

Ulrike Hoffmann-Richter¹
Simone Känzig²
Andreas Frei³
Asmus Finzen²

Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung

Suicide after Discharge from Psychiatric Hospital

Abstract

56 of 287 persons committing suicide between 1992 and 1995 in the region of the city of Basel were identified to have been inpatients in the region in psychiatric hospitals between 1986 and 1995. Fifty of these committed suicide after discharge from hospital – eight times as many as during their time as inpatients. A quarter of these patients killed themselves within the first four weeks after discharge.

Einleitung

Dass die Suizidrate psychisch Kranker mit oder ohne Behandlung erhöht ist, ist seit langem bekannt [1]. Harris u. Barraclough [2] haben das in einer Metaanalyse noch einmal eindrucksvoll belegt. Die meisten Untersuchungen zum Suizid psychisch Kranker befassen sich mit Suiziden in der Klinik (z.B. [3–12], Übersicht bei [13]) oder im Gefängnis [14,15]. Obwohl bereits früher immer wieder festgestellt worden ist, dass Suizide nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik bzw. während ambulanter Behandlung häufiger sind, liegen dazu nur wenige gesicherte Daten vor (vgl. z.B. Übersichten bei [1,16,17]). Das liegt nicht zuletzt an den Schwierigkeiten, solche Daten zu erheben. Immerhin ist bekannt, dass die meisten Suizide nach Entlassung aus der Klinik innerhalb der ersten drei Monate erfolgen (mit einem deutlichen Gipfel innerhalb der ersten vier Wochen [18–23]). Die vorliegende Untersuchung soll zur Klärung der Problematik des Suizids nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik beitragen.

Methodik

Im Rahmen unseres Forschungsprojektes zum Suizid in den schweizerischen Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land war es mit Hilfe einer Sonderbewilligung zur institutionenübergreifenden Forschung durch die Expertenkommission für das Berufsgheimnis in der medizinischen Forschung möglich, einen Kreuzvergleich zwischen Entlassungsdaten der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) und Suiziden in der Region vorzunehmen. Erfasst wurden Personen, die sich zwischen 1992 und 1995 das Leben genommen hatten und die in dieser Zeit oder in den sechs Jahren davor in der PUK stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Die Datengewinnung erfolgte retrospektiv über Auswertung der Krankengeschichten und der im Melderegister verfügbaren Personendaten. Als Referenzgruppe für einzelne Daten wurden die Klinikentlassenen des Jahres 1995 herangezogen. Statistische Berechnungen wurden unterlassen, weil es sich dabei nicht um eine echte Kontrollgruppe handelt.

Ergebnisse

Zwischen 1992 und 1994 nahmen sich im Kanton Basel-Stadt (195 000 Einwohner) 287 Menschen das Leben. 56 davon (19,5%) waren in der PUK behandelt worden. 6 der Suizide (2%) waren während der Behandlung in der Klinik, die übrigen 50 (17,5%) nach der Entlassung erfolgt. Diese 50 Patientinnen und Patienten, 22 Frauen (44%) und 28 Männer (56%), sind Gegenstand der weiteren Untersuchung. Ihre Altersverteilung entspricht dem Muster jener der übrigen aus der Klinik entlassenen Patienten des Referenzjahrganges 1995 mit einem Gipfel im 4. Lebensjahrzehnt. Sie unterscheidet sich jedoch von jenen aller Suizide im Kanton. Dabei handelt es sich um einen Artefakt, weil sich unter den Suiziden der über 60-Jährigen mindestens 22 Exit-Suizide

Institutsangaben

¹ SUVA Luzern

² Psychiatrische Universitätsklinik Basel

³ Psychiatrie-Zentrum Luzern

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter · SUVA · Fluhmattstraße 1 ·
6002 Luzern · Schweiz · E-mail: ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

Bibliografie

Psychiatr Prax 2002; 29: 22–24 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

befinden, die fast ohne Ausnahme ältere Menschen betreffen und die Verzerrung erklären [24].

Diagnosen: Die Diagnosen der Suizidentinnen und Suizidenten entsprechen jener der Gesamtklientel der Klinik weitgehend. Bemerkenswert ist der hohe Anteil der Abhängigen mit zusammen 44%. Dieser erhöht sich um weitere 12% auf 56%, wenn die Zweitdiagnosen berücksichtigt werden (Tab. 1).

Tab. 1 Zeitpunkt des Suizides nach Klinikentlassung.

| Tage nach Entlassung | n | % (kumulativ) |
|----------------------|------------|---------------|
| 0– 14 Tage | 9 | 18 |
| 15– 30 Tage | 3 | 24 |
| 31– 90 Tage | 6 | 36 |
| 91– 80 Tage | 4 | 44 |
| 180–365 Tage | 4 | 52 |
| 1– 10 Jahre | 24 (2,5/J) | 100 |

Krankheitsdauer und Zahl der Aufnahmen: Nur 10 der Suizidentinnen und Suizidenten (20%) waren zum Zeitpunkt ihres letzten Klinikaufenthaltes weniger als 1 Jahr krank, 9 (18%) bis 5 Jahre, 12 (24%) bis 10 Jahre; 19 (36%) waren länger als 10 Jahre krank. Ein knappes Drittel (32%) war nur einmal hospitalisiert, mehr als die Hälfte (56%) 2–5-mal und 12% häufiger.

Suizidversuche und Suizidalität: Nur 9 Personen (18%) wiesen keine Suizidversuche in der Vorgeschichte auf. Von den übrigen 41 (82%) hatten 15 (30%) 1, 18 (36%) 2–5, und 1 (2%) mehr als 5 Suizidversuche hinter sich. Bei 7 Patienten (14%) blieb die Anzahl der Versuche unbekannt. Suizidalität bei Einweisung war bei 27 Patientinnen und Patienten (54%) erkennbar, bei 23 (46%) nicht.

Zeitpunkt des Suizids: 9 entlassene Patientinnen und Patienten suizidierten sich innerhalb der ersten 14 Tage (18%), 3 weitere innerhalb der ersten 30 Tage (6%), 6 in den darauffolgenden 2 Monaten (12%), 4 (8%) bis zum 180. Tag und jeweils weitere 4 (8%) bis zum Abschluss des 1. und 2. Jahres nach der Entlassung. Die übrigen 20 Suizide (40%) verteilen sich unregelmäßig über einen Zeitraum von 8 Jahren (2,5 pro Jahr) (Tab. 2).

Tab. 2 Diagnosen in % (n = 50; PUK n = 1895).

| SuizidentInnen | PUK 1995 | Suizid |
|--|----------|--------|
| organische Störungen (F.0) | 5,6 | 0 |
| Alkoholabhängigkeit (F10) | 24,8 | 26 |
| Polytoxikomanie (F11, F19) | 15,5 | 18 |
| Schizophrenie (F2) | 24,4 | 26 |
| affektive Störungen (F3) | 17,8 | 22 |
| neurotische und Belastungsstörungen (F4) | 4,1 | 4 |
| Persönlichkeitsstörungen (F6) | 4,7 | 4 |
| sonstige | 1,2 | 0 |

Diskussion

Ein Fünftel (19,5) der 287 Menschen, die sich zwischen 1992 und 1995 in Basel-Stadt das Leben genommen hatten, waren in den 10 Jahren vor ihrem Tode in der psychiatrischen Universitätsklinik hospitalisiert. Dabei war das Suizidrisiko nach der Entlassung um ein Vielfaches höher als während des Klinikaufenthaltes. Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die sich nach Entlassung aus der Klinik das Leben nahmen, war um mehr als das Achtfache höher als die Zahl derjenigen, die sich während des Klinikaufenthaltes suizidierten. Unsere Daten bestätigen das in der Literatur beschriebene hohe Suizidrisiko unmittelbar im Anschluss an die Entlassung: Fast ein Viertel (24%) der Suizide ereignen sich in den ersten 30 Tagen nach der Entlassung, deutlich mehr als ein Drittel (36%) innerhalb der ersten 3 Monate und 52% während des ersten Jahres. Die Häufung in den ersten 4 Wochen nach Entlassung wird noch drastischer sichtbar, wenn wir nur jene Suizide berücksichtigen, die in einer überschaubaren zeitlichen Beziehung zur Entlassung stehen und deswegen mehr als epidemiologisches Interesse beanspruchen – also bis zu einem Jahr. Das sind die Hälfte der erfassten Suizide; und davon ereignen sich wiederum fast die Hälfte (48%) während der ersten 4 Wochen und mehr als zwei Drittel (68%) während der ersten 3 Monate.

Die Analyse der Vorgeschichte zeigt, dass es sich bei den Suizidentinnen und Suizidenten um eine stark belastete Gruppe handelt: Fast zwei Drittel (62%) waren zum Zeitpunkt der letzten Hospitalisation länger als fünf Jahre krank. Mehr als zwei Drittel (68%) hatten zwei und mehr Klinikaufenthalte hinter sich. Bei mehr als zwei Drittel (68%) war mindestens ein Suizidversuch, bei fast zwei Fünftel (38%) mehrere Suizidversuche bekannt. Mehr als die Hälfte (54%) hatten bei der letzten Aufnahme als suizidal gegolten. Männer (56%) und Frauen sind annähernd gleich häufig betroffen. Hinsichtlich der Altersverteilung und der Krankheitsbilder fällt die große Übereinstimmung mit den Klinikentlassenen des Referenzjahres auf. Während beim Suizid in der Klinik Kranke mit affektiven Störungen und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis [25] ganz im Vordergrund stehen, sind bei den Entlassenen Alkohol- und Drogenabhängige gleich häufig vertreten. Bei Einbeziehung der Zweitdiagnosen sind es deutlich mehr als die Hälfte (56%). Auch dieses Ergebnis deckt sich mit dem der wenigen bekannten Untersuchungen zum Suizid nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik.

Unsere Untersuchung bestätigt, dass das Suizidrisiko nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik noch höher ist als während des stationären Aufenthaltes. Das Risiko ist am höchsten innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung mit einem Schwerpunkt in den ersten beiden Wochen unmittelbar im Anschluss an den Klinikaufenthalt [6]. Obwohl es einen Mangel unserer Untersuchung darstellt, dass wir nicht wissen, ob und in welcher Weise die Suizidentinnen und Suizidenten nach der Entlassung betreut worden sind, bieten sich hier konkrete Ansätze für die Suizidprophylaxe. Zum einen ist bei der Entlassung zu prüfen, ob der erwünschte Behandlungserfolg – Stabilisierung des Krankheits- und Gesundheitszustandes und Aufarbeitung der bei den meisten vorhandenen Suizidgefährdung – ausreichend vorbereitet und durch eine professionelle Nachbetreuung abgesichert ist. Zum anderen sind alle Maßnahmen zu treffen, die den Übergang aus der möglicherweise restriktiven, sicher aber

beschützenden Klinikumgebung in die weniger geschützte häusliche Umgebung bewältigbar machen. Konkret soll der Kranke bei der Entlassung wissen, wann er bei wem zu einem Anschlusstermin erwartet wird. Wenn irgend möglich, sollte er die nachbetreuende Person bereits vor der Entlassung kennen gelernt haben [26].

Literatur

- ¹ Gunnell D. The Potential for Preventing Suicide. A review of the literature on the effectiveness of interventions aimed at preventing suicide. University of Bristol: Health Care Evaluation Unit, 1994
- ² Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorder. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 205–228
- ³ Finzen A, Oestereich C, Hoffmann-Richter U. Sind Suizide im psychiatrischen Krankenhaus wirklich häufiger geworden? *Psychiat Prax* 1999; 26: 303–304
- ⁴ Wolfersdorf M. Patientensuizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ausgewählte Ergebnisse der Kliniksuizid-Verbundstudie (KSV) I/II 1970–1992 der AG „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“. *Psychiat Prax* 1996; 23: 84–89
- ⁵ Wolfersdorf M, Keller F. Patientensuizide während stationärer psychiatrischer Therapie – Neue Entwicklungen. *Psychiat Prax* 2000; 27: 277–281
- ⁶ Hoffmann-Richter U, Bullinger A, Oestereich C, Finzen A. Suizid im Wochenendurlaub. Ein wenig beachteter Risikofaktor. *Psychiat Prax* 1998; 25: 196–197
- ⁷ Hoffmann-Richter U, Frei A, Finzen A. Suizid nach der Klinikentlassung. Die ersten zwei Wochen. *Suizidprophylaxe* 1999; 26: 39–45
- ⁸ Vogel R, Wolfersdorf M, Wurst FM. Umgang mit dem Patientensuizid in therapeutischen Teams psychiatrischer Kliniken. *Psychiat Prax* 2001; 28: 323–325
- ⁹ Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. Patientensuizide in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiat Prax* 2001; 28: 330–334
- ¹⁰ Finzen A, Hoffmann-Richter U. Patientensuizide in einer psychiatrischen Klinik. Eine Nachfrage. *Psychiat Prax* 2001; 28: 335–336
- ¹¹ Wolfersdorf M, Franke C, Keller F, Wurst FM. Die Entwicklung der Suizidzahlen und -raten im Bezirkskrankenhaus Bayreuth 1976 – einschließlich 2000. *Psychiat Prax* 2001; 28: 337–340
- ¹² Wolfersdorf M, Vogel R, Kornacher J, Rupprecht U, Franke C, Wurst FM. Nach dem Suizid eines Patienten – Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiat Prax* 2001; 28: 341–344
- ¹³ Finzen A. Der Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Ein Sammelreferat von 98 Studien aus den Jahren 1941–1986. *Suizidprophylaxe* 1986; 13, 4. Sonderheft
- ¹⁴ Frühwald S, Frottier P, Eher R, Aigner M, Gutierrez K, Ritter K. Gefangensuizide: Hinweise zur Abschätzung der Suizidgefahr. *Psychiat Prax* 2000; 27: 195–200
- ¹⁵ Frühwald S, Frottier P, Eher R, Benda N, Ritter K. Welche Relevanz hat die dokumentierte Suizidalität in Gefangensuiziden. *Psychiat Prax* 2001; 28: 326–329
- ¹⁶ Finzen A. Ambulante psychiatrische Behandlung und Suizid. Sammelreferat und Synopsen von 28 Studien zur Epidemiologie des Patientensuizids nach Klinikentlassung und während ambulanter Behandlung. *Suizidprophylaxe* 1984; 11: 108–151
- ¹⁷ Rorsman B. Suicide among Swedish Psychiatric Patients. *Social Psychiatry* 1973; 8: 140–144
- ¹⁸ Müller D. Zum Suizid psychisch Kranker nach Entlassung aus stationärer Behandlung. Inaugural-Diss. zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Tübingen, 1978. *Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 20*. Rehbürg-Locum: Psychiatrie-Verlag, 1978
- ¹⁹ Beskow J. The prevention of suicide while in psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1987; 336: 66–75
- ²⁰ Perris C, Beskow J, Jacobsson L. Some remarks on the incident of successful suicide in psychiatric care. *Social Psychiatry* 1980; 15: 161–166
- ²¹ Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 171–177
- ²² Goldacre M, Seagrott V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993; 342: 283–286

- ²³ Morgan HG, Stanton R. Suicide as an outcome for mental disorders. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 561–563
- ²⁴ Frei A, Schenker TA, Finzen A, Kräuchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U. Assisted suicide as conducted by a „Right-to-Die“-society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases. *Swiss Med Wkly* 2001; 131: 375–380
- ²⁵ Finzen A. *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
- ²⁶ Finzen A, Beushausen-(Oestereich) C. *Ambulante psychiatrische Behandlung und Suizid*. *Psychiat Prax* 1984; 11: 120–126

Buchbesprechung

■ Alkoholranke: Die vergessene Mehrheit

Die Herausgeber, erfahrene Suchtfachleute haben in diesem Sammelband 25 Einzelbeiträge vorgelegt, die im September 2000 in Bielefeld-Bethel im Mittelpunkt einer Tagung gestanden hatten: „Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – innovative Konzepte der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen“. Wie das bei Sammelbänden so ist, sind die Einzelbeiträge von unterschiedlicher Qualität. Im Übrigen entziehen sich 25 Beiträge der individuellen Würdigung. Deshalb sei nur auf die Inhalte des Buches verwiesen. Es befasst sich zunächst mit der Situation der traditionellen Suchthilfe, fragt, ob die traditionelle Selbsthilfe ein Auslaufmodell sei und stellt dann innovative Modelle dar, wie etwa qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung, ambulante Langzeitintensivtherapie, Hilfen für wohnungslose Alkoholabhängige, ein Case-Management-Modell, die Einbeziehung der medizinischen Primärversorgung. Es fragt, ob Hausarztpraxen als Zentrum der Früherkennung und Behandlung von Alkoholproblemen ein realistisches Modell sein können. Da die Alkoholkrankheit ein ubiquitäres Problem in allen medizinischen Disziplinen ist, wünsche ich dem Buch eine große Verbreitung. Nicht jeder mag sich für alle Kapitel interessieren. Aber einzelne Kapitel sind für jeden interessant. Asmus Finzen, Basel

Wienberg G, Driessen M. **Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit**. 2001, 335 S. (Psychiatrie-Verlag, Bonn.) 24,90