

DEPRESSION UND SUIZIDALITÄT

Was bewegt Menschen, die an einer Depression leiden? Was macht diese Krankheit mit ihnen und weshalb sehen viele im Suizid die einzige Möglichkeit, sich aus den Fängen der Depression zu befreien? Professor Dr. Ulrich Hegerl von der Universität Leipzig ist dieser Thematik nachgegangen.



Seine klinischen Schwerpunkte sind Depression, Zwangsstörung und Demenz: Professor Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig.

Die medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen ist in den letzten Jahren deutlicher ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Gründe hierfür sind Studien wie die Global Burden of Disease Study (Lopez et al 2006, Murray/Lopez 1997), die von der Weltgesundheitsorganisation weltweit durchgeführt wurde und nach der in den entwickelten Ländern die unipolare Depression vor allen anderen Volkskrankheiten an erster Stelle rangiert. Gemessen wurde dies mit dem Index YLD (Years Lived with Disability), der die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung gewichtet und dabei die Schwere der Beeinträchtigung berücksichtigt. Statistiken zu den Arbeitsunfähigkeits-Tagen oder Frühberentungen weisen darüber hinaus auf eine deutlich zunehmende Rolle psychischer und insbesondere depressiver Erkrankungen in Deutschland hin. Diese numerische Zunahme muss nicht zwangsläufig Ausdruck einer tatsächlichen Zunahme depressiver Erkrankungen in Deutschland sein, sondern ist der Tatsache geschuldet, dass sich depressive Erkrankte häufiger professionelle Hilfe suchen, dass Depressionen inzwischen besser erkannt und insbesondere korrekter benannt werden und nicht hinter Ausweichdiagnosen wie „Fibromyalgie“, „Burnout“, „chronischer Rückenschmerz“ etc. verborgen bleiben. Die schon immer große Bedeutung depressiver Erkrankungen wird so zunehmend offensichtlicher.

Nicht einfach nur „Freitode“

Der Leidensdruck und die objektive Schwere der Erkrankung dokumentieren sich unzweifelhaft in der Tatsache, dass es keine andere Erkrankung gibt, bei der so viele Menschen Suizid oder zumindest den Versuch eines Suizids begehen. Depression und Suizidalität sind einander breit überlappende Phänomene. Die Mehrzahl der depressiv Erkrankten leidet unter Suizidideen und -impulsen, mehr als zehn Prozent der an rezidivierenden schweren Depressionen Erkrankten versterben durch Suizid. Die Mehrzahl der in Deutschland jährlich über 9.000 Selbsttötungen und der zirka 150.000 Selbsttötungsversuche erfolgen im Rahmen einer depressiven Störung. Suizide wie der des an einer rezidivierenden Depression erkrankten Fußballnationaltorwarts Robert Enke im November 2009 passieren hierzulande jeden Tag zirka 30-mal. Es handelt sich hierbei nicht einfach nur um „Freitode“. Unterschiedliche Studien haben übereinstimmend gezeigt, dass über 90 Prozent der Suizide vor dem Hintergrund psychiatrischer Erkrankungen erfolgen, am häufigsten vor dem Hintergrund einer Depression. An zweiter Stelle stehen Suchterkrankungen und Schizophrenien.

Suizid als vermeintlich einziger Ausweg

Bemerkenswert ist, dass Männer ein vielfach höheres Suizidrisiko als

Frauen aufweisen, wobei die Suizidrate mit höherem Lebensalter der Männer drastisch zunimmt. Diese Geschlechtsunterschiede erscheinen auf den ersten Blick unverständlich, da Frauen etwa doppelt so häufig an Depressionen erkranken wie Männer. Die Erklärung liegt teilweise in der geschlechtsspezifischen Präferenz für bestimmte Suizidmethoden. Von Frauen wird mit weitem Abstand am häufigsten Intoxikation als Methode zur Selbsttötung gewählt, die jedoch in deutlich über 90 Prozent der Fälle überlebt wird. Deshalb sind die Suizidraten bei Frauen geringer, obwohl Frauen häufiger als Männer Selbsttötungsversuche unternehmen. Männer dagegen wählen meist tödliche Methoden wie Erhängen oder Erschießen.

Überdosierungssicherheit bei Antidepressiva

Wegen der großen Anzahl an Suizidversuchen mit Antidepressiva (zirka 10.000 pro Jahr in Deutschland) ist hierzulande bei der Verschreibung von Antidepressiva im ambulanten Bereich die Überdosierungssicherheit ein äußerst wichtiges Auswahlkriterium. Während die neueren Antidepressiva wie die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) auch bei exzessiver Überdosierung meist überlebt werden, kann eine Wochenration der älteren trizyklischen Antidepressiva insbesondere bei älteren Patienten tödlich sein.

Die absoluten Suizidzahlen sind rückläufig

In der Fülle der täglichen Hiobsbotschaften ist die erfreuliche Nachricht weitgehend untergegangen, dass die Suizidraten und absoluten Suizidzahlen kontinuierlich zurückgehen und sich in den letzten 30 Jahren halbiert haben (von über 18.000 Selbsttötungen im Jahr 1980 auf etwas mehr als 9.000 im Jahr 2008). Dieser Rückgang war nach der Wiedervereinigung am deutlichsten in den neuen Bundesländern zu beobachten – trotz drastischer Zunahme der Arbeitslosigkeit und zahlreicher gesellschaftlicher Umwälzungen. Zu dieser Entwicklung mögen verschiedene Faktoren mit beigetragen haben (zum Beispiel die Entgiftung des Hausgases, der Rückgang der Autopsiezahlen und der dabei erkannten Suizide). Nahe liegend ist aber auch, dass sich die pharmako- und psychotherapeutische Versorgung depressiv Erkrankter verbessert hat. Die vor 1989 deutlich höheren Suizidraten der östlichen Bundesländer haben sich inzwischen weitgehend denen der westlichen angeglichen.

Vorgehen bei Suizidalität

Bei jedem depressiv Erkrankten muss ausnahmslos die Suizidalität direkt angesprochen und bei sich ergebenden Hinweisen geduldig exploriert werden. Jeder Arzt sollte eine Formulierung zum Einstieg in dieses schwierige und belastende Thema parat haben. Danach muss er weiter nachhaken, um ein klares Bild von der Akuität der Suizidalität zu erhalten. Je nach Lage steht ihm ein Spektrum von Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Kurzfristige Wiedereinbestellung
- Antisuizidpakt
- Einbindung der Angehörigen
- Überweisung zum Facharzt

- Entlastung durch initiale Verschreibung von Benzodiazepinen
- Einweisung zur stationären Behandlung
- Einweisung gegen den Willen des Patienten

Das Vier-Ebenen-Interventionskonzept

Dass eine Optimierung der Versorgung depressiv Erkrankter eine der Erfolg versprechendsten Strategien zur Prävention von Suizidalität ist, konnte durch das Nürnberger Bündnis gegen Depression belegt werden (Hegerl et al 2006, Hegerl et al 2010). Das Ziel war, die bestehenden diagnostischen und therapeutischen Defizite bezüglich depressiver Erkrankungen durch eine Intervention auf vier Ebenen abzubauen:

1. **Auf der Ebene der Hausärzte** durch Schulungen und das Bereitstellen einer Fülle von Informationsmaterialien für Patienten
2. **Auf der öffentlichen Ebene** mit Hilfe einer professionellen Aufklärungskampagne
3. **Auf der Multiplikatorenebene** durch die Kooperation mit Lehrern, Seelsorgern, Altenpflegekräften, Apothekern und Medien
4. **Auf der Patientenebene** durch Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen mit Hilfe von Informationsmaterialien und der Gründung von Selbsthilfegruppen

Während dieser zweijährigen Vier-Ebenen-Intervention in Nürnberg (2001, 2002) kam es zu einem Rückgang suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche, primäres Outcome-Kriterium) um 24 Prozent gegenüber dem Ausgangsjahr (2000) und der Kontrollregion Würzburg – ein Effekt, der sich im Folgejahr (2003) noch weiter verstärkte (bei einem Minus von 32 Prozent).

Auf Grund dieses nicht nur statistisch, sondern klinisch hoch signifikanten Effekts ist dieses Vier-Ebenen-Interventionskonzept inzwischen bereits von 58 Regionen in Deutschland unter dem Dach des Deutschen Bündnisses gegen Depression (www.buendnis-depression.de) übernommen worden, die eigene lokale Bündnisse – zum Beispiel in Bayern – gestartet haben.

Auch im europäischen Ausland wurde dieses Konzept – gefördert von der Europäischen Kommission (European Alliance against Depression, www.eaad.net, Hegerl et al 2007, OSPI-Europe, Hegerl et al 2009) – von Regionen in 17 europäischen Ländern übernommen. Derzeit werden die Aktivitäten auf andere Regionen in den jeweiligen Ländern ausgedehnt. Das in Nürnberg entwickelte Vier-Ebenen-Interventionskonzept wurde von der Europäischen Kommission als Best-Practice-Example in ihrem 2005 veröffentlichten Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ empfohlen. In Deutschland werden die Aktivitäten des Deutschen Bündnisses gegen Depression unter dem Dach der 2008 gegründeten „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“ weitergeführt. Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe hat Ende 2009 die Rechtsnachfolge des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Depression, Suizidalität angetreten.

*Professor Dr. Ulrich Hegerl
Universitätsklinikum Leipzig*

Das Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publikationen/PROFUND/Literaturverzeichnis*.