

Senkung der Suizide durch das „Bündnis gegen Depression“

Beispiel einer bayerischen Großstadt

H. Spießl^{1,2}; B. Hübner-Liebermann¹; T. Neuner¹; U. Hegerl³; H. E. Klein¹; G. Hajak¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg; ²Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Landshut; ³Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig

Schlüsselwörter

Suizide, Depression, Psychiatrie, Prävention

Zusammenfassung

Seit 2003 führt das „Regensburger Bündnis gegen Depression“ als lokaler Kooperationspartner des „Deutschen Bündnisses gegen Depression“ das im Modellprojekt in Nürnberg erfolgreiche Vier-Ebenen-Programm zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von depressiven Menschen durch. Nach fünf Jahren Kampagne wurden als Erfolgskriterium die Suizidzahlen vor und nach der Intervention im Vergleich zu zwei Kontrollregionen evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Suizidraten in Regensburg im Vergleich zur Baseline (2002) in den Interventionsjahren um 46,5% (2003), 72,1% (2004), 33,6% (2005), 50,3% (2006) bzw. 42,3% (2007) signifikant abgenommen haben, während sich in den Kontrollregionen und im Bundestrend nur geringfügige Abnahmen zeigten. Weitergehende Analysen belegten – trotz des Problems der kleinen Zahlen – die signifikante Abnahme der Suizidrate zumindest in 2004, dem Jahr der meisten Bündnisaktivitäten. Die Reduktion der Suizidrate erfolgte durch eine signifikante Verminderung der Suizide bei den Männern. Als Schlussfolgerung ergibt sich, dass ein intensives, über mehrere Jahre durchgeführtes regionales Bündnis gegen Depression einen effektiven Beitrag zur Senkung der Suizidrate leisten kann.

Keywords

Suicide, depression, psychiatry, prevention

Summary

Since 2003 the „Regensburg Alliance against Depression“ as regional partner of the „German Alliance against Depression“ is carrying out the successful Nuremberg pilot project with its four level intervention program for improving care of patients with depression. After a 4-year campaign the suicide rates before and after the intervention were evaluated in comparison with two control regions. The results show that the suicide rates in Regensburg significantly decrease compared to baseline (2002) by 46,5% (2003), 72,1% (2004), 33,6% (2005) 50,3% (2006) and 42,3% (2007), respectively, whereas only a slight decrease was found in the control regions and countrywide. Further statistical methods – considering the problem to obtain sufficient statistical power – confirmed a significant decrease of suicide rates at least in 2004, the year of most activities. The reduction of the suicide rates in Regensburg is due to the decrease in male suicides. As conclusion, an intensive regional alliance against depression, lasting many years, is effective to reduce suicides.

Depressionen liegen gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezüglich der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre (years of life lived with disability, YLD) mit großem Abstand vor allen anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen (22). Epidemiologischen Studien zufolge beträgt die Zwölf-Monats-Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland insgesamt etwa 12% (20). Die Suizidrate in Deutschland liegt mit etwa 15/100 000 europaweit im Mittelfeld (21). Man schätzt, dass bei 40 bis 70% aller Suizide Depressionen die Ursache sind. Die Erkennungsrate von Depressionen in Hausarztpraxen ist mit etwa 50% relativ gering (9, 19). Wohl bei keiner Volkskrankheit besteht im Hinblick auf Erkennung und Behandlung ein solches Verbesserungspotenzial (16). Das Thema „Depression“ wird von der Öffentlichkeit, aber auch von Ärzten noch zu wenig wahrgenommen (17).

Vor diesem Hintergrund gründete sich das „Bündnis gegen Depression“, das eng mit dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ kooperiert (5). Ausgehend vom Modellprojekt in Nürnberg startete 2003 eine deutschlandweite Kampagne (2). Das „Deutsche Bündnis gegen Depression e. V.“ ist ein bundesweit tätiger Verein mit dem Ziel einer verbesserten Früherkennung und Versorgung von depressiv erkrankten Menschen. Dabei kooperieren die beteiligten Regionen, um auf lokaler Ebene Aktionsprogramme nach dem Nürnberger Vorbild zu initiieren. Innerhalb der einzelnen Regionen arbeiten verschiedene Institutionen und Personen zusammen, die in die Versorgung depressiv erkrankter Menschen eingebunden sind. Das „Bündnis gegen Depression“ ist mittlerweile als „European Alliance against Depression (EAAD)“ europaweit implementiert (2, 6).

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Spießl
Bezirkskrankenhaus Landshut
Prof.-Buchner-Str. 22, 84034 Landshut
Tel. 0871/6008-140, Fax-148
h.spiessl@bkh-landshut.de

Decrease in suicide rates by the „Alliance against Depression“

Nervenheilkunde 2009; 28: 205–210
Eingegangen am: 22. Dezember 2008;
angenommen am: 14. Januar 2009

Als einer der ersten Bündnispartner in Deutschland starteten in Regensburg Ende 2002/Anfang 2003 die Aktivitäten. Regensburg hatte zu diesem Zeitpunkt im bundesweiten Vergleich deutlich erhöhte Depressions- und Suizidraten (4, 15). Um ein möglichst breites Bündnis auf regionaler Ebene zu erreichen, wurden von Beginn an alle in der psychosozialen Versorgung relevanten Institutionen im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Regensburg mit einbezogen (8, 15):

- Bezirk Oberpfalz
- Regierung der Oberpfalz
- Stadt Regensburg
- Landkreis Regensburg
- Gesundheitsamt Regensburg
- Diözesan-Caritasverband Regensburg
- Diakonisches Werk Regensburg
- Evangelisches Bildungswerk
- Bayerische Gesellschaft für Psychische Gesundheit e. V.
- Selbsthilfverein KISS
- Ärztlicher Kreisverband
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

Von den beteiligten Institutionen engagierten sich viele Mitarbeiter im Rahmen ihrer Dienstaufgaben wie auch ehrenamtlich bei den vielfältigen Maßnahmen des Aktionsbündnisses, insbesondere bei der Öffentlichkeitsarbeit und den Schulungen der Multiplikatoren. Um beurteilen zu können, ob ein so intensives Bündnis auch Effekte zeigt, wurde von Beginn des Projektes an eine Evaluation

geplant. Als wesentliches Outcome-Kriterium wurde die Zahl der Suizide gewählt.

Methode

Stichprobe

Es wurde die Häufigkeit der Suizide auf Basis der Selbsttötungsstatistik der Polizeidirektion Regensburg vor und nach Implementierung des „Regensburger Bündnis gegen Depression“ untersucht. Dabei erfolgte ein Vergleich der Suizidzahlen der Stadt Regensburg (150 000 Einwohner) mit denen der Kontrollregionen Landkreis Regensburg (180 000 Einwohner) und Landkreis Neumarkt (130 000 Einwohner), in denen keine Bündnisaktivitäten stattfanden.

Intervention

Das Aktionsprogramm in Regensburg umfasste analog zum Modellprojekt in Nürnberg den bekannten Vier-Ebenen-Ansatz (2, 15):

- Zur Verbesserung der Kooperation mit Hausärzten wurden neben der Distribution von Lehrvideos, Patientenvideos, Informationsbroschüren und Screeningbögen (WHO-5) bislang acht Fortbildungsveranstaltungen im ärztlichen Kreisverband mit insgesamt über 350 Teilnehmern durchgeführt, zudem ein Kongress zum Thema Depression mit über 100 Teilnehmern.

- Die Aufklärung der Öffentlichkeit erfolgte durch die im Rahmen des Modellprojektes entwickelten Informationsmaterialien (Plakate, Flyer, Informationsbroschüre, Informationsvideo, CD-ROM bzw. DVD, Kinospot) sowie durch etwa 35 öffentliche Vorträge mit insgesamt über 1 000 Teilnehmern und durch einmal jährlich stattfindende Aktionstage mit je ca. 100 bis 150 Teilnehmern. Zudem wurde das Thema Depression durch Berichterstattungen in Funk, Fernsehen und Printmedien sowie eine Telefonaktion immer wieder in die Öffentlichkeit gebracht.
- Die Einbeziehung der sogenannten Multiplikatoren erfolgte in bislang mehr als 30 Schulungen für Gymnasiallehrer, Laienhelfer, Altenpflegekräfte, Polizisten, Arzthelferinnen, Apotheker und Mitarbeiter der Berufsfeuerwehr. Zusätzlich wurde ein Medienguide zur Berichterstattung über Suizide mit der regionalen Presse vereinbart, außerdem eine Artikelserie zu den wichtigsten psychischen Störungen.
- Als Angebote für Betroffene und Angehörige wurden zwei Selbsthilfegruppen (in Kombination mit Nordic Walking) sowie eine fünfmal im Jahr stattfindende psychoedukative Angehörigengruppe (für Angehörige von depressiven und bipolaren Patienten) mit bis zu 25 Teilnehmern initiiert. Es wurde eine E-Mail-Adresse eingerichtet, um es Betroffenen und Angehörigen zu ermöglichen, sich direkt an das Regensburger Bündnis gegen Depression zu wenden. Anstelle einer Notfallkarte für Krisen wurde im Flyer auf den örtlichen Krisendienst und die psychiatrische Klinik hingewiesen, die rund um die Uhr erreichbar ist.

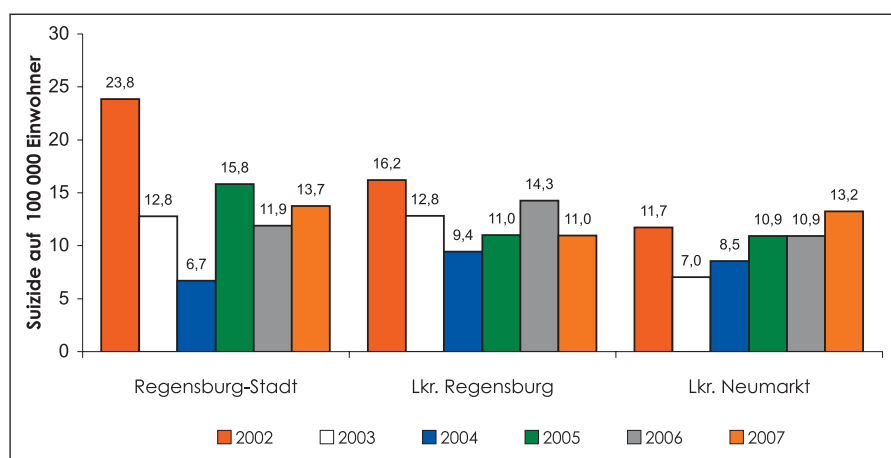


Abb. 1 Suizidraten vor (2002) und nach (2003 bis 2007) Implementierung des Regensburger Bündnisses gegen Depression im Vergleich mit Kontrollregionen

Statistik

Das prospektiv gewählte Outcome-Kriterium der Intervention, die Häufigkeit der Suizide, wurde in Regensburg und den Kontrollregionen im Vergleich zwischen dem Baseline-Jahr 2002, das mit einer Suizidrate von 23,8 auf 100 000 Einwohner nahe der mittleren Suizidrate von 23,4/100 000 der Jahre 1994 bis 2002 liegt, und den folgenden Interventionsjahren 2003 bis 2007 mittels Chi²-Test berechnet. Es wurden die Konfidenzintervalle der Suizidhäufigkeit vor und nach der Inter-

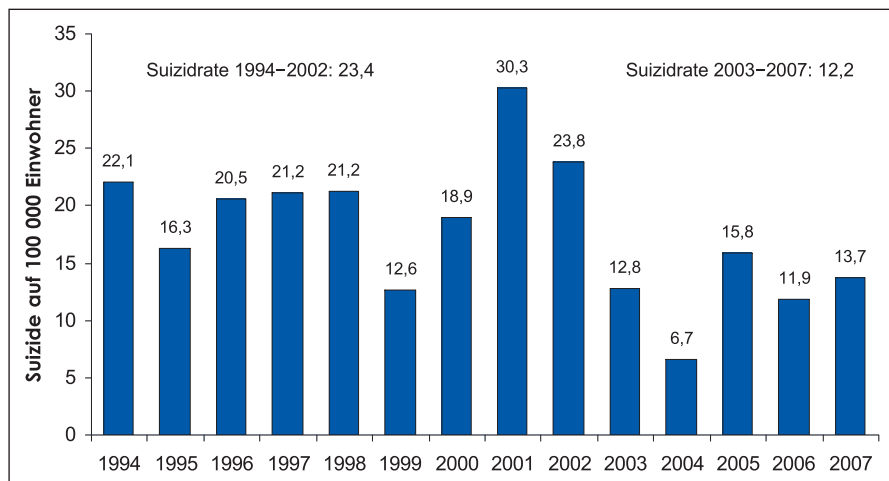


Abb. 2 Suizidraten in Regensburg vor (1994 bis 2002) und nach (2003 bis 2007) Implementierung des Regensburger Bündnisses gegen Depression

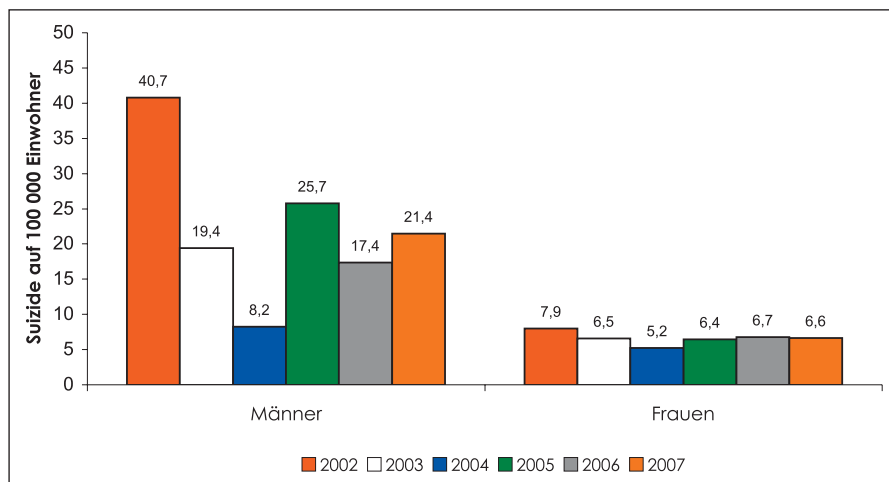


Abb. 3 Suizidraten bei Männern und Frauen vor (2002) und nach (2003 bis 2007) Implementierung des Regensburger Bündnisses gegen Depression

vention ermittelt sowie im Vergleich zum bundesweiten Trend der Suizidraten analysiert. Um dem Problem der kleinen Zahlen Rechnung zu tragen, wurden weitere Analysen durchgeführt (Chi²-Tests für alle Regionen seit 1998 und Test auf Gleichverteilung, normiert auf 100 000 Einwohner). Schließlich erfolgte eine Auswertung der Suizidzahlen in Regensburg für Männer und Frauen vor (2002) und nach (2003 bis 2007) der Implementierung des Bündnisses.

Ergebnisse

Die Auswertungen zeigen, dass in Regensburg die Suizidrate im Vergleich zur Baseline

(2002) in den Interventionsjahren um 46,5% (2003), 72,1% (2004), 33,6% (2005), 50,3% (2006) und 42,3% (2007) abgenommen hat; die Abnahme der Suizide in 2003, 2006 und 2007 war jeweils signifikant ($p < 0,05$), in 2004 hochsignifikant ($p < 0,01$). In den Kontrollregionen Landkreis Regensburg und Landkreis Neumarkt fanden sich leichte, aber keine signifikante Reduktionen der Suizidrate (►Abb. 1). Bundesweit finden sich für den Untersuchungszeitraum – bei einer im Vergleich zu Regensburg geringeren Ausgangsrate von 13,5 Suiziden auf 100 000 Einwohner – jeweils leichte, aber nicht signifikante Rückgänge der Suizidraten für die Jahre 2003 (0,1%), 2004 (3,8%), 2005 (8,0%) und 2006 (11,9%).

Unter Verwendung weiterer statistischer Analysen findet sich im Vergleich aller Regionen und im Bundestrend in den letzten zehn Jahren seit 1998 weiterhin – trotz des statistischen Problems der kleinen Zahlen – lediglich für Regensburg eine statistisch hochsignifikante ($p < 0,01$) Reduktion der Suizidraten zumindest in 2004 (standardisiertes Residuum $-2,4$), dem Jahr der meisten Bündnisaktivitäten.

Die in Regensburg während der Intervention in den Jahren 2003 bis 2007 gefundenen Suizidraten liegen zwischen 6,7 und 15,8 und damit unterhalb des Konfidenzintervalls von 17,6 bis 24,0 (95%-KI) der Jahre 1994 bis 2002 (►Abb. 2). Die mittlere Suizidrate der Jahre 1994 bis 2002 (vor der Intervention) liegt bei 23,4 pro 100 000 Einwohner, die mittlere Suizidrate der Jahre 2003 bis 2007 (seit der Intervention) bei 12,2 pro 100 000 Einwohner. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass sich in Regensburg jährlich etwa 18 Menschen weniger das Leben nehmen.

Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass die Abnahme der Suizidrate durch eine signifikante Verminderung der Suizide bei den Männern erfolgte. Hier hat die Suizidrate im Vergleich zur Baseline (2002) in den Interventionsjahren um 52,2% (2003), 79,8% (2004), 36,8% (2005), 57,4% (2006) und 47,4% (2007) abgenommen. Die Abnahme der Suizide bei den Männern war 2005 signifikant ($p < 0,05$), in 2003, 2004, 2006 und 2007 jeweils hochsignifikant ($p < 0,01$). Bei den Frauen ergaben sich geringfügige, nicht signifikante Reduktionen der Suizidrate (►Abb. 3). Die signifikante Abnahme erfolgte durch eine signifikante Reduktion der Suizide von Männern zwischen 31 und 60 Jahren (►Abb. 4).

Diskussion

Die Auswertungen zeigen, dass in Regensburg nach Start des Vier-Ebenen-Programms „Bündnis gegen Depression“ eine signifikante Abnahme der Suizidraten erfolgte. Für das zweijährige Interventionsprogramm in Nürnberg konnte eine signifikante Abnahme suizidaler Handlungen, das heißt Suizidversuche inklusive Suizide, um ca. 20% belegt und die niedrigsten je gemessenen Suizidraten erreicht werden (3,7). Bei repräsentativen Bevölkerungsumfragen zeigte sich zudem,

dass das öffentliche Bewusstsein bezüglich Depression zugenommen hat; dies gelang bisher nur in der „Defeat Depression Campaign“ (10) und in der „Gotland-Studie“ (13).

Das Interventionsprogramm in Regensburg beinhaltete dieselben Elemente und verwendete dieselben Materialien wie in Nürnberg. Da sich unter diesen identischen Bedingungen wie in Nürnberg keine Hinweise auf systematische Fehler oder andere Einflussfaktoren (z. B. Veränderungen in der regionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung) fanden, scheint der suizidpräventive Effekt des Interventionsprogramms ausschlaggebend zu sein. Ein definitiver Beweis ist letztendlich aber nicht zu führen, da im Rahmen einer solchen naturalistischen Interventionsstudie eine Randomisierung, eine Verblindung oder eine Kontrolle konfundierender Faktoren nicht möglich sind. Im zweiten Jahr der Intervention (2004), in dem die meisten Bündnisaktivitäten stattfanden, war die Reduktion der Suizide am deutlichsten und erreichte die niedrigste je in Regensburg gemessene Suizidrate (6,7/100 000), was ebenfalls auf die Effektivität des Interventionsprogramms hinweist. Die Reduktion der Suizide in Regensburg ist beachtlich: Die Raten verringerten sich um durchschnittlich 50%, sie lagen außerhalb des Konfidenzintervalls der Suizidraten der Jahre vor der Intervention und sie verringerten sich auch signifikant gegenüber den Kontrollregionen und dem Bundestrend. Unter Zugrundelegung aller statistischen Methoden, gerechnet über einen Zehn-Jahres-Zeitraum, ist – trotz des statistischen Problems der kleinen Zahlen und der damit verbundenen relativ hohen Fluktuationen – zumindest für das Jahr 2004 eine signifikante Abnahme der Suizide in Regensburg gesichert.

Die Reduktion der Suizidrate in Regensburg ergab sich vorwiegend durch eine Abnahme der Suizide bei der männlichen Bevölkerung, und zwar in der Altersgruppe der 31- bis 60-Jährigen. Die Maßnahmen auf den vier Ebenen Hausarzt, Öffentlichkeit, Multiplikatoren und Betroffene/Angehörige scheinen somit auch Männer erreicht zu haben. Dadurch könnte möglicherweise eine erhöhte Inanspruchnahme professioneller medizinischer und psychosozialer Hilfe bei Männern gelungen sein und durch die dann erfolgte richtige Diagnostik und Behandlung

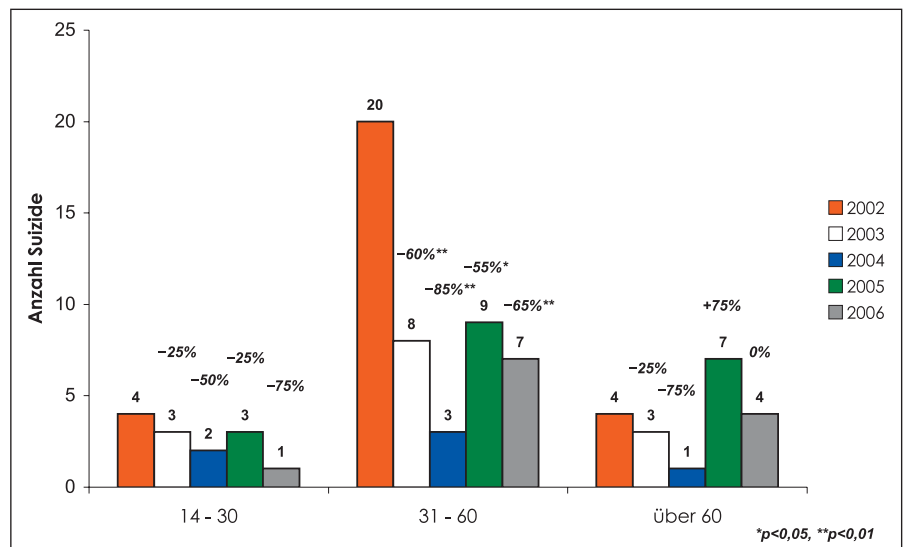


Abb. 4 Suizide bei Männern nach Altersgruppen vor (2002) und nach (2003 bis 2006) Implementierung des Regensburger Bündnisses gegen Depression (altersdifferenzierte Daten der Polizeidirektion Regensburg nur bis 2006 verfügbar)

der Depression (oder anderer psychischer Störungen) auch eine Verhinderung des Suizids. Eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Männern ist somit zu vermuten (12). Gerade die Elemente Aufklärung der Bevölkerung (unter anderem kamen immer mehr Männer zu den öffentlichen Veranstaltungen) und Fortbildung der Hausärzte (z. B. Hinweis auf andere Depressionssymptome bei Männern) scheinen hier synergetisch wichtig: Der Betroffene soll seine Beschwerden als mögliche Depression interpretieren und seinen Hausarzt aufsuchen, der bezüglich Diagnostik und Therapie der Depression entsprechend fortgebildet ist. Die Erfahrungen aus der Gotland-Studie bezüglich der Erreichbarkeit von Männern stützen diese Hypothese (11, 13). Eine anhaltende Senkung der Suizide bedarf möglicherweise auch eines kontinuierlichen Präventionsprogramms, da sonst die Suizidraten wieder auf das alte Niveau ansteigen können (14), obwohl man bei einer erfolgreichen Schulung der Hausärzte, beim (erstmaligen) Aufsuchen einer professionellen Hilfe und bei Beginn einer (Langzeit-)Medikation eher von längerfristigen Effekten ausgehen müsste. Der kontinuierliche Einbezug aller in der psychosozialen Versorgung tätigen Einrichtungen erscheint dabei wesentlich.

Über die Suizidprävention (1, 21) hinaus, die generell für jede psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik eine wichtige und vielfältige

Aufgabe darstellt (18), ist für die psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik ein weiterer Aspekt von nicht unwesentlicher Bedeutung: Eine nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit über fünf Jahre unter Federführung der regionalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik trägt vielleicht auch dazu bei, Stigmatisierung und Angst vor der Klinik abzubauen und die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen psychosozialen Einrichtungen der Region zu verbessern (15). Mögliche zusätzliche positive Effekte für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung einer Region sind daher nicht zu unterschätzen. Zudem kann das „Bündnis gegen Depression“ auch die Plattform für eine verbesserte Früherkennung und Behandlung anderer psychischer Störungen sein. Das „Regensburger Bündnis gegen Depression“ wird seine Arbeit daher auch in den nächsten Jahren weiter fortsetzen und thematisch ausweiten.

Literatur

1. Althaus D, Hegerl U. Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. *Nervenarzt* 2001; 72: 677–684.
2. Althaus D et al. Vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zur „European Alliance against Depression“. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 402–407.
3. Althaus D et al. Veränderung der Häufigkeit suicidalen Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 2007; 78: 277–282.
4. Barta W, Frick U, Binder H. Nonresponse bias affects estimated prevalences of psychiatric disorders. 12th

- Symposium of the AEP, Section Committee Epidemiology and Social Psychiatry. Mannheim 2004.
5. Hegerl U, Pfeiffer-Gerschel T. Das Kompetenznetz Depression – Suizidalität. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 359–360.
 6. Hegerl U et al. The „European Alliance against Depression (EAAD)“: A multifaced, community based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9: 51–58.
 7. Hegerl U et al. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psycholog Med* 2006; 36: 1225–1233.
 8. Hübner-Liebermann B, Spießl H. Das Regensburger Bündnis gegen Depression – Verbesserte Versorgung für an Depression erkrankte Menschen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2005; 35: 8–11.
 9. Jakobi F et al. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–658.
 10. Paykel ES et al. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 59–65.
 11. Rutz W. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524.
 12. Rutz W, Klotz T. Gesundheitsverhalten von Männern – kaum Besserung in Sicht. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 367–369.
 13. Rutz W, von Knorring L, Wallinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151–154.
 14. Rutz W, von Knorring L, Wallinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83–88.
 15. Spießl H, Hübner-Liebermann B. Prävention und Öffentlichkeitsarbeit: Regensburger Bündnis gegen Depression – ein Erfahrungsbericht. *Krankenhaupsychiatrie* 2004; 15: 125–130.
 16. Spießl H. Depression – die unerkannte Volkskrankheit Nr.1? *Nervenheilkunde* 2006; 25: 166–169.
 17. Spießl H, Hübner-Liebermann B, Hajak G. Depression – und viele schauen (noch) weg! *Psychiatr Prax* 2007; 33: 53–54.
 18. Spießl H et al. Welchen Beitrag leisten psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken zur Suizidprävention? *Suizidprophylaxe* 2007; 34: 207–212.
 19. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care across the world. An international study. New York: Wiley 1995.
 20. Wittchen HU et al. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschr Med Orig* 2000; 118: S4–S10.
 21. Wolfersdorf M, Franke C. Suizidalität – Suizid und Suizidprävention. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 400–419.
 22. World Health Organization. World health report 2001: Mental health: New understanding. New hope. Geneva: WHO 2001.