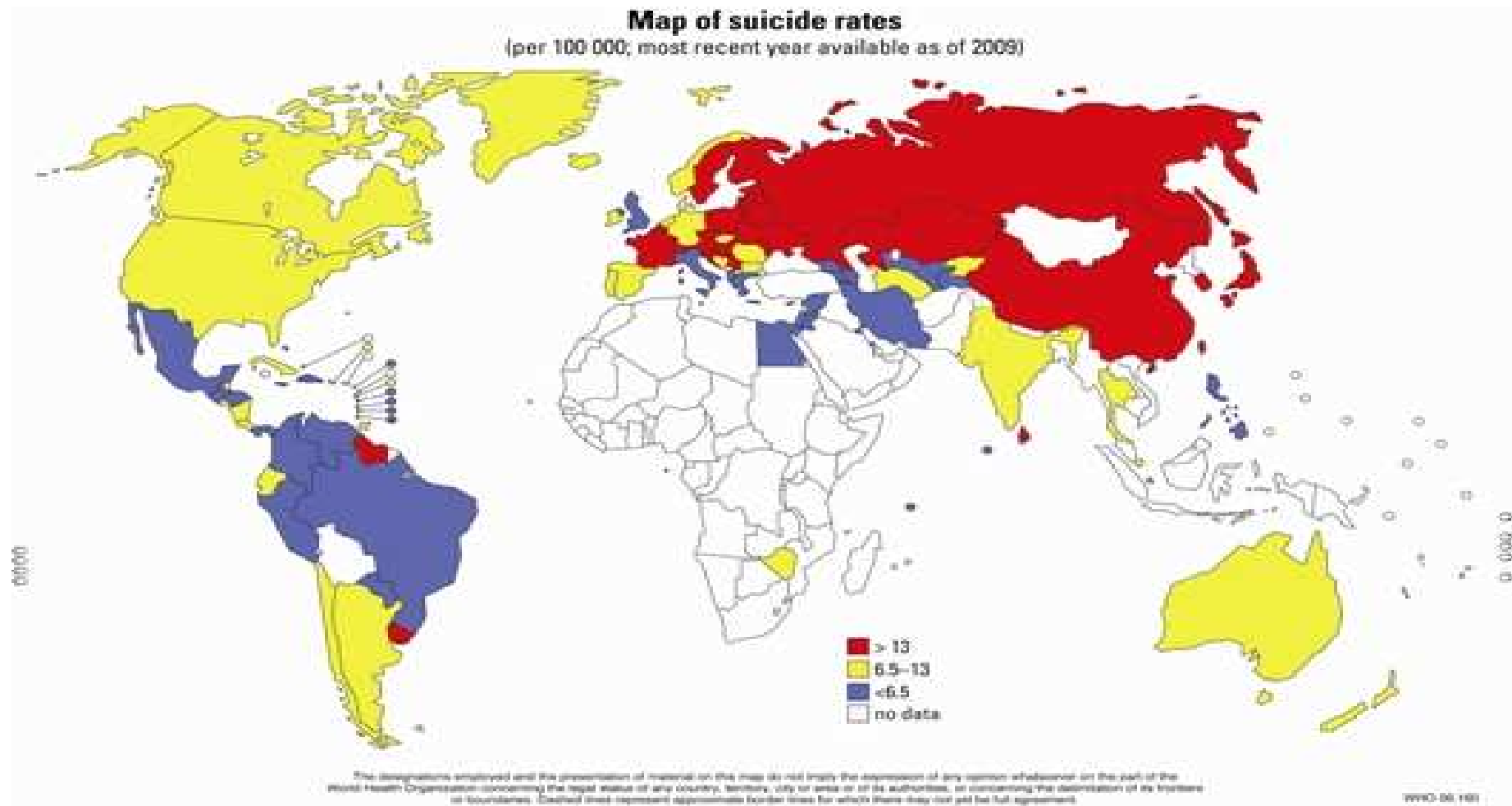
## WHO-Daten: 2000

Zunahme der Suizidrate weltweit um 60%

- 815000 Suizide
- Suizidrate 14.5
- alle 40s ein Suizid

Bei den 15-44 jährigen weltweit eine der 3 häufigsten Todesursachen

# Suizidraten weltweit



# Suizidraten

Land	Suizidrate (100 000 Einw.)	m	w
Litauen (2007)	30.4	53.9	9.8
Russland (2006)	30.1	53.9	9.5
Ungarn (2008)	24.7	40.1	10.7
Finnland (2007)	18.8	28.9	9.0
Schweiz (2007)	18.0	24.8	11.4
Österreich (2009)	15.2	23.8	7.1
Schweden (2006)	13.2	18.1	8.3
Deutschland (2009)	11.7	17.7	6.0
Grossbritannien (2007)	6.4	10.1	2.8
Griechenland (2006)	3.5	5.9	1.2

# Suizidraten

Land	Suizidrate (100 000 Einw.)	m	w
Litauen (2007)	30.4	53.9	9.8
Russland (2006)	30.1	53.9	9.5
Ungarn (2008)	24.7	40.1	10.7
Finnland (2007)	18.8	28.9	9.0
<b>Schweiz (2007)</b>	<b>18.0</b>	<b>24.8</b>	<b>11.4</b>
<b>Österreich (2009)</b>	<b>15.2</b>	<b>23.8</b>	<b>7.1</b>
Schweden (2006)	13.2	18.1	8.3
<b>Deutschland (2009)</b>	<b>11.7</b>	<b>17.7</b>	<b>6.0</b>
Grossbritannien (2007)	6.4	10.1	2.8
Griechenland (2006)	3.5	5.9	1.2

# Todesursachen Schweiz

Todesursachen 2007	Männer (15-44 Jahre)	Frauen (15-44 Jahre)
Infektionen	34	18
<b>Bösartige Tumore</b>	<b>186</b>	<b>204</b>
Diabetes Mellitus	16	4
Herz-Kreislauf	123	62
Atmung	16	15
Alkohol	19	15
Strassenverkehr	132	25
<b>Suizid</b>	<b>283</b>	<b>117</b>



# Todesursachen Deutschland

Todesursachen 2009	Männer (15-45 Jahre)	Frauen (15-45 Jahre)
Infektionen	313	173
<b>Bösartige Tumore</b>	<b>2172</b>	<b>2514</b>
Diabetes Mellitus	133	53
Herz-Kreislauf	2003	961
Atmung	290	209
Lebererkrankung d. Alkohol	562	197
Strassenverkehr (PKW)	631	233
<b>Suizid</b>	<b>2159</b>	<b>569</b>



# Suizidraten Psychiatrie

- Bezirkskrankenhaus **Bayreuth** 1976-2000: Suizidrate SR **111,9\*** (Wolfersdorf 2001)
- 10 Psychiatrische Kliniken **Bayern** 1980-1999: SR **187\*** (Wolfersdorf 2003)
- Bezirksklinikum **Regensburg** 1995-2004: SR **170,3\*** (Neuner 2008)
- Psychiatrische Kliniken **Kanton Zürich** 1992-2004: SR **161,4\*** (Ajdacic-Gross 2009)
- **Suizidrisiko** ist bei Patienten mit **psychischen Erkrankungen** grundsätzlich **erhöht** (Mortensen 2000)
- Im Vergleich zur **Gesamtbevölkerung** etwa **10 mal höher** (Baxter 1999)

\* Suizidrate SR = pro 100 000 Aufnahmen



# Einschätzung Suizidgefährdung

- Suizid gehört **weltweit** mit zu den wichtigsten **Gesundheitsproblemen**
- Suizidalität ist ein **häufig** vorkommendes Phänomen in der **Psychiatrie**
- Umgang mit **Suizidalität** ist wesentlicher **Bestandteil** der **Tätigkeit** aller Berufsgruppen in der **Psychiatrie**
- Eine wichtige **präventive Massnahme** ist die **Einschätzung** der **Suizidgefährdung** bei psychiatrischen PatientInnen
- Die Einschätzung der Suizidgefährdung ist sehr **anspruchsvoll** und erfordert eine **professionelle Vorgehensweise**



# Evidenzbasierte Praxis

## Fragen

1. Welche Prädiktoren können einen Suizid verlässlich voraussagen?
2. Wie sollte bei der Einschätzung der Suizidgefährdung vorgegangen werden?
3. Was sind die wichtigsten Kriterien bei der Einschätzung der Suizidgefährdung?
4. Welche Instrumente sollten verwendet werden?

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- Es gibt **keine Kriterien**, die einen Suizid **verlässlich** voraussagen können (Bryan&Rudd 2011, Sher 2011, Bertolote 2010, Simon 2006, Sher 2004, Gaynes 2004)
- **Referenzstudien**: Pokorny 1983, Goldstein 1991, Pokorny 1993, Hendin 2010
- **Suizid** ist ein wichtiges Gesundheitsproblem, ist aber statistisch gesehen **relativ selten**, auch in Risikopopulationen (Bryan&Rudd 2011, Sher 2004)
- Beispielsweise sind **Suizidgedanken** und **frühere Suizidversuche** mit einem **erhöhten Suizidrisiko** verbunden
- **Viele Menschen** mit Suizidgedanken und einem Früheren Suizidversuch, begehen **keinen Suizid**
- Es gibt zu **viele falsch-positive** und **falsch-negative Fälle**

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

	Suizid	Kein Suizid
Einschätzung: Suizidgefährdet (Risikofaktoren, Instrumente, Gespräch, usw.)	richtig-positiv	falsch-positiv
Einschätzung: Nicht suizidgefährdet (Risikofaktoren, Instrumente, Gespräch, usw.)	falsch-negativ	richtig-negativ

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

Beispiel: Pokorny 1983 (N=4800)	Suizid	Kein Suizid
Einschätzung: Suizidgefährdet	30 richtig-positiv	773 falsch-positiv
Einschätzung: Nicht suizidgefährdet	37 falsch-negativ	3960 richtig-negativ

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

## Aber....

- es gibt sehr **viele Kriterien**, Faktoren und Konstellationen, die in **Verbindung** mit **Suizid** oder **Suizidversuch** stehen (durch Studien gestützt)
- von diesen Kriterien, Faktoren und Konstellationen sind **einige wichtiger** als andere
- durch ein **professionelles und systematisches Vorgehen** kann das Beste versucht werden, um Suizide zu erkennen und zu verhindern
- aus rechtlicher Sicht **muss** eine **Risikoeinschätzung** mit **Risikobeurteilung** vorgenommen und dokumentiert werden
- es sind **verschiedene Vorgehensweisen** und Konzepte denkbar

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

## Best-Practice Empfehlung:

1. **Screening** der Suizidgefährdung bei allen Patienteneintritten → Identifikation von Risikopopulationen (viele falsch-positive)
2. Ausführliches **Suizidassessment** nach positivem Screening → Versuch, die falsch-positiven auszuschließen
3. Formulierung und **Dokumentation** einer **Risikobeurteilung**

(Quelle: Bryan&Rudd 2011, 2006; Jobes 2006)

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

## Guideline Empfehlung:

1. Identifikation von **Risikofaktoren** für Suizid
2. Identifikation von **protektiven Faktoren**, keinen Suizid zu begehen
3. **Anamnese**: Vorhandensein von Suizidgedanken, Suizidabsichten und Suizidplänen
4. Risikobeurteilung vornehmen
5. Risikoassessment dokumentieren

(Quelle: American Psychiatric Association 2003, The Joint Commission 2007)

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- NGASR-Skala
- Suicide Status Form II
- Suicide Ideation Scale

**Instrumente**



# Instrumente

- ca. 70-90 Instrumente (Range 1997, 2005; Brown 2000; Cochrane-Brink 2000)
- **Unterschiede** im Fokus und Umfang (Selbst- Fremdbeurteilung, Screening, Interview, Depression, Hoffnungslosigkeit, Jugendliche, usw.)
- Die meisten Instrumente liegen in **englisch** vor
- **Beck Hopelessness Scale** (Beck 1974); 11x höheres Risiko bei Menschen, die über dem cut-off liegen (Brown 2000)
- **Scale for Suicide Ideation** (Beck 1979); 7x höheres Risiko für Suizid bei Menschen die im Hochrisikobereich der Skala liegen
- Bern → **NGASR-Skala** (Globales Risikoscreening), **Suicide Status Form II** (akute Suizidgefährdung und therapeutische Beziehung)

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- Risikopopulationen
- Risikofaktoren
- Guidelines



**Instrumente**

**Fachwissen**



# Fachwissen

## Risikopopulationen:

- Menschen mit **psychiatrischen Erkrankungen** (Harris 1997; Baxter 1999; Mortensen 2000)
- Menschen mit **Missbrauchserfahrungen** in der Kindheit (Brown 1999; Dube 2005)
- **Alte Menschen** (Erlangsen 2004)
- **Körperlich kranke** Menschen (Harris 1997; Quan 2002)
- Usw.



# Fachwissen

## Risikofaktoren:

- **Frühere Suizidversuche** (Suominen 2004; Jenkins 2002)
- **Hoffnungslosigkeit** (McMillan 2007; Beck 1990)
- **Depression** (Reutfors 2010; Bertolote 2004; Harris 1997)
- **Schizophrenie** (Palmer 2005; Addington 2004; Nordentoft 2002;)
- **Psychosoziale Merkmale** (Life Events) (Conner 2011; Adams 1994)
- **Genetische und familiäre Belastungsfaktoren** (Large 2011; Voracek 2007; Qin 2003)
- Die erste Woche nach **Klinikeintritt** und die erste Woche nach **Klinikaustritt** (Qin&Nordentoft 2005)
- Usw.

# Fachwissen

## Guidelines:

- Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors (**American Psychiatric Association 2003**)
- Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the **U.S. Preventive Services Task Force** (Gaynes 2004)
- Meeting the suicidal person. The guidelines for clinicians (**Aeschi Working Group 2002**)
- Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. Nursing best practice guideline (**Registered Nurses` Association of Ontario 2009**)
- Working with the suicidal person. Clinical practice guideline for emergency departments and mental health services (**Victorian Government Departement of Health 2010**)

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- Ausführliches Suizidassessment
- Protektive Faktoren
- Verhaltensbeobachtungen und Warnzeichen





# Gespräch-Beobachtung

## Ausführliches Suizidassessment

- Ein **Gespräch** gehört zu den wichtigsten Methoden, eine Suizidgefährdung zu beurteilen (Bryan&Rudd 2011; Rudd 2006; Wingate 2004)
- Suizid**gedanken** (Häufigkeit, Dauer)
- Aktuelle Suizid**absichten** (Wille, Motivation, Druck, suizidale Impulse umzusetzen)
- Konkrete Suizid**pläne**
- Aktuelles **Befinden** (Ausweglosigkeit, Verzweiflung)
- **Suizidales Verhalten** in der Vergangenheit (Wann, Wie, Was, usw.)
- **Protektive** Faktoren (Malone 2000)
- **Zugang** zu Suizidmethoden (Mann 2005)



# Gespräch-Beobachtung

## Protektive Faktoren:

- Gründe / Motive die für das Leben sprechen (Jobes 1999; Linehan 1983)
- Kinder
- Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie
- Schwangerschaft
- Religiosität
- Lebenszufriedenheit
- Positive Bewältigungsstrategien
- Positive soziale Unterstützung
- Usw.



# Gespräch-Beobachtung

## Wichtige Verhaltensbeobachtungen / Warnzeichen:

- **Vorbereitungen** sind getroffen (Abschiedsbrief, Testament, Tabletten gesammelt)
- Besuche **verpassen**, Dinge **verschenken**, gemeinsame Mahlzeiten **vermeiden**
- **Ungewöhnliche Ruhe**, nach ernst zu nehmenden Suiziddrohungen
- Bisherige Suizidversuche mit der Tendenz zu **immer härteren Methoden**
- Suizidabsichten werden **nur Dritten gegenüber** geäußert (nicht dem Partner)
- Auffällige, für die Person **untypische Veränderungen im Verhalten**

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- Selbstbeurteilung durch den Patienten
- Der Patient als Experte seiner Suizidalität
- Der Professionelle als Partner / Begleiter
- Was geht in dem Menschen vor?





# Patient

- Nur der **Patient** kann Auskunft darüber geben, was in ihm **vorgeht** (Gefühle, Gedanken, usw.)
- Der Patient hat die **Kompetenz**, seine Geschichte zu erzählen
- Der Patient liefert den **Kontext** für ein Gesamtbild seiner Situation
- Der **Patient** ist der eigentliche **Experte** seiner Suizidalität (Aeschi Working Group 2002)
- **Selbstbeurteilung** durch den Patienten
- Instrument: Suicide Status Form II (SSF-II) (Jobes 1997)
- Narratives Interview (Schütze 1983; Michel 2004)

# Evidenzbasierte Einschätzung der Suizidgefährdung

- Intuition
- Gefühl
- Erfahrung
- Übertragung - Gegenübertragung



# Subjektivität

- Nicht nur Instrumente
- Nicht nur das Fachwissen
- Nicht nur Beobachtung und Gespräch sind wichtig
- **Gefühle, Intuition, Erfahrung, Übertragungsphänomen** können eine zentrale Rolle spielen.



# Zusammenfassung

1. Suizid gehört weltweit zu den **größten Gesundheitsproblemen**
2. Die **Beurteilung** der Suizidgefährdung ist eine wichtige **präventive Maßnahme**
3. Es gibt keine Kriterien, die eine Suizidgefährdung sicher voraussagen können (**falsch-positive, falsch-negative**)
4. Es gibt aber **viele Kriterien**, die gemäß Studien im Zusammenhang mit einer Suizidgefährdung stehen
5. Eine **systematische Vorgehensweise** mit geeigneten **Einschätzungsinstrumenten** wird von Experten empfohlen
6. Das **Erleben** der PatientInnen sollte berücksichtigt werden (Kontext)

*„Ein zentraler Aspekt der Diagnostik der Suizidalität liegt darin, an sie zu denken, auch wenn der Patient nicht darüber spricht“ (Lindner 2003)*

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[bernd.kozel@gef.be.ch](mailto:bernd.kozel@gef.be.ch)