

Abschlussbericht

Poststationäre Suizidprävention

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen ZMVI1-2517FSB135

Projektleitung: PD Dr. med. Ute Lewitzka

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: Prof. Dr. med. Burkhard Jabs; Magdalena Sauer (ehemals Rossing), M. Sc. Psychologin; Dr. med. Tim J. Krause; Annette Lederer, M.Sc. Psychologin; Madalina Elena Duta, M.Sc. Psychologin; Sina Müller M.A., Soziologie; Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer; Jasmin Schneider; M. Sc. Psychologin; Susann Richter, B. Sc. Biotech, Linda Vulpius, Studienassistentz

Laufzeit: 01.12.2017 – 30.06.2021

Erstellt von: Ute Lewitzka, Tim Krause, Jasmin Schneider, Magdalena Rossing, Cathrin Sauer

Datum: 28.05.2023 (Version 2)

Dieser Abschlussbericht gliedert sich in 4 Teile:

- 1) **Sachbericht** (eigenständige, lesbare Darstellung des Projekts anhand untenstehender Gliederung)
- 2) **zahlenmäßiger Verwendungsnachweis** (Formblatt des BVA)
- 3) **tabellarische Belegübersicht** (Ausgaben und Einnahmen nach Art und in zeitlicher Reihenfolge getrennt aufgelistet, ohne Formatvorgabe)
- 4) **Kurzbericht** (zur Veröffentlichung durch das BMG, Formblatt „Kurzbericht“)

Teil 1 Sachbericht

1 Titel und Verantwortliche

Titel: Poststationäre Suizidprävention

Förderkennzeichen: ZMVI1-2517FSB135

Leitung: PD Dr. med. Ute Lewitzka (Projektleitung), Dr. med. Tim J. Krause (Stellv. Projektleitung), Prof. Dr. med. Burkhard Jabs (Projektpartner), Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer (Projektpartner)

Projektmitarbeitende:

Annette Lederer (M.Sc. Psychologin 01.05.2018 - 28.02.2020)

Madalena Elena Duta (M.Sc. Psychologin 01.03.2020 - 31.08.2020)

Sina Müller (Soziologie M.A. 12.02.2021 - 31.03.2021)

Jasmin Schneider (M. Sc. Psychologin 01.01.2018 - 31.12.2021)

Magdalena Sauer, ehem. Rossing (M. Sc. Psychologin 01.05.2018 - 30.04.2020)

Linda Vulpius (01.01.2020 bis 28.02.2021)

Ansprechpartnerin: PD Dr. med. Ute Lewitzka, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Email: ute.lewitzka@ukdd.de

Laufzeit: 01.12.2017 bis 30.06.2021

Fördersumme: 381.290,00 €

+ Mehrbedarf von 32.271 Euro (Änderungsbescheid vom 26.10.2020)

+ Mehrbedarf vom 19.958 Euro (Änderungsbescheid vom 17.02.2021)

2 Inhaltsverzeichnis	
3 Zusammenfassung.....	3
4 Einleitung	4
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	6
<i>Teil I</i>	7
<i>Teil II</i>	8
<i>Teil III</i>	9
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	12
7 Ergebnisse	15
<i>Teil I</i>	15
<i>Teil II – Teil IV</i>	15
8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	20
9 Gender Mainstreaming Aspekte	23
10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	24
11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	25
12 Publikationsverzeichnis	26

3 Zusammenfassung

Stationär behandlungsbedürftige, psychiatrisch erkrankte Menschen gehören zu einer bekannten Risikogruppe für das Auftreten von Suiziden¹. Sie sind nach allen vorliegenden epidemiologischen Daten die mit der höchsten Suizidgefährdung. Behandlungsbezogen und im lebensgeschichtlichen Kontext dieser Personen besteht ihre größte Gefährdung jedoch nicht während des stationären Aufenthaltes in der Klinik und auch nicht zufallsverteilt-gleichmäßig in der Zeit der ambulanten Nachbetreuung, sondern der Gipfel der Gefährdung manifestiert sich in den Monaten nach der Entlassung aus der Behandlung – am weitaus stärksten unmittelbar danach und mit abnehmender Gefährdung in zunehmender Distanz zum Klinikaufenthalt².

Zu dem Hauptziel dieses Projektes gehörte die Beantwortung der Frage, ob ein spezifisches Betreuungssetting für eine definierte Gruppe von psychiatrischen Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Suizidrisiko mittelfristig zu einer Abnahme der poststationären Suizidsterblichkeit führen kann. Hierzu wurden zwei Gruppen von Patienten und Patientinnen miteinander verglichen.

Zur Verumgruppe (zu einer Hochrisikogruppe zählend) gehörten die Patienten und Patientinnen, die nach Aufklärung über dieses Projekt einer Teilnahme zustimmten. Mit diesen fanden in den

ersten 6 Monaten je 1-monatlich und danach 2-monatlich Studienkontakte statt. Die Kontrollgruppe bestand aus Patienten und Patientinnen einer Hochrisikogruppe, die nach Aufklärung über dieses Projekt nicht teilnehmen wollten, jedoch ihr Einverständnis für eine katamnestische Untersuchung nach 6, 12 bzw. 18 Monaten gaben. Die Studie wurde multizentrisch an zwei Dresdener Kliniken sowie in Halle (Saale) und in Stuttgart durchgeführt.

4 Einleitung

Ausgangslage. Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf. Studien zeigen, dass bis zu 90% der Menschen, die durch Suizid versterben, zum Zeitpunkt des Suizids an einer psychischen Störung litten³. Zu den besonders vulnerablen Zeiten gehört hierbei die stationäre Behandlung, da diese oft erst dann erfolgt, wenn der Ausprägungsgrad und die Schwere der Störung so massiv sind, dass die Betroffenen ihr alltägliches Leben nicht mehr gestalten können bzw. sogar eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht. Der Suizid im Krankenhaus war bereits Untersuchungsgegenstand verschiedener Studien, durch welche relevante Risikofaktoren beschrieben werden konnten. Aus epidemiologischen Daten ist bekannt, dass insbesondere die Zeit nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung als besonders kritisch anzusehen ist. Im Rahmen einer Magdeburger Studie wurde analysiert, dass bis zum Ende des zweiten poststationären Jahres die Suizidsterblichkeit männlicher schizophrener Patienten um das 66fache, weiblicher Schizophrener um das 110fache, männlicher depressiver Patienten um das ebenfalls 110 fache und weiblicher Depressiver um das 41fache erhöht ist⁴. Neben verschiedenen Einflussfaktoren, die z.B. im natürlichen Verlauf der Erkrankung liegen, in einer nicht vollständigen Remission der Symptome bei Entlassung mit konsekutiven Überforderungserleben des Betroffenen wird v.a. auch der Abbruch der therapeutischen Beziehung und des mit eines in der Klinik erlebten Schutzes, der mit der Entlassung abrupt endet, in Verbindung mit der poststationär erhöhten Suizidsterblichkeit gebracht.

Die klinische Versorgungsrealität zeigt, dass Patienten und Patientinnen trotz der Einführung des Case-Managements häufig nicht unmittelbar nach der Entlassung ambulant weiterversorgt werden können bzw. es v.a. keine aus der Klinik in die ambulante Versorgung überleitende Strukturen gibt.

Ziele des Projekts. Zu dem Hauptziel dieses Projektes gehörte die Beantwortung der Frage, ob ein spezifisches Betreuungssetting für eine definierte Gruppe von psychiatrischen Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Suizidrisiko mittelfristig zu einer Abnahme der poststationären Suizidsterblichkeit führen kann. Hierzu wurden zwei Gruppen von Patienten und Patientinnen verglichen. Zur Verumgruppe gehören die Patienten und Patientinnen, die nach Aufklärung über dieses Projekt einer Teilnahme zustimmen und zunächst einmal monatlich, ab Monat 6 dann zwei-monatlich für einen Studientermin gesehen wurden. Zur Kontrollgruppe gehören Patienten und Patientinnen einer Hochrisikogruppe, die nach Aufklärung über dieses Projekt nicht teilnehmen wollen, jedoch ihr Einverständnis für eine katamnestische Untersuchung nach 6, 12 bzw. 18 Monaten geben.

Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten). Die Projektkoordinatorin oblag PD Dr. med. Ute Lewitzka an der Universitätsklinik Dresden. Hier waren auch die administrativen Vorgänge, wie die Drittmittelverwaltung verankert. Darüber hinaus war das Städtische Klinikum Dresden, die psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Halle (Saale) sowie das Furtbachkrankenhaus in Stuttgart als Studienzentren beteiligt. Neben der für das Studienzentrum eingerichteten Personalstelle (Wissenschaftliche Mitarbeiterin) sowie einer Projektassistentenstelle, wurde in jedem Studienzentrum eine Personalstelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin für die lokale Organisation der Studie, die Patienten- und Patientinnenrekrutierung sowie Datenerfassung etabliert.

Das Projekt gliederte sich in 4 Teile (siehe Abbildung 1).

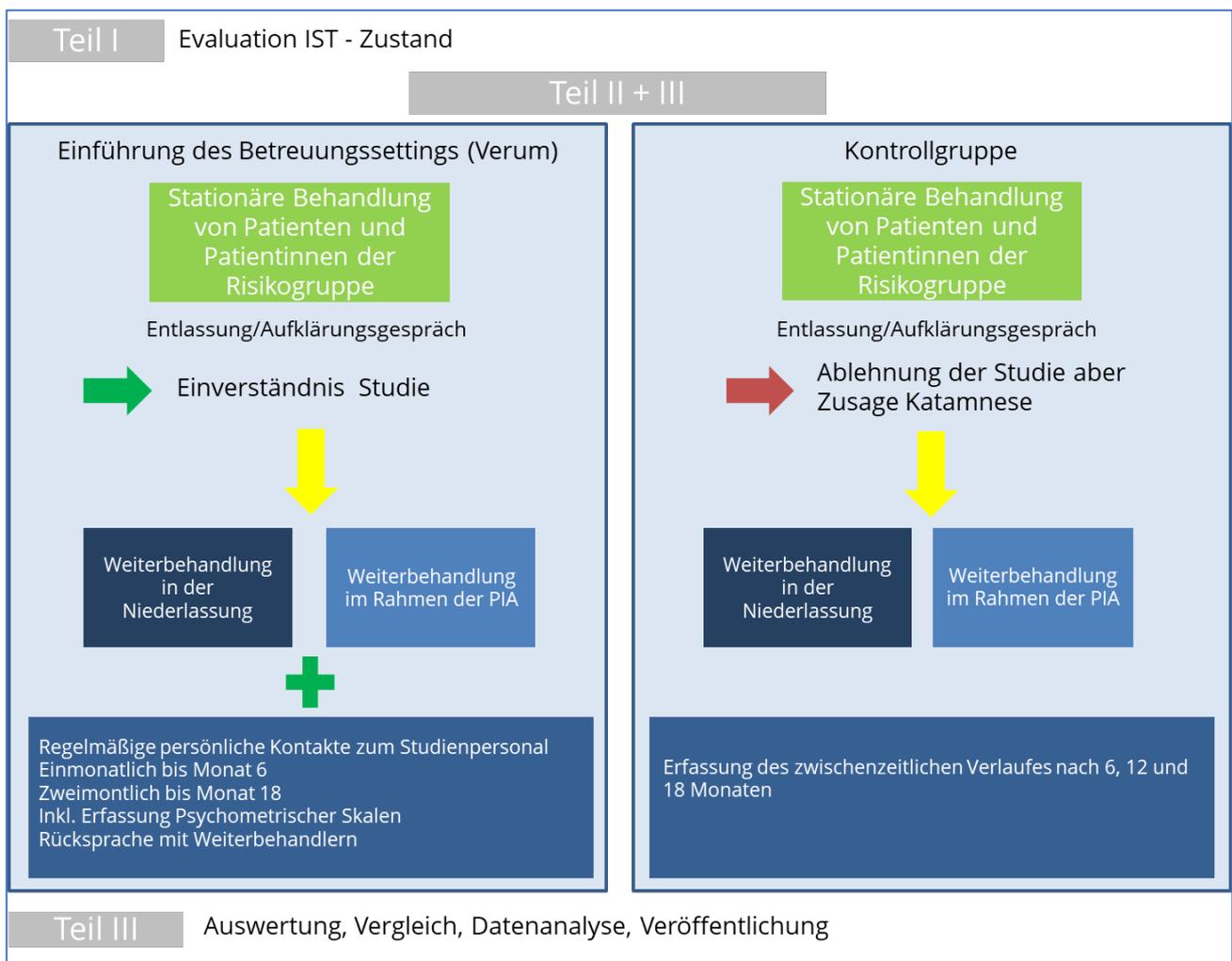


Abbildung 1: Übersicht Aufbau der Studie Teil I, II und III (Erklärung siehe Abschnitt Projektstruktur)

Im ersten Teil wurden in den beteiligten Kliniken die zum Zeitpunkt der Studie bestehende aktuelle Versorgungssituation von Menschen nach stationärer Entlassung erfasst. Dabei wurden verschiedene Kennzahlen der Kliniken inkl. Anzahl und Entlassung bestimmter Diagnosen etc. beschrieben. Im zweiten Teil wurde für die Verumgruppe das konzipierte Behandlungssetting eingeführt. Hierzu gehörte neben der üblichen Versorgung (Treatment as Usual TAU), die regelmäßige Durchführung von Studienvisiten gemäß dem zeitlichen Plan. Diese wurden durch

erfahrene Studienärzte/ Studienärztinnen / Psychologen / Psychologinnen organisiert und die Interviews durchgeführt. Neben der Erfassung des aktuellen Befindens der Patienten und Patientinnen wurde hier auch der zwischenzeitliche Verlauf dokumentiert. Zu den erhobenen Parametern im Rahmen der Studienvsiste gehörte die Erhebung des psychopathologischen Befundes, der subjektiven Befindlichkeit, der Messung von Suizidalität, Depressivität sowie des gesamten klinischen Eindruckes. Besonderes Augenmerk wurde auf die mögliche Rücksprache mit den regulären Behandlern und Behandlerinnen oder anderen in der Betreuung der Patienten und Patientinnen involvierten Personen gelegt. Der dritte Teil bestand aus der parallel stattfindenden Rekrutierung von Studienpatienten und Studienpatientinnen, die im Rahmen der regulären klinischen Routine versorgt wurden, nicht am Betreuungssetting der Studie teilnahmen, jedoch zur Follow-up Untersuchung nach Monat 6, 12 und 18 einwilligten. Der vierte Teil des Projektes ist dem Vergleich der Gruppen gewidmet. Hierzu gehört v.a. die Datenaufbereitung, die statistischen Analysen sowie die Interpretation der Ergebnisse.

Die teilnehmenden Studienmitarbeiter und Studienmitarbeiterinnen waren für die notwendigen Vorarbeiten, Administration, Koordination aller Abläufe und Erstellung benötigter Materialien in ihrem Zentrum verantwortlich. Um hierbei eine hohe Inter-Rater-Variabilität zu gewährleisten, wurden regelmäßige Rater-Trainings organisiert.

Die gemeinsame Arbeit wurde durch kontinuierliche Studientreffen mit allen Projektbeteiligten begleitet.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Studie war für die beiden Gruppen in definierte Untersuchungszeitpunkte gegliedert (siehe Abbildung 2).

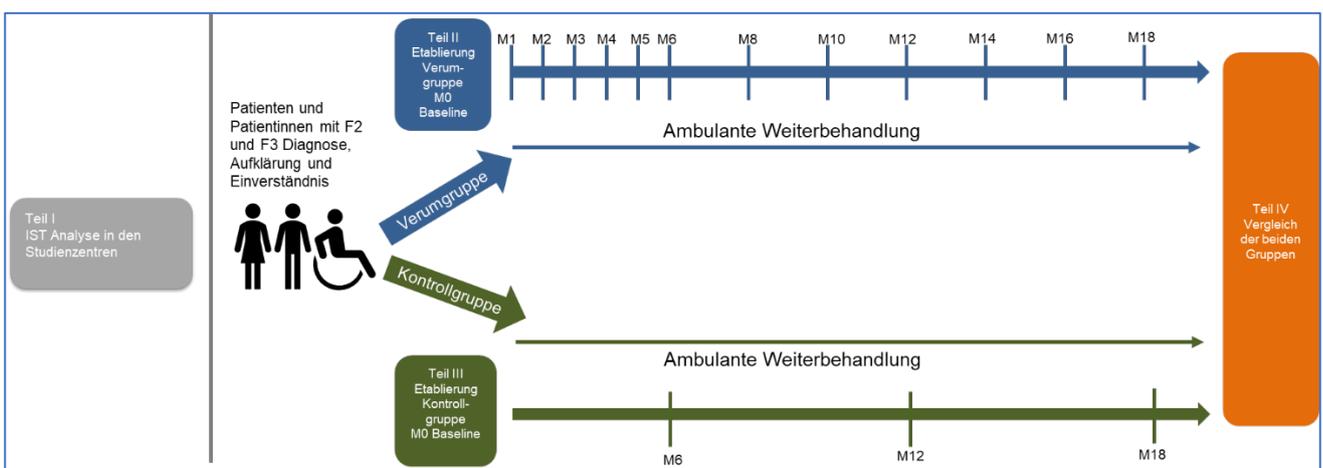


Abbildung 2: Übersicht Untersuchungszeitpunkte Verum-, und Kontrollgruppe (Erklärung siehe Abschnitt Projektstruktur)

Teil I

Ziel dieses Teils war es neben der Schaffung der Grundlagen zu Beginn der Studie (Einholen des Ethikvotums, Abschluss einer Probandenversicherung, Entwicklung einer Datenbank), die in den beteiligten Kliniken zum Zeitpunkt der Studie bestehende aktuelle Versorgungssituation zu erfassen. Dazu wurden über die jeweiligen Controlling-Einrichtungen die Kennzahlen der Kliniken für die Jahre 2016 sowie 2017 abgefragt und im Folgenden eine Analyse eines Monats vorgenommen. Die erhobenen Daten wurden mittels deskriptiver Methode ausgewertet und beschrieben (siehe auch Anhang Nr. 1_IST Analyse).

Die Studie wurde in den jeweiligen Kliniken (Pflegepersonal, Psychologen und Psychologinnen, Sozialdienst, Ärzte und Ärztinnen) vorgestellt und die Abläufe implementiert. Darüber hinaus wurden niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen als mögliche Zuweiser und Behandler bzw. Behandlerinnen der Patienten über die Studie informiert. Letzteres geschah vor allem unter dem Aspekt der Vernetzung mit dem ambulanten Versorgungsstrukturen, denn die Studie verfolgte nach Entlassung die weitere Versorgung und den Zustand der Patienten und Patientinnen bei diesen Kollegen und Kolleginnen.

Teilziele	Indikator für Zielerreichung
Einholen notwendiger Genehmigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung Patienteninformation sowie Einverständniserklärung • Bestätigung der Probandenversicherung durch Berkshire Hathaway Specialty Insurance am 20.10.2017 • Ethikantrag (für Einreichung in Dresden, anschließend in anderen Zentren) • Erhalt des endgültigen Ethikvotums in Dresden am 08.05.2018
Erstellung einer einheitlichen webbasierten Datenbank zur Erfassung aller Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung der Hardware sowie der datenschutzkonformen Datenbank
Systematische Erfassung an den 4 beteiligten deutschen psychiatrischen Kliniken über die aktuelle Versorgungssituation von Patienten und Patientinnen nach der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl aller der in einem bestimmten Zeitabschnitt (1 Monat) mit den o. g. Hauptdiagnosen entlassenen Patienten und Patientinnen im jeweiligen Zentrum sowie weiterer Parameter der jeweiligen Controlling-Abteilungen
<p>Teilziel I</p> <p>Identifizierung von potenziellen Gefahrensituationen (z.B. Wiederbeginn der beruflichen Arbeit o.ä.)</p>	

<p>Teilziel II Bekanntmachung des Projektes innerhalb der jeweiligen Klinik und bei niedergelassenen Weiterbehandlern und Weiterbehandlerinnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Präsentationserstellung für Kliniken, Flyerherstellung für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen
---	---

Tabelle 1: Übersicht Teilziele Abschnitt I

Teil II

Gemäß dem Antrag wurde für die Verumgruppe ein spezifisches Betreuungssetting eingerichtet welches die Kontaktaufnahme zu Patienten und Patientinnen auf der Station bereits vor der Entlassung sowie die weitere zeitlich festgelegte Organisation der Studientermine beinhaltete. Zum Einschluss in die Studie erfolgte nach schriftlicher Einwilligung durch die Patienten und Patientinnen die Erfassung krankheitsspezifischer Daten, die Prüfung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Erhebung psychometrischer Variablen. Zum Zeitpunkt der Aufklärung über diese Studie wurde der Patient/die Patientin gebeten, sein/ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme einer Vertrauensperson zu erteilen, für den Fall, dass der/die Betroffene zu den Follow-up-Zeitpunkten nicht erschien bzw. nicht selbst erreicht werden konnte.

Zu den Einschlusskriterien für beide Gruppen gehörten folgende Bedingungen hinsichtlich der Hauptdiagnose gemäß ICD-10:

- F2 - Schizophrenie, Schizotype und wahnhaftige Störungen, einschließlich schizoaffektiver Störungen;
- F 30 und F31 - manische Episode und bipolare affektive Störung und
- F32.1, F32.2 und F 32.3 – mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, jeweils bei erst auftreten und als rezidivierende depressive Störung F33.1, F33.2 und F33.3.

Für die Studie wurden nur Patienten und Patientinnen mit voller Einwilligungsfähigkeit aufgeklärt. Lag diese nicht vor und/oder war der Patient/die Patientin gesetzlich betreut, konnten die Patientinnen und Patienten nicht in die Studie eingeschlossen werden.

Patientinnen und Patienten entschieden selbst über die Teilnahme an Verum- oder Kontrollgruppe.

Teilziele	Indikator für Zielerreichung
Einführung eines spezifischen Behandlungssettings für Verumgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung aller mit einer der o.g. Hauptdiagnosen entlassenen

<p>Studienvisitentermine 1x monatlich bis M6, zweimonatlich bis M18</p> <p>Teilziel I Erfassung der krankheitsspezifischen Daten</p> <p>Teilziel II Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Behandlern und Behandlerinnen</p>	<p>Patienten und Patientinnen, Durchführung eines Aufklärungsgespräches über die Studie, Zuteilung nach Einverständnis zur Verumgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologischer Befund, Diagnose, bisheriger Verlauf, Daten der Weiterbehandlung, Medikation bzw. weitere Therapien, psychometrisches Assessment • Information über Studienteilnahme, Angebot der Rücksprachemöglichkeit
---	---

Tabelle 2: Übersicht Teilziele Abschnitt II

Teil III

Für die Kontrollgruppe erfolgte ebenfalls die Kontaktaufnahme auf der Station vor der Entlassung. Mit den Patienten und Patientinnen, welche sich für die Teilnahme an der Kontrollgruppe entschieden hatten, wurde 6 (erst nach Vorliegen des Amendments III), 12 und 18 Monate nach Entlassung Kontakt aufgenommen und der zwischenzeitliche Verlauf sowie zu den Untersuchungszeitpunkten die psychometrischen Variablen erfasst. Hierzu fand, wenn möglich, ein persönlicher Kontakt durch das Studienpersonal statt, dieser konnte jedoch auch telefonisch erfolgen. Zum Zeitpunkt der Aufklärung über diese Studie wurde der Patient/die Patientin gebeten, sein/ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme einer Vertrauensperson zu erteilen, für den Fall, dass der/die Betroffene zu den Follow-up-Zeitpunkten nicht erschien bzw. nicht selbst erreicht werden konnte

Teilziele	Indikator für Zielerreichung
<p>Follow-up Termine für Kontrollgruppe</p> <p>Teilziel I Erfassung des zwischenzeitlichen Verlaufes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 6 (nach Amendment III), 12 bzw. 18 Monate nach Entlassung erfolgt Kontaktaufnahme • Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/Therapeutin-kontakte inkl. Art der Therapie, stationäre Aufnahmen, ggf. Dauer dieser, Begleiterkrankungen, wichtige Lebensereignisse sowie weitere Parameter (siehe unten)

<p>Teilziel II Kontakt zu Vertrauensperson</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Im Falle eines Lost to Follow-up (z.B. bei Todesfall) soll die bei Einverständnis genannte Vertrauensperson kontaktiert werden um die benötigten Informationen einzuholen
---	---

Tabelle 3: Übersicht Teilziele Abschnitt III

Teil IV

Um die beiden Gruppen vergleichen zu können, wurden folgende Haupt- und Nebenkriterien bestimmt:

Hauptkriterium:

Vergleich des Auftretens von Suizidalität (inkl. Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizide) im Untersuchungszeitraum zwischen der Gruppe der Patienten und Patientinnen, die engmaschigere Studientermine wahrnahmen (Verumgruppe) sowie der Patientinnen und Patienten, die sich für die Teilnahme an der Kontrollgruppe mit Follow-up-Terminen nach 6, 12 und 18 Monaten entschieden haben. Hierbei erfolgte die Erfassung der Suizidalität mittels fremdgerateter Sheehan-Suicidality Tracking Scale (S-STs).

Nebenkriterien:

Vergleich der folgenden Parameter zwischen den beiden Gruppen nach 6, 12 und 18 Monaten, die zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten der Verumgruppe bzw. zu den Katamnesezeitpunkten der Kontrollgruppe erfasst wurden:

- Status der Depressivität: MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale; Montgomery SA, Asberg M 1979)
- Messung psychiatrischer Symptome: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham 1962)
- Selbstratingskala Suizidalität: S-STs (Sheehan-Suicidality Tracking Rating Scale; Coric V, Stock EG, Pultz J et al. 2009)
- Visuelle analoge Befindlichkeitsskala (VAMS; Nyenhuis DL, Yamamoto C, Stern RA et al. 1997)

Darüber hinaus wurden folgende Parameter erfasst:

- zwischenzeitlicher Verlauf inkl. Zahl stationärer u./o. ambulanter Behandlungstage
- Lebensgeschichtlich relevante Ereignisse (z.B. Trennung, Arbeitsplatzverlust)
- Pharmakotherapie und Inanspruchnahme anderer Therapien (Psychotherapie, Ergotherapie etc.)
- Telefonische Rücksprache mit dem Weiterbehandler/der Weiterbehandlerin bzw. der Kontaktpersonen

- Psychopathologischer Befund – standardisiert: AMDP (Stieglitz RD, Haug A, Fähndrich E et al. 2017)

Im Rahmen der geplanten Promotionsarbeiten wurden im Weiteren noch erfasst:

- Fragebogen zum Perfektionismus (Baseline)
- Fragebogen zu Persönlichkeitsvariablen (Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R) (Baseline)
- Fragebogen zur Resilienz – nur für das Zentrum Dresden Uniklinik (Baseline)

Die Datenauswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS (IBM SPSS Statistics Version 29.0). Die deskriptiven Analysen der soziodemographischen und klinischen Parameter zu Baseline wurden je nach Skalenniveau und Verteilung der Daten mittels Chi-Quadrat-Tests und t-Tests bzw. Mann-Whitney-Tests durchgeführt. Bei signifikanten Unterschieden der beiden Behandlungsgruppen zu Baseline werden die entsprechenden Variablen gegebenenfalls als Kovariaten in den folgenden Analysen berücksichtigt. Dies betraf die Variablen somatische Vorerkrankungen und Aufnahmemodus. Weiterhin wurden in allen Auswertungen die Parameter Alter, Geschlecht, Familienstand, Religion, Arbeitslosigkeit, Diagnose, Zentrum sowie der Baselinewert des jeweiligen Instruments als Kovariaten einbezogen.

Zur Identifizierung weiterer möglicher Einflussfaktoren auf die Suizidalität in den ersten Wochen und Monaten nach der Entlassung wurde jeweils der Einfluss der Parameter psychische Vorerkrankungen, Suizidversuche in der Vergangenheit und gesteigerter Alkoholkonsum zu Baseline untersucht. Die dabei gefundenen möglichen Einflussfaktoren auf die einzelnen Outcomes werden ebenfalls in die jeweilige Auswertung als Kovariaten aufgenommen (wenn $p < 0,100$).

Der Vergleich der Suizidalität zwischen den beiden Gruppen nach 12 bzw. 18 Monaten erfolgt mittels Kovarianzanalysen (ANCOVAs). Zur Auswertung der sekundären Zielp Parameter kommen ebenfalls ANCOVAs, t-Tests bzw. Mann-Whitney-Tests sowie Chi-Quadrat-Tests zum Einsatz.

Teilziele	Indikator für Zielerreichung
Vergleich beider Gruppen, Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich des Auftretens von Suizidalität (inkl. Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizide) im Untersuchungszeitraum sowie zu den Faktoren: Zahl stationärer u./o. ambulanter Behandlungstage, lebensgeschichtlich relevanter Ereignisse (z.B. Trennung, Arbeitsplatzverlust), Pharmakotherapie und Inanspruchnahme anderer Therapien (Psychotherapie, Ergotherapie etc.), Psychopathologischer Befund nach AMDP

<p>Teilziel I Statistische Auswertung der psychometrischen Testungen der beiden Gruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Befindlichkeitsskala (VAMS), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Selbstratingskala Suizidalität: S-STS
<p>Veröffentlichung der Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Monate nach Beendigung der Auswertung soll ein Manuskript vorzugsweise bei einem Open Access Journal eingereicht sein

Tabelle 4: Übersicht Teilziele Abschnitt IV

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Teil I

Die für die Studie vorgesehenen Meilensteine bzw. Zwischenschritte konnten entsprechend der Vorhabensbeschreibung durchgeführt werden. Den Zuwendungsbescheid für die Studie erhielten wir am 15.11.2017.

Die Vorarbeiten beinhalteten das Einholen eines Ethik-Votums, der Abschluss der Probanden- und Probandinnenversicherung sowie die Vorbereitung der Datenbank. Der dafür konzipierte Meilenstein I sollte nach Beginn des Förderzeitraumes (01.12.2017) in den Monaten 1-3 absolviert sein. Hier traten Verzögerungen ein. Die Einstellung des Studienpersonals verzögerte sich aufgrund der Zeitdauer der Genehmigungsprozesse der verschiedenen Weiterleitungsverträge (diese wurden zentrumsspezifisch durch die jeweiligen Rechtsstellen ausgearbeitet und bedurften der Unterschriften der Projektpartner sowie des Dekans). Dies machte die Beantragung einer Mittelverschiebung notwendig. Als Studienpersonal konnten folgende Mitglieder mit dem Projekt starten:

- Annette Lederer (M.Sc. Psychologin) in Halle ab dem 01.05.2018
- Jasmin Schneider (M. Sc. Psychologin) in Stuttgart ab dem 01.01.2018
- Magdalena Sauer, ehem. Rossing (M. Sc. Psychologin) in Dresden-Neustadt ab dem 01.05.2018.
- Ute Lewitzka (PD Dr. med.) in Dresden- Uniklinik ab dem 01.12.2017

Im weiteren Verlauf konnte als Studienassistentin Frau Linda Vulpius ab dem 01.01.2020 in das Projekt einsteigen.

In Halle war im Verlauf ein zweimaliger personeller Wechsel notwendig: ab dem 01.03.2020 war Madalena Elena Duta (M.Sc. Psychologin) für die Studie tätig und ab dem 12.02.2021 Sina Müller (Soziologie M.A.).

Das Studienzentrum in Dresden entwickelte zu Beginn des Projektes eine elektronische Access-Datenbank, mit deren Hilfe die unmittelbare papierfreie Eingabe der erhobenen Parameter durch Studienpersonal sowie für die Selbstbeurteilungsbögen der Patienten und Patientinnen ermöglicht werden sollte. Darüber hinaus erfolgte von hier auch die Erarbeitung der Dokumente für die Ethikanträge sowie die Probanden- und Probandinnenversicherungen. Neben dem vorliegenden positiven Ethikbescheid in Dresden (08.05.2018) erhielten wir die Bestätigung der Probanden- und Probandinnenversicherung bei der Berkshire Hathaway Specialty Insurance am 20.10.2017. Darüber hinaus war es notwendig, ein entsprechendes Votum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg einzuholen. Hier wurde der endgültige Bescheid am 28.08.2018 erhalten. Zum weiteren Austausch mit den Behörden gehörten die im Verlauf der Studie insgesamt drei notwendigen Amendments, die an dieser Stelle mit aufgeführt werden.

Amendment I (positiv beschieden am 06.08.2018) beinhaltete die zusätzliche Erhebung des Freiburger Persönlichkeitsinventars sowie der Brief Psychiatric Rating Scale.

Amendment II (positiv beschieden am 06.11.2018) war notwendig geworden, nachdem die Ethik-Kommission in Halle bemerkt hatte, dass in der Patienteninformation dokumentiert sein muss, dass für die Probanden/Probandinnen keine Wegeversicherung besteht und dies in der Einwilligungserklärung geändert werden musste.

Amendment III (positiv beschieden am 22.05.2019) beinhaltet die Änderung der ursprünglich geplanten Beobachtungszeiträume. Durch den in den einzelnen Zentren zum Teil verzögerten Rekrutierungsbeginn wurde klar, dass die ursprünglich anvisierte Zeit von 18 Monaten (beim damals bestehenden Ende der Förderperiode im November 2020) nicht eingehalten werden konnte. In den Prüfzentren wurde sich dann übereinstimmend dafür ausgesprochen, für diese Patienten und Patientinnen die Untersuchung bis zum dann maximal möglichen Zeitraum festzulegen. Da dies vom ursprünglichen Prüfplan abwich, war eine erneute Bewertung durch die Ethik-Kommission notwendig. Bei diesem Amendment wurde des Weiteren noch die Resilienz-Skala RS-13 als Selbstbeurteilungsskala in die psychometrische Erfassung aufgenommen.

Ab 03/2018 erfolgte die IST Analyse in den einzelnen Zentren sowie die Vorbereitung von Informationsmaterial für die jeweiligen Stationen.

Teil II und Teil III

Aufgrund des für die beiden Teile übereinstimmenden Abläufe werden diese hier gemeinsam dargestellt.

Gemäß dem Antrag war für die Implementation des Behandlungssettings (Meilenstein II) der Monat 3 und 4 nach Beginn des Förderzeitraumes sowie für die Erfassung und Behandlung von Betroffenen der Risikopopulation (Meilenstein III) der Zeitraum ab Monat 4 geplant. Diese Meilensteine verzögerten sich aus der bereits beschriebenen verspäteten Einstellung des Personals.

Der Start der Patienten- und Patientinnenrekrutierung gestaltete sich wie folgt (Meilenstein IV):

- Halle/ Saale: 1. Einschluss am 10.10.2018
- Dresden-Neustadt: 1. Einschluss am 25.09.2018

- Uniklinik Dresden, 1. Einschluss am 15.12.2018
- Stuttgart: 1. Einschluss am 20.8.2018

Durch den verzögerten Rekrutierungsbeginn ergab sich im weiteren Verlauf die bereits oben im Amendment III beschriebene Änderung der Beobachtungszeiträume. In diesem Teil des Projektes war im Verlauf eine Arbeitsplanänderung notwendig geworden. Diese war am 18.7.2019 beantragt worden, nachdem im Rekrutierungsprozesses festgestellt worden war, dass „zu wenig“ Suizidversuche und Suizide auftraten. Vergleichbare Berechnungen aus anderen Studien konnten nicht zu Rate gezogen werden. Eine versuchte Fallzahlabeschätzung durch die Biometrikerin Frau Dipl.- Biomath. Cathrin Sauer erbrachte, dass wir einen Nachweis, ob ein spezifisches Betreuungssetting für eine definierte Gruppe von psychiatrischen Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Suizidrisiko mittelfristig zu einer Abnahme der poststationären Suizidsterblichkeit führen kann, im Rahmen des Studiensettings nicht erreichen konnten. Damit wurde der Fokus nun auf das gesamte Spektrum von Suizidalität – Zahl der Suizide, Suizidversuche, dem Auftreten suizidalen Verhaltens, konkreter Suizidgedanken und suizidaler Ideation - zwischen den beiden Gruppen gelegt.

Nach Beginn der Rekrutierung und der Einführung der elektronischen Datenbank in den jeweiligen Zentren traten ergaben sich wiederholt komplexe technische Herausforderungen, die sich mitunter zeitverzögernd auswirkten. Um die Datengewinnung und damit Rekrutierung nicht zu gefährden, erfolgte deshalb außer in der Uniklinik Dresden die Erhebung der Daten mittels Paper-Pencil. Die Studienmitarbeiterinnen versuchten, diese Daten zeitnah in eine elektronische Form zu überführen, was jedoch aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht konsequent gelang.

Der Meilenstein V (Einschluss des letzten Patienten) war gemäß Antrag für den Monat 12 nach Beginn der Förderung geplant. Eine Verschiebung dieses Meilensteines war durch die Arbeitsplanänderung möglich. Damit war es möglich, länger als vorgesehen, Patienten und Patientinnen einzuschließen.

Die letzten Patienten und Patientinnen waren in den jeweiligen Zentren wie folgt eingeschlossen worden:

- Uniklinik Halle: 04.02.2020
- Städt. Klinikum Dresden: 21.11.2019
- Uniklinik Dresden: 14.07.2020
- Stuttgart: 19.03.2020

Teil IV

Der Beginn der Datenauswertung war gemäß Antrag ab dem Monat 33 geplant (Meilenstein VI). Zum Zeitpunkt des 4. Zwischenberichtes waren insgesamt 210 Studienpatienten und Studienpatientinnen in die Studie rekrutiert worden.

Ab März 2020 wurden die einzelnen Kliniken massiv durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie belastet. Diese bestanden in den Anpassungen der klinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen bis zur Anordnung des zeitweiligen Einstellens von

studienspezifischen Tätigkeiten durch die Vorstände der Kliniken. Alle weiteren Prozesse wurden hierdurch erheblich verzögert. Dazu gehörte v.a. die Übertragung der schriftlich erhobenen Patienten- und Patientinnendaten in die elektronische Datenbank sowie das Datenclearing. Die Zeit für die Übertragung der schriftlich erhobenen Daten in die Datenbank war ursprünglich nicht eingeplant. In diesem Teil trat eine maßgebliche Verzögerung dadurch ein, dass in der Access Datenbank primär nicht eine Studiervisite zum Zeitpunkt Monat 6 für die Kontrollgruppe angelegt worden war. Somit war eine Umstrukturierung aller bereits eingegebenen Daten erforderlich und die Daten für alle Probanden und Probandinnen der Kontrollgruppe mussten für den Zeitpunkt M6 nach Abschluss der Datenerhebung händisch eingepflegt werden. Weiterhin konnte die Datenbank nicht wie geplant in eine SPSS-Datei überführt werden, da sich der Export der Datenbank aufgrund der Langzeiterkrankung der Mitarbeiterin für diese Aufgabe wesentlich verzögerte. Die Suche nach einer/einem anderen dafür geeigneten Mitarbeiter/-in bzw. Experten/-in war leider erfolglos.

7 Ergebnisse

Teil I

Wie bereits im Abschnitt 6 beschrieben, konnte der IST – Zustand der klinischen Versorgung in allen Zentren erhoben und in beigefügten Anhang 1 zusammengefasst werden. Die Informationen dieses Teils ist für die weitere Datenanalyse hinsichtlich möglicher Zentrumseffekte wichtig. Zu den grundlegenden Parametern der Kliniken gehört:

Die Gesamtzahl der Behandlungsplätzen liegt an allen vier Studienzentren in einem ähnlichen Spektrum und reicht von 128 Plätzen am Universitätsklinikum Halle bis zu 108 Plätzen am Städtischen Klinikum Dresden-Neustadt. Das Universitätsklinikum Dresden hält 125 und das Furtbachkrankenhaus Stuttgart 124 Behandlungsplätze bereit.

Für das Jahr 2017 konnten die absoluten Zahlen der aufgenommenen Patienten und Patientinnen mit F2- und F3-Diagnosen der vier Studienzentren verglichen werden. Die meisten Patienten und Patientinnen (n=931) wurden dabei am Uniklinikum Halle aufgenommen. Am Uniklinikum Dresden wurden mit diesen Diagnosen 710 Patienten und Patientinnen, am Furtbachkrankenhaus Stuttgart 597 Patienten und Patientinnen und am Städtischen Klinikum Dresden-Neustadt 512 Patienten und Patientinnen aufgenommen.

Im Vergleich fällt auf, dass beide Studienzentren in Dresden anteilig mehr Patienten und Patientinnen mit einer F3 Diagnose aufnahmen, währenddessen in Halle und Stuttgart mehr Patienten und Patientinnen mit einer F2-Hauptdiagnose aufgenommen wurden. Offensichtliche Unterschiede gab es z.B. auch bei der Anzahl der Aufnahmen mit Migrationshintergrund. Hier lag der Anteil im Studienzentrum Stuttgart bei über 40%, während er in den anderen Studienzentrum max. 10% erreichte.

Teil II – Teil IV

Beiliegende Tabelle (Tabelle 5) gibt einen Überblick über die eingeschlossenen Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen und die dazugehörigen soziodemografischen Angaben.

		MW (SD)	n (%)	Verum (n=145)	Kontrolle (n=65)	p
Demographie						
Geschlecht (weiblich)	136/56		121 (57,6)	84 (61,8)	37 (66,1)	0,574
Alter	133/62	42,0 (14,0)		42,1 (13,8)	41,8 (14,7)	0,910
Anzahl Kinder	126/52	1,16 (1,1)		1,2 (1,1)	1,1 (1,1)	0,625
Gewicht	140/64	78,3 (18,8)		80,1 (19,4)	74,1 (16,8)	0,017
Größe	140/64	170,4 (10,6)		170,3 (11,2)	170,6 (9,2)	0,862
Zentrum	145/65					
Halle			59 (28,1)	48 (33,1)	11 (16,9)	
Stuttgart			66 (31,4)	37 (25,5)	29 (44,6)	
Dresden Neustadt			55 (26,2)	43 (29,7)	12 (18,5)	
Dresden UKD			30 (14,3)	17 (11,7)	13 (20,2)	0,003
ethn. Zugehörigkeit	144/64					
Europäer			198 (95,2)	140 (97,2)	58 (90,6)	
Asiate			4 (1,9)	1 (0,7)	3 (4,7)	
Orientale			2 (1,0)	1 (0,7)	1 (1,6)	
sonstige			4 (1,9)	2 (1,4)	2 (3,1)	0,178
Religion	138/61					
keine			133 (66,8)	102 (73,9)	31 (50,8)	
evangelisch			31 (15,6)	19 (13,8)	12 (19,7)	
katholisch			22 (11,1)	11 (8,0)	11 (18,0)	
Islam			9 (4,5)	4 (2,9)	5 (8,2)	
Buddhismus			3 (1,5)	1 (0,7)	2 (3,3)	
Jüdisch			1 (0,5)	1 (0,7)	0 (0,0)	0,023
Religion	138/61					
nein			133 (66,8)	102 (73,9)	31 (50,8)	
ja			66 (33,2)	36 (26,1)	30 (49,2)	0,001
evangelisch	30/23		31 (58,5)	19 (63,3)	12 (52,2)	
katholisch			22 (41,5)	11 (36,7)	11 (47,8)	0,414
Wohnsituation	143/62					
allein lebend			76 (37,1)	52 (36,4)	24 (38,7)	
mit Partner lebend			84 (41,0)	68 (47,6)	16 (25,8)	
bei Eltern/Familie			25 (12,2)	14 (9,8)	11 (17,7)	
WG			18 (8,8)	8 (5,6)	10 (16,1)	
Einrichtung/anderes			2 (1,0)	1 (0,7)	1 (1,6)	0,011
Familienstand	145/64					
ledig			82 (39,2)	53 (36,6)	29 (45,3)	
in Partnerschaft			31 (14,8)	22 (15,2)	9 (14,1)	
verheiratet			67 (32,1)	53 (36,6)	14 (21,9)	
geschieden			26 (12,4)	15 (10,3)	11 (17,2)	
verwitwet			3 (1,4)	2 (1,4)	1 (1,6)	0,234
Familienstand	145/64					
ledig			82 (39,2)	53 (36,6)	29 (45,3)	
in Partnerschaft/verheiratet			98 (46,7)	75 (51,7)	23 (35,9)	
geschieden/verwitwet			29 (13,9)	17 (11,7)	12 (18,8)	0,090
Schulabschluss	144/64					
kein Abschluss			4 (1,9)	3 (2,1)	1 (1,6)	
Hauptschule			12 (5,8)	10 (6,9)	2 (3,1)	
mittlerer Schulabschluss			93 (44,7)	69 (47,9)	24 (37,5)	
Fachhochschulreife			14 (6,7)	7 (4,9)	7 (10,9)	
Hochschulreife			85 (40,9)	55 (38,2)	30 (46,9)	0,239
Arbeitslosigkeit	120/51					
arbeitslos			26 (15,2)	16 (13,3)	10 (19,6)	
nicht arbeitslos			145 (84,8)	104 (86,7)	41 (80,4)	0,296

klinische Parameter					
Diagnose	142/59				
F2			40 (19,9)	18 (12,7)	22 (37,3)
F3			161 (80,1)	124 (87,3)	37 (62,7)
					<0,001
psych. Vorerkrankungen	145/64				
nein			13 (6,2)	9 (6,2)	4 (6,3)
ja			196 (93,3)	136 (93,8)	60 (93,8)
					0,991
psych. Vorerkrankungen F2/F3	143/64				
weder F2 noch F3			39 (18,8)	26 (18,2)	13 (20,3)
F2			24 (11,6)	8 (5,6)	16 (25,0)
F3			142 (68,6)	107 (74,8)	35 (54,7)
F2 und F3			2 (1,0)	2 (1,4)	0 (0,0)
					<0,001
psych. Komorbiditäten					
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	143/64				
nein			204 (98,6)	141 (98,6)	63 (98,4)
ja			3 (1,4)	2 (1,4)	1 (1,6)
					1,000
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	143/64				
nein			196 (94,7)	134 (93,7)	62 (96,9)
ja			11 (5,3)	9 (6,3)	2 (3,1)
					0,348
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	143/64				
nein			181 (87,4)	133 (93,0)	48 (75,0)
ja			26 (12,6)	10 (7,0)	16 (25,0)
					<0,001
F30-F39 Affektive Störungen	143/64				
nein			63 (30,4)	34 (23,8)	29 (45,3)
ja			144 (69,6)	109 (76,2)	35 (54,7)
					0,002
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	143/64				
nein			179 (86,5)	122 (85,3)	57 (89,1)
ja			28 (13,5)	21 (14,7)	7 (10,9)
					0,466
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	143/64				
nein			197 (95,2)	137 (95,8)	60 (93,8)
ja			10 (4,8)	6 (4,2)	4 (6,3)
					0,524
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	143/64				
nein			193 (93,2)	132 (92,3)	61 (95,3)
ja			14 (6,8)	11 (7,7)	3 (4,7)
					0,426
F70-F79 Intelligenzstörung	143/64				
nein			207 (100,0)	143 (100,0)	64 (100,0)
ja			0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
					-
F80-F89 Entwicklungsstörungen	143/64				
nein			206 (99,5)	142 (99,3)	64 (100,0)
ja			1 (0,5)	1 (0,7)	0 (0,0)
					1,000
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	143/64				
nein			205 (99,0)	143 (100,0)	62 (96,9)
ja			2 (1,0)	0 (0,0)	2 (3,1)
					0,095
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	143/64				
nein			207 (100,0)	143 (100,0)	64 (100,0)
ja			0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
					-
Behandlung psych. Erkrankungen in der Vergangenheit	130/60				
nein			33 (16,8)	17 (13,1)	6 (10,0)
ja			164 (83,2)	113 (86,9)	54 (90,0)
					0,546
ambulant	135/62				
nein			33 (16,8)	23 (17,0)	10 (16,1)
ja			164 (83,2)	112 (83,0)	52 (83,9)
					0,874
tagesklinisch	117/56				
nein			75 (43,4)	52 (44,4)	23 (41,1)
ja			98 (56,6)	65 (55,6)	33 (58,9)
					0,675
stationär	132/61				
nein			60 (31,1)	43 (32,6)	17 (27,9)
ja			133 (63,3)	89 (67,4)	44 (72,1)
					0,511

vorangegangene Suizidversuche	145/65					
nein			126 (60,0)	85 (58,6)	41 (63,1)	
ja			84 (40,0)	60 (41,4)	24 (36,9)	0,542
Anzahl vorangegangener Suizidversuche	145/65	0,7 (1,0)		0,7 (1,1)	0,6 (1,0)	0,317
selbstverletzendes Verhalten aktuell	141/65					
nein			184 (89,3)	123 (87,2)	61 (93,8)	
ja			22 (10,7)	18 (12,8)	4 (6,2)	0,153
selbstverletzendes Verhalten früher	144/65					
nein			159 (76,1)	108 (75,0)	51 (78,5)	
ja			50 (23,9)	36 (25,0)	14 (21,5)	0,587
somatische Vorerkrankungen	122/63					
nein			50 (27,0)	27 (22,1)	23 (36,5)	
ja			135 (73,0)	95 (77,9)	40 (63,5)	0,037
gesteigerter Alkoholkonsum	134/61					
nein			171 (87,7)	120 (89,6)	51 (83,6)	
ja			24 (12,3)	14 (10,4)	10 (16,4)	0,241
Substanzkonsum	116/54					
nein			43 (25,3)	33 (28,4)	10 (18,5)	
ja			127 (74,7)	83 (71,6)	44 (81,5)	0,166
Zigarettenkonsum bei Diagnose F2	17/21					
nein			22 (57,9)	9 (52,9)	13 (61,9)	
täglich			16 (42,1)	8 (47,1)	8 (38,1)	0,578
Familienanamnese positiv	135/63					
nein			48 (24,2)	33 (24,4)	15 (23,8)	
ja			150 (75,8)	102 (75,6)	48 (76,2)	0,923
Familienanamnese SVV, Suizide positiv	141/65					
nein			129 (62,6)	88 (62,4)	41 (63,1)	
ja			77 (37,4)	53 (37,6)	24 (36,9)	0,927
Aufnahmegrund	138/62					
Psychotische Symptomatik			19 (9,5)	7 (5,1)	12 (19,4)	
Depressivität			127 (63,5)	93 (67,4)	34 (54,8)	
Manie			4 (2,0)	3 (2,2)	1 (1,6)	
affektiver Mischzustand			7 (3,5)	4 (2,9)	3 (4,8)	
Suizidalität			17 (8,5)	12 (8,7)	5 (8,1)	
Zustand nach Suizidversuch			17 (8,5)	14 (10,1)	3 (4,8)	
Intoxikation			1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	
psychosoziale Krise			1 (0,5)	1 (0,7)	0 (0,0)	
anderes			7 (3,5)	4 (2,9)	3 (4,8)	0,053
Aufnahmemodus	126/53					
Notfall			90 (50,3)	57 (45,2)	33 (62,3)	
elektiv			89 (49,7)	69 (54,8)	20 (37,7)	0,038
Aufnahme rechtliche Grundlage	135/59					
freiwillig			189 (97,4)	133 (98,5)	56 (94,9)	
Unterbringung			5 (2,6)	2 (1,5)	3 (5,1)	0,145
medikamentöse Therapie bei Aufnahme	127/58					
nein			45 (24,3)	34 (26,8)	11 (19,0)	
ja			140 (75,7)	93 (73,2)	47 (81,0)	0,251
Begleittherapie bei Aufnahme	137/55					
nein			17 (8,9)	10 (7,3)	7 (12,7)	
ja			175 (91,1)	127 (92,7)	48 (87,3)	0,231
Anzahl Medikamente bei Entlassung	71/29	2,8 (2,6)		2,6 (1,8)	3,2 (3,8)	0,365
Schwere der Depression zu Baseline bei Diagnose F3 (anhand MADRS)	119/31		12,5 (8,1)	12,5 (7,9)	12,9 (8,9)	0,804
Schwere der Schizophrenie zu Baseline bei Diagnose F2 (anhand BPRS)	17/20		34,9 (10,9)	31,8 (8,2)	37,5 (12,4)	0,102

Fragebögen						
MADRS	138/55	12,6 (8,2)		12,1 (7,9)	13,7 (8,8)	0,210
BPRS						
Gesamtscore	136/57	29,2 (8,6)		28,1 (7,2)	31,9 (10,9)	0,087
ANDP	139/59	10,7 (4,5)		10,6 (4,4)	11,0 (4,7)	0,604
ANER	138/58	5,7 (2,8)		5,2 (2,2)	6,9 (3,6)	<0,001
THOT	139/58	4,7 (1,6)		4,5 (1,3)	5,1 (2,1)	0,059
ACTV	138/58	4,3 (2,0)		4,2 (1,6)	4,5 (2,7)	0,492
HOST	140/59	3,9 (1,7)		3,7 (1,5)	4,3 (2,0)	0,055
VAMS						
ängstlich	145/65	25,4 (29,4)		25,4 (28,5)	25,3 (31,6)	0,719
ärgerlich	145/65	13,5 (22,8)		12,8 (21,5)	14,9 (25,6)	0,515
traurig	145/65	25,0 (29,6)		25,2 (30,4)	24,4 (28,2)	0,916
durcheinander	145/65	23,7 (28,8)		22,4 (27,3)	26,6 (32,0)	0,755
fröhlich	145/65	34,8 (31,6)		35,4 (31,7)	33,6 (31,6)	0,615
innerlich angespannt	145/65	35,0 (31,2)		37,3 (31,1)	30,0 (31,0)	0,093
erschöpft	145/65	33,2 (32,5)		31,9 (31,9)	35,9 (34,0)	0,517
energiegeladen	145/65	27,3 (28,2)		27,7 (28,5)	26,2 (27,5)	0,615
S-STs fremd						
Gesamtscore	141/60	3,1 (5,7)		3,1 (6,0)	2,9 (5,1)	0,939
intent	141/60	2,9 (5,3)		3,0 (5,4)	2,8 (5,0)	0,950
planning	141/60	1,0 (2,2)		1,1 (2,2)	0,9 (2,0)	0,869
behavior	141/60	0,1 (0,7)		0,2 (0,9)	0,0 (0,3)	0,272
suicidal ideation events	63/31	12,2 (33,5)		15,3 (40,2)	5,9 (8,7)	0,287
S-STs selbst						
Gesamtscore	142/62	3,2 (5,3)		3,1 (5,4)	3,2 (5,1)	0,752

Tabelle 5: Deskriptive Statistik allgemeiner, soziodemografischer und klinischer Angaben der Studienpopulation zur Baseline

Die Auswertung des Hauptzielkriterium Auftreten von Suizidalität (inkl. Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizide) mittels fremdgerateter Sheehan-Suicidality-Tracking-Scale (S-STs) erbrachte zur Baseline keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch nach 12 Monaten ($F(1, 48)=0,598$; $p=0,443$) sowie nach 18 Monaten ($F(1, 29)=0,018$; $p=0,894$) konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden. Gleiches erbrachte auch die Auswertung der selbstgerateten S-STs zur Baseline, nach Monat 12 ($F(1, 26)=0,034$; $p=0,856$) sowie nach Monat 18 ($F(1, 16)=0,959$; $p=0,342$). Die Auswertung der Skala zur Erfassung depressiver Symptome (MADRS) wies weder nach Monat 12 ($F(1, 28)=0,291$; $p=0,594$), noch nach Monat 18 ($F(1, 14)=0,124$; $p=0,730$) signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. Die Analyse der BRPS konnte für den Monat 12 ($F(1, 27)=0,351$; $p=0,559$) sowie für den Monat 18 ($F(1, 17)=0,358$; $p=0,557$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen detektieren. Die Auswertung der visuellen Analogskala (VAMS) wies die Subskala „ängstlich“ weder nach 12 Monaten ($F(1, 43)=0,023$; $p=0,881$), noch nach 18 Monaten ($F(1, 29)=0,551$; $p=0,464$) einen signifikanten Unterschied auf. Gleiches galt für die Subskala „ärgerlich“ nach 12 Monaten ($F(1, 43)=0,284$; $p=0,597$) sowie nach 18 Monaten ($F(1, 24)=1,607$; $p=0,217$) sowie für die Subskala „traurig“ nach 12 Monaten ($F(1, 44)=0,284$; $p=0,596$) und 18 Monaten ($F(1, 29)=1,989$; $p=0,170$). Ebenfalls nicht signifikant war die Analyse der VAMS Subskala „durcheinander“ für den Monat 12 ($F(1, 43)=1,597$; $p=0,213$) und für den Monat 18 ($F(1, 29)=0,909$; $p=0,348$) sowie der Subskala „fröhlich“ für den Monat 12 ($F(1, 44)=0,595$; $p=0,445$) und den Monat 18 ($F(1, 28)=0,187$; $p=0,669$). Die VAMS Subskala „innerlich angespannt“ wies für den Monat 12 ($F(1, 43)=0,339$; $p=0,563$) und für den Monat 18 ($F(1, 25)=1,199$; $p=0,284$) keine signifikanten Gruppenunterschiede auf. Die

Subskala „erschöpft“ zeigte ebenfalls keinen signifikanten Gruppenunterschied zum Monat 12 ($F(1, 50)=0,229$; $p=0,634$) sowie zum Monat 18 ($F(1, 29)=0,027$; $p=0,870$). Schließlich war auch der Vergleich der Subskala „energiegeladen“ zum Monat 12 nicht signifikant ($F(1, 43)=3,239$; $p=0,079$), allerdings konnte hier ein Trend zu höheren Werten in der Kontrollgruppe festgestellt werden. Der Vergleich dieser Subskala zum Monat 18 erbrachte keinen signifikanten Gruppenunterschied ($F(1, 24)=0,572$; $p=0,457$).

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das Suizidrisiko bei psychiatrischen Patienten und Patientinnen in der Zeit nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik ist deutlich erhöht und sollte somit im Interesse der Forschung der Etablierung von Präventionsmaßnahmen stehen. Es besteht ein großer Bedarf, das komplexe Phänomen der Suizidalität nach der Entlassung zu verstehen. Bislang wurde diese Hochrisikogruppe für einen Suizid jedoch kaum von der Forschung untersucht. Vor diesem Hintergrund war eine grundlegende Idee dieser Pilotstudie, verschiedene Daten über Patienten und Patientinnen nach der Entlassung aus psychiatrischen Kliniken zu erheben und gleichzeitig den Patienten und Patientinnen ein spezifisches Betreuungssetting in der Zeit nach der Krankenhausbehandlung anzubieten. Ein Ziel dieser Studie war es weiterhin, mit Hilfe der erhobenen Daten möglicherweise zur Identifizierung von Faktoren beizutragen, die das Suizidrisiko nach der Entlassung erhöhen sowie Hinweise darauf geben, ob ein Betreuungssetting eine vielversprechende Suizidpräventionsmaßnahme sein könnte. Der multizentrische Ansatz ermöglichte uns, eine heterogene Studienpopulation einzuschließen, die mehr Informationen bzw. Rückschlüsse ermöglicht.

Verschiedene Überlegungen flossen in die Konzeption der Studie mit ein:

Die Studienbesuche fanden zusätzlich zur üblichen klinischen Versorgung statt. Damit waren zusätzliche soziale Kontakte unabhängig vom Inhalt der Visiten möglich. Dies hat möglicherweise insbesondere für die Patienten und Patientinnen, die isolierter leben, eine Bedeutung. Besonders scheint uns jedoch das hierdurch mögliche „4-Augen-Prinzip“ (regulärer Behandler/reguläre Behandlerin + Studienmitarbeiterin). Damit erhöht sich die Chance, Suizidalität zu erkennen. Das Studienpersonal stellte in diesem Konzept die Verbindung bzw. die Kontinuität zwischen dem Ende der stationären Behandlung sowie der weiteren ambulanten Versorgung her. Für eine Vielzahl der Patienten und Patientinnen wurde damit der von vielen erlebte „Bruch“ der therapeutischen Beziehung abgemildert. Darüber hinaus hat unserer Ansicht nach auch die zeitliche Verfügbarkeit für den Patienten und die Patientin eine wichtige Funktion. Für die Durchführung der Studienvisiten stand im Schnitt mehr Zeit zur Verfügung als für einen regulären Arzt/Ärztin – Patienten/Patientin – Kontakt. Dies gilt insbesondere auch, da mit mehr Zeit deutlich valider eine Prüfung von Gefährdungsmomenten erfolgen kann. Die Durchführung der Studienvisiten erfolgte mittels semi-standardisiertem Gespräch. Die Patientinnen und Patienten konnten sich somit sehr gut auf die Visiten-situation einstellen und waren auf die Inhalte eingestimmt. Über die Rückmeldungen der Probanden und Probandinnen war zu erfahren, dass diese Studiensituation als „offener“ erlebt wurde, möglicherweise auch, da sie seitens des

Studienpersonals andere Erwartungen wahrnahmen, als bei ihren Behandlern und Behandlerinnen.

Als eine wichtige Erkenntnis in diesem Projekt konnten wir erfahren, dass der Nachweis einer Reduktion der Suizidzahlen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln dieser Studie nicht möglich war. Dies lag daran, dass letztlich in jeder Klinik insgesamt über einen Zeitraum von mehreren Monaten nur sehr wenige (im Durchschnitt 1-3 pro Jahr) Suizide nach Entlassung auftreten. Wir hatten gehofft, mit einer genauen Stichprobenrekrutierung hier validere Informationen zu erhalten. In der regulären Praxis werden nicht alle Patienten und Patientinnen nach Entlassung weiter nachverfolgt bzw. behandelt. Die Überlegung, mit den in unserer Studie eingeschlossenen Patienten und Patientinnen die ggf. stattfindenden Suizide bzw. suizidale Ereignisse besser detektieren zu können, hat sich nicht bestätigt. Auch die Nachverfolgung der Kontrollgruppe bzw. der Patienten und Patientinnen, die nicht mehr zu den Terminen erschienen zeigte kein höheres Auftreten von suizidalen Ereignissen. Aus diesem Grunde war auch eine Arbeitsplanänderung notwendig, die nun alle Parameter von Suizidalität (inkl. Gedanken, Intentionen erfasste). Sowohl die Auswertung der fremd-, als auch der selbstgerateten Sheehan-Suicidality-Tracking-Scale als Hauptkriterium der Studie erbrachte keine signifikanten Unterschiede zwischen Verum-, und Kontrollgruppe zur Baseline sowie zur den Zeitpunkten Monat 12 und 18. Ebenfalls wurden keine signifikanten Unterschiede bei der Analyse der Nebenkriterien (Status der Depressivität gemessen mit der MADRS Skala, Messung psychiatrischer Symptome gemessen mittels BPRS sowie einer visuellen analogen Befindlichkeitsskala VAMS) gefunden.

Die Studie war als Pilotstudie konzipiert. Eine Power-Kalkulation war aufgrund fehlender Studien dieses Designs vorab nicht möglich. Die von uns eingeschlossenen 210 Patienten und Patientinnen bilden somit möglicherweise eine zu kleine Stichprobe, um hier Effekte nachweisen zu können. Ebenfalls kann an dieser Stelle keine Aussage darüber getroffen werden, ob sich die Patienten und Patientinnen, die in der Studie mitwirkten (unabhängig ob in der Verum-, oder Kontrollgruppe) sich von Patienten und Patientinnen unterschieden, die nicht für die Studie angesprochen werden konnten, da sie beispielsweise nur zur Krisenintervention über das Wochenende aufgenommen worden waren.

Bei der Konzeption der Studie waren bereits weitere Limitationen bekannt. So erlaubt der Einschluss der Diagnosegruppen F2 und F3 keinen weiterführenden Rückschluss auf andere Erkrankungen. Als weitere Limitation muss sicherlich die Tatsache diskutiert werden, dass durch die persönliche Wahlmöglichkeit der Patienten und Patientinnen, in welcher Gruppe sie teilnehmen, eine Verzerrung stattfindet. Dennoch präferierten wir diesen Ansatz, da damit nützliche Einblicke in die klinischen Aspekte möglich sind. Damit ist es möglich, das Augenmerk auf die individuellen Merkmale der Patienten und Patientinnen sowie deren Bedürfnisse bzw. ihre Motivation zur Inanspruchnahme von Betreuung- und Versorgungsmöglichkeiten zu legen. Eine weitere potenzielle Limitation der Studie war, dass wir kein besonderes Setting unmittelbar nach der Entlassung (erste poststationären Tage) hatten, gerade in dieser Zeit gemäß der Studienlage das Risiko besonders hoch ist. Da wir im Rahmen der Studienpopulation kaum schwerwiegende

Ereignisse registrierten, mag allein die Teilnahme an dieser Studie bereits einen präventiven Effekt haben.

Dokumentation Unerwünschter Nebenwirkungen und Schwerer Adverser Ereignisse. Abweichend von klinischen Studien wurden im Rahmen der Studienvisiten nach möglichen negativ beeinflussenden Faktoren (zu denen beispielsweise auch die Effekte von Medikamenten zählten) als Freitext erfasst.

Pandemiebezogene Aspekte. Infolge der Covid-19 Pandemie und der damit verbundenen Veränderungen im Gesundheitssystem wurde das Durchführen der Studie deutlich erschwert. Zum einen wurde seitens der Vorstände mehrerer Kliniken eine vorübergehende Einstellung aller studienbezogenen Tätigkeiten angeordnet, zum anderen trat eine Veränderung in Personalstruktur, Tätigkeitsdurchführung etc. auf. Die Pandemie hatte in dieser Studie weniger einen Einfluss auf die eigentliche Patienten- und Patientinnenrekrutierung, sondern vielmehr auf alle Tätigkeiten im Anschluss. So war beispielsweise ein Besuch der Studienzentren zur Unterstützung der Datenüberführung zeitweise nicht möglich.

Die hier vorliegende Studie ist, soweit uns bekannt ist, in Deutschland die erste kontrollierte Studie, welche untersuchte, ob ein Betreuungssetting einen Einfluss auf die poststationäre Suizidsterblichkeit von Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen sowie mit Störungen aus dem schizophrenen Spektrum haben kann. Vielfältige andere Faktoren, die bedeutsam in der Entstehung suizidalen Verhaltens sein können (z.B. Auftreten belastender Lebensereignisse, Medikamente), wurden erfasst und werden im Rahmen weiterer Analysen ausgewertet. Ebenfalls von großem Interesse wird die Auswertung der Daten zu Krankenhausaufenthalten oder zwischenzeitlichen Behandlungen sein. Das Ergebnis keines Unterschiedes zwischen den Gruppen schließt einen Effekt des Betreuungssettings an dieser Stelle nicht aus, sondern muss mit größeren Fallzahlen bzw. einem verblindeten Design geprüft werden. Für die Konzeption einer solchen Studie liefert unsere Arbeit wichtige Erkenntnisse der Durchführbarkeit bzw. Machbarkeit.

Die übereinstimmenden Rückmeldungen der Studienpatienten -und patientinnen über die erlebte Sinnhaftigkeit, den Nutzen bzw. Mehrwert der Studie und die offene Thematisierung des Themas Suizidalität und die dadurch erfahrene Entlastung bestärkt die Idee, dass mit einem zumindest teilweise standardisierten Vorgehen ein für suizidgefährdete Patienten und Patientinnen als hilfreich erlebter Zugang der Begleitung geschaffen werden kann. Die Mehrheit der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen spiegelte am Ende der Teilnahme wieder, dass sie im Wissen um das strukturierte Befragen zum Auftreten von suizidalen Gedanken, Verhalten etc. von vornherein offener und unbefangener waren, dies mitzuteilen. Auch war das Wissen darum, dass es im Rahmen der Studie zwar einen Austausch mit den ambulanten Behandlern bzw. Behandlerinnen sowie ggf. mit einer Vertrauensperson geben kann, dennoch nicht therapeutische/medikamentöse Maßnahmen eingeleitet wurden, offenbar eher entlastend. Die in der üblichen klinischen psychiatrischen Versorgungsrealität häufig mangelnde Zeit für einen

Patienten-/ Patientinnenkontakt erlaubt scheinbar nicht immer ein offenes Gespräch über Suizidalität. Die Angst drohender Konsequenzen (z.B. Klinikeinweisung, Verordnung neuer Medikamente) scheint ebenfalls eine Rolle in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu spielen, wie uns ebenfalls von mehreren Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen rückgemeldet wurde.

Hieraus lässt sich ableiten, dass für eine Verbesserung der Versorgung auch Mediziner und Medizinerinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen regelmäßig über das Thema Suizidalität fortgebildet und die Kompetenzen im Umgang damit gestärkt werden sollten.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Gemäß der Arbeitshilfe zu §2 GGO „Gender-Mainstreaming in Forschungsvorhaben“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Kinder⁵ bedeutet Gender Mainstreaming, dass bei allen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen sind. Gender Mainstreaming in der Forschung bedeutet, Forschungsfragen und -aufgaben systematisch geschlechtsdifferenziert zu betrachten.

Suizidales Verhalten tritt sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf. Bereits in die Konzeption der Studie flossen Überlegungen zu bereits bekannten Fakten bezüglich des unterschiedlichen Auftretens von Suizidalität bei Frauen und Männern mit ein. Epidemiologisch betrachtet unternehmen häufiger jüngere Frauen Suizidversuche während häufiger ältere Männer durch Suizid versterben. Allerdings sind dies Erkenntnisse, die aus Forschungen über die gesamte Population einer Region bzw. eines Landes stammen und nicht 1:1 auf die Hochrisikopopulation einer psychiatrischen Klinik zu übertragen sind. In den Einschlusskriterien war keine Selektion bezüglich des Geschlechts vorgesehen, d.h. wir versuchten, Männer und Frauen beider Diagnosegruppen mit gleichem Bemühen zu rekrutieren. Hierbei muss jedoch die unterschiedliche Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen berücksichtigt werden. Affektive Störungen (v.a. Depressionen) betreffen mehr Frauen, während Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis insgesamt zwar etwa gleichverteilt sind, jedoch die Zeiten der Ersterkrankung variieren (Männer erkranken etwas früher). Wie aus der IST-Analyse zu entnehmen ist variieren auch die Behandlungszahlen zu den einzelnen Diagnosegruppen in den jeweiligen Kliniken, was ebenfalls einen Einfluss auf die Verteilung der eingeschlossenen Männer und Frauen hat. Zu den weiteren Überlegungen vor Beginn des Projektes gehörte auch die bereits bekannte Tatsache, dass Männer seltener Hilfsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Für die Inanspruchnahme von Hilfe wurde in dieser Untersuchung keine explizite psychometrische Testung eingebaut, so dass wir anhand unserer Daten keine differenzierten Aussagen dazu machen können. Im Rahmen der noch laufenden Promotionsarbeiten werden jedoch Aspekte, wie Perfektionismus und Resilienz gesondert betrachtet und erlauben möglicherweise Rückschlüsse auf Einflussgrößen von Hilfesuchverhalten.

Die Auswertung der Haupt- und Nebenkriterien erfolgte unter Berücksichtigung des Geschlechtes als Einflussgröße.

Bei im Rahmen des Projektes durchgeführten Analysen, Präsentationen im Rahmen von Vorträgen sowie Veröffentlichungen berücksichtigten wir durchgehend Gender-Mainstreaming-Aspekte (u.a. gendergerechte Sprache).

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Seit Beginn der Studie im Dezember 2017 wurden die Ziele und Inhalte der Studie durch zahlreiche Vorträge und Poster verbreitet. Diese Beiträge wurden auch zur Erhöhung der Informiertheit bzw. des Bewusstseins zum Thema der poststationären Suizidprävention sowie zur Aufklärung gestaltet.

Vorträge, Kongressbeiträge, Poster

1. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design etc.) auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Hamburg, 13.- 15.10.2017
2. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Halle, 17.01.2018
3. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) auf der Wissenschaftlichen Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Günzburg, 08.-10.02.2018
4. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen des Forschungskolloquiums am Psychoanalytischen Institut Stuttgart e.V., 23.10.2018
5. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design, aktueller Stand sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Halle, 30.10.2018
6. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städtisches Klinikum Dresden, 13.11.2018
7. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) auf der Tagung des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes (NaSPro), Berlin, 01.12.2018
8. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Studiendesign) im Rahmen des Qualitätszirkels der Hallenser Nervenärzte, Halle (Saale), 20.02.2019.
9. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen der Montagsfortbildung Furtbachkrankenhaus Stuttgart, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart, 03.06.2019

10. Vortrag zur Poststationären Suizidprävention inkl. Vorstellung der Studie bei den 12. Mitteldeutschen Psychiatrietagen, Dresden, 27.-28.09.2019
11. Poster im Rahmen der Postersession auf dem Satellitensymposium Suizidprävention, Dresden, 30.10.2019
12. Vortrag über die Studie (Hintergründe, Design sowie über das Thema der poststationären Suizidsterblichkeit) im Rahmen der Mittwochsfortbildung am Universitätsklinikum Halle, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Halle (Saale), 20.11.2019
13. Vortrag über die Studie (Hintergrund, Studiendesign, erste Ergebnisse) im Rahmen der Wissenschaftlichen Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), online, 12.03.2022
14. Vortrag über die Studie (Hintergrund, Studiendesign, erste Ergebnisse) im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Berlin, 24.11.2022

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die Analysen der primären Untersuchungsziele ist erfolgt. Im Rahmen von drei geplanten bzw. initiierten Promotionsarbeiten werden zahlreiche weitere wichtige Aspekte dieser Daten ausgewertet. Diese Ergebnisse sollen zukünftig bei der Erstellung von Konzepten zur Betreuung von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung einfließen, beispielsweise bei der Entscheidung, welche Gruppe von Betroffenen besonders von einer intensivierten Nachsorge profitiert. Das Design dieser Studie zielte darauf ab, mit der klinischen Realität übereinzustimmen, was für eine mögliche Umsetzung unserer Ergebnisse in den klinischen Alltag hochrelevant ist.

Mit Hilfe der Daten sollen folgende weitere Aktivitäten ermöglicht werden:

- Planung einer ausreichend gepowerten randomisiert-kontrollierten Studie anhand der Ergebnisse
- Überführung der Ergebnisse in einen Empfehlungskatalog für den Umgang mit Suizidalität an psychiatrischen Kliniken. Hierzu ist die Kooperation mit der über das Werner-Felber-Institut e.V. durchgeführten Studie zur baulichen und nicht-baulichen Suizidprävention geplant. Maßnahmen der poststationären Suizidprävention sind insbesondere hinsichtlich der nichtbaulichen Maßnahmen in einer Klinik relevant.
- Weitere Verankerung der Ergebnisse sind über das Einbringen der Erfahrungen dieses Projektes in der derzeit erarbeiteten vom Innovationsfond geförderten S3 Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ geplant.
- Die Ergebnisse sollen dazu führen, zukünftig besser die Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die einer besonders intensiven Nachsorge im Anschluss an einen Klinikaufenthalt bedürfen, um einerseits das hohe Suizidrisiko zu minimieren, andererseits den knappen ambulanten Ressourcen gerecht zu werden.

12 Publikationsverzeichnis

1. Lewitzka U, Jabs B, Etzersdorfer E, Krause T, Rossing M, Lederer A, Schneider J, (2019). Forschungsprojekt Poststationäre Suizidprävention, Suizidprophylaxe 46, 176:34-35.
2. Sauer M, Jabs B, Etzersdorfer E, Rujescu D, Krause TJ, Richter S, Lederer A, Schneider J, Lewitzka U (2020) Suizidrisiko und -Prävention nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung – Vorstellung einer prospektiven Langzeitstudie (PSSP), Suizidprophylaxe 47, 180:13-16.
3. Tim J Krause[#], Annette Lederer¹, Magdalena Sauer, Jasmin Schneider[#], Cathrin Sauer⁴, Burkhard Jabs, Elmar Etzersdorfer, Axel Genz, Michael Bauer, Susann Richter, Dan Rujescu, Ute Lewitzka. Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study. Pilot Feasibility Stud. 2020 Sep 30;6:145. doi: 10.1186/s40814-020-00685-z. eCollection 2020. Open-Access Publikation in BMC Psychiatry (Impact 4.14)

Im Rahmen der weiterlaufenden Datenanalysen sind insgesamt drei Promotionsarbeiten in Arbeit.

Jasmin Schneider

„Perfektionismus im Spannungsfeld psychischer Erkrankungen und Suizidalität: Perfektionismusspezifische Aspekte einer prospektiven Langzeitstudie zur poststationären Suizidprävention bei psychiatrisch erkrankten Patienten und Patientinnen“
Betreuung durch Prof. Dr. Julia Glombiewski und Dr. Altstötter-Gleich, Universität Landau

Magdalena Sauer

„Persönlichkeit und Suizidalität – welche Patienten profitieren von einem poststationären Suizidpräventionsprogramm?“
Betreuung durch Prof. Dr. Jabs/PD U. Lewitzka, TU Dresden

Susann Richter

„Der Einfluss der Faktoren Resilienz und Impulsivität bezugnehmend auf die Suizidalität von psychiatrischen Patienten nach stationärer Entlassung“
Betreuung durch Prof. Dr. Jabs/PD U. Lewitzka, TU Dresden

Anlage

Anlage 1- Zusammenfassung der Ergebnisse der IST-Analyse der einzelnen Studienzentren.

Referenzen

- 1 - Neuner T, Hübner-Liebermann B, Haen-E HH, Felber W, Wittmann M. Completed suicides in 47 psychiatric hospitals in Germany – results from the AGATE-study. *Pharmacopsychiatry*. 2011;44:324–30.
- 2 - Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;1(74):694–702.
- 3 - Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395–405.
- 4 - Genz A. Suizid und Sterblichkeit neuropsychiatrischer Patienten: Mortalitätsrisiken und Präventionschancen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York; 1991. p. 64.
- 5 - http://www.genderkompetenz.info/w/files/gkompzpdf/instr_ah_forschung.pdf