

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. P. Falkai)

**Suizidalität bei älteren Menschen mit depressiven
Störungen – eine Verlaufsuntersuchung nach
stationär-psychiatrischer Behandlung**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2006

vorgelegt von Gabriele Tomaschek

geb. am 29.09.1957 in Brake/Unterweser

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG	
1.1	Zusammenfassung	4
1.2	Summary	6
2	EINLEITUNG	8
3	METHODIK	11
3.1	Auswahl der Patienten – Ein- und Ausschlußkriterien	11
3.2	Indexaufenthalt, Untersuchungszeitraum und Katamneseintervall	12
3.3	Praktische Durchführung der Untersuchung	12
3.3.1	Kontaktaufnahme mit den Patienten	12
3.3.2	Nachuntersuchung der Patienten	13
3.4	Erhebungsinstrumente	14
3.4.1	Erfassung der Basisdaten aus Krankenakten	14
3.4.2	Testverfahren im Rahmen der Nachuntersuchung	14
3.4.2.1	Mini-Mental-Status-Test (MMST)	14
3.4.2.2	Halbstandardisiertes Interview	15
3.4.2.3	Befindlichkeits-Skala (Bf-S)	16
3.4.2.4	Beschwerden-Liste (B-L)	17
3.4.2.5	Self-Rating Depression Scale (SDS)	17
3.4.2.6	SF-12	18
3.4.2.7	Clinical Global Impressions (CGI)	19
3.5	Statistische Auswertung	20
4	ERGEBNISSE	21
4.1	Ausgangskollektiv und Ausschöpfungsrate	21
4.2	Demographische Daten	22
4.2.1	Geschlechts- und Altersverteilung	22
4.2.2	Familienstand und Wohnsituation	23

4.3	Krankheitsvorgeschichte	24
4.3.1	Psychiatrische Vorbehandlungen	24
4.3.2	Psychiatrische Vorerkrankungen	25
4.3.3	Suizidversuche in der Vorgeschichte	26
4.3.4	Krankheitsbeginn	27
4.3.5	Psychopharmakologische Vorbehandlung	29
4.4	Die Indexbehandlung	30
4.4.1	Anlass der Indexaufnahme	30
4.4.2	Methoden der zur Indexbehandlung führenden Suizidversuche	31
4.4.3	Psychiatrische Diagnosen	31
4.4.4	Körperliche Erkrankungen	33
4.4.5	Therapeutische Maßnahmen	34
4.4.6	Dauer des Indexaufenthaltes	36
4.4.7	Zustand bei Entlassung aus der Indexbehandlung	37
4.4.8	Suizidversuche und Suizid während der Indexbehandlung	37
4.5	Die Nachuntersuchung	40
4.5.1	Verlauf im Katamnesezeitraum – Ergebnisse des Interviews	40
4.5.1.1	Psychiatrische/psychotherapeutische Weiterbehandlung	40
4.5.1.2	Inanspruchnahme unterstützender Einrichtungen	41
4.5.1.3	Psychopharmakologische Behandlung	42
4.5.1.4	Veränderungen von Lebensumständen	43
4.5.1.5	Veränderung der psychischen Situation	43
4.5.1.6	Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen	44
4.5.1.7	Körperliche Erkrankungen	44
4.5.1.8	Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands	46
4.5.1.9	Todeswünsche und Suizidgedanken	47
4.5.1.10	Suizidversuche	49
4.5.2	Subjektive Therapiebewertung	50
4.5.3	Ergebnisse der Testverfahren	51
4.5.3.1	Mini-Mental-Status-Test (MMST)	51
4.5.3.2	Beschwerden-Liste (B-L)	51
4.5.3.3	Befindlichkeits-Skala (Bf-S)	53
4.5.3.4	Self Rating Depression Scale (SDS)	55
4.5.3.5	SF-12	56
4.5.3.6	Clinical Global Impressions (CGI)	57
4.5.3.7	Korrelationen der Skalen untereinander	58
4.5.4	Verstorbene Patienten	59
4.5.4.1	Aufgrund natürlicher Todesursachen verstorbene Patienten	59
4.5.4.2	Durch Suizid verstorbene Patienten	60
4.5.5	Zusammenfassendes Ergebnis der Nachuntersuchung	64

5	DISKUSSION	68
5.1	Methodik	68
5.2	Demographische Daten	69
5.3	Krankheitsvorgeschichte	70
5.4	Die Indexbehandlung	71
5.4.1	Methoden der zur Indexbehandlung führenden Suizidversuche	71
5.4.2	Psychiatrische Diagnosen	71
5.4.3	Körperliche Erkrankungen	73
5.5	Die Nachuntersuchung	75
5.5.1	Todeswünsche und Suizidgedanken	75
5.5.2	Suizidversuche im Katamneseintervall	76
5.5.3	Mortalität im Katamneseintervall	76
5.5.4	Suizide im Katamneseintervall	77
5.5.5	Psychiatrische Morbidität	80
5.5.6	Ambulante Betreuung im Katamneseintervall	81
5.5.7	Zusammenfassendes Ergebnis der Nachuntersuchung	83
6	LITERATURVERZEICHNIS	85
7	HALBSTANDARDISIERTES INTERVIEW	89
8	DANKSAGUNG	95
9	LEBENS LAUF	96

1 ZUSAMMENFASSUNG

1.1 Zusammenfassung

In allen Industrienationen steigen die Suizidraten mit zunehmendem Alter an. 41% der im Jahr 2002 verübten Selbstmorde in der Bundesrepublik Deutschland wurden von Menschen, die 60 Jahre und älter waren begangen. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung standen 56 ältere (60 Jahre und älter) ehemalige Patienten einer psychiatrischen Klinik, die mit einer suizidalen Symptomatik zur Aufnahme gekommen waren und/oder bereits mindestens einen Suizidversuch durchgeführt hatten (im Vorfeld der stationären Behandlung und/oder in der Vorgeschichte und/oder während der Indexbehandlung). Die der Untersuchung zugrundeliegende Fragestellung war, inwieweit die stationäre Behandlung zu einer längerfristigen Verbesserung der psychischen Situation dieser Patienten und zu einer Verminderung suizidaler Handlungen geführt hat. Neben der Erhebung demographischer Daten und Daten zur Krankheitsvorgeschichte und zur Indexbehandlung erfolgte nach einem mittleren Katamneseintervall von 18 Monaten eine Nachuntersuchung hinsichtlich der ambulanten Betreuung im Katamnesezeitraum, weiterer Suizidhandlungen, Todeswünsche und Suizidgedanken sowie der Mortalität und psychiatrischen Morbidität. Neben einem halbstandardisierten Interview wurden ein Testverfahren (Mini-Mental-Status-Test), eine Fremdbeurteilungs-Skala (Clinical Global Impressions) und vier Selbstbeurteilungs-Skalen (Beschwerden-Liste, Befindlichkeits-Skala, Self-Rating Depression Scale, SF-12) eingesetzt. Zur Teilnahme an der Untersuchung nicht bereite Patienten wurden aufgrund telefonisch gewonnener Informationen hinsichtlich des Schweregrades ihrer psychischen Erkrankung nach den Clinical Global Impressions eingeschätzt.

Die Patienten waren mehrheitlich weiblich (71%), verwitwet (41%) und unter 70 Jahre alt (64%). 81% der unter 70-jährigen, aber nur 60% der über 70-jährigen Patienten hatten eine psychiatrische Vorgeschichte. Die unter 70-Jährigen waren zum Zeitpunkt der Erstmanifestation ihrer Erkrankung mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren signifikant jünger als die über 70-Jährigen, die bereits durchschnittlich 72 Jahre alt waren. 52% der Patienten hatten in der Vorgeschichte bereits mindestens einen Suizidversuch durchgeführt. 12 Patienten unternahmen im Vorfeld der Indexaufnahme einen erneuten und 16 Patienten einen ersten Suizidversuch, 17 weitere Patienten wurden als suizidal eingeschätzt, so dass die Indexaufnahme bei 80% der Patienten mit einem Suizidversuch und/oder Suizidalität verbunden war. Bei 82% der Patienten wurde während der Indexbehandlung ein depressives

Syndrom diagnostiziert, während Psychosen und Demenzerkrankungen nur eine geringe Rolle spielten.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung lebten noch 46 Patienten. Ein Patient war während der stationären Behandlung an einem Suizid verstorben. Vier Patienten (7%), die bereits aufgrund eines Suizidversuchs zur Indexaufnahme gekommen waren, hatten innerhalb von 13 Monaten nach der Entlassung einen Suizid begangen, fünf Patienten (9%) waren eines natürlichen Todes gestorben. Von den 46 Patienten verweigerten die Hälfte die Teilnahme an der Nachuntersuchung („Verweigerer“), so dass 23 Patienten untersucht werden konnten („interviewte Patienten“).

61% der interviewten Patienten hatten aufgrund der Ergebnisse der Selbstbeurteilungs-Skalen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine Depression. Todeswünsche und Suizidgedanken hatten mit erfolgreich behandelter Depression abgenommen. Nur 7% der interviewten nicht depressiven Patienten äußerten noch Suizidgedanken.

Von erneuten Suizidversuchen wurde insgesamt nur in einem Fall berichtet.

Bei 72% der 46 überlebenden Patienten war eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten. Dabei zeigte sich eine Tendenz zum günstigen Verlauf mit zunehmender Katamnesedauer. Den Krankheitsverlauf beeinflussende Variablen fanden sich nicht.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Mehrheit älterer Menschen mit einer depressiv-suizidalen Symptomatik von einer stationär psychiatrischen Behandlung profitierte. Versorgungslücken zeigten sich in der ambulanten Nachbetreuung. Ein hohes Suizidrisiko blieb bei Patienten mit einer persistierenden depressiven Symptomatik bestehen, die im Vorfeld der Behandlung einen Suizidversuch unternommen hatten.

1.2 Summary

Suicidality in elderly people with depression - a follow-up study on former psychiatric in-patients

Suicide rates increase with increasing age in all industrial countries. In 2002 41% of suicides in the Federal Republic of Germany were committed by persons aged 60 years and over. This study included 56 elderly former psychiatric in-patients (60 years and older), who had been suicidal at admission and/or who had attempted suicide at least once (prior to admission and/or in their previous psychiatric history and/or during the index treatment). The aim of the study was to find out to what extent psychiatric treatment led to an ongoing improvement of the patients' mental health and to a reduction of suicidal behaviour. The patients were assessed on demographic data, data of their past psychiatric history and of index treatment. After a mean interval of 18 months the patients were followed up in terms of their out-patient care after discharge, of further suicidal behaviour and suicidal ideation, as well as mortality and psychiatric morbidity. In addition to a semi-structured interview the follow-up included a mental state examination (Mini-Mental-Status-Test), a rating scale (Clinical Global Impressions) and four self-rating scales (Beschwerden-Liste, Befindlichkeits-Skala, Self-Rating Depression Scale, SF-12). Those patients who refused to participate were contacted by telephone to assess the severity of their psychiatric disorder according to the Clinical Global Impressions.

The majority of the patients was female (71%), widowed (41%) and under the age of 70 (64%). A previous psychiatric history was more common in the age group under 70 years, occurring in 81%, compared with 60% occurrence in patients aged over 70.

Patients under the age of 70 were significantly younger at the manifestation of their psychiatric problems (mean age 48 years) than the patients aged over 70 (mean age 72 years). 52% of the sample had a history of attempted suicide. 12 patients attempted suicide repeatedly prior to the index admission and 16 patients made a first attempt, 17 additional patients were assessed to be suicidal, so that 80% of the sample were suicidal at admission and/or had attempted suicide prior to admission. The most common diagnosis was depression (82%), but very few suffered from a psychotic disorder or dementia.

At follow-up 46 patients were known to be alive. One patient had taken his life during index treatment. Four patients (7%) who had already been admitted after a suicide attempt had committed suicide within 13 months after having been discharged. Five patients (9%) had

died from natural causes. Half of the 46 patients refused a follow-up examination („refuser“), 23 patients participated („interviewed patients“).

At follow-up the self-rating scores of 61% of the interviewed patients did not indicate depression. The wish to die and suicidal thoughts had decreased after a successful treatment of the underlying depression. Only 7% of the interviewed patients without depression thought about taking their lives.

A further suicide attempt was reported in only one case.

72% of the 46 surviving patients showed an improvement of their mental health. With an increasing length of the follow-up period there was a tendency to an improved outcome. No variables influencing the outcome were found.

The study showed that the majority of elderly suicidal persons with depression could benefit from an in-patient psychiatric treatment. The aftercare proved to be insufficient.

Patients with persistent depression who had attempted suicide prior to the index admission were particularly at risk of completing suicide.

2 EINLEITUNG

Mit dem weltweit zu beobachtenden Prozess des demographischen Alterns werden die Geriatrie und Gerontopsychiatrie einen wachsenden Stellenwert in der Medizin einnehmen. Ein spezielles Problem, mit dem die Gerontopsychiatrie zunehmend konfrontiert sein wird, ist die Suizidalität älterer Menschen. Zahlen aus der Suizidstatistik können das erhöhte Suizidrisiko älterer und alter Menschen vielfach belegen. Während im Jahr 2002 die Suizidrate (d.h. die Zahl der Suizide je 100.000 Einwohner) der deutschen Gesamtbevölkerung 13,5 betrug, war die für die über 59-jährige Bevölkerung errechnete Suizidrate mit 22,7 erheblich höher (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004). Dazu trugen vor allem die Männer bei. Ihre Rate betrug in der Altersgruppe ab 60 Jahre 35,2, die der gleichaltrigen Frauen 13,6. Nach dem 70. Lebensjahr gab es bei den Männern einen drastischen Anstieg, der seinen Höhepunkt mit einer Rate von 105,1 bei den 85- bis unter 90-Jährigen erreichte. Auf insgesamt niedrigerem Niveau kam es auch bei den Frauen mit dem 70. Lebensjahr zu einem deutlichen Anstieg der Suizidrate, ebenfalls mit einem Maximum von 26,3 zwischen dem 85. und 90. Lebensjahr. Von insgesamt 256 verübten Selbstmorden in Hamburg im selben Jahr wurden 108 Suizide (=42%) von Personen, die 60 Jahre und älter waren, begangen (STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN 2004).

Muss man bei den statistischen Angaben zur Suizidhäufigkeit alter Menschen aufgrund des in höheren Altersgruppen vermuteten zunehmenden Auftretens indirekter selbstdestruktiver Verhaltensweisen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen (SCHMIDTKE u. WEINACKER 1991), so ist die Erfassung von Suizidversuchen noch schwieriger. Es hat sich allerdings gezeigt, dass die geschätzten Suizidversuchsrate im Gegensatz zu den Suizidziffern mit zunehmendem Alter abfallen, ein Beleg für die größere Ernsthaftigkeit der Suizidabsicht im Alter, die sich auch an der im Alter zunehmenden Gefährlichkeit der Suizidmethoden zeigt (SCHMIDTKE et al. 1988).

Es herrscht weitgehend die Auffassung, dass sich die demographischen und klinischen Faktoren des Suizidversuchs und des Suizids älterer Menschen mehr ähneln als in jüngeren Altersgruppen (MERRILL u. OWENS 1990), und dass geriatrische Suizidversuche möglicherweise eine eigene, dem Suizid näher als dem Suizidversuch stehende Entität darstellen (HABERHAUER u. FRIES 1993). Damit kommt dem Suizidversuch als

bekanntem Risikofaktor für den Suizid in allen Altersgruppen bei älteren Menschen eine besondere Bedeutung zu.

Zwischen der großen Relevanz, die das Thema Suizidalität im Alter für die Suizidforschung hat, und der Beachtung dieses Problembereiches in der Literatur besteht bislang eine große Diskrepanz. Bei der Literaturrecherche zur Alterssuizidalität finden sich vorwiegend Arbeiten zu epidemiologischen und soziodemographischen Aspekten, zur Risiko- und Ursachenforschung sowie Analysen erfolgter Suizidhandlungen. Sicherlich als Ergebnis der in der Vergangenheit üblichen Einstellung, präventive und therapeutische Hilfen im Alter seien nutzlos oder gar kontraindiziert (ERLEMEIER 1988) finden Maßnahmen zur Prävention, die neben der Verhütung von Suizidhandlungen auch die Hilfe in einer suizidalen Krise und die Behandlung und längerfristige Nachbetreuung nach einem Suizidversuch einschließen, wenig Berücksichtigung. Für den Bereich der tertiären Prävention nach Suizidversuch im Alter fordert ERLEMEIER (1992) katamnestische Studien, um die Schicksale älterer und alter Suizidpatienten verfolgen zu können und gezielte Untersuchungen zur Überprüfung von Therapie- und Nachsorgemaßnahmen. Bislang beschäftigten sich nur wenige Untersuchungen mit dem Schicksal älterer und alter Menschen nach einem erfolgten Suizidversuch. Neben den oft zitierten Arbeiten von KREITMAN (1976) und PIERCE (1987) sind folgende jüngere Untersuchungen zu nennen: NOWERS (1993) und CHIU et al. (1996) untersuchten die Wiederholungsrate von Suizidversuchen sowie die Zahl vollendeter Suizide bei über 65-jährigen Suizid-Patienten. In der Studie von HEPPLÉ u. QUINTON (1997) wurden über 65-jährige Patienten, die nach einem Suizidversuch an ein Allgemeines Krankenhaus überwiesen worden waren, insbesondere hinsichtlich ihrer psychiatrischen und physischen Morbidität und Mortalität nachuntersucht. Im Rahmen der WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour interviewten DE LEO et al. (2002) ältere Menschen ein Jahr nach einem Suizidversuch mit dem Ziel, Risikofaktoren für eine Wiederholung des Suizidversuchs oder für einen Suizid zu finden. Therapiemaßnahmen und ihre Effekte waren in den genannten Arbeiten nicht Untersuchungsgegenstand, zumal nur ein Teil der Patienten nach der dem Suizidversuch unmittelbar folgenden Versorgung psychiatrisch behandelt worden war.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit standen 56 ehemalige Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme mindestens 60 Jahre alt waren, mit einer suizidalen

Symptomatik zur Aufnahme gekommen waren und/oder bereits mindestens einen Suizidversuch durchgeführt hatten und mehrheitlich an einer depressiven Störung litten.

Neben den demographischen Daten dieser Patienten, ihrer Krankheitsvorgeschichte und Angaben zu Diagnose und Therapie während des stationären Aufenthaltes beschäftigte sich die Untersuchung mit dem Schicksal der Patienten nach Entlassung aus der stationären Behandlung hinsichtlich folgender Fragestellungen:

- wie war die ambulante psychiatrische/psychosoziale Betreuung?
- wie war der Verlauf der psychiatrischen Erkrankung?
- kam es zu erneuten Suizidversuchen, bestanden noch Suizidgedanken?
- wie viele Patienten verstarben im Katamnesezeitraum, welches waren die Todesursachen?

Dahinter stand die Frage, inwieweit die Therapie zu einer längerfristigen Verbesserung der psychischen Situation dieser Patienten und zu einer Verminderung suizidaler Handlungen geführt hat.

3 **METHODIK**

3.1 **Auswahl der Patienten - Ein- und Ausschlußkriterien**

Mit Hilfe der rechnergestützten Basisdokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf wurden zunächst alle ehemaligen Patientinnen und Patienten (zur Vereinfachung im folgenden als „Patienten“ bezeichnet) erfaßt, die folgende Kriterien erfüllten:

- stationäre oder teilstationäre Behandlung in den Jahren 1996-1998 (Aufenthaltsdauer mindestens 5 Tage)
- Alter bei (teil-)stationärem Aufenthalt: 60 Jahre und älter
- Suizidversuch(e) in der Anamnese
und/oder
Suizidversuch innerhalb von 8 Tagen vor der Aufnahme
und/oder
Suizidalität bei Aufnahme
und/oder
Suizidversuch während der stationären Behandlung

Folgende Patienten wurden ausgeschlossen:

- Patienten mit der Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit
- Patienten, bei denen im Bezugszeitraum 1996-1998 keine Suizidalität bestanden hatte, wurden ausgeschlossen, wenn ein Suizidversuch mehr als 15 Jahre zurücklag oder der Zeitpunkt eines vorangegangenen Suizidversuchs unklar war und ...
 - sie nicht an einer depressiven Erkrankung litten
oder
 - sie bereits öfter als zwanzig Mal stationär psychiatrisch behandelt worden waren.

Nach Berücksichtigung oben genannter Ein- und Ausschlußkriterien konnten zunächst 65 Patienten in die Untersuchung einbezogen werden.

3.2 Indexaufenthalt, Untersuchungszeitraum und Katamneseintervall

Der stationäre Aufenthalt, auf den in der Untersuchung Bezug genommen wurde, wurde als Indexaufenthalt bezeichnet. Der größte Teil der untersuchten Patienten wurde in dem der Untersuchung zugrunde liegenden Behandlungszeitraum vom 1.1.1996 bis 31.12.1998 ein Mal stationär behandelt. In denjenigen Fällen, in denen es zu mehr als einer stationären Behandlung gekommen war, wurde jeweils der letzte Aufenthalt bzw. der letzte mit einem Suizidversuch oder Suizidalität in Zusammenhang stehende Aufenthalt betrachtet. Dabei handelte es sich in einigen Fällen um einen teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik, dem bereits ein vollstationärer Aufenthalt vorausgegangen war.

Die Nachuntersuchung der Patienten wurde im Untersuchungszeitraum von Oktober 1998 bis Juni 1999 durchgeführt.

Das Katamneseintervall als der Zeitraum zwischen Entlassung aus der Indexbehandlung und Nachuntersuchung bzw. Todesdatum bei den später verstorbenen Patienten betrug zwischen 4 und 32 Monaten bei einer mittleren Katamnesezeitdauer von 18,4 Monaten.

3.3 Praktische Durchführung der Untersuchung

3.3.1 Kontaktaufnahme mit den Patienten

In einem kurzen Anschreiben wurde den Patienten mitgeteilt, daß die Klinik erfahren möchte, ob der stationäre Aufenthalt für sie hilfreich gewesen ist und wie es ihnen jetzt geht. Die Patienten wurden gebeten, auf einem beiliegenden frankierten Rückantwortschreiben ihr Einverständnis für ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin der Klinik zu geben. Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz wurden ausdrücklich zugesichert.

In dem Schreiben wurde angekündigt, dass das Gespräch entsprechend dem Wunsch der Patienten in der Klinik oder bei ihnen zu Hause stattfinden kann und sich die Klinik zur diesbezüglichen Klärung telefonisch melden wird.

Es wurde versucht, mit allen Patienten, die auf das Anschreiben nicht reagiert hatten bzw. von dem Anschreiben nicht erreicht worden waren, telefonisch Kontakt aufzunehmen, um sie doch für die Teilnahme an der Untersuchung zu gewinnen oder zumindest in einem

Telefongespräch etwas über ihr weiteres Schicksal nach der Entlassung aus der Indexbehandlung zu erfahren. Während in wenigen Fällen auf diese Weise noch ein Besuchstermin vereinbart wurde, konnte in der Mehrzahl der Fälle mit den Patienten selbst oder Angehörigen ein Gespräch geführt werden, das eine Einschätzung des aktuellen Befindens der Patienten zuließ, oder in dem über den zwischenzeitlich eingetretenen Tod des Patienten berichtet wurde.

3.3.2 Nachuntersuchung der Patienten

Alle Patienten, über deren Schicksal nach Entlassung aus der Indexbehandlung Informationen gewonnen werden konnten, wurden in die Untersuchung einbezogen. Dabei sind drei Gruppen zu unterscheiden:

Interviewte Patienten:

Bei dieser Gruppe handelte es sich um die zur Teilnahme an der Untersuchung bereiten Patienten. Bestandteile der Untersuchung waren ein Testverfahren, vier Selbstbeurteilungs-Skalen, eine Fremdbeurteilungs-Skala sowie ein halbstandardisiertes Interview. Alle Patienten entsprachen der Bitte, bereits vor dem Besuchstermin die Selbstbeurteilungsbögen auszufüllen, die ihnen per Post zugeschickt wurden. Im Rahmen der telefonischen Terminvereinbarung wurde der Zweck der Tests erläutert und für eventuelle Rückfragen die Telefonnummer der Untersucherin angegeben.

Nur eine Patientin hatte den Wunsch, in die Klinik zu kommen, alle übrigen Patienten bevorzugten einen Hausbesuch. Die durchschnittlich zwischen einer und zwei Stunden dauernden Besuche konnten aufgrund der Vorarbeit der Patienten für das Interview und das Testverfahren genutzt werden. Die zum Teil offenen Fragen des Interviews führten in der Mehrzahl der Fälle zu längeren, über die Fragestellung hinausgehenden Gesprächen.

Verweigerer:

Alle zum Untersuchungszeitpunkt noch lebenden Patienten, die nicht der Teilnahme an der Untersuchung zustimmten, fanden in der Untersuchung als „Verweigerer“ Berücksichtigung. In Telefongesprächen konnten entweder von den Patienten persönlich oder von Angehörigen Auskünfte zum Verlauf nach Entlassung aus der stationären Behandlung sowie zum derzeitigen Befinden erhalten werden. Anhand dieser Informationen konnte eine Einschätzung des Schweregrades der Krankheit zum Untersuchungszeitpunkt

vorgenommen und mittels der Fremdbeurteilungs-Skala „Clinical Global Impressions“ ausgewertet werden.

Verstorbene Patienten:

Die dritte Gruppe der Untersuchung bildeten die während der stationären Behandlung und im Katamnesezeitraum verstorbenen Patienten. Informationen über ihr Schicksal nach Entlassung aus der Indexbehandlung sowie über Todesursachen oder nähere Umstände eines Suizids konnten in einigen Fällen in sehr unterschiedlicher Ausführlichkeit von Angehörigen gewonnen werden. In allen Fällen war zumindest zu ermitteln, ob es sich um einen Suizid handelte.

3.4 Erhebungsinstrumente

3.4.1 Erfassung der Basisdaten aus Krankenakten

Die demographischen Daten, die in der Untersuchung ausgewerteten Informationen zur Krankheitsvorgeschichte sowie die Angaben zur Indexbehandlung wurden den Krankenakten der Patienten entnommen. Hilfreich war dabei die für jeden Patienten vorliegende Basisdokumentation, mit deren Daten die Angaben aus Krankengeschichten, Befunden und Epikrisen ergänzt und vervollständigt werden konnten.

3.4.2 Testverfahren im Rahmen der Nachuntersuchung

3.4.2.1 Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Bei dem von FOLSTEIN et al. (1975) entwickelten und in deutscher Bearbeitung vorliegenden Mini-Mental-Status-Test (FOLSTEIN et al. 1990) handelt es sich um ein Testverfahren zur Erfassung und Einschätzung des Schweregrades kognitiver Beeinträchtigung. Mit Hilfe von 28 Items werden Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache untersucht.

Fragen und Anweisungen werden an den Patienten in offener Form gerichtet, die Durchführung des Tests beansprucht in der Regel nicht mehr als 5-10 Minuten, ist aber zeitlich nicht beschränkt.

Für die Bewertung der Testergebnisse liegt eine Klassifizierung nach TOMBAUGH und MCINTYRE (1992) vor:

24-30 Punkte: keine kognitive Beeinträchtigung

18-23 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung

0-17 Punkte: schwere kognitive Beeinträchtigung

Der Trennwert kognitiver Beeinträchtigung liegt somit bei 23 bzw. 24 Punkten.

3.4.2.2 Halbstandardisiertes Interview

Grundlage des halbstandardisierten Interviews (s. Anhang) war ein selbst erarbeiteter Fragebogen, in dem die Reihenfolge und Formulierung der zum Teil offenen Fragen festgelegt ist und der vier inhaltliche Schwerpunkte bildet:

1. Beurteilung der Indexbehandlung durch die Patienten

Die Patienten wurden gefragt, ob sie anhaltend oder vorübergehend von der Indexbehandlung profitiert haben und wurden gebeten, auf einer von „habe gar nicht profitiert“ (=0%) bis „habe sehr viel profitiert“ (=100%) reichenden visuellen Analogskala anzugeben, wie groß sie den Nutzen der Behandlung für sich einschätzen. Außerdem wurde nach einer Veränderung der psychischen Situation durch den stationären Aufenthalt gefragt.

2. Verlauf nach der Entlassung aus der Indexbehandlung

Die Patienten wurden zur ärztlichen Weiterbehandlung, zu erneuten stationär psychiatrischen Aufenthalten, zur Inanspruchnahme unterstützender Einrichtungen, zu Veränderungen von Lebensumständen, zu belastenden Lebensereignissen im Katamneseintervall, zu körperlichen Erkrankungen und zur aktuellen psychopharmakologischen Behandlung befragt.

3. Suizidalität im Katamneseintervall

Neben der Frage nach Suizidversuchen, die seit der Entlassung aus der Indexbehandlung stattgefunden hatten, wurden die Patienten zu Todeswünschen und Suizidgedanken befragt.

4. Subjektive Beurteilung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands

Die Patienten wurden gebeten, ihren psychischen und körperlichen Gesundheitszustand sowohl zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als auch rückblickend zum Zeitpunkt der

Entlassung aus der Indexbehandlung mit Hilfe von vier vorgegebenen Kategorien zu bewerten.

3.4.2.3 Befindlichkeits-Skala (Bf-S)

Die Befindlichkeits-Skala nach v. ZERSSEN (1976) ist eine Selbstbeurteilungs-Skala zur Erfassung der momentanen Befindlichkeit, die sich zur quantitativen Abschätzung der Depressivität eignet, jedoch nicht zur Diagnostik von Depressionszuständen verwendet werden kann (ZERSSEN 1973).

Die in zwei Parallelformen vorliegende, aber auch einzeln anwendbare Befindlichkeits-Skala (Bf-S und Bf-S') besteht aus 28 Items, die jeweils aus zwei Eigenschaftswörtern bestehen, die gegensätzliche Zustände der Befindlichkeit beschreiben. Der Proband wird gebeten, jeweils dasjenige Eigenschaftswort anzukreuzen, das seinem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Bei Unentschiedenheit besteht die Möglichkeit, sich für die Rubrik „weder-noch“ zu entscheiden.

Der Gesamt-Rohwert eines Bogens errechnet sich durch Addition der Punkte der 28 Items, die jeweils einen Wert zwischen 0 und 2 annehmen können. Somit beträgt der maximal zu erreichende Punktwert 56, der geringste 0. Der jeweils erreichte Punktwert gibt „die Position eines Probanden zwischen den Polen ausgesprochenen Wohlbefindens (Minimalwert) und hochgradigen Missbefindens (Maximalwert) an“ (ZERSSEN u. KOELLER 1976, S. 6).

Obwohl die Skala ursprünglich auf das Befindlichkeitsspektrum depressiver und manischer Patienten zugeschnitten wurde, deckt sie das ganze Spektrum sowohl normaler als auch pathologischer Befindlichkeitsschwankungen ab, wobei insbesondere stark erhöhte Testwerte eher auf eine krankhafte Störung hinweisen als sehr niedrige (ZERSSEN u. KOELLER 1976).

Zur Bewertung individueller Testwerte liegen im Manual für die Befindlichkeits-Skala (ZERRSEN u. KOELLER 1976) Testwert-Statistiken der Eichstichprobe, einer psychiatrischen Vergleichsgruppe sowie verschiedener psychiatrischer Patientengruppen bei Aufnahme und Entlassung vor. Zur Beurteilung der Testwertabweichungen von der Durchschnittsnorm stehen Normwerttabellen der Eichstichprobe zur Verfügung. So wird für den Stanine-Wert eine Einteilung vorgeschlagen, anhand derer die Testwerte Kategorien wie „fraglich erhöht“, „deutlich erhöht“ und „stark erhöht“ zugeordnet werden können. Von

anderen Autoren wie HEIMANN et al. (1975) und SCHWARZ u. STRIAN (1972) stammen Gliederungen in Punktwert-Klassen, denen eine bestimmte Stimmungslage zugeordnet wird.

3.4.2.4 Beschwerden-Liste (B-L)

Bei der Beschwerden-Liste nach v. ZERSSSEN (1976) handelt es sich ebenfalls um eine in zwei Parallelförmigkeiten (B-L und B-L') sowie einem Ergänzungsbogen (B-L°) vorliegende Selbstbeurteilungs-Skala, die „das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden“ (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996, S. 37) erfaßt und sowohl bei Gesunden als auch bei psychisch oder körperlich Kranken angewendet werden kann.

Der Proband muß für 24 vorgegebene Beschwerden entscheiden, in welchem Maße er sich davon betroffen fühlt, wofür ihm vier Antwortvorgaben (gar nicht, kaum, mäßig, stark) zur Verfügung stehen, die mit Punktzahlen von 0 bis 3 bewertet werden. Die Punktsomme dieser 24 Items dient als Gesamt-Rohwert (Beschwerden-Score), wobei seine Höhe den Grad subjektiver Beeinträchtigung beschreibt.

Zur Bewertung individueller Beschwerden-Scores liegen Vergleichswerte unterschiedlicher psychiatrischer Patientengruppen sowie körperlich erkrankter Patienten und einer Kontrollgruppe vor (ZERSSSEN 1981).

3.4.2.5 Self-Rating Depression Scale (SDS)

Die 1965 von Zung eingeführte und in deutscher Version vorliegende Selbstbeurteilungs-Skala (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996) ist ein Testinstrument zur Dokumentation und Quantifizierung depressiver Symptome und Beschwerden. Die Self-Rating Depression Scale kann diagnostische Hilfe leisten bei der Frage, ob eine depressive Störung vorliegt und eignet sich für Verlaufsbeschreibungen sowie für Wirksamkeitsprüfungen unterschiedlicher Behandlungen.

Der Proband soll entsprechend seiner Befindlichkeit in der Woche vor der Untersuchung für 20 bereits formulierte Aussagen, die typische depressive Symptome (krankheitsorientierte Behauptungen) und bei Depressiven oft gestörte Erlebnis- und Verhaltensweisen (gesundheitsorientierte Behauptungen) beschreiben, eine von vier möglichen

Antwortvorgaben ankreuzen. Aus der Summe der 20 Itembeantwortungen wird ein Index berechnet, der entsprechend einer von Zung vorgeschlagenen Einteilung der theoretisch möglichen Indices von 25-100 bewertet werden kann (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996). Danach sprechen SDS-Indices von 50 (Cuttoff Index Score) und darunter gegen das Vorliegen einer Depression. Wird die Skala bei älteren Menschen angewendet, empfiehlt Zung zur Minimierung falsch positiver Ergebnisse die Erhöhung des Cuttoff Score auf 60 (OKIMOTO et al. 1982).

Ferner liegen Vergleichswerte von Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen sowie von gesunden Probanden vor (ZUNG 1965).

3.4.2.6 SF-12

Der SF-12 ist eine Kurzversion des Short Form (SF)-36 Health Survey, bei dem es sich um ein aus dem angloamerikanischen Bereich stammendes Meßinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt. Die Autorinnen des Handbuches zur deutschen Version des SF-36 und SF-12 beschreiben ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘ als „ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das durch mindestens vier Komponenten zu operationalisieren ist: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten“ (BULLINGER u. KIRCHBERGER 1998, S. 7).

Der SF-36 und der SF-12 sind krankheitsübergreifende Testverfahren, die sowohl bei gesunden als auch bei erkrankten Populationen ab 14 Jahren ohne Altersbeschränkung nach oben angewendet werden können und sowohl in einer Version zur Selbstbeurteilung als auch zur Fremdbeurteilung sowie als Interviewform vorliegen. Außerdem kann zwischen einem vierwöchigen und einem einwöchigen Zeitfenster gewählt werden. In dieser Untersuchung wurde der SF-12 als Selbstbeurteilungsverfahren mit vierwöchigem Zeitbezug angewendet.

Während der SF-36 aus 36 Items besteht, die auf acht unterschiedliche Dimensionen der subjektiven Gesundheit beschreibende Subskalen aufgeteilt sind, ist der SF-12 auf 12 Items reduziert, die in zwei Summenskalen, der körperlichen und der psychischen, zusammengefaßt werden. Die Korrelation zwischen der körperlichen und der psychischen Summenskala soll definitionsgemäß sehr gering sein.

Für die Items des SF-12 sind Antwortalternativen vorgegeben, die vom Patienten entsprechend seines Erlebens angekreuzt werden müssen. Neben „ja – nein“ Antworten gibt es bis zu sechsstufige Antwortskalen.

Zur Auswertung wird zunächst fast allen Antwortkategorien (ausgenommen werden diejenigen Antwortkategorien, die jeweils den besten Gesundheitszustand beschreiben) eine sog. Indikator-Variable zugeordnet. Die angekreuzten Kategorien erhalten eine 1, die übrigen eine 0. Anschließend werden die Indikator-Variablen durch Multiplikation mit einem Regressionskoeffizienten aus der amerikanischen Normstichprobe gewichtet. Zur Berechnung der körperlichen Summenskala wird jede Indikator-Variable mit ihrem entsprechenden körperlichen Regressionskoeffizienten multipliziert, anschließend werden die Produkte addiert. Entsprechend wird zur Berechnung der psychischen Summenskala verfahren, wobei hier ebenfalls alle Indikator-Variablen mit den entsprechenden psychischen Regressionskoeffizienten multipliziert werden. Zur Standardisierung der Skalenwerte an der amerikanischen Normstichprobe wird in einem letzten Schritt zu beiden Skalen jeweils eine entsprechende Konstante addiert. Die so errechneten Werte stellen eine Quantifizierung der subjektiven Gesundheit der Befragten dar.

Zur Bewertung der Ergebnisse liegen Normdaten aus einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe aus dem Jahr 1994 vor (BULLINGER u. KIRCHBERGER 1998).

3.4.2.7 Clinical Global Impressions (CGI)

Die Clinical Global Impressions (CGI), eine vom National Institute of Mental Health erarbeitete Fremdbeurteilungs-Skala, dient der Einschätzung des Schweregrades einer seelischen Erkrankung, ihrer Veränderung sowie des Therapieeffektes.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutsche Version der Skala (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996) lediglich zur Beschreibung des „Schweregrades der Krankheit“ (Item 1) und zur „Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung“ (Item 2) herangezogen. Der „Wirksamkeits-Index“ (Item 3) zur Beurteilung der Veränderung, die nach der Einschätzung des Untersuchers allein auf die Wirkung der verabreichten Medikamente zurückzuführen ist, wurde nicht einbezogen.

Der „Schweregrad der Krankheit“ (Item 1) wurde retrospektiv für jeden Patienten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme anhand der Aufnahmebefunde sowie zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eingeschätzt. Dabei gibt die Skala 8 Antwortmöglichkeiten von „nicht

beurteilbar“ (0 Punkte) über „Patient ist überhaupt nicht krank“ (1 Punkt) bis „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“ (7 Punkte) vor. Zur „Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung“ (Item 2) stehen ebenfalls 8 Antwortrubriken von „nicht beurteilbar“ (0 Punkte), „Zustand ist sehr viel besser“ (1 Punkt) über „Zustand ist unverändert“ (4 Punkte) bis „Zustand ist sehr viel schlechter“ (7 Punkte) zur Verfügung.

Die Auswertung erfolgt für jedes Item getrennt. Da die Kategorie „nicht beurteilbar“ mit 0 Punkten nicht zur Anwendung kam, ergab sich für jeden Patienten jeweils ein Punktwert zwischen 1 und 7.

3.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS, einem Statistikprogramm für Personalcomputer.

Neben den Berechnungen von Mittelwerten und Standardabweichungen wurden für den Vergleich der Häufigkeiten von zwei alternativen Merkmalen Chi-Quadrat-Tests (Vierfelder-Test und Fisher's exakter Test) angewendet. Zum Nachweis von Zusammenhängen zwischen zwei ordinalskalierten Merkmalen (z.B. den Ergebnissen der angewendeten psychiatrischen Skalen) wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman ermittelt. Der Zusammenhang zwischen zwei metrisch skalierten Merkmalen wurde mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson geprüft. Mit dem t-Test erfolgte der Vergleich zweier unverbundener Stichproben mit einer quantitativen Variablen.

4 ERGEBNISSE

4.1 Ausgangskollektiv und Ausschöpfungsrate

Von 65 Patienten, die nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlußkriterien ausgewählt worden waren und die mit Ausnahme eines bereits während der Indexbehandlung verstorbenen Patienten angeschrieben wurden, konnten schließlich 56 Patienten in unterschiedlicher Weise in die Untersuchung einbezogen werden:

- 23 Patienten stimmten der Teilnahme an der Untersuchung zu, im Folgenden „interviewte Patienten“ genannt.
- 23 Patienten konnten oder wollten an der Untersuchung nicht teilnehmen und bildeten die bereits beschriebene Gruppe der „Verweigerer“. Darunter befanden sich 14 Patienten, mit denen zum Teil ausführliche telefonische Gespräche geführt werden konnten. In 9 Fällen war ein telefonisches Gespräch nur mit Angehörigen möglich, da die Patienten selbst ein Gespräch ablehnten (3 Fälle), nicht durch die Erinnerung an den stationären psychiatrischen Aufenthalt belastet werden sollten (3 Fälle) oder ein Gespräch aufgrund einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung nicht möglich war (3 Fälle).
- 9 Patienten waren inzwischen verstorben und bildeten zusammen mit einem bereits während der Indexbehandlung verstorbenen Patienten die Gruppe der „verstorbenen Patienten“. In 7 Fällen war es möglich, mit Angehörigen zu sprechen. In einem Fall wurde Kontakt mit einem Altenheim und in einem Fall mit einem ambulanten Pflegedienst aufgenommen.

Nach Ausschluß des während der Indexbehandlung verstorbenen Patienten wurden 55 Patienten in die Nachuntersuchung einbezogen.

Unterschiede der erhobenen Daten zur Demographie, Krankheitsvorgeschichte und Indexbehandlung zwischen den interviewten Patienten, Verweigerern und verstorbenen Patienten blieben unter dem Signifikanzniveau, so dass auf eine differenzierte Darstellung verzichtet wurde.

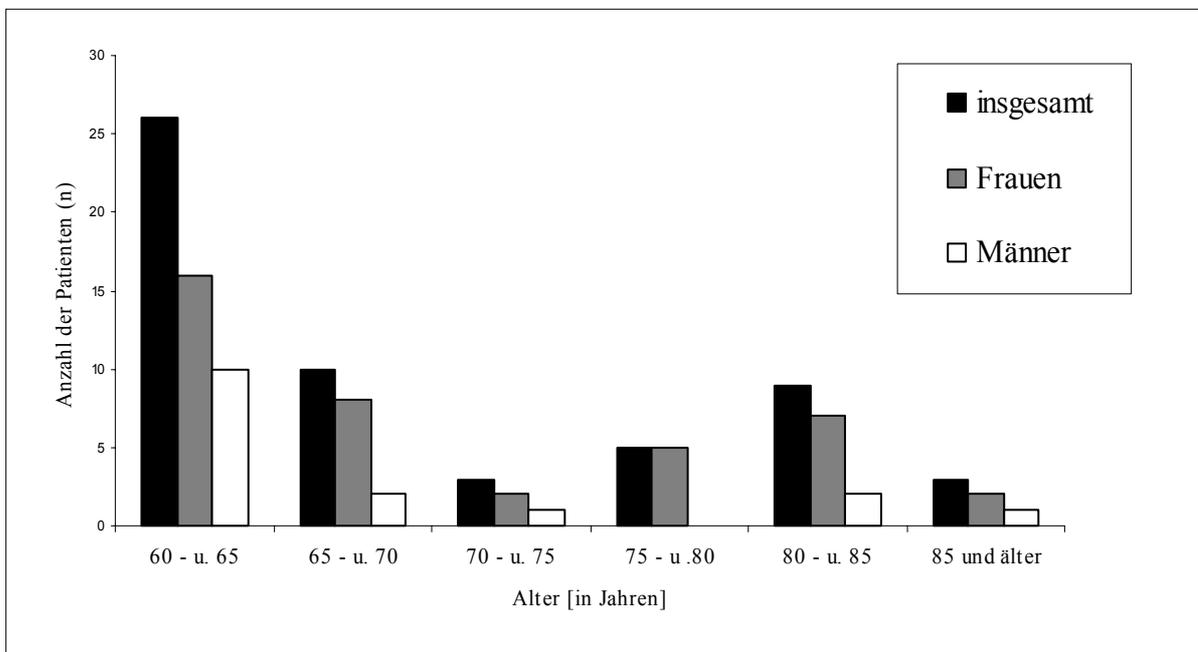
4.2 Demographische Daten

4.2.1 Geschlechts- und Altersverteilung

Die Altersspanne der insgesamt untersuchten Patienten zum Zeitpunkt der Indexaufnahme betrug 60 bis 96 Jahre bei einem Durchschnittsalter von $69,1 \pm 9,6$ Jahren. Die Frauen waren mit einem Durchschnittsalter von 69,9 Jahren etwas älter als die Männer (Durchschnittsalter 66,9 Jahre, Unterschied nicht signifikant).

Die 60 bis unter 65-jährigen Patienten stellten mit 46% (n=26) die größte Gruppe (Abb. 1). Die 70-Jährigen und Älteren nahmen zusammen einen Anteil von 36% (n= 20) ein. Diese Patienten werden im folgenden als die über 70-Jährigen bezeichnet, da keiner der Patienten 70 Jahre alt war.

71% (n=40) der Patienten der Untersuchung waren Frauen. Das Überwiegen der Frauen fand sich in allen Altersgruppen wieder. Nur 20% (n=4) der über 70-jährigen Patienten waren Männer. Der größte Männeranteil fand sich mit 38% (n=10) in der Gruppe der unter 65-jährigen Patienten.



4.2.2 Familienstand und Wohnsituation

Der größte Teil der untersuchten Patienten (66%, n=37) war zum Zeitpunkt der Indexaufnahme verwitwet, ledig, geschiedenen oder vom Ehepartner getrennt (Abb. 2).

Der Anteil der verheirateten und mit dem Ehepartner zusammenlebenden Patienten war unter den über 70-jährigen Patienten mit 15% (n=3) besonders gering, während 44% (n=16) der unter 70-Jährigen mit dem Ehepartner zusammen lebten.

Der größte Anteil verwitweter Patienten befand sich mit 60% unter den zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verstorbenen Patienten, nur eine Patientin (10%) war verheiratet.

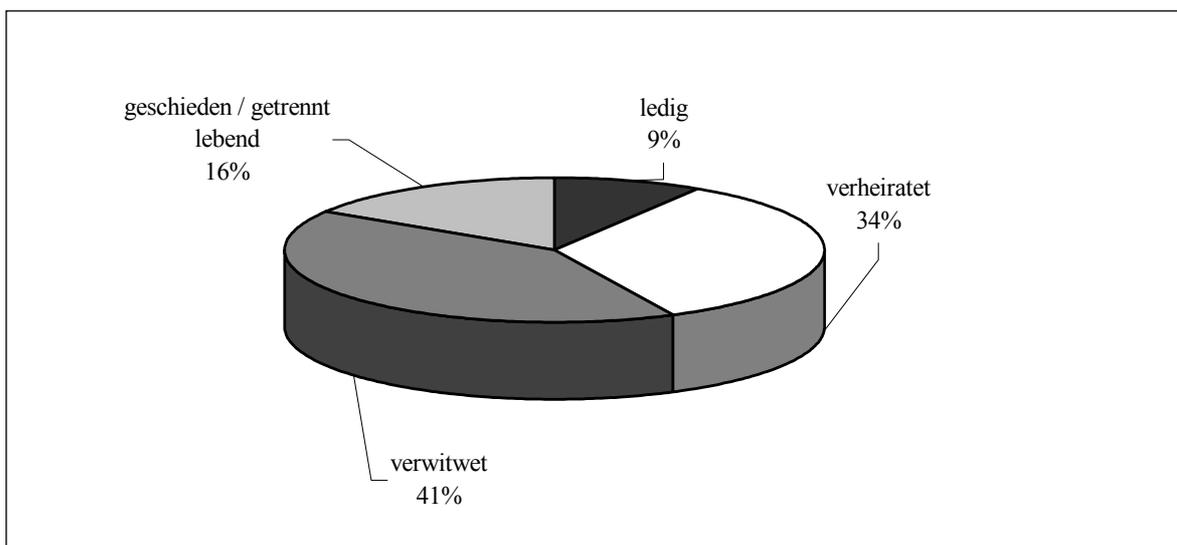


Abb. 2: Familienstand zum Zeitpunkt der Indexaufnahme (n = 56)

Der Familienstand der Patienten spiegelte sich in ihrer Wohnsituation wieder (Abb. 3). Die Mehrzahl der 31 alleinlebenden Patienten (55%) war über 70 Jahre alt (75%, n=15), in der Gruppe der unter 70-Jährigen waren es 44% (n=16).

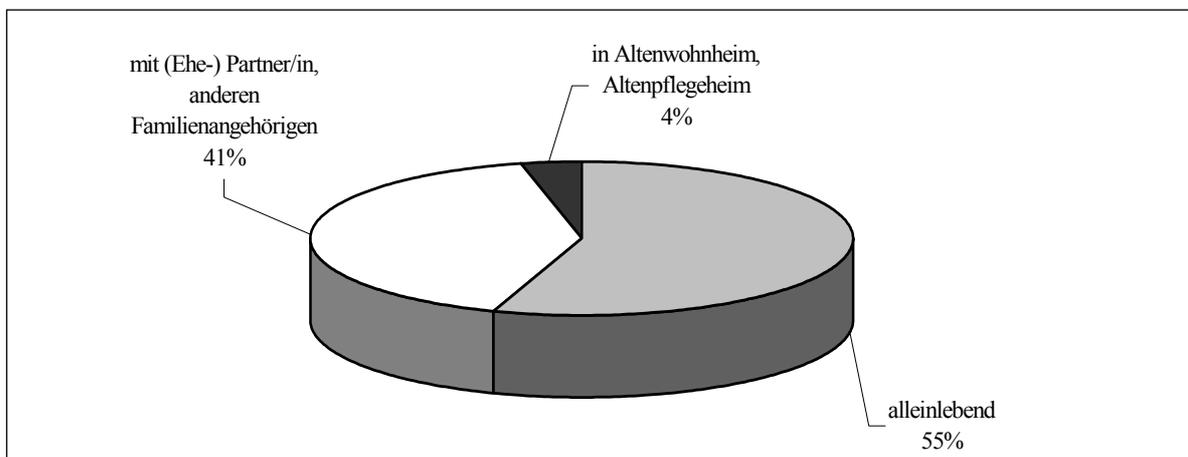


Abb. 3: Wohnsituation zum Zeitpunkt der Indexaufnahme (n = 56)

4.3 Krankheitsvorgeschichte

4.3.1 Psychiatrische Vorbehandlungen

73% (n=41) der untersuchten Patienten waren vor dem in der vorliegenden Untersuchung betrachteten Indexaufenthalt bereits in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen, 61% (n=34) sowohl stationär als auch ambulant (Abb. 4). Während 81% der unter 70-jährigen Patienten der Untersuchung vorbehandelt waren, betrug der Anteil vorbehandelter Patienten unter den über 70-Jährigen nur 60%.

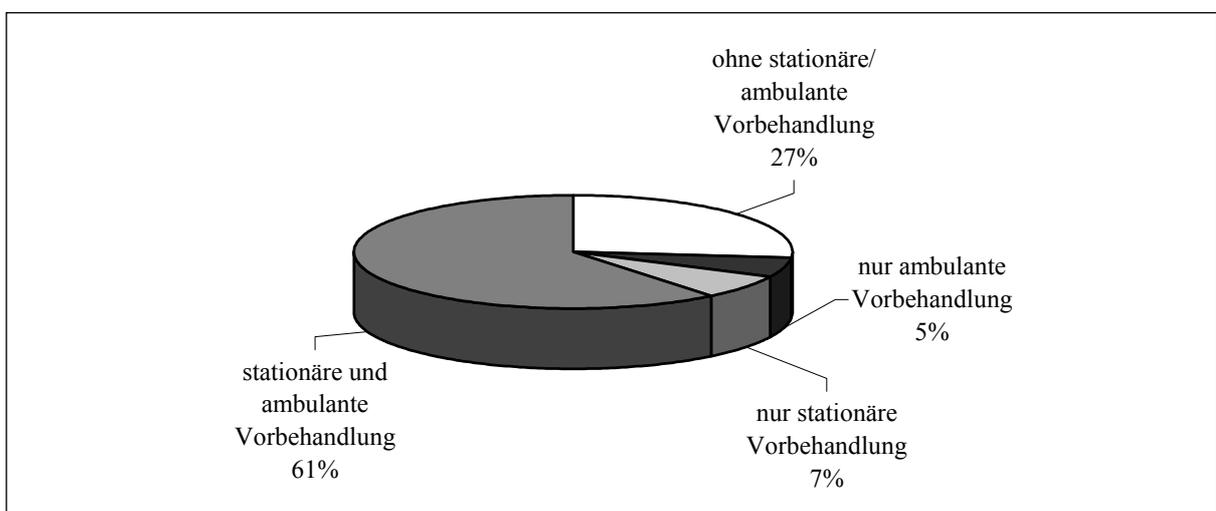


Abb. 4: Psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlungen zum Zeitpunkt der Indexaufnahme (n = 56)

Stationär vorbehandelt waren 68% (n=38) der Patienten, wobei es sich überwiegend um psychiatrische Behandlungen handelte. Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken waren bei neun Patienten erwähnt, eine Patientin war in einer psychotherapeutischen Klinik. 38% (n=21) der insgesamt untersuchten Patienten konnten bereits auf mehr als zwei psychiatrisch stationäre Voraufenthalte zurückblicken (Tab. 1).

Bei 13 der 38 stationär vorbehandelten Patienten lag der letzte stationäre Aufenthalt weniger als ein Jahr zurück. Darunter waren sechs Patienten, die vor weniger als einem Monat zum letzten Mal stationär behandelt worden waren.

Stationäre Vorbehandlungen	Patienten insgesamt (n=56)
Keine	18 (32%)
1	11 (20%)
2	6 (11%)
3 – 5	11 (20%)
Mehr als 5	10 (18%)

Tab. 1: Anzahl der stationär psychiatrischen Vorbehandlungen (n = 56)

66% (n=37) der Patienten (34 der 38 stationär vorbehandelten und 3 weitere Patienten ohne stationären Voraufenthalt) waren bereits in ambulanter psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Nicht berücksichtigt sind psychopharmakologische Behandlungen durch Hausärzte. Über Dauer und Regelmäßigkeit der ambulanten Behandlungen liegen in den meisten Fällen keine Angaben vor. Bei 29 der 37 ambulant vorbehandelten Patienten dauerte die Behandlung bis zum Zeitpunkt der Indexaufnahme an. Angaben zu ambulanten psychotherapeutischen, mehrheitlich gesprächstherapeutischen Behandlungen fanden sich bei 13 Patienten.

4.3.2 Psychiatrische Vorerkrankungen

Bei 70% (n=39) der untersuchten Patienten war vor der Indexbehandlung bereits eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden. Bei 38 Patienten (97% der vordiagnostizierten, 68% aller Patienten) handelte es sich um ein depressives Syndrom, in fünf Fällen im Rahmen einer bipolar affektiven und in vier Fällen im Rahmen einer schizoaffektiven Störung. Da die Diagnosen in vielen Fällen vor Erscheinen und Gebrauch der ICD-10 gestellt worden waren, werden sie in Abb. 5 zusammenfassend in Störungen und Syndrome eingeteilt.

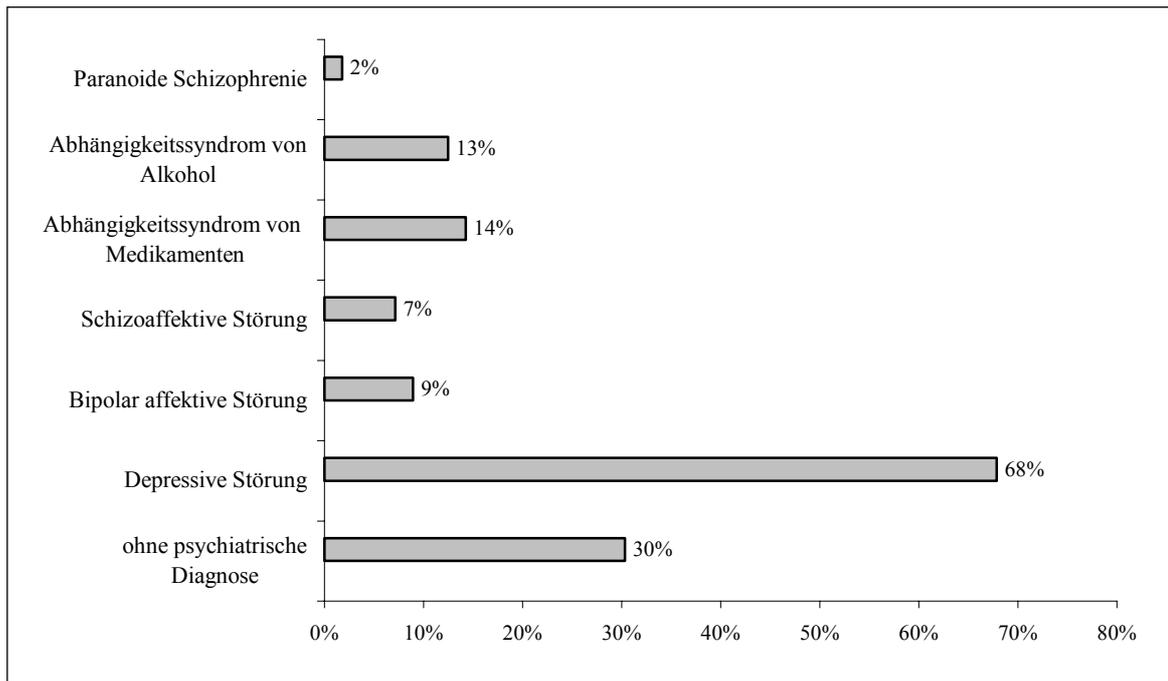


Abb. 5: Diagnostizierte Erkrankungen vor dem Indexaufenthalt (n = 56, Mehrfachnennungen möglich)

4.3.3 Suizidversuche in der Vorgeschichte

52% (n=29) der Patienten hatten in der Vorgeschichte schon mindestens einen Suizidversuch durchgeführt. Bei 10 Patienten waren es zwei, bei einer Patientin drei Suizidversuche.

12 Patienten unternahmen in einem Zeitraum von 8 Tagen vor der Indexaufnahme einen erneuten und 16 weitere Patienten einen ersten Suizidversuch, so dass zum Zeitpunkt der Indexaufnahme 80% (n=45) der Patienten mindestens einen Suizidversuch durchgeführt hatten. Bei 14 Patienten waren es zwei und bei 5 Patienten bereits drei Suizidversuche.

Die 17 Patienten, deren letzter Suizidversuch nicht im Vorfeld der Indexaufnahme stattgefunden hatte, hatten mehrheitlich entweder in einem Zeitraum von einem Jahr vor der Indexaufnahme (6 Fälle) oder bereits vor mehr als 15 Jahren (8 Fälle) den letzten Suizidversuch unternommen (Abb. 6).

25 Patienten (45%) waren zum Zeitpunkt ihres ersten Suizidversuches mindestens 60 Jahre alt.

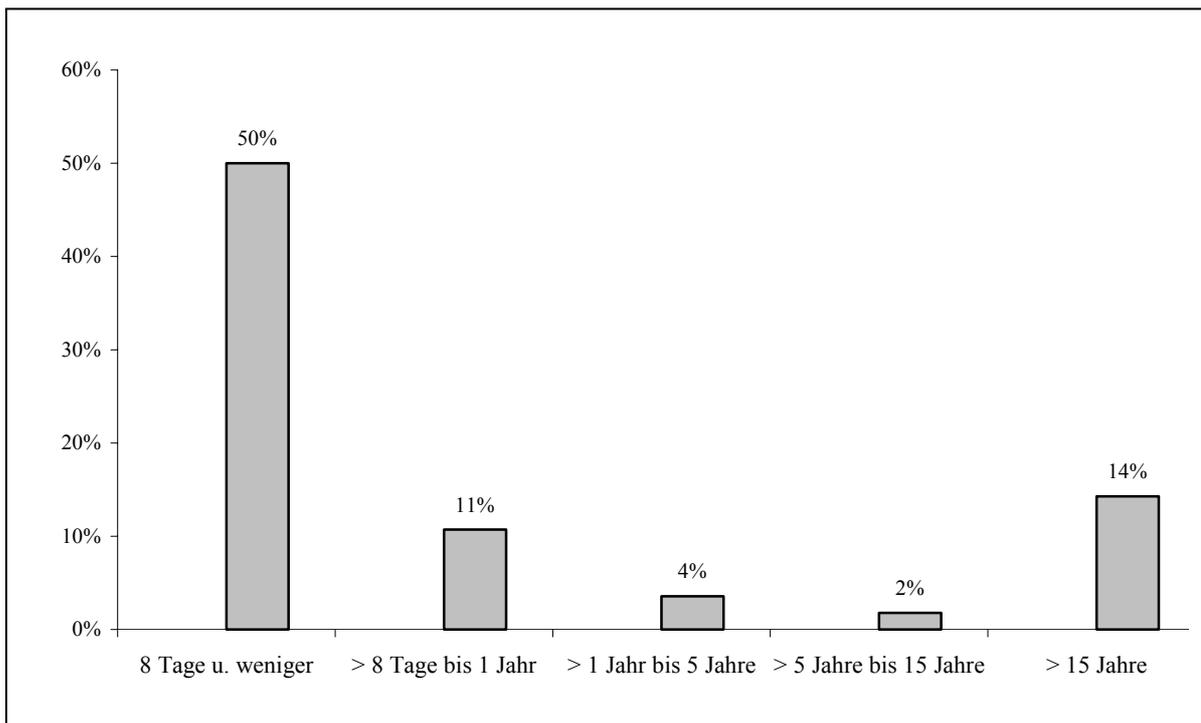


Abb. 6: Zeitraum zwischen letztem Suizidversuch und Indexbehandlung (n = 56)

4.3.4 Krankheitsbeginn

Aussagen zum Krankheitsbeginn stützten sich entweder auf Angaben über erstmalige stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlungen oder auf Angaben zu erstmaligem Auftreten von Symptomen einer psychischen Erkrankung. Ob es sich dabei um den Beginn der zur Indexbehandlung führenden Erkrankung handelte, war retrospektiv schwer zu beurteilen.

Bei 12 Patienten (21%) hatten sich erste Symptome oder Auffälligkeiten vor weniger als einem halben Jahr vor der Indexaufnahme, die nach einem Suizidversuch und/oder aufgrund von Suizidalität erfolgte, gezeigt (Abb. 7).

Bei 50% (n=28) der insgesamt untersuchten Patienten lag der Krankheitsbeginn allerdings bereits 10 Jahre und länger zurück, bei 32% (n=18) waren es sogar 20 Jahre und mehr.

Zwischen Krankheitsbeginn und Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Indexaufnahme bestand ein signifikanter gegensinniger Zusammenhang ($r = -0,332$, $p < 0,05$). Das heißt, dass die älteren Patienten auf eine eher kürzere Krankheitsgeschichte zurückblickten. Während 58% der unter 70-jährigen Patienten vor 10 Jahren und mehr erkrankten, waren es unter den über 70-Jährigen nur 35%. Bei ebenfalls 35% der über 70-Jährigen, aber nur bei

14% der unter 70-jährigen Patienten lag der Krankheitsbeginn erst weniger als ein halbes Jahr zurück.

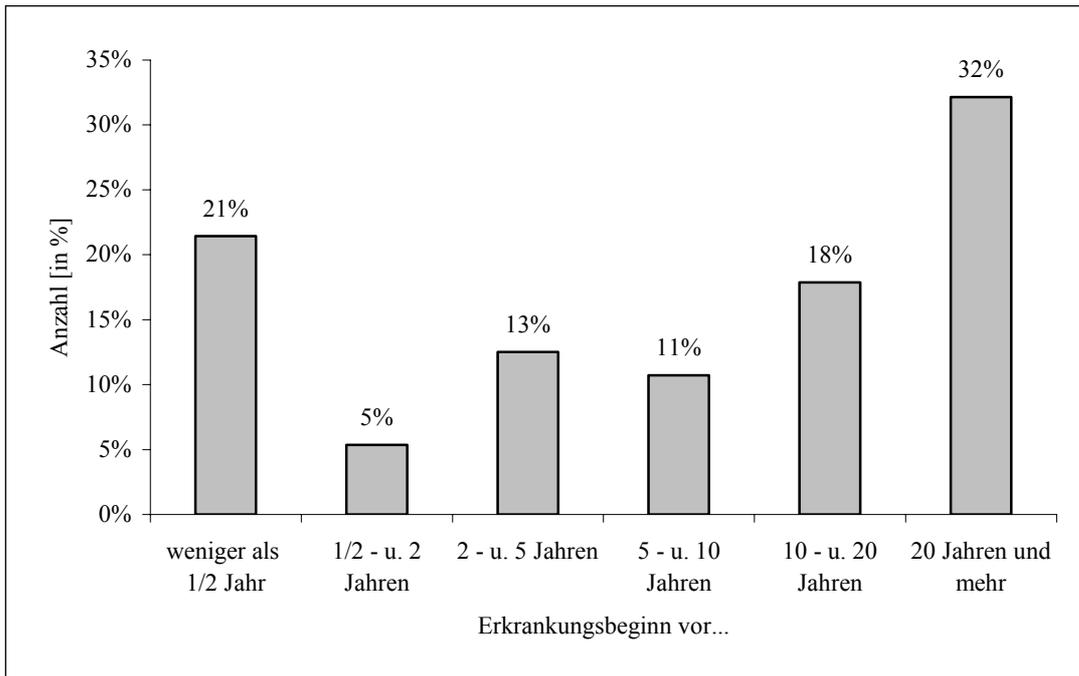


Abb. 7: Erkrankungsbeginn (n = 56)

Das Alter bei Krankheitsbeginn verdeutlichte ebenfalls die unterschiedliche Länge der Krankheitsgeschichte bei den jüngeren und älteren Patienten. Zwischen Alter bei Krankheitsbeginn und bei Indexaufnahme zeigte sich ein starker gleichsinniger Zusammenhang ($r = 0,768$, $p < 0,01$). Während die unter 70-jährigen Patienten der Untersuchung mit einem durchschnittlichen Alter von 47,8 Jahren erstmals erkrankten, waren die über 70-Jährigen bereits durchschnittlich 72,2 Jahre alt. Erkrankten 59% aller Patienten vor ihrem 60. Lebensjahr (Abb. 8), so waren es nur 25% der über 70-Jährigen, aber 78% der unter 70-jährigen Patienten.

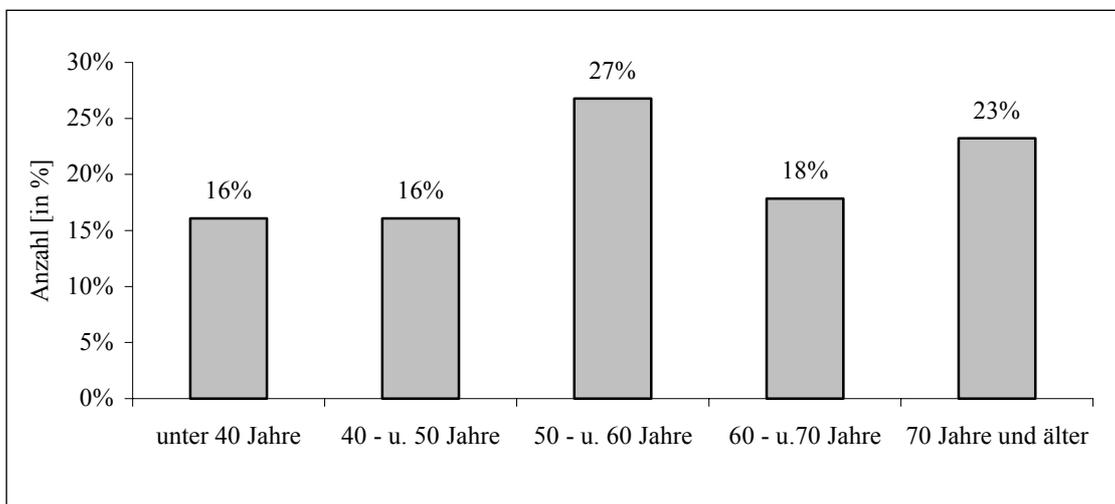


Abb. 8: Alter bei Erkrankungsbeginn (n = 56)

4.3.5 Psychopharmakologische Vorbehandlung

62% (n=35) der insgesamt untersuchten Patienten wurden bis zur Indexaufnahme psychopharmakologisch behandelt. Darunter befanden sich 6 Patienten, die nicht in psychiatrischer Behandlung waren, aber im Rahmen ihrer hausärztlichen Behandlung Hypnotika und/oder Anxiolytika erhielten. Bei 43% (n=15) der psychopharmakologisch vorbehandelten Patienten handelte es sich um eine Monotherapie, die übrigen Patienten erhielten Medikamente aus mindestens zwei Psychopharmaka-Gruppen. Eine Übersicht über die Verordnungshäufigkeiten der einzelnen Gruppen gibt Abb. 9.

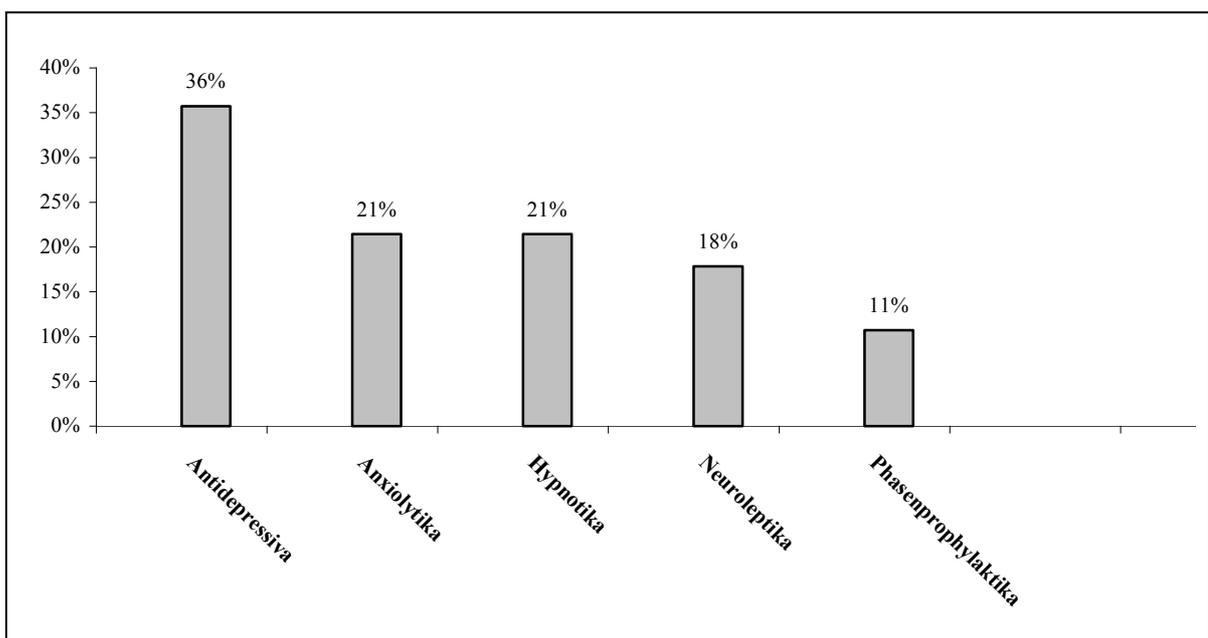


Abb. 9: Psychopharmakologische Vorbehandlung (n = 56, Mehrfachnennungen möglich)

4.4 Die Indexbehandlung

4.4.1 Anlaß der Indexaufnahme

15 der 28 Patienten, die im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch durchgeführt hatten, wurden auch noch zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als suizidal eingeschätzt. Bei 17 weiteren Patienten wurde ebenfalls Suizidalität diagnostiziert, so dass die Indexaufnahme bei 80% (n=45) der Patienten mit einem Suizidversuch und/oder Suizidalität verbunden war. Diejenigen Patienten, deren Indexaufnahme nicht mit einem Suizidversuch oder Suizidalität in Zusammenhang stand (n=11, 20%), kamen aufgrund einer depressiven Symptomatik zur Aufnahme und hatten in der Vergangenheit bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Bei 86% (n=48) der Patienten wurde eine depressive Symptomatik beschrieben. Fünf Patienten zeigten zusätzlich und drei Patienten ausschließlich psychotische Symptome, vier Patienten litten an einer Demenz (Abb. 10).

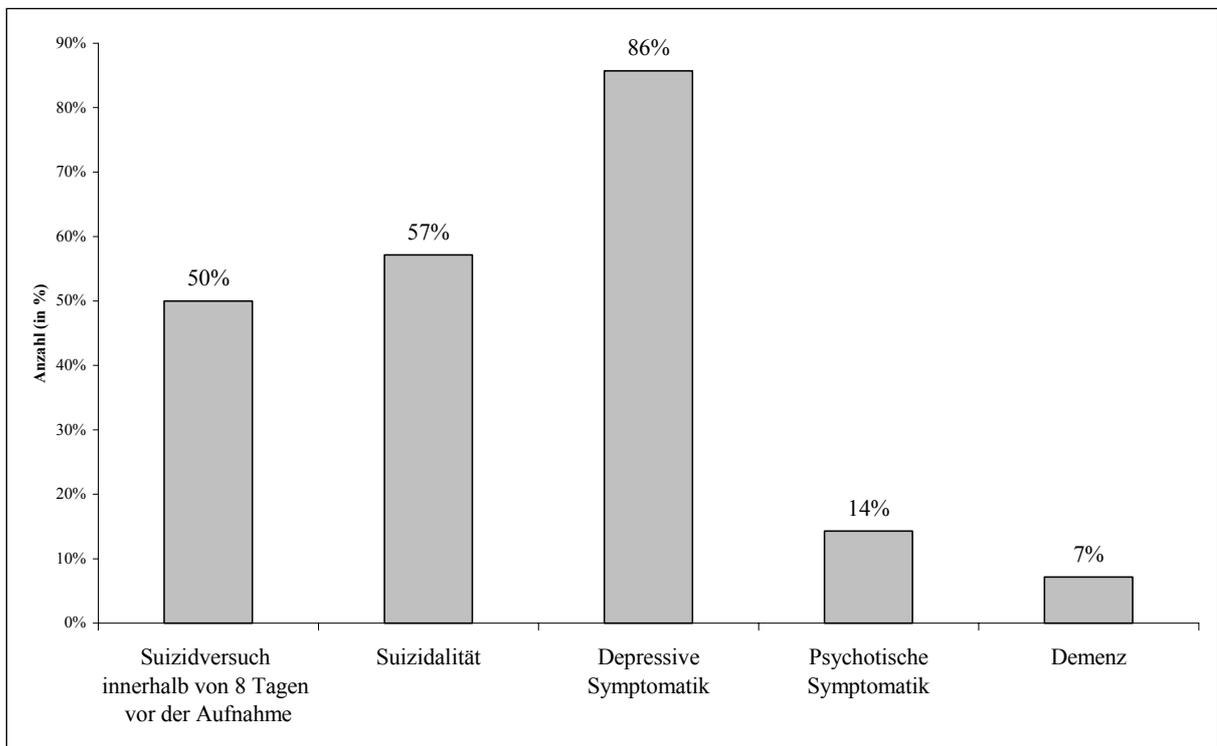


Abb. 10: Anlaß der Indexaufnahme (n = 56, Mehrfachnennungen möglich)

4.4.2 Methoden der zur Indexbehandlung führenden Suizidversuche

Bei 68% (n=19) der 28 zur Indexaufnahme führenden Suizidversuche handelte es sich um Arzneimittelintoxikationen, wobei überwiegend Benzodiazepine, Antidepressiva und Hypnotika angewendet wurden. In 12 Fällen lag eine Monointoxikation, in 7 Fällen eine Polyintoxikation vor. Vier Patienten tranken zusätzlich Alkohol, zwei Patienten versuchten zusätzlich, sich mit einer Plastiktüte zu ersticken.

9 Patienten wendeten sog. harte Methoden an. Hier dominierte die Schnittverletzung im Bereich der Handgelenke (4 Fälle). Eine Patientin sprang in tiefes Gewässer (Alster), eine Patientin sprang auf U-Bahn-Gleise und ein Patient versuchte, sich aus dem Fenster zu stürzen. Das Trinken von Batteriesäure (ein Patient) und die Einnahme eines Unkrautvernichtungsmittels (eine Patientin) wurden ebenfalls den harten Methoden zugerechnet.

4.4.3 Psychiatrische Diagnosen

Bei 96% (n=54) der untersuchten Patienten wurde eine psychische Störung diagnostiziert. Eine detaillierte Übersicht der während der Indexbehandlung gestellten psychiatrischen **Erstdiagnosen** nach der ICD-10 gibt Abb. 10. 45 Patienten litten im Rahmen unterschiedlicher psychiatrischer Störungen an einer depressiven Symptomatik: 3 Patienten mit einer F0-Störung, 5 Patienten mit einer F2-Störung, 33 Patienten mit einer F3-Störung und 4 Patienten mit einer F4-Störung. 30% der Patienten (n=17) hatten eine rezidivierende depressive Störung.

Acht Patienten (14%) hatten eine psychotische Symptomatik: 1 Patientin mit einer F0-Störung, 3 Patienten mit einer F2-Störung und 4 Patienten mit einer F3-Störung.

Bei 10 Patienten lag eine psychiatrische Komorbidität vor, wobei es sich in sechs Fällen um eine F1-Störung („Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“) handelte: fünf Patienten zeigten ein Abhängigkeitssyndrom (in drei Fällen von Benzodiazepinen, in zwei Fällen von Alkohol), bei einem Patienten lag ein Benzodiazepinmißbrauch vor. Bei den übrigen Zweitdiagnosen handelte es sich in zwei Fällen um eine Störung aus der Gruppe F43 („Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“), bei einem Patienten mit der Erstdiagnose Multiinfarktdemenz um

eine mittelgradige depressive Episode und in einem Fall um eine „kombinierte Persönlichkeitsstörung“ (F61.0).

Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität wurde bei 82% der Patienten (n=46) ein depressives Syndrom diagnostiziert.

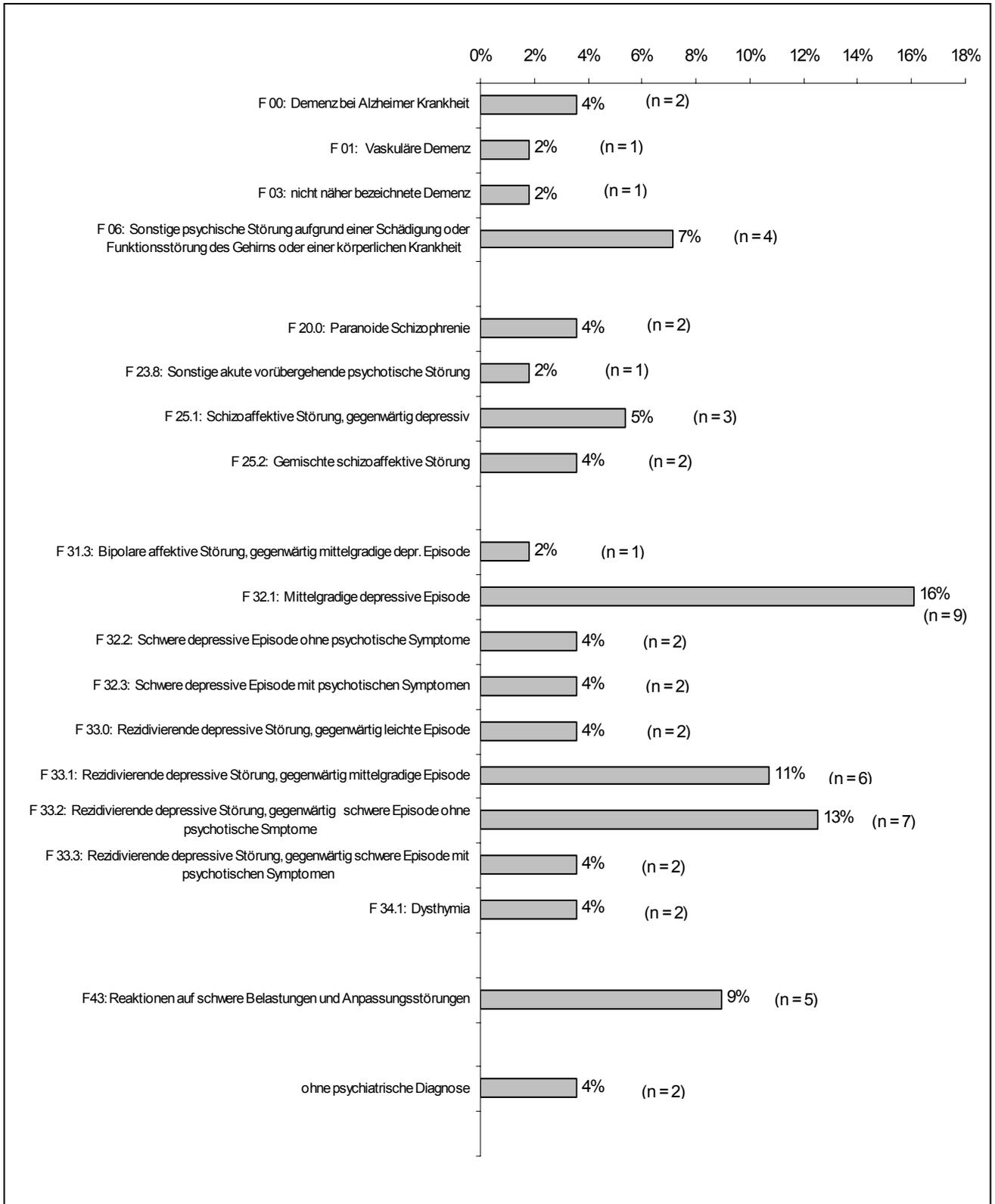


Abb. 10: Erstdiagnosen nach ICD-10 während der Indexbehandlung (n = 56)

4.4.4 Körperliche Erkrankungen

Bei 68% (n=38) der insgesamt untersuchten Patienten wurde zum Zeitpunkt der Indexbehandlung mindestens eine körperliche Erkrankung beschrieben. Dabei waren die über 70-jährigen Patienten mit 80% und die Männer mit 81% mehr betroffen als die unter 70-Jährigen mit 61% und die Frauen mit 62%, die Differenzen blieben jedoch unter dem Signifikanzniveau. Eine Übersicht über die Art der Erkrankungen gibt Tab. 2.

	Patienten insgesamt (n=56)	
Arterielle Hypertonie	14	25%
Erkrankungen des Herzens (Z.n. Schrittmacherimplantation, Herzinsuffizienz, K.H.K., Z.n. Koronarer Bypass-Operation, Z.n. Herzinfarkt)	12	21%
Z.n. Hirninfarkt/Hirnstammtumor	7	13%
Diabetes mellitus, Typ II	5	9%
Degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates mit Schmerzsyndrom	3	5%
Starke Sehschwäche	2	4%
Asthma bronchiale	2	4%
Bösartiger Tumor	1	2%
Hyperthyreose	1	2%
Morbus Bechterew	1	2%
Keine somatische Erkrankung	18	32%

Tab. 2: Körperliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Indexbehandlung (n = 56, Mehrfachnennungen möglich)

Nimmt man eine Differenzierung und Einteilung der genannten Erkrankungen nach der 5 Klassen umfassenden Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) vor, dann hatten 27 Patienten (48%) eine leichte Allgemeinerkrankung (Klasse 2) und 10 Patienten (18%) eine schwere Allgemeinerkrankung mit Leistungseinschränkung (Klasse 3). Ein Patient (2%), der verlegt und intensivmedizinisch versorgt werden mußte, fällt in die Klasse 4 (Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung).

Unter Berücksichtigung dieser Einteilung bestätigte sich der im Vergleich zu den Frauen schlechtere körperliche Gesundheitszustand der Männer. Mehr als ein Drittel der Männer (37%) hatte eine schwere oder inaktivierende Allgemeinerkrankung (Klassen 3 und 4), während nur 13% der Frauen betroffen waren (Abb. 11).

Sieben Patienten der Untersuchung litten an Erkrankungen, die zwar im Sinne der ASA-Risikoklassifikation kein körperliches Risiko darstellen, für den Patienten aber eine große Belastung und Beeinträchtigung bedeuten. So hatten zwei Patienten eine ausgeprägte Sehschwäche, durch die sie erheblich in der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten eingeschränkt waren. Drei Patienten litten unter chronischen Schmerzen aufgrund unterschiedlicher degenerativer Veränderungen des Bewegungsapparates. Abgesehen von einem Patienten, bei dem multiple internistische Erkrankungen hinzu kamen und der in die Klasse 3 eingestuft wurde, wurden die übrigen Patienten der Gruppe 2 zugeordnet.

Wie bereits erwähnt, wurde bei 38% der Frauen und bei 19% der Männer keine körperliche Erkrankung beschrieben. Diese Patienten wurden als „gesund“ (ASA 1) eingestuft.

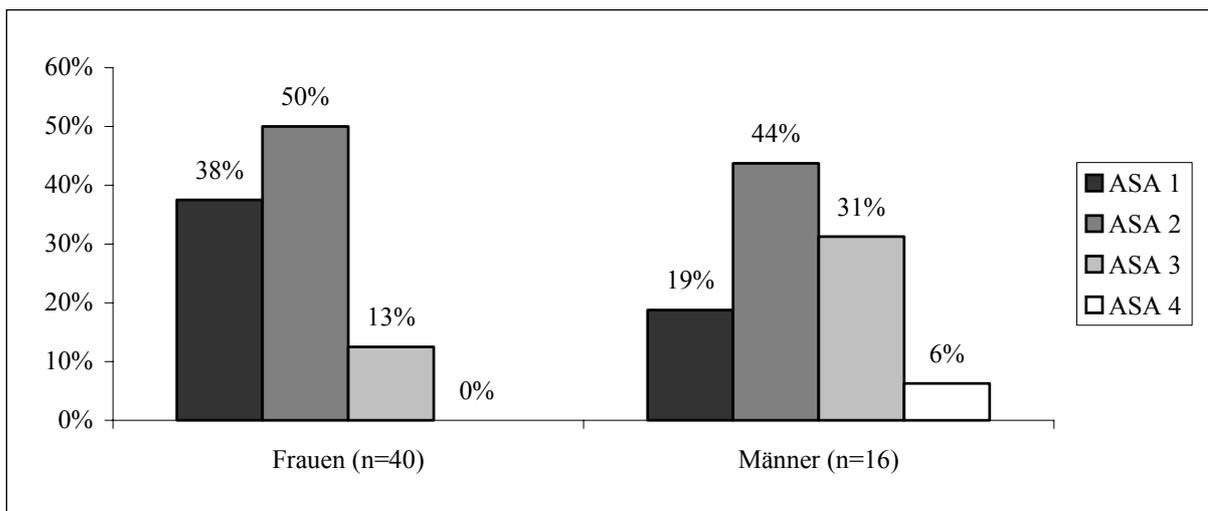


Abb. 11: Körperlicher Gesundheitszustand bei Indexaufnahme nach der Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA)

4.4.5 Therapeutische Maßnahmen

Alle Patienten der Untersuchung erhielten eine führende und stützende Psychotherapie in Form von Gesprächen in der Gruppe oder einzeln. Bei vier Patienten wurde in der Krankengeschichte die verhaltenstherapeutische Ausrichtung der Therapie erwähnt, darunter war eine Patientin auf der Verhaltenstherapeutischen Station der Klinik.

Fast alle Patienten (91%, n=51) wurden psychopharmakologisch behandelt. Einen Überblick über die Verordnungshäufigkeiten der Psychopharmaka-Gruppen im Vergleich zur Situation vor der Indexbehandlung gibt Abb. 12. Wie bereits vor der Indexbehandlung waren Antidepressiva die am häufigsten verordneten Medikamente (38 Patienten). Neuroleptika, die vor der Indexbehandlung eine eher untergeordnete Rolle spielten, erhielt fast jeder zweite Patient (48%, n=27). Drei Viertel (76%, n=39) der medikamentös behandelten Patienten erhielt eine Kombination mehrerer Medikamente, wobei es sich am häufigsten (20 Patienten) um zwei Medikamente handelte, 13 Patienten erhielten drei und 6 Patienten vier Medikamente. Die häufigsten Kombinationen waren Antidepressivum + Hypnotikum (20 Fälle), Antidepressivum + Neuroleptikum (16 Fälle) und Antidepressivum + Anxiolytikum (15 Fälle). Sieben der neun Patienten, die -überwiegend mit Carbamazepin-phasenprophylaktisch behandelt wurden, erhielten das Medikament im Rahmen einer Kombinationsbehandlung mit drei oder vier Medikamenten.

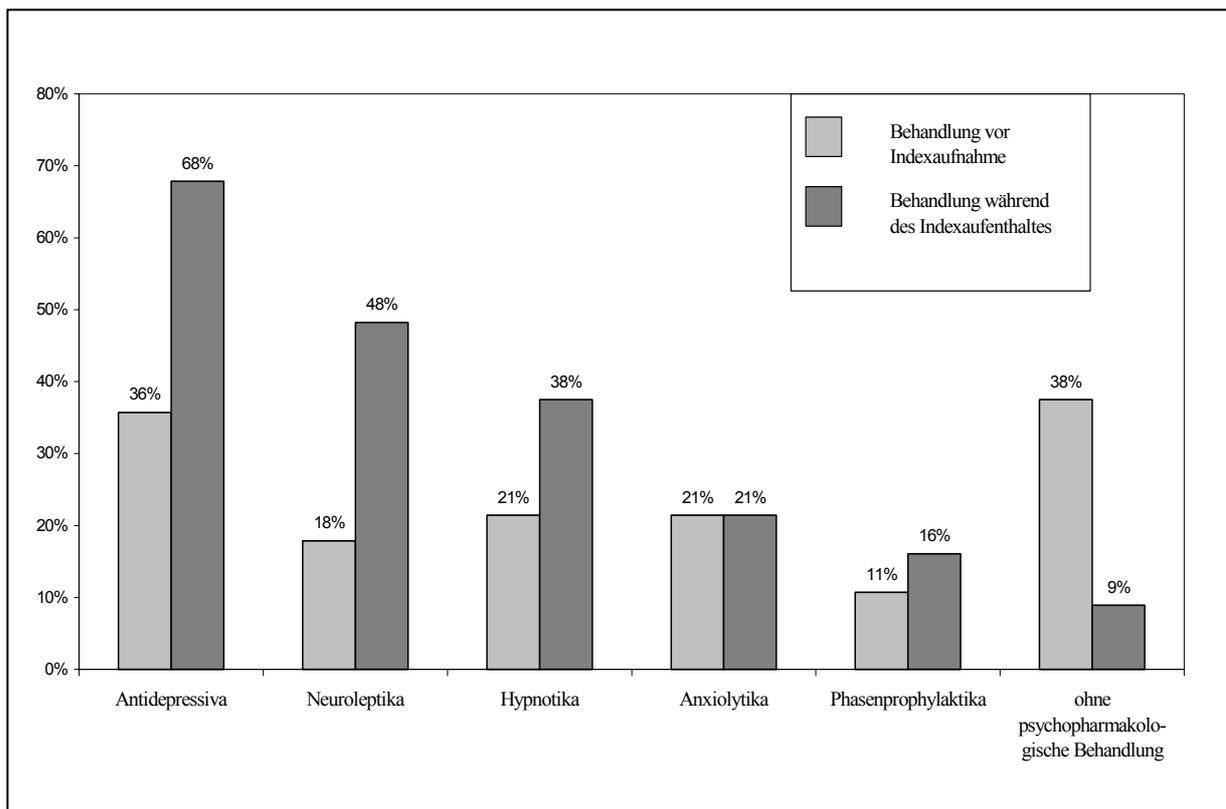


Abb. 12: Psychopharmakologische Behandlung vor und während des Indexaufenthaltes (n=56, Mehrfachnennungen möglich)

Hinsichtlich der Verordnung und Inanspruchnahme weiterer therapeutischer Angebote waren nicht allen Krankengeschichten vollständige Angaben zu entnehmen, in einigen Fällen war das geringe Interesse oder sogar die ablehnende Haltung gegenüber Therapieangeboten

dokumentiert. Bei 45% der Patienten (n=25) war die Teilnahme an zumeist in Gruppen stattfindenden krankengymnastischen Übungen beschrieben. Angaben zur Teilnahme am beschäftigungstherapeutischen Angebot der Klinik fanden sich bei 25% der Patienten (n=14), die Verordnung physikalischer Maßnahmen war bei neun Patienten (16%) erwähnt. Sieben Patienten (13%) nahmen an körperorientierten Therapieverfahren (Konzentrierte Bewegungstherapie, Eutonie) teil. Angebote der Therapeutischen Arbeitsstätte nahmen lediglich zwei Patienten wahr.

Die Teilnahme an Angeboten der Station sowie an stationsübergreifenden Gruppenangeboten (Gesprächsgruppen, Spiele-, Mal-, Musik-, Sport-, Koch-, Gartengruppe, Ausflüge ...) wurde bei 11 Patienten erwähnt.

4.4.6 Dauer des Indexaufenthaltes

Bei der Mehrzahl der Patienten (38%, n=21) dauerte die stationäre Behandlung zwischen 1 und 2 Monaten. 30 Tage und weniger wurden 19 Patienten (34%) behandelt, wobei 11 Patienten nur zwischen 5 und 14 Tagen im Krankenhaus blieben. 16 Patienten (29%) wurden länger als 60 Tage stationär behandelt, unter ihnen 7 Patienten länger als 90 Tage, wobei es sich in drei Fällen um teilstationäre tagesklinische Behandlungen handelte (Abb. 13).

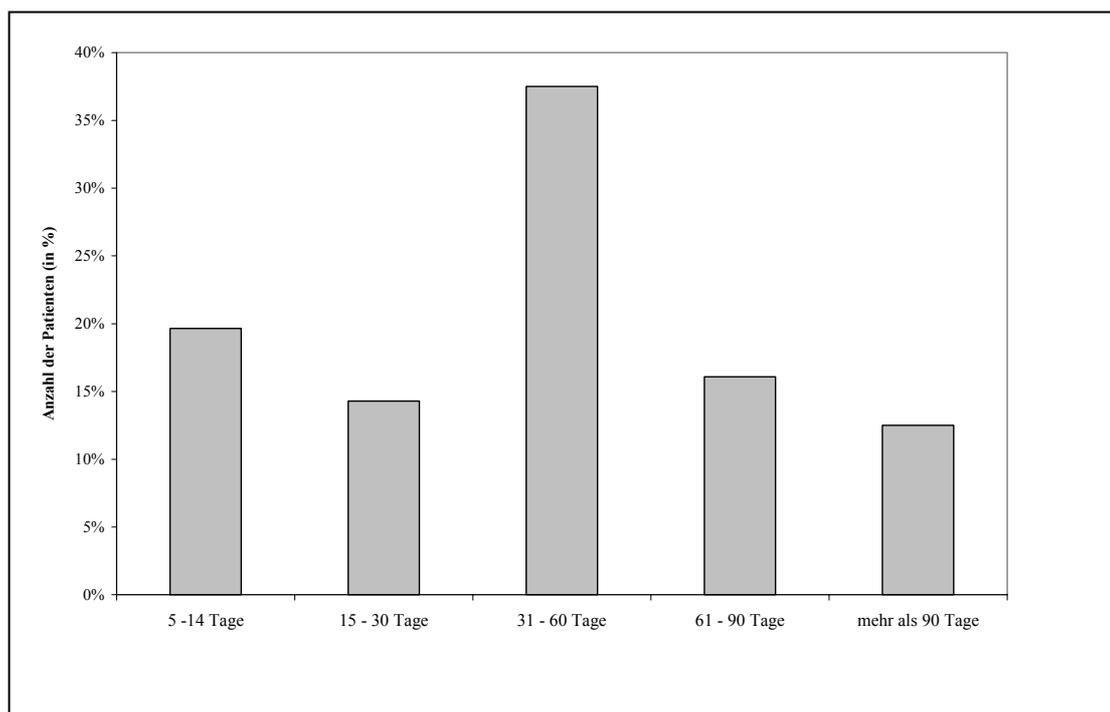


Abb. 13: Dauer des Indexaufenthaltes (n = 56)

4.4.7 Zustand bei Entlassung aus der Indexbehandlung

Angaben zum Zustand der Patienten bei Entlassung wurden den Verlaufsbeschreibungen und Entlassungsbriefen entnommen. Lediglich in drei Fällen lagen weder diesbezügliche Angaben vor noch war eine Einschätzung anhand des vorliegenden Materials möglich. Die Mehrheit der Patienten (54%, n=30) konnte „gebessert“, „stabilisiert“ oder „von Suizidabsichten distanziert“, 34% (n=19) sogar „deutlich gebessert“ oder „deutlich stabilisiert“ entlassen werden. Drei Patienten (5%) wurden „nur wenig gebessert“ oder in unverändertem Zustand entlassen, wobei die Entlassung in einem Fall auf eigenen Wunsch erfolgte.

4.4.8 Suizidversuche und Suizid während der Indexbehandlung

Vier Patientinnen unternahmen während der Indexbehandlung einen Suizidversuch, ein Patient führte einen Suizid durch:

Bei Frau B. war es 18 Jahre zuvor nach einem Suizidversuch erstmals zur stationären Aufnahme gekommen. Es wurde die Diagnose einer endogenen Depression gestellt und eine Behandlung mit Lithium und trizyklischen Antidepressiva begonnen. In den folgenden vier Jahren kam es zu weiteren stationären Aufenthalten, jedoch nicht zu erneuten Suizidversuchen. Es folgten weitgehend beschwerdefreie Jahre, die Lithium-Medikation war aufgrund einer Schilddrüsenvergrößerung in der Zwischenzeit auf Carbamazepin umgestellt worden. Einige Wochen vor der Indexaufnahme trat erneut eine zunehmende depressive Symptomatik auf. Die stationäre Aufnahme erfolgte mit einem ausgeprägten depressiven Syndrom, Hinweise für Suizidalität bestanden nicht. Nach siebenwöchigem stationären Aufenthalt verließ Frau B. ohne Absprache die Station und fügte sich in ihrer Wohnung einen Pulsaderschnitt zu.

Frau F. hatte 25 Jahre vor der jetzigen Behandlung anamnestisch erstmals eine depressive Episode. Ein Jahr lang hatte sie fast nur im Bett gelegen, war jedoch nicht behandelt worden. Sie begann, sich mit den Werken Rudolf Steiners zu beschäftigen und es kam in den folgenden Jahren zu einem zunehmenden Realitätsverlust und Aufbau von Wahngebäuden. Einige Monate vor der Indexaufnahme wollte sie sterben und „zu ihren Leuten“ und war schließlich immer verzweifelter geworden, als sie merkte, dass der Tod nicht so einfach herbeizuführen sei. Zur Indexaufnahme kam es auf Wunsch und Drängen der Familie. Nach Ausschluß einer organischen Genese wurde Frau F. zunächst symptomatisch antipsychotisch und schließlich antidepressiv behandelt. Bei bestehender

Suizidalität verließ Frau F. gegen ärztlichen Rat die Station und wurde erst nach ärztlicher Intervention vom Ehemann in die Klinik zurückgebracht. Drei Tage später nahm sie in suizidaler Absicht Diazepam-Tabletten ein, die sie von zu Hause mitgebracht hatte.

Zum Krankheitsausbruch und ersten stationär-psychiatrischen Aufenthalt war es bei Frau K. bereits 20 Jahre vor der Indexaufnahme gekommen. Damals und in den folgenden 10 Jahren, in denen es zu wiederholten, teilweise durch Zwangseinweisungen erwirkten stationären Aufenthalten kam, wurde die Diagnose einer paranoiden schizophrenen Psychose gestellt. Es folgten weitgehend symptomfreie Jahre bis zur Einweisung per Einweisungsbeschluß sieben Monate vor der Indexbehandlung. Frau K. hatte im Keller des Mietshauses einen Brand gelegt, um ihre Schriftstücke zu vernichten. Bei zunehmender psychotischer Symptomatik mit zoenästhetischen Halluzinationen erfolgte eine hochpotente neuroleptische Therapie und Frau K. konnte stabilisiert in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Bei der sieben Monate später stattfindenden Indexaufnahme handelte es sich um eine zunächst teilstationäre tagesklinische Behandlung zur weiteren Stabilisierung. Bei Frau K. stand der Wunsch nach Absetzen der Leponex-Medikation wegen starker Müdigkeit im Vordergrund, dem schließlich nach starkem Drängen der Patientin nachgegeben wurde. Nach einer zunächst nicht entdeckten Exazerbation psychotischen Erlebens kam es zu einem Suizidversuch mit Leponex. Es erfolgte die Weiterbehandlung auf der geschlossenen Station, die Frau K. nach schneller Stabilisierung unter Zyprexa nach wenigen Tagen wieder verlassen konnte.

Frau R. litt seit 18 Jahren unter einer bipolaren Störung (Typ II) mit überwiegend depressiven und einzelnen hypomanischen Phasen. Im Zusammenhang mit den depressiven Phasen war es zu zwei Suizidversuchen gekommen. Aufgrund der für die Patientin unzureichenden medikamentösen Behandlung trank sie im Sinne einer Selbstmedikation zunehmend Alkohol und entwickelte über die Jahre eine Alkoholabhängigkeit. Nach mehrfachen Entgiftungs- und zwei Entwöhnungsbehandlungen wurde sie jeweils schnell rückfällig. Zur Indexaufnahme kam es mit einer depressiven Symptomatik, nachdem sie nur einen Monat zuvor selbst eine viermonatige stationäre Behandlung abgebrochen hatte, die aufgrund einer manifformen Dekompensation mit psychotischer Symptomatik erfolgt war. Nach komplikationsloser Alkoholentgiftung berichtete Frau R. immer wieder von Suizidgedanken und versuchte sich während einer Wochenendbeurlaubung in einem Kanal zu ertränken.

Bei einem Patienten kam es durch Strangulation in der eigenen Wohnung während eines Wochenendurlaubs zum Suizid. Zur stationären Aufnahme des 61-jährigen Herrn L. der zweiten stationär psychiatrischen Behandlung insgesamt, war es aufgrund eines ängstlich-suizidalen Syndroms gekommen. Der Patient hatte erstmals 35 Jahre zuvor einen Suizidversuch unternommen und litt seit Jahrzehnten unter rezidivierenden depressiven Episoden. Nach Beendigung seiner Berufstätigkeit entwickelte er im Monat der Indexaufnahme eine zunehmende ängstlich-depressive Symptomatik.

Während des Indexaufenthaltes kam es unter antidepressiver Medikation zu einer leichten Stimmungsaufhellung, es dominierten jedoch trotz des Aufzeigens von Perspektiven wie Anbindung an die Tagesklinik sowie Anschluß an Selbsthilfegruppen weiterhin Ängstlichkeit und Perspektivlosigkeit.

4.5 Die Nachuntersuchung

4.5.1 Verlauf im Katamnesezeitraum – Ergebnisse des Interviews

4.5.1.1 Psychiatrische/psychotherapeutische Weiterbehandlung

78% (n=18) der 23 interviewten Patienten wurden im Anschluß an ihre Entlassung aus der stationären Behandlung psychiatrisch oder psychotherapeutisch ambulant weiterbehandelt. Darunter befanden sich vier der sechs interviewten Patienten, die noch nie ambulant psychiatrisch behandelt worden waren.

Acht Patienten suchten den Arzt/die Einrichtung auf, von dem/der sie bereits vor dem stationären Aufenthalt betreut worden waren. Dabei handelte es sich in sechs Fällen um einen niedergelassenen Nervenarzt, zwei Patientinnen setzten ihren Kontakt zu Einrichtungen der Klinik des Indexaufenthaltes fort (in einem Fall zur Sozialpsychiatrischen Ambulanz, im anderen Fall zum Therapiezentrum für Suizidgefährdete).

Neun Patienten suchten einen niedergelassenen Nervenarzt auf, zu dem vorher noch kein Kontakt bestanden hatte, eine Patientin wendete sich an einen niedergelassenen Psychologen.

Um psychotherapeutische Behandlungen handelte es sich bei zwei Patientinnen: eine Patientin brach die „nicht hilfreiche“ Gesprächspsychotherapie bereits nach vier Wochen ab, im anderen Fall wurde die als „ausgezeichnet“ empfundene Gesprächspsychotherapie nach 9 Monaten aufgrund des gut gebesserten Zustands der Patientin beendet.

Zum Untersuchungszeitpunkt wurden noch 13 Patienten ambulant psychiatrisch betreut: 12 Patienten von niedergelassenen Nervenärzten, ein Patient durch die Sozialpsychiatrische Ambulanz der Klinik des Indexaufenthaltes. Fünf Patienten empfanden diese Behandlung als unzureichend.

Bei sechs Patienten erfolgte eine psychopharmakologische Weiterbehandlung durch den Hausarzt. Weder eine psychiatrische/psychotherapeutische noch eine psychopharmakologische Therapie erhielten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nur vier der interviewten Patienten.

Zu erneuten stationär psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen im Katamnesezeitraum kam es bei drei Patienten: bei einem Patienten erfolgte aufgrund einer

weiter bestehenden Rückfallgefahr in eine Benzodiazepinabhängigkeit direkt im Anschluß an die Indexbehandlung eine stationäre Weiterbehandlung in einer Spezialklinik. Eine Patientin verbrachte sechs Wochen in einer psychosomatischen Klinik und bei einer Patientin kam es innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung aus der Indexbehandlung zu drei weiteren stationär psychiatrischen Aufenthalten in anderen Kliniken mit einer depressiv-suizidalen Symptomatik.

4.5.1.2 Inanspruchnahme unterstützender Einrichtungen

57% (n=13) der interviewten Patienten nahmen zum Untersuchungszeitpunkt die Hilfe unterstützender Einrichtungen in Anspruch. Dabei handelte es sich um alle über 70-jährigen Patienten (n=6) und um 41% (n=7) der unter 70-jährigen Patienten. Sechs Patienten nahmen nach der Indexbehandlung zum ersten Mal - überwiegend durch die Klinik vermittelt - Hilfe von Außen in Anspruch.

Sechs Patienten -alle alleinlebend- wurden von einem ambulanten Pflegedienst oder einer Sozialstation betreut: in drei Fällen hatte die Betreuung bereits vor dem Indexaufenthalt stattgefunden. Ein 61-jähriger Patient nahm nicht die übliche Betreuung in Anspruch, sondern suchte selbst drei Mal wöchentlich einen ambulanten Pflegedienst auf, um dort Ansprache zu finden.

Drei ebenfalls alleinlebende Patienten setzten die schon vor dem stationären Aufenthalt stattfindenden Besuche des Seniorenkreises ihrer Kirchengemeinde fort, zwei Patienten nahmen den Kontakt zum Seniorenkreis und eine Patientin den durch die Klinik vermittelten Kontakt zur Altentagesstätte ihrer Kirchengemeinde erst nach der stationären Behandlung auf.

Eine Patientin besuchte seit dem Indexaufenthalt eine professionell geleitete Selbsthilfegruppe für Frauen nach einem Suizidversuch.

Ein Patient setzte seine bereits vor dem stationären Aufenthalt stattfindenden regelmäßigen Besuche einer Beratungs- und Begegnungsstätte fort.

Eine 76-jährige Patientin zog nach dem stationären Aufenthalt in eine Altenwohnanlage. Einem 60jährigen Patienten, der aufgrund großer Ängste vor dem Alleinsein zunächst nicht in seine eigene Wohnung zurückkehren wollte, wurde durch Unterstützung der Klinik die Aufnahme in ein sozialtherapeutisches Wohnheim ermöglicht.

4.5.1.3 Psychopharmakologische Behandlung

83% (n=19) der interviewten Patienten wurden zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung psychopharmakologisch behandelt, wobei zwei Patienten ausschließlich ein Hypnotikum erhielten. 15 Patienten erhielten eine Kombinationstherapie. 13 Patienten wurden mit einem Antidepressivum behandelt, am häufigsten in Kombination mit einem Hypnotikum (6 Fälle). Verglichen mit den Verordnungshäufigkeiten während der Indexbehandlung waren Antidepressiva zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung weiter die am stärksten vertretene Medikamentengruppe, wurden aber etwas seltener verordnet, während Hypnotika einen größeren Stellenwert einnahmen (Abb. 14). Neuroleptika erhielten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nur noch 26% (n=6) der interviewten Patienten. Die Anzahl der phasenprophylaktisch und anxiolytisch Behandelten wich nur unwesentlich von den Zahlen während der Indexbehandlung ab.

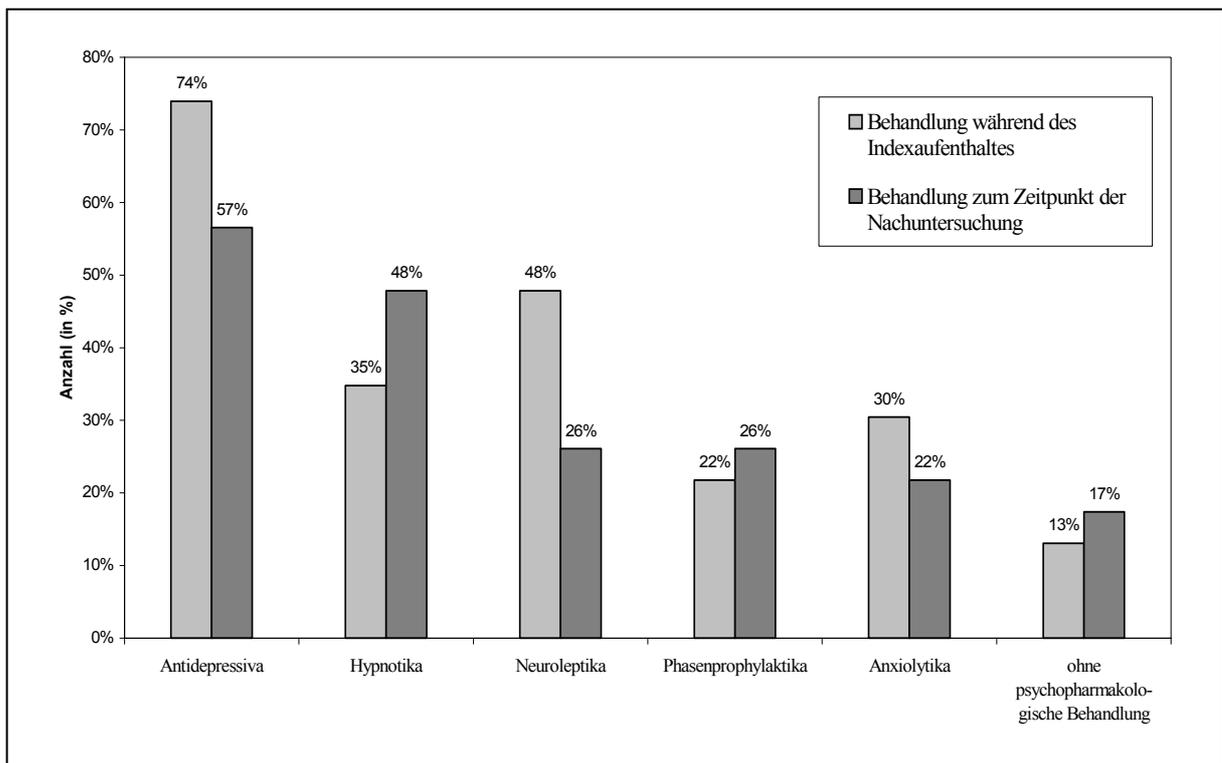


Abb. 14: Psychopharmakologische Behandlung der interviewten Patienten während des Indexaufenthaltes und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (n = 23, Mehrfachnennungen möglich)

4.5.1.4 Veränderungen von Lebensumständen

Die Frage, ob der stationäre Aufenthalt zu einer Veränderung ihrer Lebensumstände geführt habe, wurde von 35% (n=8) der interviewten Patienten bejaht, in allen Fällen im Sinne einer positiven Veränderung.

Zwei Patienten beschrieben eine deutliche Erleichterung der Alltagsbewältigung aufgrund der von der Klinik vermittelten Unterstützung durch eine Sozialstation. Eine Patientin nannte die ebenfalls von der Klinik organisierte Anbindung an eine kirchliche Altentagesstätte als Ursache einer positiven Veränderung ihres Alltags. Bei einer 90-jährigen Patientin führte die durch die Klinik initiierte Anschaffung eines Deltarades zu erneuter Mobilität, womit die Patientin ihre gute psychische Verfassung erklärte. Bei zwei Patienten führte der stationäre Aufenthalt zu einem Wohnungswechsel: eine Patientin, die nach dem in ihrer Wohnung unternommenen Suizidversuch nicht mehr dorthin zurückkehren wollte, zog in eine Altenwohnanlage, in der sie sich sehr wohl fühlte; einem Patienten wurde durch Unterstützung der Klinik der von ihm gewünschte Umzug in ein sozialtherapeutisches Wohnheim ermöglicht.

Eine Patientin und ein Patient nannten als Ursache einer positiven Veränderung ihrer Lebensumstände die seit der stationären Behandlung wiedererlangte Fähigkeit, gesellschaftliche Kontakte aufzunehmen und sich Freunden zuzuwenden.

4.5.1.5 Veränderung der psychischen Situation

Die Mehrheit der interviewten Patienten (n=16, 70%) war der Meinung, dass der stationäre Aufenthalt zu einer Veränderung ihrer psychischen Situation geführt habe, und zwar überwiegend zu einer positiven Entwicklung. So wurde davon berichtet, wieder Freude zu empfinden, wieder fröhlich und unternehmungslustig zu sein, wieder Kontakt mit Freunden und Bekannten aufgenommen zu haben und sich nicht mehr einzuiseln, keine Angst mehr zu haben, wieder schlafen zu können, trotz der unverändert schwierigen häuslichen Situation nun alles positiv zu sehen, mehr Selbstvertrauen gewonnen zu haben, von Suizidgedanken frei zu sein. Eine Patientin berichtete außerdem, während der Behandlung gelernt zu haben, anders mit ihrer Erkrankung umzugehen, indem sie nun in der Lage sei, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Patientin führte die Verbesserung ihrer psychischen Situation auf eine

veränderte Einstellung bezüglich ihrer bislang enttäuschten Erwartungen gegenüber ihren Kindern zurück. Eine Patientin sagte zusammenfassend: „Ich bin wieder gesund geworden“. Eine zur Zeit der Indexbehandlung 84-jährige Patientin berichtete, daß sie sich in der Klinik unwohl und schlecht betreut gefühlt hatte, wodurch sie „aufgerüttelt“ worden sei, „die Klinik um jeden Preis zu verlassen“ und „es allein zu schaffen“, was ihr dann schließlich auch gelang.

Nur eine Patientin schilderte eine seit der Entlassung aus der stationären Behandlung stetige Verschlechterung ihres psychischen Befindens.

4.5.1.6 Belastende Lebensereignisse und Lebensbedingungen

48% (n=11) der interviewten Patienten bejahten die Frage, ob es seit dem stationären Aufenthalt in ihrem Leben Ereignisse gegeben habe, die sie stark belastet hätten.

Drei Patienten nannten mit Krankenhausaufenthalten verbundene körperliche Erkrankungen. Eine Patientin litt sehr unter der schweren Erkrankung ihres Bruders.

Eine Patientin berichtete, daß Nachbarn sie durch Verkleben des Zylinders ihres Türschlosses aus ihrer Wohnung ausgeschlossen hätten. Die Patientin fühlte sich insgesamt von diesen Nachbarn in wahnhaft anmutender Weise bedroht und schilderte immer wieder dieses für sie traumatische Ereignis.

Die Antworten der übrigen sechs Patienten betrafen chronisch belastende Lebensbedingungen. So gaben drei Patienten finanzielle Schwierigkeiten an, zwei Patienten nannten andauernde familiäre Konflikte, und ein 63-jähriger Patient litt unter seiner durch die psychische Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit.

4.5.1.7 Körperliche Erkrankungen

Die Frage nach körperlichen Erkrankungen beantworteten 20 (87%) der 23 interviewten Patienten positiv, wobei sowohl Erkrankungen als auch Beschwerden genannt wurden. Drei Patienten gaben ausschließlich unspezifische Symptome wie Durchfälle, Muskelschwäche und geringe Belastbarkeit an. Die übrigen 17 Patienten nannten Erkrankungen, die fast alle bereits zum Zeitpunkt der Indexbehandlung bestanden hatten (Tab. 3). Nur zwei Patienten waren im Katamneseintervall neu erkrankt: eine Patientin an einer Hyperthyreose und ein

Patient an einem zweiten ischämischen Insult. Bei einer Patientin war eine Hyperthyreose inzwischen austherapiert.

	interviewte Patienten (n=23)	
Arterielle Hypertonie	6	26%
Erkrankungen des Herzens (Z.n. Schrittmacherimplantation, Herzinsuffizienz, K.H.K., Z.n. Koronarer Bypass-Operation, Z.n. Herzinfarkt)	5	22%
Z.n. Hirninfarkt/Hirnstammtumor	3	13%
Diabetes mellitus, Typ II	3	13%
Degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates mit Schmerzsyndrom	1	4%
Starke Sehschwäche	1	4%
Asthma bronchiale	-	-
Bösartiger Tumor	-	-
Hyperthyreose	1	4%
Morbus Bechterew	1	4%
Keine somatische Erkrankung	6	26%

Tab. 3: Körperliche Erkrankungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (n = 23, Mehrfachnennungen möglich)

Wie zum Zeitpunkt der Indexbehandlung litten auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung fünf (22%) der interviewten Patienten an einer schweren Allgemeinerkrankung (ASA Klasse 3). Unter den 12 Patienten (52%) mit einer leichten Allgemeinerkrankung (ASA Klasse 2) befand sich eine Patientin mit chronischen Schmerzen aufgrund einer degenerativen Wirbelsäulenerkrankung und eine Patientin mit einer schweren Sehbehinderung. Beide Patientinnen waren dadurch erheblich belastet und in der Bewältigung des Alltags eingeschränkt. Sechs Patienten (26%) konnten als gesund (ASA Klasse 1) eingestuft werden, nannten jedoch in drei Fällen unspezifische Beschwerden (siehe oben).

Die Hälfte der sechs interviewten Männer hatte eine schwere Allgemeinerkrankung, nur ein Mann zählte zu den sechs gesunden Patienten.

Alle sechs über 70-jährigen interviewten Patienten nannten eine Erkrankung, um eine schwere Erkrankung (ASA Klasse 3) handelte es sich jedoch nur in einem Fall.

4.5.1.8 Subjektive Einschätzung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands

Abb. 15 und 16 zeigen, dass die interviewten Patienten ihren psychischen und ihren körperlichen Gesundheitszustand sowohl retrospektiv zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Indexbehandlung als auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mehrheitlich positiv beurteilten. Dabei bewerteten 11 Patienten ihren psychischen und 10 Patienten ihren körperlichen Zustand zum Untersuchungszeitpunkt noch besser als zum Entlassungszeitpunkt. Eine Verschlechterung gaben bezüglich der psychischen Verfassung fünf und bezüglich der körperlichen Verfassung drei Patienten an.

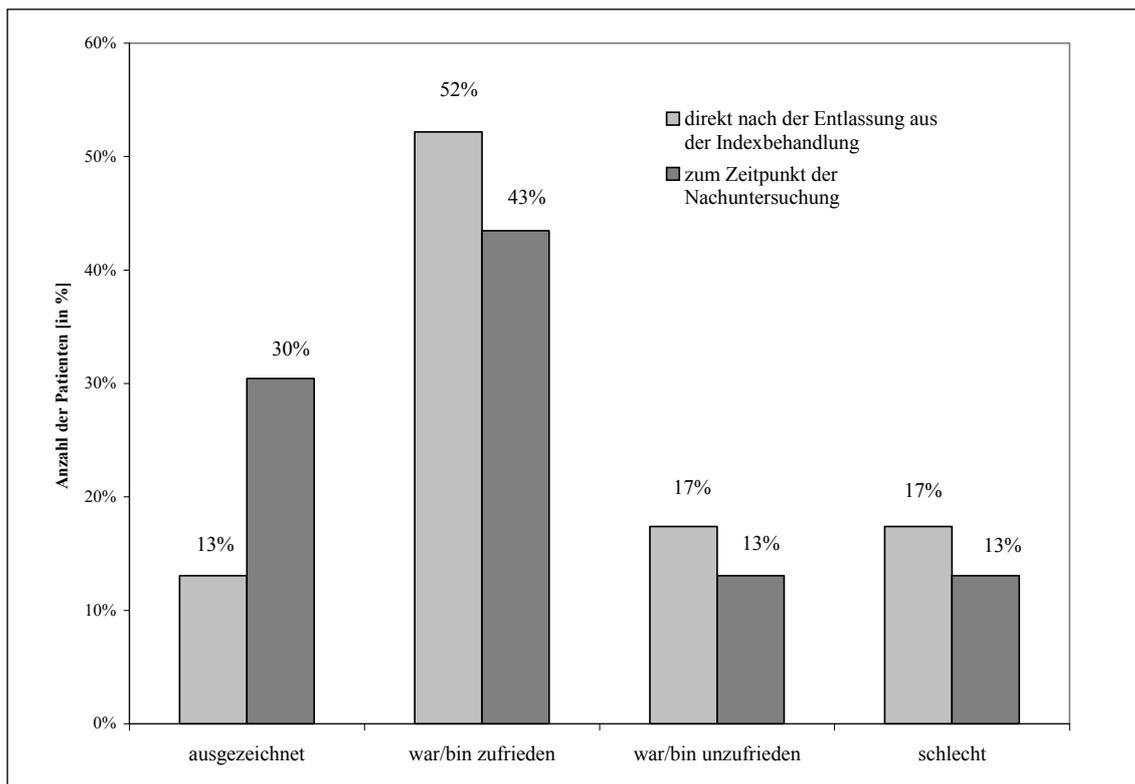


Abb. 15: Subjektive Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands (n = 23)

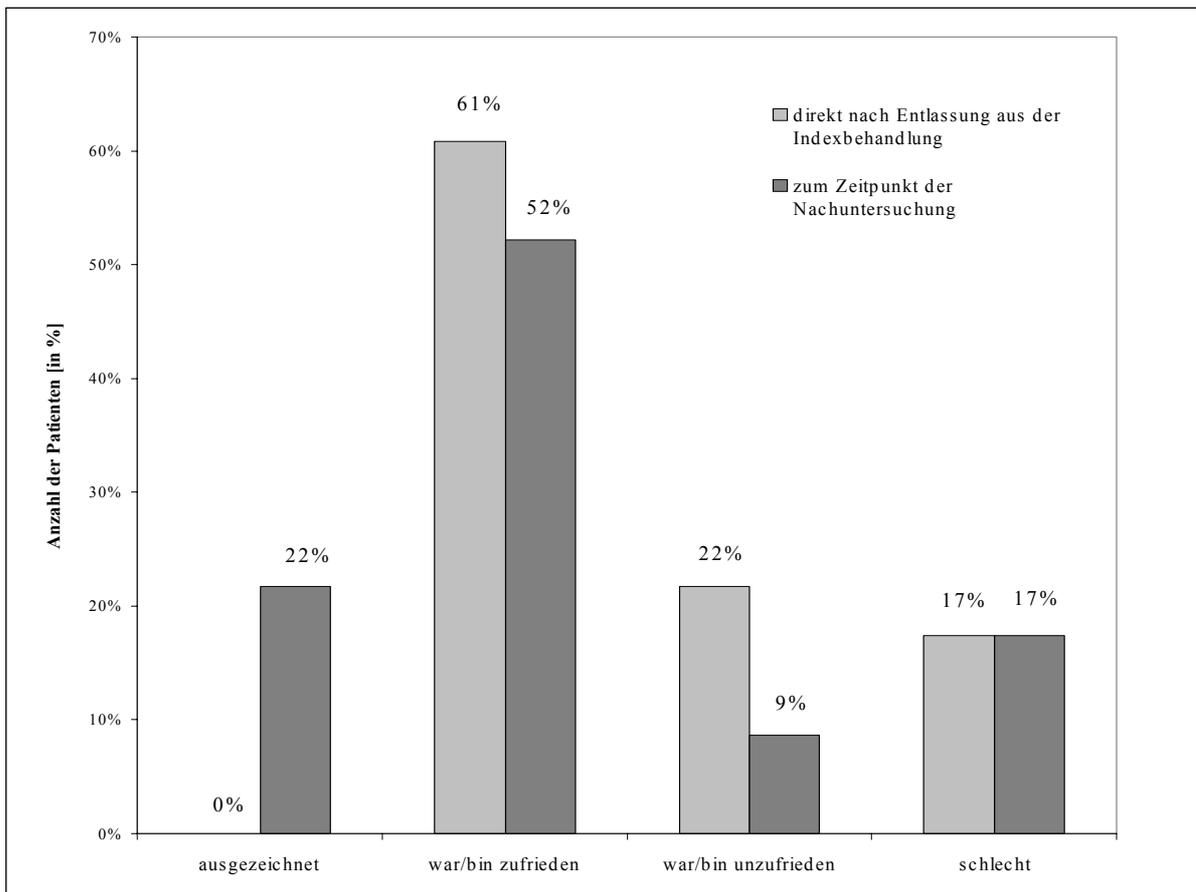


Abb. 16: Subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands (n = 23)

4.5.1.9 Todeswünsche und Suizidgedanken

11 der 23 interviewten Patienten hatten im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch begangen. Sieben dieser Patienten und acht weitere wurden zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als suizidal eingeschätzt. Berücksichtigt man frühere und während der Indexbehandlung durchgeführte Suizidversuche, hatten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Indexbehandlung 87% (n=20) der interviewten Patienten mindestens einen Suizidversuch durchgeführt, bei 10 Patienten waren es bereits zwei Suizidversuche. Diese den Krankenakten entnommenen Zahlen stimmten mit den Zahlen überein, die sich aus den Antworten der Patienten auf die Frage „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“ ergaben.

Die an die Patienten mit vorangegangenen Suizidversuchen gerichtete Frage „Würden Sie noch einmal versuchen, sich das Leben zu nehmen?“ bejahten lediglich drei Patienten. Neben zwei Patientinnen, die angaben, auch an Suizid zu denken und Vorbereitungen zur Durchführung getroffen zu haben (s.u.), handelte es sich um einen Patienten, der angab, zur Zeit weder Todeswünsche noch Suizidgedanken zu haben, aber „es nicht noch einmal

durchzustehen, wenn es zum Rückfall käme“. Die Mehrzahl der Patienten (n=12) entschied sich für die Antwortvorgabe „kann ich mir im Moment nicht vorstellen“. Fünf Patienten verneinten die Frage.

48% (n=11) der interviewten Patienten bejahten die Frage, ob sie in letzter Zeit noch einmal den Wunsch verspürt hätten, nicht mehr leben zu wollen (Abb. 17). Vier Patienten gaben an, diesen Wunsch oft zu verspüren, vier Patienten hatten ihn manchmal, und bei drei Patienten trat dieser Wunsch selten auf. Nach dem Grund befragt, gaben drei noch jüngere, unter 70-jährige Patienten an, daß sie sich „überflüssig“ und „nutzlos“ vorkämen. Eine 91-jährige Patientin sah „keinen Sinn mehr in ihrem Leben“, da es „zu primitiv“ geworden sei. Eine 84-jährige Patientin konnte „dieses Leben nicht mehr ertragen“, unter anderem, weil der einzige Sohn sich nicht mehr um sie kümmere. Weitere genannte Gründe waren Einsamkeit, Depressionen und die schlechte körperliche Verfassung. Eine Patientin hatte „einfach nur den Wunsch zu sterben“, ohne dafür einen Grund angeben zu können.

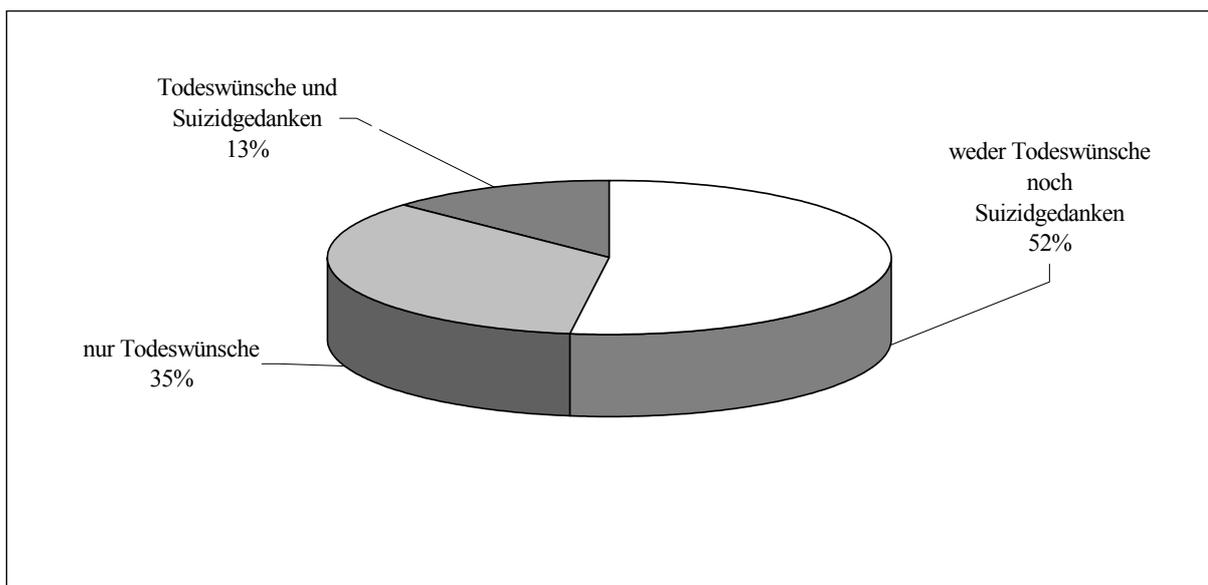


Abb. 17: Todeswünsche und Suizidgedanken zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (n=23)

Lediglich drei dieser 11 Patienten mit Todeswünschen (13% der interviewten Patienten) gaben an, in der letzten Zeit auch an Suizid gedacht zu haben.

Als Grund nannte eine Patientin, die bisher noch keinen Suizidversuch unternommen hatte, ihre Einsamkeit. Zur Häufigkeit des Auftretens von Suizidgedanken befragt, gab sie an, selten an Suizid zu denken, aber Überlegungen zur Durchführung angestellt, jedoch keine Vorbereitungen getroffen zu haben. Die anderen beiden Patientinnen, die beide bereits zwei

Suizidversuche durchgeführt hatten, gaben an, oft Suizidgedanken zu haben und sowohl konkrete Pläne zur Durchführung als auch Vorbereitungen getroffen zu haben. Eine dieser beiden Patientinnen, die „einfach nur den Wunsch zu sterben“ hatte, bejahte als einzige der interviewten Patienten die Frage, ob sie auch an Suizid denken müsse, ohne es zu wollen.

4.5.1.10 Suizidversuche

Zu einem Suizidversuch im Katamnesezeitraum war es neun Monate nach der Indexbehandlung bei Herrn B. gekommen, der vier Monate später an einem Suizid verstarb und dessen Fall im Kapitel „Durch Suizid verstorbene Patienten“ (4.5.4.2) dargestellt wird.

Nur eine Patientin berichtete im Interview von einem erneuten Suizidversuch seit der Entlassung aus der Indexbehandlung, bei dem es sich allerdings eher um suizidales Agieren handelte:

Zur Indexaufnahme war es bei der 66-jährigen verwitweten Frau R. aufgrund eines depressiv-suizidalen Syndroms gekommen. Die Patientin bat selbst wegen akut aufgetretener Suizidgedanken um stationäre Aufnahme.

23 Jahre zuvor war es nach dem Suizid ihres Ehemannes zum erstmaligen Auftreten einer depressiven Episode gekommen, in deren Verlauf Frau R. den bislang einzigen Suizidversuch durchgeführt hatte. Seitdem litt sie unter rezidivierenden depressiven Episoden mit immer wieder auftretenden Suizidgedanken. Unter nervenärztlicher Behandlung konnte immer wieder eine vollständige Remission der Symptome erreicht werden.

Nach einer fast zehnjährigen symptomfreien Zeit war es in den drei Jahren vor der Indexaufnahme zu zwei stationär psychiatrischen Aufnahmen gekommen. Aus Angst, einen Suizidversuch zu unternehmen, hatte Frau R. jeweils selbst um stationäre Aufnahme gebeten. Ein längeres Gespräch und in einem Fall allein die stationäre Aufnahme wirkten jeweils so entlastend, daß Frau R. sich schnell von ihren Suizidgedanken distanzieren konnte und in beiden Fällen nach einer Übernachtung die Klinik verließ.

Während des Indexaufenthaltes wurde Frau R. in den ersten zwei Wochen aufgrund nicht sicher auszuschließender akuter Suizidalität auf der geschlossenen Station behandelt. Unter antidepressiver Medikation und wegen einer schmerzhaften degenerativen Erkrankung im Schulterbereich verordneter physikalischer Therapie stabilisierte sich Frau R. zuletzt anhaltend und wurde nach einem zehnwöchigen stationären Aufenthalt in ambulante nervenärztliche Behandlung entlassen. Im Interview berichtete Frau R., daß sie vorübergehend sehr von der stationären Behandlung profitiert hatte und sieben Monate lang beschwerdefrei war. Dann sei es wieder aufgrund einer depressiv-suizidalen Symptomatik zu einem erneuten fünföchigen psychiatrisch stationären Aufenthalt in einer

anderen psychiatrischen Klinik gekommen, in dessen Anschluß sie eine Kur angetreten habe. Bei einem Waldspaziergang während der Kur habe sie dann „dieses Vernichtungsgefühl“ gehabt. Sie habe sich auf den Boden gelegt, weil sie „nicht mehr wollte“ und sei irgendwann von Spaziergängern gefunden worden. Es folgte ein kurzer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nahe des Kurortes. Nur wenige Wochen nach der Kur bat sie wieder aus Angst, sich das Leben zu nehmen, um stationär psychiatrische Aufnahme. Nach einer zweiwöchigen Behandlung blieb ihr psychisches Befinden in den nächsten Monaten sehr schwankend. Für ihren sich zunehmend verschlechternden körperlichen Zustand mit Symptomen wie Schwäche, Schwitzen und Herzrasen machte Frau R. ihre psychische Erkrankung verantwortlich, was sie derartig ängstigte und deprimierte, daß sie sich inzwischen das Leben genommen hätte, wenn nicht ihr Hausarzt schließlich bei ihr eine Hyperthyreose diagnostiziert hätte. Diese Diagnose lieferte eine körperlich begründete Erklärung für ihre Beschwerden, was Frau R. anhaltend so entlastete, daß sie fünf Monate später im Interview ihren körperlichen Zustand zwar als schlecht bezeichnete, mit ihrer psychischen Befindlichkeit jedoch zufrieden war.

4.5.2 Subjektive Therapiebewertung

61% (n=14) der interviewten Patienten bejahten die Frage, ob sie von der stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik profitiert haben, wobei zehn Patienten angaben, dass sie anhaltend profitieren konnten, während für vier Patienten der Behandlungserfolg nur vorübergehender Natur war.

Mit Hilfe einer von „habe gar nicht profitiert“ (=0%) bis „habe sehr viel profitiert“ (=100%) reichenden visuellen Analogskala wurden alle Patienten gebeten, anzugeben, wie groß sie den Nutzen der Behandlung für sich einschätzen. Einer Patientin konnte die Bedeutung der Skala nicht verständlich gemacht werden und eine Patientin konnte die Skala aufgrund ihrer Sehbehinderung nicht ausreichend erkennen, so daß hier nur die Ergebnisse von 21 Patienten vorliegen. Bei einer Spannweite von 0% - 97% quantifizierten die Patienten den Behandlungserfolg mit durchschnittlich 49% \pm 37%. Betrachtet man die Ergebnisse der 14 Patienten, die angaben, von der stationären Behandlung profitiert zu haben, ergibt sich bei einer Spannweite von 15% - 97% ein Mittelwert von 72% \pm 25%.

Zehn Patienten hatten neben den Einzel- und Gruppengesprächen während des Indexaufenthaltes, die fast alle interviewten Patienten sehr positiv bewerteten, zusätzliche Erfahrungen mit psychotherapeutischen Verfahren. Dabei dominierten sowohl ambulante als auch stationäre Gesprächspsychotherapien, die ebenfalls mehrheitlich als „hilfreich“ oder

„ausgezeichnet“ angesehen wurden. Nur ein Patient, der an einer ambulanten gesprächstherapeutisch orientierten Gruppentherapie teilgenommen hatte, bewertete diese negativ. Zwei Patienten, die eine ambulante psychoanalytische Therapie gemacht hatten, beurteilten diese ebenfalls negativ („Mumpitz“, „ ... damit nicht klar gekommen“). Eine Patientin berichtete von schlechten Erfahrungen mit ambulanten Psychotherapien, war aber mit der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppentherapie während des Indexaufenthaltes sehr zufrieden.

4.5.3 Ergebnisse der Testverfahren

4.5.3.1 Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Der Mini-Mental-Status-Test konnte mit allen 23 interviewten Patienten durchgeführt werden. Bei insgesamt 30 möglichen Punkten erreichten die Patienten eine mittlere Punktzahl von $27,9 \pm 2,1$. Die Spannbreite betrug 20 - 30 Punkte, wobei die geringste Punktzahl (20) nur ein Mal vorkam. Alle übrigen 22 Patienten erreichten Punktzahlen zwischen 26 und 30 und zeigten damit nach der von TOMBAUGH und MCINTYRE (1992) vorgeschlagenen Klassifizierung (s. u. 3.4.2.1) keine kognitive Beeinträchtigung, während für die Patientin mit der erzielten Punktzahl von 20 eine leichte kognitive Beeinträchtigung angenommen werden muß.

Verglichen mit den Ergebnissen der Eichstichprobe (FOLSTEIN et al. 1975) entsprechen die in dieser Untersuchung erzielten Werte annähernd dem Mittelwert (27,6), der Standardabweichung (1,7) und der Spannweite (24-30) einer Kontrollgruppe von 63 psychiatrisch unauffälligen älteren Personen (mittleres Alter: 73,9 Jahre). Die Patienten der Eichstichprobe mit einer depressiven Störung (N=30, mittleres Alter: 49,8 Jahre) erzielten ein deutlich schlechteres Ergebnis (Mittelwert: 25,1, Standardabweichung: 5,4, Spannweite: 8-30).

4.5.3.2 Beschwerden-Liste (B-L)

Die Beschwerden-Liste wurde von allen 23 interviewten Patienten korrekt beantwortet und konnte ohne Ausnahme ausgewertet werden. Aus den 23 Gesamt-Rohwerten mit einer

Spannweite von 3-56 (theoretisch mögliche Spannweite: 0-72) errechnet sich ein Mittelwert von 25,5 ±13,2.

Die Patienten der Untersuchung erreichten damit einen deutlich höheren mittleren Beschwerden-Score als die Probanden der Eichstichprobe (Mittelwert: 14,3), werden aber von der psychiatrischen Vergleichsgruppe der Eichstichprobe übertroffen (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996). In einer von v. ZERRSEN (1981) durchgeführten Untersuchung wurde für eine Gruppe primär körperlich erkrankter Patienten während ihres stationären Aufenthaltes ein mittlerer Beschwerden-Score von 20,4 ermittelt, während die Werte verschiedener psychiatrischer Patientengruppen bei stationärer Aufnahme ausnahmslos höher -zwischen 21,4 (schizoaffektive Psychotiker) und 35,2 (neurotisch Depressive)- lagen. Für endogen depressive Patienten wurde ein dem Mittelwert der Patienten dieser Untersuchung annähernd entsprechender mittlerer Beschwerden-Score von 26,1 angegeben (Tab. 4).

	N	Mittlerer Beschwerden-Score	Standard- abweichung
Patienten der eigenen Untersuchung	23	25,48	13,21
Eichstichprobe	1761	14,26	10,75
Psychiatrische Vergleichsgruppe	379	30,03	15,43
Primär körperlich erkrankte Patienten	90	20,40	12,20
Psychiatrische Patienten (Aufnahmebefund)			
- Schizoaffektive Psychotiker	30	21,40	16,40
- Endogen Depressive	30	26,10	13,80
- Neurotisch Depressive	30	35,20	13,90

Tab. 4: Beschwerden-Liste (B-L): Ergebnisse der eigenen Untersuchung, der Eichstichprobe, der psychiatrischen Vergleichsgruppe (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996) und anderer nichtpsychiatrischer und psychiatrischer Patientengruppen (ZERRSEN 1981)

4.5.3.3 Befindlichkeits-Skala (Bf-S)

Bei den von allen 23 interviewten Patienten ausgefüllten Fragebögen wurden in keinem Fall mehr als zwei fehlende oder unklare Antworten gefunden, so dass alle Fragebögen ausgewertet werden konnten.

Aus den erzielten Gesamt-Rohwerten errechnet sich ein Mittelwert von $20,8 \pm 16,7$. Die recht große Streuung der Rohwerte zeigt sich auch in der Spannweite der Verteilung von 2-56 (theoretisch mögliche Spannweite: 0-56) und dem Median (17) mit dem Interquartilsabstand (30,8).

Im Vergleich mit den Probanden der Eichstichprobe (1761 Bundesbürger im Alter zwischen 20 und 64 Jahren, Mittelwert 11,9) (ZERSSEN u. KOELLER 1976) schätzten die Patienten der eigenen Untersuchung ihre Befindlichkeit deutlich schlechter ein (Tab. 5). Auch den niedrigen Mittelwert (14,1) einer Gruppe endogen depressiver Patienten bei Entlassung aus stationärer Behandlung (ZERSSEN u. KOELLER 1976) erreichten die interviewten Patienten nicht. Betrachtet man allerdings die bei stationärer Aufnahme erhobenen Daten der endogen depressiven Patienten (Mittelwert: 41,4) und die Werte der psychiatrischen Vergleichsgruppe der Eichstichprobe (Mittelwert: 32,2), so lagen die Testergebnisse der hier untersuchten Patienten deutlich darunter.

		N	Mittelwert	Standard- Abweichung
Eigene Untersuchung	Bf	23	20,83	16,69
Eichstichprobe	Bf	1761	11,86	9,75
Psychiatrische Vergleichsgruppe (Aufnahmebefund)	Bf	358	32,21	14,79
Endogen depressive Patienten	$(Bf+Bf^*)/2$			
Aufnahmebefund		30	41,40	12,00
Entlassungsbefund		30	14,10	15,20

Tab. 5: Befindlichkeits-Skala (Bf-S): Ergebnisse der eigenen Untersuchung, der Eichstichprobe, der psychiatrischen Vergleichsgruppe und einer Gruppe endogen depressiver Patienten (ZERSSEN u. KOELLER 1976)

Ordnet man die in dieser Untersuchung erzielten Testwerte der von HEIMANN et al. (1975) sowie der von SCHWARZ u. STRIAN (1972) vorgeschlagenen Einteilung der Skala zu, so ergibt sich folgendes Bild (Tab. 6):

	Punktwert- klassen	Stimmungslage	Anzahl der interviewten Patienten (n=23)
Einteilung nach Heimann	0 – 6	euphorisch	6 (26%)
	7 – 16	ausgeglichen	5 (22%)
	17 – 26	bedrückt	4 (17%)
	27 – 41	leicht und mäßig depressiv	4 (17%)
	42 – 56	ausgesprochen und extrem depressiv	4 (17%)
Einteilung nach Schwarz u. Strian	0 – 8	hypomanisch bis manisch	7 (30%)
	9 – 16	normal, gut gestimmt	4 (17%)
	17 – 24	normal, gedrückt	3 (13%)
	25 – 32	leicht depressiv	2 (9%)
	33 – 40	deutlich depressiv	2 (9%)
	41 – 48	erheblich depressiv	4 (17%)
	49 – 56	schwere Depression	1 (4%)

Tab. 6: Befindlichkeits-Skala: Gliederung in Punktwertklassen nach HEIMANN et al. (1975) und nach SCHWARZ u. STRIAN (1972) und Ergebnisse der eigenen Untersuchung

Wie unter Punkt 3.4.2.3 erwähnt, müssen sehr niedrige Testwerte, wie sie hier bei 7 Patienten (30%) vorkamen, nicht auf eine krankhafte Störung im Sinne einer Manie oder Hypomanie hinweisen, sondern waren nach dem Eindruck der Untersucherin bei diesen Patienten Ausdruck echten Wohlbefindens.

Nach der Einteilung von Heimann fielen 8 Patienten (35%) und nach Schwarz u. Strian ein weiterer Patient in Punktwert-Klassen, denen eine depressive, in vier Fällen eine „ausgesprochen und extrem depressive“ Stimmungslage zugeordnet wird. Wenn auch für hohe Testwerte gilt, daß sie nicht zwangsläufig auf eine pathologische Störung hindeuten müssen, so sind sie nach ZERSSSEN u. KOELLER (1976) doch eher als niedrige Testwerte Ausdruck einer Erkrankung, was bei den 9 Patienten, die nach Schwarz u. Strian in Punktwert-Klassen „depressiv“ fielen, aufgrund des persönlichen Eindrucks bestätigt werden kann. Verglichen mit den Normwerttabellen der Eichstichprobe (ZERSSSEN u. KOELLER 1976) entsprachen die Punktwerte dieser Patienten Stanine-Werten von 7, 8 und 9, was einer Bewertung von fraglich erhöht (1 Wert), deutlich erhöht (1 Wert) und stark erhöht (7 Werte) entspricht.

4.5.3.4 Self-Rating Depression Scale (SDS)

Die SDS wurde von allen interviewten Patienten vollständig und eindeutig ausgefüllt, wobei Item 6 („Sex macht mir noch immer Freude“) von einigen Patienten zunächst unbeantwortet blieb und erst bei Nachfrage beantwortet wurde.

Nach Berechnung der Indices aus den jeweils erzielten Punktwerten wurde bei einer Spannweite von 28-79 (theoretisch mögliche Spannweite: 25-100) ein mittlerer SDS Index von $55 \pm 14,4$ ermittelt.

Verglichen mit den Ergebnissen von ZUNG (1965) (Tab. 7) liegt der in dieser Untersuchung errechnete mittlere SDS-Index deutlich unter den mittleren Indices von depressiv erkrankten Patienten bei stationärer Aufnahme, entspricht aber den Indices von Patientengruppen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Die niedrigen Indices einer gesunden Kontrollgruppe und einer behandelten, symptomfreien depressiv erkrankten Patientengruppe (Entlassungsbefund) wurden von den Patienten dieser Untersuchung nicht erreicht.

	N	Mittlerer SDS-Index	Spannweite
Patienten der eigenen Untersuchung	23	55	28-79
Depressiv erkrankte Patienten			
Aufnahmebefund	31	74	63-90
Entlassungsbefund	22	39	30-50
Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen bei stat. Aufnahme (Angstsymptomatik, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen)	25	53	38-71
Gesunde Kontrollgruppe	100	33	25-43

TAB. 7: Self-Rating Depression Scale (SDS): Ergebnisse der eigenen Untersuchung und der Untersuchung von ZUNG (1965)

Ordnet man die Ergebnisse der Untersuchung folgender Einteilung der SDS-Indices (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM 1996) zu, hatten

- 9 Patienten (39%) keine Depression (SDS-Index: unter oder gleich 50)
- 5 Patienten (22%) eine leichte Depression (SDS-Index: 51 – 59)
- 5 Patienten (22%) eine mäßige bis schwere Depression (SDS-Index: 60 – 69)
- 4 Patienten (17%) eine schwere Depression (SDS-Index: 70 und größer)

Legt man jedoch für das Vorliegen einer Depression einen Cutoff Index von 60 zugrunde, wie es von Zung für ältere Menschen empfohlen wird (s. u. 3.4.2.5), so litten lediglich 9 Patienten (39%) an einer Depression.

4.5.3.5 SF-12

Der SF-12 wurde von allen 23 interviewten Patienten vollständig ausgefüllt. Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Altersgruppen der deutschen Normstichprobe (BULLINGER u. KIRCHBERGER 1998) sind 61-70-jährige und über 70-jährige Probanden. Da alle interviewten Patienten der Untersuchung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mindestens 61 Jahre alt waren, konnten zur Normstichprobe altersentsprechende Vergleichsgruppen gebildet werden.

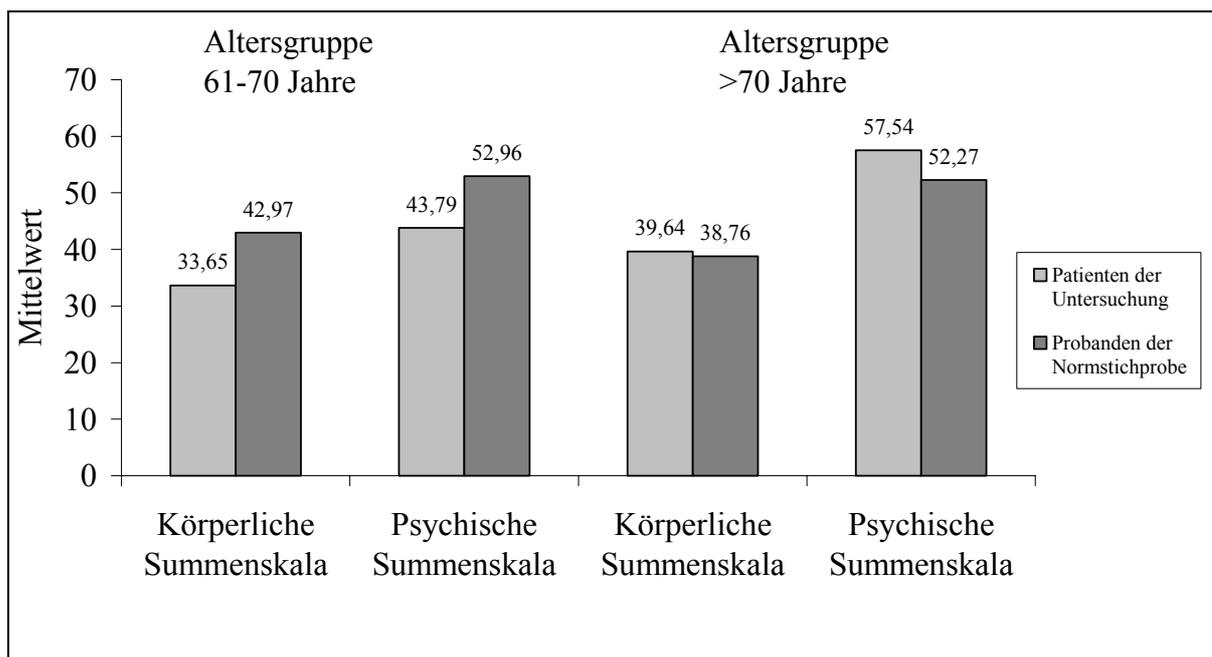


Abb. 18: SF-12: Ergebnisse der interviewten Patienten mit körperlichen Erkrankungen (Altersgruppe 61-70 Jahre: n=11, Altersgruppe >70 Jahre: n=6) und der Probanden der Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen (BULLINGER u. KIRCHBERGER 1998)

Sowohl ihre körperliche als auch ihre psychische Gesundheit beurteilten die 61-70-jährigen interviewten Patienten schlechter als die entsprechenden Probanden der Normstichprobe. Das gilt sowohl für die 61-70-Jährigen insgesamt (n=17), die ihre psychische Gesundheit mit einem durchschnittlichen Wert von 45,3 (Normstichprobe: 53,4) und ihre körperliche

Gesundheit mit einem durchschnittlichen Wert von 37,5 (Normstichprobe: 44,3) beurteilten als auch für die 61-70-jährigen Patienten der Untersuchung mit körperlichen Erkrankungen (n=11) (Abb. 18).

Die über 70-jährigen Patienten (n=6), die im Interview ausnahmslos mindestens eine körperliche Erkrankung angaben, erreichten dagegen im Vergleich mit den altersentsprechenden Probanden der Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen sowohl in der körperlichen als auch in der psychischen Summenskala etwas höhere Werte, was einer positiveren Bewertung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit entspricht.

Auch im Vergleich zu den 61-70-jährigen Patienten der eigenen Untersuchung schätzten die über 70-jährigen Patienten der eigenen Untersuchung sowohl ihre körperliche als auch ihre psychische Gesundheit besser ein. Die Differenzen blieben jedoch unter dem Signifikanzniveau.

4.5.3.6 Clinical Global Impressions (CGI)

Die Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme war mit einer mittleren Punktzahl von $5,0 \pm 1,1$ für die interviewten Patienten (n=23) und einer mittleren Punktzahl von $5,1 \pm 0,7$ für die Verweigerer (n=23) fast gleich.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde die Schwere der Erkrankung bei den interviewten Patienten mit $2,7 \pm 1,5$ Punkten und bei den Verweigerern mit $3,2 \pm 1,6$ Punkten eingeschätzt. Bei der „Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung“ ergab sich für die interviewten Patienten ein Mittelwert von $2,0 \pm 0,9$ Punkten, während es bei den Verweigerern $2,6 \pm 1,4$ Punkte waren, was einer etwas schlechteren Beurteilung entspricht. Die Differenzen zwischen den interviewten Patienten und den Verweigerern erreichten allerdings keine Signifikanz.

Bei 78% der interviewten Patienten und bei 65% der Verweigerer konnte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ein im Vergleich zum Zeitpunkt der Indexaufnahme „viel“ oder „sehr viel besserer“ Zustand festgestellt werden. „Unverändert“ oder „nur wenig gebessert“ erschienen 22% der interviewten Patienten und 30% der Verweigerer (Abb. 19).

Die Einschätzung einer Verschlechterung der Erkrankung betraf insgesamt nur einen Patienten, der sich unter den Verweigerern befand und an einer rasch fortschreitenden Demenz litt.

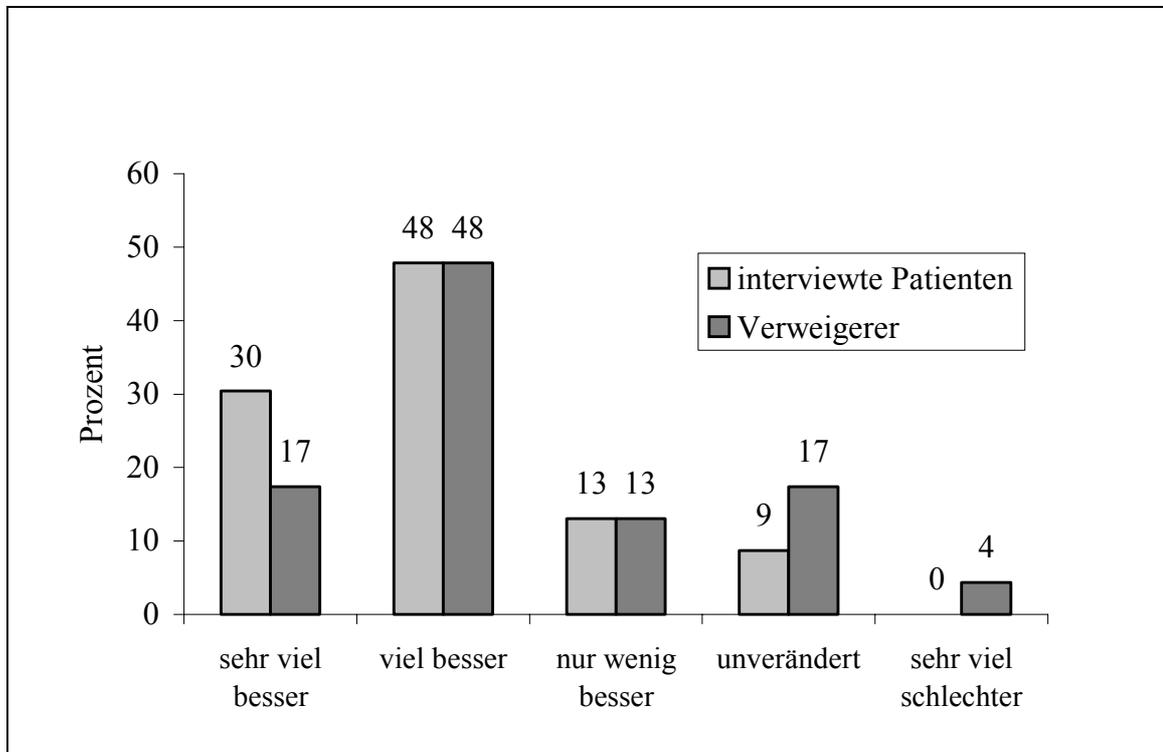


Abb. 19: CGI: Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung der interviewten Patienten (n = 23) und Verweigerer (n = 23)

4.5.3.7 Korrelationen der Skalen untereinander

Zwischen den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsskalen, die körperliche Beschwerden erfragen und den Ergebnissen der Skalen, deren Gegenstand die psychische Befindlichkeit ist, bestanden signifikante Zusammenhänge.

So korrelierten die Werte der Beschwerden-Liste mit den Werten der Befindlichkeits-Skala ($r = 0,594$, $p < 0,01$), der Self Rating Depression Scale ($r = 0,641$, $p < 0,01$) und der psychischen Summenskala des SF-12 ($r = 0,595$, $p < 0,01$). Signifikante Zusammenhänge ließen sich ebenfalls zwischen den ermittelten Werten der körperlichen Summenskala des SF-12 und den Ergebnissen der Befindlichkeits-Skala ($r = 0,422$, $p < 0,05$) sowie der Self Rating Depression Scale ($r = 0,619$, $p < 0,01$) nachweisen. Die im Rahmen der Fehlerkontrollen geforderte geringe Korrelation zwischen der körperlichen und der psychischen Summenskala

des SF-12 (BULLINGER u. KIRCHBERGER 1998) konnte bestätigt werden ($r = 0,277$, $p < 0,01$).

Relativ stark korrelierten die Ergebnisse der Skalen zur psychischen Befindlichkeit untereinander. Die stärkste Übereinstimmung bestand zwischen den Ergebnissen der Befindlichkeits-Skala und der Self Rating Depression Scale ($r = 0,869$, $p < 0,01$). Nicht ganz so hoch lagen die Werte für die Beziehungen zwischen Befindlichkeits-Skala und psychischer Summenskala des SF-12 ($r = 0,708$, $p < 0,01$) und zwischen Self-Rating Depression Scale und psychischer Summenskala des SF-12 ($r = 0,687$, $p < 0,01$).

Zwischen den Ergebnissen der Fremdbeurteilungsskala Clinical Global Impressions (“Schweregrad der Krankheit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung”) und “Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung”) und der Selbstbeurteilungsskalen Self-Rating Depression Scale, Befindlichkeits-Skala und Psychische Summenskala des SF-12 bestanden ebenfalls signifikante Zusammenhänge ($p < 0,01$).

4.5.4 Verstorbene Patienten

Neun Patienten der Untersuchung (16%) waren nach Entlassung aus der Indexbehandlung verstorben: vier Patienten hatten einen Suizid begangen und fünf Patienten waren aufgrund einer natürlichen Todesursache verstorben.

4.5.4.1 Aufgrund natürlicher Todesursachen verstorbene Patienten

Das Durchschnittsalter der aufgrund natürlicher Todesursachen verstorbenen Patienten (vier Frauen und ein Mann) betrug zum Zeitpunkt der Indexbehandlung 73,6 Jahre. Die Patienten verstarben in einem Zeitraum von 9 - 12 Monaten nach der Entlassung.

Bei vier Patienten war der Anlaß für die Indexaufnahme Suizidalität, in keinem Fall war es bislang zu einem Suizidversuch gekommen. Nur eine Patientin war bei bekannter depressiver Erkrankung bereits in stationär psychiatrischer Behandlung gewesen, bei den anderen handelte es sich um eine Erstaufnahme. Bei drei Patienten wurde während der Indexbehandlung eine depressive Störung - in einem Fall organischen Ursprungs - diagnostiziert, ein Patient litt an einer Demenz. Über den Verlauf nach Entlassung aus der Indexbehandlung liegen über diese vier Patienten keine Informationen vor. Bei zwei

Patientinnen (60 und 68 Jahre alt) stand bereits zum Zeitpunkt der Indexbehandlung eine schwere körperliche Erkrankung im Vordergrund, an deren Folgen sie verstarben. Eine weitere Patientin mit langjährig bestehendem Asthma bronchiale war „wegen Kurzatmigkeit“ vom Pflegeheim in ein Krankenhaus eingeliefert worden und dort drei Wochen später verstorben. Über einen zum Zeitpunkt der Indexbehandlung bereits 96-jährigen Patienten konnte vom betreuenden ambulanten Pflegedienst lediglich bestätigt werden, daß der Patient nicht durch Suizid verstorben war.

Die fünfte, zum Zeitpunkt des Indexaufenthaltes 82-jährige Patientin kam nach einem Suizidversuch durch Sprung auf U-Bahngleise mit einem depressiven Syndrom zur Indexaufnahme, der zweiten stationär psychiatrischen Aufnahme insgesamt. Im zeitlichen Zusammenhang mit der Symptomatik eines seit 20 Jahren bestehenden Schmerzsyndroms im LWS-Bereich war es zu rezidivierenden, zum Teil schweren depressiven Episoden und jetzt insgesamt drei Suizidversuchen gekommen. Nach fünfwöchiger Indexbehandlung konnte sie deutlich stabilisiert, von Suizidgedanken vollständig distanziert zurück ins Altenheim entlassen werden. 19 Monate später kam es zu einem erneuten vierwöchigen stationär psychiatrischen Aufenthalt aufgrund einer mittelgradig depressiven Episode ohne Suizidalität. Die Entlassung erfolgte auf Wunsch der Patientin. Vier Wochen später verstarb sie nach Auskunft der Schwiegertochter am „Herzstillstand“. Man habe sie morgens tot im Bett vorgefunden, eine Erkrankung sei außer den bekannten Schmerzen im LWS-Bereich, die sieben Jahre zuvor zur Implantation einer Morphiumpumpe geführt hatten, nicht bekannt gewesen. Nach einem Besuch zwei Tage zuvor habe die Patientin die Schwiegertochter beim Abschied „etwas seltsam angeguckt“.

4.5.4.2 Durch Suizid verstorbene Patienten

Das Durchschnittsalter der durch Suizid verstorbenen Patienten betrug zum Zeitpunkt der Indexbehandlung 71,3 Jahre.

Drei Frauen und ein Mann nahmen sich in einem Zeitraum von 4 bis 13 Monaten nach Entlassung aus der Indexbehandlung das Leben. Zur Indexaufnahme war es bei allen aufgrund eines Suizidversuchs gekommen. Dabei handelte es sich in drei Fällen um einen ersten Suizidversuch, eine Patientin hatte bereits wenige Monate zuvor kurz hintereinander zwei Suizidversuche unternommen. Bei zwei Patientinnen war eine bekannte depressive Erkrankung bereits psychiatrisch behandelt worden. Zwei Patienten, bei denen erst wenige

Monate vor der Indexaufnahme erstmals eine depressive Symptomatik aufgetreten war, waren noch nicht psychiatrisch vorbehandelt.

Es folgt eine komprimierte Darstellung der Krankheitsgeschichten dieser vier durch Suizid verstorbenen Patienten. Informationen zu den Verläufen nach Entlassung aus der Indexbehandlung sowie zu näheren Umständen des Suizids konnten nicht in allen Fällen gewonnen werden.

Bei der verheirateten 63-jährigen Frau B. war es 13 Jahre zuvor erstmals zu depressiven Verstimmungszuständen gekommen, die über Monate mit Lorazepam behandelt wurden, was zu einer Lorazepam-Abhängigkeit mit anschließender ambulanter Entzugsbehandlung führte. In den folgenden Jahren kam es immer wieder zu Phasen gedrückter Stimmung sowie zu Zwangssymptomen (Reinlichkeitsfimmel) und Ängsten mit dem Gefühl, alles nicht mehr zu schaffen. Eineinhalb Jahre vor der Indexaufnahme kam es zu einer massiven Symptomverschlechterung. Unter antidepressiver und anxiolytischer Medikation konnte eine deutliche Besserung der Symptomatik erreicht werden. Nach dem Tod der Schwiegermutter zwei Monate vor der Indexaufnahme kam es erneut zu Stimmungsschwankungen, Angstgefühlen und auch Suizidgedanken. Anlaß der Indexaufnahme, der ersten stationär-psychiatrischen Aufnahme überhaupt, war schließlich ein Suizidversuch mit 30 Tabletten eines Benzodiazepins. Nach einwöchiger Behandlung mit Gesprächen und Einstellung auf ein Antidepressivum und ein Anxiolytikum konnte Frau B. deutlich stabilisiert entlassen werden. Eine erneute Symptomverschlechterung nach Rückkehr in die häusliche Umgebung führte drei Monate später zu einer 3-wöchigen stationären Behandlung zur Vorbereitung auf eine geplante Behandlung in der Verhaltenstherapie-Tagesklinik. Stationär nahmen Angst- und Überforderungsgefühle zu und es erfolgte eine Umstellung der antidepressiven Medikation. In gebessertem und stabilisiertem Zustand konnte Frau B. entlassen werden. Die Aufnahme in die Verhaltenstherapie-Tagesklinik war zwei Wochen später geplant. Eine Woche nach Entlassung suizidierte sich Frau B. während einer kurzen Abwesenheit des Ehemannes in der Badewanne mittels elektrischen Stroms.

Zur Indexaufnahme und ersten stationär-psychiatrischen Aufnahme überhaupt kam es bei der verwitweten 90-jährigen Frau F. nach einem Suizidversuch mit einem Unkrautvernichtungsmittel und anschließender intensivmedizinischer Behandlung. Frau F. litt bereits seit 20 Jahren unter schweren Schlafstörungen und fühlte sich tagsüber zunehmend erschöpft bei gleichzeitig bestehender unerträglicher Unruhe. Hinzu kam eine sich kontinuierlich verringernde Sehfähigkeit aufgrund einer Maculadegeneration. Mit dem Hausarzt und Angehörigen hatte sie wiederholt darüber gesprochen, dass das Leben für sie nicht mehr lebenswert ist. In der Angst und Verzweiflung, aufgrund ihrer Gebrechlichkeit in ein Pflegeheim umziehen zu müssen, war es schließlich zur Einnahme des Unkrautvernichtungsmittels gekommen. Während der 6-wöchigen Indexbehandlung konnte unter hypnotischer und antidepressiver Medikation eine Besserung der Schlafstörungen und der schweren depressiven Symptomatik erreicht werden. Auch ihr körperlicher Zustand besserte sich soweit, dass

sie in die eigene Wohnung zurückkehren konnte. Sie äußerte immer wieder das Gefühl von Lebensmüdigkeit, war aber von akuten Suizidabsichten distanziert.

12 Monate nach Entlassung aus der Indexbehandlung verstarb Frau F. an den Folgen einer Intoxikation. Von der Schwester der Verstorbenen waren die genauen Umstände des Suizids nicht zu erfahren. Man habe ihr lediglich gesagt, dass die Schwester „etwas eingenommen“ habe.

Die zum Zeitpunkt der Indexaufnahme 71-jährige Frau H. litt seit 14 Jahren an Depressionen, die zu mehreren stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlungen geführt hatten. Frau H. selbst sah in ihren Lebensproblemen den Anlass ihrer Depressionen. Neben ihrer Ehe mit einem Musiker, den sie sehr verehrte und mit dem sie Dankbarkeit verband, hatte sie eine langjährige außereheliche Beziehung zu einem verheirateten Mann, den sie als die große Liebe ihres Lebens bezeichnete. Die Beziehung endete mit der Pensionierung und dem Ortswechsel des Freundes. Im Jahr der Indexaufnahme starb der Ehemann der Patientin und sie unternahm wenige Tage später einen Suizidversuch mit Benzodiazepinen sowie mittels Eintauchen elektrischer Gegenstände in die Badewanne. Es folgte ein zweimonatiger stationär psychiatrischer Aufenthalt, in dessen Verlauf Frau H. nach der Beerdigung ihres Mannes während eines Stundenurlaubs einen zweiten Suizidversuch unternahm. Neben Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit litt Frau H. unter Schuldgefühlen dem Ehemann gegenüber und suchte lange Gespräche, die sie deutlich entlasteten. Unter antidepressiver und aufgrund paranoider, hysterischer Züge neuroleptischer Medikation konnte sie nach problemlos verlaufenden Wochenendbeurlaubungen stabilisiert entlassen werden. Wenige Tage später bat Frau H. selbst um erneute stationäre Aufnahme und gab an, sich von Suizidimpulsen übermannt zu fühlen. Während eines fünfwöchigen Aufenthaltes konnte wiederum eine Stabilisierung erreicht werden. Nach der Entlassung in ambulante Weiterbehandlung kam es jedoch wieder zu einer schnell zunehmenden Verschlechterung der Stimmungssituation, vermehrtem Auftreten von Suizidgedanken und einem erneuten Suizidversuch 14 Tage nach der Entlassung. Es folgte der Indexaufenthalt, in dessen zweiwöchigem Verlauf Frau H. wie in den Voraufenthalten Entlastung in Gesprächen über ihre Beziehung zu ihrem Ehemann fand und unter anxiolytischer, neuroleptischer und antidepressiver Medikation aktiver und belastbarer wurde und gebessert entlassen werden konnte. Einen Monat später bat sie erneut depressiv verzweifelt um stationäre Aufnahme. Suizidgedanken oder -impulse bestanden nicht. Wie in den vorangegangenen Aufenthalten suchte Frau H. das Gespräch und Zuwendung und berichtete immer wieder von Schuldgefühlen gegenüber dem verstorbenen Ehemann. Nach dreiwöchigem stationärem Aufenthalt konnte sie wiederum stabilisiert in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Zum weiteren Verlauf konnte fremdanamnestisch erfahren werden, daß Frau H. sich bemühte, alte soziale Kontakte wiederaufzunehmen, jedoch mit dem Alleinsein nicht zurecht kam. Eine erneute stationäre Aufnahme sei für sie eine „Horrorvorstellung“ gewesen, vor der sie sich schließlich „selbst bewahrte“ und sich acht Monate nach der Indexbehandlung das Leben nahm.

Zur ersten stationär psychiatrischen Aufnahme, der Indexaufnahme, kam es bei dem 61-jährigen Herrn B., nachdem er sich in suizidaler Absicht Schnittverletzungen im Bereich beider Handgelenke sowie kleinere abdominelle Stichverletzungen zugefügt hatte. Als Auslöser für den Suizidversuch gab Herr B. an, aufgrund seiner körperlichen Erkrankungen keinen Ausweg mehr gesehen zu haben. Neben einem rechtshirnigen Insult, einer koronaren Bypass-Operation und einer Operation einer Carotis-Stenose im vorangegangenen Jahr war es im Jahr der Indexaufnahme zu einem Insult auf der Gegenseite gekommen. Außerdem litt er an einer ausgeprägten Coxarthrose. Aufgrund eines ausgeprägten depressiven Syndroms erfolgte eine antidepressive Medikation, unter der es jedoch nur zu einem mäßigen Rückgang der Symptomatik kam. Für den Verlauf erschwerend waren ein anzunehmender Konflikt mit der Partnerin sowie die schmerzhafte Coxarthrose. So wurde nach dreimonatiger psychiatrischer Behandlung die direkte Verlegung in die Orthopädische Klinik zur operativen Behandlung veranlaßt. Die Partnerin von Herrn B. berichtete, daß sich die depressive Symptomatik nach dem Eingriff zunächst besserte. Neun Monate nach der Indexbehandlung unternahm Herr B. jedoch einen erneuten Suizidversuch, wiederum mittels Schnittverletzungen der Handgelenke. Eine stationär psychiatrische Behandlung schloß sich danach nicht an. Es erfolgte ein Umzug in eine Altenwohnanlage. Trotz weiterer Verschlechterung seines psychischen Zustandes habe Herr B. keine Hilfe annehmen wollen, die über die vom Nervenarzt verordnete antidepressive Medikation hinausging. Vier Monate nach dem zweiten Suizidversuch nahm Herr B. sich durch einen Sprung aus dem Fenster das Leben.

4.5.5 Zusammenfassendes Ergebnis der Nachuntersuchung

Eine zusammenfassende Übersicht der erhobenen Daten hinsichtlich des psychischen Zustands der Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung geben die Tabellen 8 und 9.

Bei den Verweigerern handelt es sich dabei ausschließlich um eine globale Beurteilung der psychischen Gesundheit nach den Clinical Global Impressions, während bei den interviewten Patienten zusätzlich aufgrund der Ergebnisse der Selbstbeurteilungs-Skalen SDS und Bf-S eine Einschätzung der depressiven Symptomatik erfolgt.

Beim Vergleich der Punktzahlen, die die einzelnen Patienten in der Self-Rating Depression Scale und in der Befindlichkeits-Skala, die stark miteinander korrelierten (s. u. 4.5.3.7), erreichten, ergab sich eine gute Übereinstimmung, die eine Einstufung hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Erkrankung sowie ihrer quantitativen Abschätzung zuließ (Tab. 8). Neun Patienten, die aufgrund der Ergebnisse der Self-Rating Depression Scale als depressiv eingestuft wurden, erreichten auch in der Befindlichkeits-Skala Punktwerte, die auf eine depressive Stimmungslage hindeuten. In der psychischen Summenskala des SF-12 lagen die Punktwerte dieser Patienten bis auf zwei Ausnahmen ebenfalls unter dem von den Patienten der Untersuchung erreichten Durchschnittswert. Bei allen neun Patienten war auch während der Indexbehandlung eine depressive Erkrankung diagnostiziert worden.

	Interviewte Patienten (n=23)	
Keine Depression	14	61%
Leichte Depression	2	9%
Deutliche Depression	2	9%
Erhebliche bis schwere Depression	5	22%

Tab. 8: Vorliegen einer Depression bei den interviewten Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung aufgrund der Ergebnisse der Self-Rating Depression Scale und der Befindlichkeits-Skala (n = 23)

14 Patienten, bei denen während der Indexbehandlung in 11 Fällen eine depressive Störung diagnostiziert worden war, hatten aufgrund der Ergebnisse der Self-Rating Depression Scale und der Befindlichkeits-Skala zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine Depression. Auch im SF-12 schätzten diese Patienten ihre psychische Befindlichkeit besser ein als die interviewten Patienten insgesamt. Darunter befanden sich drei Patienten, die ohne

psychiatrische Behandlung auskamen, sechs Patienten, die psychopharmakologisch (in zwei Fällen ausschließlich hypnotisch) durch ihre Hausärzte und fünf Patienten, die ambulant psychiatrisch behandelt wurden.

Tab. 9 gibt einen Überblick über den psychischen Gesundheitszustand der interviewten Patienten und Verweigerer zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung aufgrund der Fremdeinschätzung nach den Clinical Global Impressions.

	interviewte Patienten (n=23)		Verweigerer (n=23)		überlebende Patienten insgesamt (n=46)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nicht krank	7	30%	4	17%	11	24%
Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	4	17%	4	17%	8	17%
Leicht bis mäßig krank	8	35%	10	43%	18	39%
Deutlich, schwer, extrem schwer krank	4	17%	5	22%	9	20%

Tab. 9: Schweregrad der Krankheit der interviewten Patienten (n = 23) und der Verweigerer (n = 23) zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach den Clinical Global Impressions (CGI)

Zwischen Selbstbeurteilung der interviewten Patienten hinsichtlich einer depressiven Erkrankung und ihrer Fremdbeurteilung bestand mehrheitlich Übereinstimmung, was sich auch in den miteinander korrelierenden Ergebnissen der Selbstbeurteilungsskalen und der Clinical Global Impressions zeigte (s. u. 4.5.3.7). Sechs der 14 aufgrund der Selbsteinschätzung nicht depressiven Patienten wurden auch mittels der CGI als „nicht krank“, vier Patienten als „Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“ und vier Patienten als „leicht krank“ eingestuft. Eine erhebliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung gab es nur in einem Fall eines aufgrund der Selbsteinschätzung schwer depressiven Patienten, der bei der Untersucherin einen psychisch gesunden, zukunftsorientierten Eindruck hinterließ und als „nicht krank“ eingestuft wurde. Die übrigen vier aufgrund der Selbsteinschätzung „erheblich bis schwer“ depressiven Patienten fielen auch aufgrund der Fremdeinschätzung in die Kategorien „deutlich“, „schwer“ und „extrem schwer“ krank.

Da die oben genannten Ergebnisse keine Informationen über den Verlauf der Erkrankung geben, wurden sie auf der Grundlage der „Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung“ nach den Clinical Global Impressions (s. u. 4.5.3.6) nach „günstigem“ und „ungünstigem“ Verlauf

differenziert (Tab. 10). Alle Patienten, deren psychischer Zustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Vergleich zur Indexaufnahme als „viel“ oder „sehr viel besser“ bewertet wurde, fallen in die Kategorie „günstiger Verlauf“. Ein „nur wenig besserer“, „unveränderter“ oder „schlechterer“ Zustand weist auf einen ungünstigen Verlauf. Der im Vergleich mit den interviewten Patienten etwas ungünstigere Verlauf der Verweigerer erreichte nicht das Signifikanzniveau.

Bei den interviewten Patienten konnte in die Verlaufsbeurteilung auch die Einschätzung bestehender Suizidalität einbezogen werden. So fällt eine als „Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“ eingestufte und als Resultat der Selbstbeurteilungs-Skalen nicht depressive Patientin aufgrund von Suizidgedanken und geäußerten Suizidabsichten in die Kategorie „ungünstiger Verlauf“. Die anderen beiden Patienten, die im Interview Suizidgedanken angaben, gehören auch aufgrund einer schweren Depression zu den Patienten mit ungünstigem Verlauf. Eine Patientin, bei der es im Katamnesezeitraum zu suizidalem Agieren gekommen war, konnte aufgrund ihres insgesamt stark gebesserten Zustands und aufgrund ihrer deutlich geäußerten Distanzierung von weiteren Suizidabsichten der Kategorie „günstiger Verlauf“ zugeordnet werden.

	interviewte Patienten (n=23)		Verweigerer (n=23)		verstorbene Patienten (n=9)		Patienten insgesamt (n=55)	
günstiger Verlauf	18	78%	15	65%	-	-	33	60%
ungünstiger Verlauf	5	22%	8	35%	-	-	13	24%
natürlicher Tod	-	-	-	-	5	56%	5	9%
Suizid im Katamneseintervall	-	-	-	-	4	44%	4	7%

Tab. 10: Verlauf im Katamneseintervall (n = 55)

Fast alle interviewten Patienten mit günstigem Verlauf bewerteten ihren psychischen Gesundheitszustand auch selbst als „ausgezeichnet“ oder waren „zufrieden“. Nur eine Patientin war „unzufrieden“. Alle fünf interviewten Patienten mit ungünstigem Verlauf waren mit ihrem psychischen Gesundheitszustand „unzufrieden“ oder bezeichneten ihn als „schlecht“, was in vier Fällen einer Verschlechterung der Beurteilung im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt entsprach. 67% (n=12) der interviewten Patienten mit günstigem

Verlauf waren der Meinung, von der stationär psychiatrischen Behandlung anhaltend (n=10) oder vorübergehend (n=2) profitiert zu haben.

Zwischen den Patienten mit günstigem und ungünstigem Verlauf (durch Suizid verstorbene Patienten wurden den Patienten mit ungünstigem Verlauf zugeordnet) fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich demographischer Daten und Daten aus der Krankheitsvorgeschichte oder Indexbehandlung. Einen ungünstigen Verlauf zeigten allerdings mehr Männer (50%) als Frauen (28%). Die Angabe von belastenden Lebensereignissen im Katamneseintervall hatte bei den interviewten Patienten keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

Ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) bestand zwischen Verlauf und Katamnesedauer. Während die Katamnesedauer bei den Patienten mit günstigem Verlauf durchschnittlich 20,2 Monate betrug, waren es bei den Patienten mit ungünstigem Verlauf nur durchschnittlich 15,7 Monate.

5 DISKUSSION

5.1 Methodik

Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Untersuchung ist durch die geringe Fallzahl, insbesondere die geringe Anzahl der zur Teilnahme an der Untersuchung bereiten Patienten und durch das Fehlen einer Kontrollgruppe begrenzt.

Mit Hilfe von vier Selbstbeurteilungsskalen wurde die subjektiv erlebte körperliche und psychische Befindlichkeit der an der Teilnahme zur Nachuntersuchung bereiten Patienten erfragt. Bei der Interpretation der Testergebnisse der Befindlichkeitsskala (Bf-S) und der Beschwerdenliste (B-L) muß berücksichtigt werden, dass sich die zum Vergleich vorliegenden Normwerte aus Eichstichproben sowie Ergebnisse aus anderen Untersuchungen auf Altersgruppen von 20 bis 64 Jahren beziehen. Ergebnisse älterer Patienten sind nach ZERSSSEN u. KOELLER (1976) unter Vorbehalt auswertbar. 52% der Patienten, bei denen die Skalen in dieser Untersuchung angewendet wurden, waren älter als 64 Jahre. Da die Ergebnisse der Befindlichkeitsskala und der Beschwerdenliste allerdings mit den Ergebnissen der Self-Rating Depression Scale und des SF 12 korrelierten (s. u. 4.5.3.7), wurden sie ohne Einschränkung gewertet.

Auch die Self-Rating Depression Scale (SDS) wurde mit jüngeren Probanden entwickelt. Eine Studie von HOLMES et al. (1988), in der die Skala bei 1049 psychiatrischen Patienten zwischen 13 und 89 Jahren angewendet wurde, zeigte allerdings keine signifikanten altersabhängigen Unterschiede der Ergebnisse. In einer Validierungsstudie mit 55 älteren (60 Jahre und älter) nichtpsychiatrischen Patienten (OKIMOTO et al. 1982) wurde eine signifikante Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der SDS und psychiatrischer Interviews gefunden: 80% der Patienten wurden mittels der SDS korrekt als depressiv oder nicht depressiv klassifiziert. Der Cutoff Index Score war dabei wie in dieser Arbeit auf 60 erhöht worden.

Mit Hilfe der Clinical Global Impressions erfolgte eine Fremdbeurteilung des psychischen Gesundheitszustandes auch derjenigen Patienten, über die im Rahmen der Nachuntersuchung nur telefonische Informationen vorlagen. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Qualität dieser teilweise fremdanamnesticen Informationen muss die auf dieser Grundlage getroffene Einschätzung der Patienten kritisch betrachtet werden, gibt aber eine richtige Tendenz wieder

und erlaubt die globale Zuordnung hinsichtlich eines günstigen oder ungünstigen Krankheitsverlaufs.

5.2 Demographische Daten

Das in dieser Untersuchung deutliche Überwiegen der Frauen (71%) zeigt ein Vergleich mit der altersentsprechenden Bevölkerung Hamburgs (60-Jährige und Ältere) aus dem Jahr 1997 (ÄLTERE MENSCHEN IN HAMBURG 1999), in der der Frauenanteil 61% betrug und entspricht den Zahlen aus Studien mit älteren stationär behandelten depressiv erkrankten Patienten, in denen der Frauenanteil ebenfalls zwischen 70% und 77% betrug (TUMA 1996, BRODATY et al. 1993, MEATS et al. 1991). In Untersuchungen mit älteren suizidalen Patienten war das Überwiegen der Frauen mit Anteilen zwischen 60% (PIERCE 1987) und 64% (HEPPLE u. QUINTON 1997) nicht ganz so deutlich.

Bezüglich der Altersverteilung fällt der in dieser Untersuchung mit 46% hohe Anteil der 60- bis unter 65-Jährigen auf, während diese Altersgruppe im Jahr 1997 innerhalb der Hamburger Bevölkerung im Seniorenalter (60 Jahre und älter) nur einen Anteil von 26% hatte (ÄLTERE MENSCHEN IN HAMBURG 1999). Die zweitstärkste Altersgruppe der Untersuchung waren die 65- bis unter 70-Jährigen, und nur 36% der Patienten waren 70 Jahre und älter, während 53% der Senioren Hamburgs zu den 70-Jährigen und Älteren zählten. Die meisten Studien zur Alterssuizidalität bezogen erst Patienten ab dem 65. Lebensjahr ein, doch auch bei PIERCE (1987) und NOWERS (1993) gehörte die Mehrzahl der Patienten zu den Jüngeren mit einem deutlichen Abfall der Zahlen nach dem 75. Lebensjahr.

Während 1997 52% der Hamburger Senioren verheiratet und 32% verwitwet waren (ÄLTERE MENSCHEN IN HAMBURG 1999), waren in dieser Untersuchung nur 34% der Patienten verheiratet, aber 41% verwitwet. Das Überwiegen Verwitweter unter älteren suizidalen Menschen wird auch durch andere Arbeiten bestätigt, in denen der Anteil Verwitweter zwischen 48% (LYNESS et al. 1992) und 55% (PIERCE 1987, MERRILL u. OWENS 1990) lag und belegt die allgemein herrschende Annahme, dass der Familienstand verwitwet einen Risikofaktor für Suizidalität darstellt.

Auch der große Anteil Alleinlebender in der eigenen Untersuchung (55% der Patienten

insgesamt, 75% der über 70-Jährigen) entspricht den Ergebnissen anderer Arbeiten (60% bei MERRILL u. OWENS 1990, 52% bei NOWERS 1993).

5.3 Krankheitsvorgeschichte

Verglichen mit anderen Studien war der Anteil der Patienten, die vor der Indexaufnahme bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen waren in dieser Untersuchung mit 73% der Patienten insgesamt und 64% der Patienten, die im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, hoch. Bei HEPPLÉ u. QUINTON (1997) hatten 55% der Patienten eine psychiatrische Vorgeschichte, NOWERS (1993) beschrieb bei 53% seiner Patienten einen vorangegangenen Kontakt mit psychiatrischen Diensten. In diesen Untersuchungen wurden allerdings alle Patienten einbezogen, die nach einem Suizidversuch zur stationären Aufnahme in ein allgemeines Krankenhaus kamen, während es sich in der eigenen Untersuchung -vielfach nach Übernahme aus einer nichtpsychiatrischen Klinik- um Patienten einer psychiatrischen Klinik handelte.

Auffällig in der eigenen Untersuchung war der Unterschied zwischen den unter 70-jährigen und den über 70-jährigen Patienten bezüglich der Krankheitsvorgeschichte. Die über 70-Jährigen waren seltener psychiatrisch vorbehandelt (60% versus 81%) und hatten eine kürzere Krankheitsgeschichte. Sie erkrankten erstmals mit einem durchschnittlichen Alter von 72,2 Jahren, während die unter 70-Jährigen bei Beginn ihrer psychiatrischen Erkrankung im Durchschnitt erst 47,8 Jahre alt waren.

Auch in der Untersuchung von NOWERS (1993) blickten 65% der Männer und 62% der Frauen in der Altersgruppe von 65 - 74 Jahren auf eine psychiatrische Vorgeschichte zurück, während in der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren nur bei 16% der Männer und bei 47% der Frauen vor der aufgrund eines Suizidversuchs erfolgten stationären Aufnahme ein Kontakt mit psychiatrischen Diensten bekannt war.

Bei 52% der Patienten insgesamt und bei 43% der Patienten, die im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, war aus der Vorgeschichte mindestens ein Suizidversuch bekannt. In anderen Untersuchungen war der Anteil der Patienten, bei denen es sich bereits um einen wiederholten Suizidversuch handelte mit 31% bei HEPPLÉ u. QUINTON (1997), 32% bei MERRILL u. OWENS (1990), 44% bei NOWERS (1993) und 47% bei DE LEO et al. (2002) ähnlich.

5.4 Die Indexbehandlung

5.4.1 Methoden der zur Indexaufnahme führenden Suizidversuche

In der Suizidforschung bekannt ist die Tatsache, dass mehr Männer als Frauen sogenannte harte Suizidmethoden anwenden. Eine Analyse mehrerer Untersuchungen zeigte auch eine Zunahme gefährlicher Suizid- und Suizidversuchsmethoden mit steigendem Lebensalter (ERLEMEIER 1992).

Auch in einer Analyse der Todesursachenstatistik der Bundesrepublik von 1951 bis 1988 für Personen über 60 Jahre fanden SCHMIDTKE u. WEINACKER (1991) alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede der Suizidmethoden. Bei den Männern dominierte in allen Altersgruppen über 60 Jahre die Suizidmethode „Erhängen, Erdrosseln und Ersticken“ mit 50-60% und nahm mit dem Alter noch zu. An zweiter Stelle stand mit 10-20% die „Vergiftung mit festen oder flüssigen Stoffen“. Bei den Frauen kamen beide Methoden fast gleich häufig vor und machten zusammen ungefähr 70% aller Suizidfälle aus.

In den Analysen erfolgter Suizidversuche älterer Menschen von PIERCE (1987), NOWERS (1993), HEPPLER u. QUINTON (1997) und DE LEO (2002) stand ausnahmslos die Arzneimittelüberdosierung mit Angaben von 79-96% an erster Stelle. Auch in der eigenen Untersuchung wählten 68% der Patienten, die im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, diese Methode. Härtere Methoden wendeten mehr Männer (50%) als Frauen (25%) an, wobei das Erhängen und Erdrosseln nicht vorkam.

Dieses deutliche Überwiegen von Suizidversuchsmethoden, die eine Rettung eher möglich machen als die bei den Suiziden häufiger angewendeten harten Methoden, könnte darauf hinweisen, dass es sich in vielen Fällen eher um einen versuchten Suizid mit appellativem Charakter als um einen mißglückten Selbstmord handelte.

5.4.2 Psychiatrische Diagnosen

Psychische Erkrankungen gelten in allen Altersgruppen als eine Hauptursache für Suizide und Suizidversuche. Als psychische Hauptstörung bei älteren/alten Suizidenten und Suizidpatienten wird von der Mehrheit der Autoren die Depression angesehen (vergl. DANKWARTH u. PÜSCHEL 1991). DEVONS (1996) geht davon aus, dass zwei Drittel der Alterssuizide im Kontext einer Depression stattfinden.

Der Anteil der mit einer psychiatrischen Diagnose belegten Patienten war in dieser Untersuchung mit 96% erwartungsgemäß hoch, da es sich um ein Kollektiv stationär psychiatrisch behandelter Patienten handelte.

In Untersuchungen mit älteren Patienten (> 60 oder 65 Jahre), die nach einem Suizidversuch zunächst in Allgemeine Krankenhäuser oder Toxikologische Abteilungen aufgenommen wurden (MERRILL u. OWENS 1990, NOWERS 1993, CHIU 1996, HEPPLER u. QUINTON 1997, DE LEO 2002) lag der Anteil der Patienten, bei denen eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert wurde, zwischen 59% und 93%. In allen Studien war die häufigste Diagnose die Depression, von der zwischen 25% und 93% der Patienten betroffen waren, während die geschätzte Prävalenz der depressiven Erkrankung in der älteren Bevölkerung zwischen 5 und 10% liegt (REYNOLDS 1995). In der eigenen Untersuchung hatten 82% der Patienten insgesamt und 80% der Patienten, die nach einem Suizidversuch oder aufgrund bestehender Suizidalität stationär psychiatrisch aufgenommen worden waren, eine depressive Symptomatik.

Suchterkrankungen und Psychosen spielten im Gegensatz zu ihrer Bedeutung als Risikofaktoren in jüngeren Altersgruppen eine geringe Rolle, wobei Patienten mit der Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit in dieser Untersuchung ausgeschlossen worden waren. In den Studien von PIERCE (1987), NOWERS (1993), CHIU (1996), HEPPLER u. QUINTON (1997) und DE LEO (2002) betrug der Anteil der älteren Suizidpatienten mit einer Schizophrenie oder psychotischen Symptomen zwischen 3% und 13%, eine Alkoholabhängigkeit hatten 2 - 12%. In der eigenen Untersuchung hatten 7% der Patienten eine psychotische Störung, weitere 7% zeigten psychotische Symptome im Rahmen einer Depression. Bei 4% bestand eine Alkoholabhängigkeit.

Der in dieser Untersuchung mit 7% ebenfalls sehr geringe Anteil von Patienten, die an einer Demenz litten, bestätigt die Ergebnisse der Arbeiten von PIERCE (1987), MERRILL u. OWENS (1990), LYNESS et al. (1992), NOWERS (1993), CHIU et al. (1996) und HEPPLER u. QUINTON (1997), in denen der Anteil der an einer Demenz erkrankten Patienten ebenfalls nur 0 - 7% betrug.

5.4.3 Körperliche Erkrankungen

Eine Vielzahl von Untersuchungen beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Suizidversuchen im Alter und körperlichen Gesundheitsstörungen. In einer Übersicht der angloamerikanischen Suizidliteratur wurden bei 35-85% der Suizidversuche alter Menschen schwere körperliche Krankheiten gefunden (SUMMA 1988). In den Untersuchungen von PIERCE (1987), MERRILL u. OWENS (1990), CHIU et al. (1996), HEPPLER u. QUINTON (1997) und DE LEO (2002) hatten zwischen 53% und 76% der älteren Suizidpatienten eine bedeutsame körperliche Erkrankung.

WÄCHTLER (1982) fand in einer Untersuchung mit 48 über 55-jährigen Patienten, die nach einem Suizidversuch in einer toxikologischen Abteilung aufgenommen worden waren, nur maximal 23% körperlich Gesunde und kam durch Vergleich mit verschiedenen epidemiologischen Feldstudien zu dem Ergebnis, dass Menschen, die im höheren Lebensalter einen Suizidversuch begehen, statistisch gesehen einen erheblich schlechteren körperlichen Gesundheitszustand aufweisen, als dies der Erwartung in einer altersentsprechenden Normalbevölkerung entsprechen würde.

Nach SIEGLER et al. (1980) geben allerdings nur 20-25% der 65-80-Jährigen keine körperliche Erkrankung an, so dass die Variable „physische Gesundheit“ im Hinblick auf suizidales Verhalten bei alten Menschen differenziert und in Abhängigkeit von der subjektiven Bewertung betrachtet werden muß (SCHALLER u. GÖBEL 1988). Auch nach WÄCHTLER et al. (1988) führt nicht die Tatsache einer körperlichen Erkrankung allein zu vermehrter Suizidalität, sondern vor allem bestimmte körperliche Gesundheitsstörungen und die hypochondrisch-ängstliche und depressive Verarbeitung der Erkrankung.

SUMMA (1988) untersuchte die Bedeutung körperlicher Krankheiten als Risikofaktoren von Suizidhandlungen im Alter und kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass weder Krankheitshäufigkeit noch der Schweregrad der Erkrankung einen entscheidenden Einfluß auf suizidale Handlungen älterer Menschen hatten. Eine Ausnahme bildeten chronisch schmerzhaftes Erkrankungen, insbesondere ausgeprägte Gelenkerkrankungen und fortgeschrittene Karzinome.

In der eigenen Untersuchung wurde zum Zeitpunkt der Indexaufnahme bei 68% der Patienten mindestens eine körperliche Erkrankung beschrieben, um eine schwere Erkrankung (Klasse 3 und 4 nach der Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists) handelte es sich jedoch nur in 20% der Fälle. In den Epikrisen dieser Patienten, die überwiegend eine kardiale Problematik hatten, fand sich kein Hinweis auf einen Einfluß dieser Erkrankungen

auf die depressiv-suizidale Entwicklung der Patienten. Dagegen führte bei einem bis dahin psychiatrisch unauffälligen, jedoch von Angehörigen schon länger depressiv herabgestimmt wahrgenommenen Patienten die erschwerte Rehabilitation nach einer Fußfraktur zum Ausbruch einer schweren depressiven Episode, in der er paranoide Befürchtungen hinsichtlich seiner Gesundheit entwickelte und zum Zeitpunkt der Indexaufnahme als suizidal eingeschätzt wurde.

Die Bedeutung chronisch schmerzhafter Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie ihre depressive Verarbeitung für die Entstehung von Suizidalität bestätigen drei Beispiele aus der eigenen Untersuchung. Ein 61-jähriger Patient litt neben multiplen körperlichen Erkrankungen an einer schmerzhaften Coxarthrose und beging im Rahmen einer erstmalig aufgetretenen depressiven Episode einen Suizidversuch. Als Auslöser nannte er selbst die körperlichen Beschwerden. Neun Monate nach Entlassung aus der Indexbehandlung unternahm er einen erneuten Suizidversuch und verstarb vier Monate später durch einen Suizid. Bei einer 82-jährigen Patientin traten in zeitlichem Zusammenhang mit einem seit 20 Jahren bestehenden chronischen Schmerzsyndrom im Lendenwirbelsäulenbereich rezidivierende, zum Teil schwere depressive Episoden auf, die nur kurzfristig ambulant und einmalig stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Bei dem im Vorfeld der Indexaufnahme aufgrund sich zuspitzender Schmerzen durchgeführten Suizidversuch durch Sprung auf U-Bahngleise handelte es sich bereits um den dritten Suizidversuch. Bei der dritten Patientin kam es im Rahmen einer depressiven Episode zu verstärkt erlebten Beschwerden einer fortgeschrittenen Schulterdegeneration mit akut auftretenden Suizidgedanken.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war die subjektive Bewertung der körperlichen Gesundheit überwiegend positiv (73% der interviewten Patienten bezeichneten ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder waren zufrieden) und korrelierte mit der ebenfalls insgesamt positiven Einschätzung der psychischen Gesundheit ($r = 0,561$, $p < 0,01$). Selbst drei der fünf Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in einem schlechten körperlichen Gesundheitszustand befanden, waren mit diesem Zustand zufrieden. Im SF-12 bewerteten alle sechs interviewten über 70-jährigen Patienten, die ausnahmslos eine körperliche Erkrankung angaben, ihre körperliche Befindlichkeit besser als die altersentsprechenden Probanden der Normstichprobe.

Eine aus der Depression resultierende Diskrepanz zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektiver Wahrnehmung und Bewertung, wie sie WÄCHTLER (1982) bei mehreren

Suizidpatienten feststellte, bestand nur bei einem schwer depressiven Patienten, der seinen objektiv guten körperlichen Gesundheitszustand als schlecht bezeichnete.

5.5 Die Nachuntersuchung

5.5.1 Todeswünsche und Suizidgedanken

In den vorliegenden Studien mit älteren Patienten nach Suizidversuch liegen keine Informationen zu Todeswünschen und Suizidgedanken im Katamneseintervall vor. Im Vergleich zur Prävalenz von Todeswünschen und Suizidgedanken in Kollektiven der älteren Normalbevölkerung war der Anteil der interviewten Patienten dieser Untersuchung, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Todeswünsche (48%) und Suizidgedanken (13%) angaben, erwartungsgemäß erhöht. BARNOW u. LINDEN (2000) fanden in einer repräsentativen Stichprobe mit 516 über 70-jährigen Einwohnern einer Gemeinde einen Anteil von 5,4% mit Todeswünschen, 1% der Personen zeigten suizidale Neigungen. SKOOG et al. (1996) fanden in einer Population psychisch gesunder 85-Jähriger einen Anteil von 4% mit Todeswünschen, 0,9% hatten über Suizid nachgedacht. In derselben Untersuchung gaben allerdings 27,5% der Probanden mit psychischen Störungen Todeswünsche und 9,2% Suizidgedanken an. Eine mit 13,3% hohe und mit der eigenen Untersuchung vergleichbare Prävalenz von Suizidgedanken fanden FORSELL et al. (1997) in einem Kollektiv von 969 in einer Gemeinde registrierten Personen, die 75 Jahre und älter waren. 50% der Probanden, die angaben, die Suizidgedanken häufig zu haben, litten an einer Depression.

BARNOW et al. (2004) untersuchten den Einfluß von Risikofaktoren auf das Vorhandensein von Todeswünschen bei über 70-Jährigen. Während höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht, die subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit und negative Lebensbedingungen nur einen mäßigen Einfluß auf den Todeswunsch hatten, gab es eine starke Beziehung zwischen Todeswunsch und Vorhandensein einer psychischen Störung, insbesondere einer Depression. Die Ansicht, Todeswünsche im Alter seien ein normales und verständliches Phänomen, stellen die Autoren in Frage.

In der eigenen Untersuchung war der Anteil der Patienten mit Todeswünschen und Suizidgedanken unter den zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als depressiv eingeschätzten Patienten (78% Todeswünsche, 22% Suizidgedanken) ebenfalls höher als unter den nicht mehr als depressiv eingestuften Patienten (29% Todeswünsche, 7% Suizidgedanken). Diese

Ergebnisse zeigen eine Verringerung von Todeswünschen und Suizidgedanken mit erfolgreich behandelter Depression. Zwei der drei Patientinnen mit Suizidgedanken gehörten zu den zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als schwer depressiv eingeschätzten Patienten. Die dritte nicht depressiv eingeschätzte Patientin hatte schon während der aufgrund eines Suizidversuchs erfolgten Indexbehandlung keine psychiatrische Diagnose.

5.5.2 Suizidversuche im Katamneseintervall

Die Rate wiederholter Suizidversuche ist mit zunehmendem Lebensalter zugunsten einer höheren Zahl vollendeter Suizide nach vorangegangenem Suizidversuch geringer (SCHMIDTKE et al. 1988). In dieser Untersuchung wurde über die Wiederholung eines Suizidversuchs nach Entlassung aus der Indexbehandlung nur in einem Fall berichtet. Wenige Monate nach diesem Suizidversuch kam es zu einem vollendeten Suizid. Die in Tab. 11 genannte, im Vergleich zu den anderen Untersuchungen sehr geringe Wiederholungsrate von Suizidversuchen entspricht wahrscheinlich nicht der Realität. Während die Antworten der interviewten Patienten auf die Frage nach erneuten Suizidversuchen sehr glaubwürdig erschienen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den telefonisch geführten Gesprächen mit den Betroffenen selbst oder ihren Angehörigen Auskünfte über wiederholte Suizidhandlungen aufgrund von Schamgefühlen verschwiegen wurden. Auch über die verstorbenen Patienten fehlten zuverlässige Angaben aufgrund der ohnehin lückenhaften Informationen zu ihrem Verlauf nach Entlassung aus der Indexbehandlung.

5.5.3 Mortalität im Katamneseintervall

Die Depression im Alter ist nicht nur mit überdurchschnittlich hohen Suizidraten, sondern auch mit einer unabhängig vom Suizid erhöhten Sterblichkeit verbunden. Auch nach einem Suizidversuch fanden HAWTON u. FAGG (1988) bei Menschen aller Altersgruppen eine Sterblichkeitsrate, die mehr als drei Mal so hoch war wie die erwartete und nicht nur auf eine hohe Suizidrate zurückzuführen war. Die Mortalität aufgrund natürlicher Todesursachen war im Vergleich zur Normalbevölkerung ebenfalls erhöht.

Nach einem mittleren Katamneseintervall von 18 Monaten waren 16% (n=9) der 55 in die Nachuntersuchung einbezogenen Patienten dieser Untersuchung verstorben, 9% (n=5)

aufgrund natürlicher Todesursachen und 7% (n=4) durch einen Suizid. Vergleicht man diese Zahlen mit Ergebnissen aus Studien zum Verlauf behandelter älterer depressiv erkrankter Menschen mit vergleichbaren Katamnesezeiträumen, waren die Mortalitätsraten meistens geringer und überwiegend auf natürliche Todesursachen zurückzuführen (8% bei BALDWIN u. JOLLEY (1986), 9% bei TUMA (1996), 12% bei GORDON (1981), 14% bei MURPHY (1983)). Bei TUMA (1996) war nach einem Jahr keiner der Patienten durch einen Suizid verstorben, doch die auf natürliche Todesursachen zurückzuführende Mortalitätsrate war fast doppelt so hoch wie die für die altersentsprechende Normalbevölkerung erwartete Sterblichkeitsrate. Eine noch höhere Mortalitätsrate als die der eigenen Untersuchung wurde von MEATS et al. (1991) berichtet. Bereits ein Jahr nach stationärer Behandlung waren 16% der Patienten verstorben, allerdings nur 2% aufgrund eines Suizids.

HEPPLE u. QUINTON (1997) fanden bei ihrem älteren Patientenkollektiv nach Suizidversuch eine im Vergleich mit der altersentsprechenden Normalbevölkerung um das 2,5-fach erhöhte jährliche Mortalitätsrate von 12%. Betrachtet man die Patienten der eigenen Untersuchung, deren Indexaufnahme aufgrund eines Suizidversuchs erfolgt war, betrug die jährliche Mortalität während des Katamneseintervalls für diese Patienten ebenfalls 12%, war aber nur zu einem sehr geringen Teil auf natürliche Todesursachen zurückzuführen. Während bei HEPPLE u. QUINTON (1997) im Katamnesezeitraum 8,6% der Patienten pro Jahr an einer natürlichen Todesursache verstarben, waren es in der eigenen Untersuchung nur 3,5% der Patienten nach Suizidversuch im gesamten Katamnesezeitraum. Bei diesem Vergleich muß allerdings das höhere Alter der Patienten bei HEPPLE u. QUINTON (1997) berücksichtigt werden. Bei NOWERS (1993) war die Mortalitätsrate nach einem Jahr höher als in der eigenen Untersuchung, doch auch hier überwogen natürliche Todesursachen (Tab. 11).

5.5.4 Suizide im Katamneseintervall

Aus Untersuchungen mit jüngeren Suizidpatienten ist bekannt, dass vorangegangene Suizidversuche zu den stärksten Risikofaktoren für Suizide zählen.

Die Zahl vollendeter Suizide war in dieser Untersuchung höher als in den meisten vergleichbaren Untersuchungen mit älteren Patienten nach Suizidversuch (Tab. 11). Alle vier im Katamneseintervall verübten Suizide wurden von Patienten begangen, deren Indexaufnahme bereits aufgrund eines Suizidversuchs erfolgt war, so dass sich für die 28

direkt nach einem Suizidversuch behandelten Patienten der Untersuchung eine Suizidrate von 14% ergibt, was einer jährlichen Suizidrate von 9% entspricht. Eine noch etwas höhere Suizidrate wurde bei DE LEO et al. (2002) beschrieben, während die Suizidraten der anderen Untersuchungen zwar geringer, doch höher waren als die Raten vollendeter Suizide nach Suizidversuch bei jüngeren Menschen (Tab. 11). So ist die hohe Suizidrate der eigenen Untersuchung eine weitere Bestätigung vorangegangener Untersuchungsergebnisse, wonach das Suizidrisiko nach Suizidversuch mit dem Alter noch zunimmt (vergl. KREITMAN 1976).

Studie	Alter	(durchschnittliche) Katamnese- dauer	verstorben insgesamt	vollendeter Suizid	Suizid- versuch
Eigene Untersuchung <i>Patienten insgesamt</i> (n=55)	≥ 60 Jahre	18 Monate	16%	7%	(1,8%)
Eigene Untersuchung <i>Indexaufnahme nach</i> <i>Suizidversuch</i> (n=28)	≥ 60 Jahre	18 Monate	18%	14%	(3,6%)
DE LEO et al. (2002) (n=63)	≥ 60 Jahre	1 Jahr	o.A.	12,7%	11,1%
HEPPLE u. QUINTON (1997) (n=100)	≥ 65 Jahre	3,5 Jahre	42%	5-7%	19%
CHIU et al. (1996) (n=55)	≥ 65 Jahre	1,5-4 Jahre	o.A.	5,5%	3,6%
NOWERS (1993) (n=88)	≥ 65 Jahre	1 Jahr	17%	6%	18%
PIERCE (1987) (n=145)	≥ 65 Jahre	1-12 Jahre	o.A.	2,8%	8,3%
KREITMAN (1976) (n=156)	≥ 55 Jahre	2-3 Jahre	o.A.	5,13%	o.A.
KREITMAN (1976) (n=372)	35-54 Jahre	2-3 Jahre	o.A.	2,69%	o.A.
HAWTON u. FAGG (1988) (n=1501)	alle Alters- gruppen	8 Jahre	9%	2,8%	o.A.
GREER u. BAGLEY (1971) (n=204)	alle Alters- gruppen	18 Monate	4%	2%	26%

Tab. 11: Mortalitätsraten, Suizidraten und Suizidversuchsraten nach Suizidversuch

Eine Bewertung der Suizidrate im Vergleich mit den Suizidraten der anderen Untersuchungen mit älteren Patienten ist aufgrund der in vielen Punkten nicht vergleichbaren Patientenkollektive erschwert. So kann die im Vergleich hohe Suizidrate der eigenen Untersuchung möglicherweise mit dem höheren Risikopotential der überwiegend depressiv

erkrankten, im Anschluss an den Suizidversuch stationär psychiatrisch behandelten Patienten erklärt werden, während in den anderen zitierten Untersuchungen auch psychiatrisch gesunde Patienten nach Suizidversuch eingeschlossen waren und nur ein Teil der Patienten stationär psychiatrisch weiterbehandelt wurde (25% bei CHIU et al. (1996), 26% bei HEPPLÉ u. QUINTON (1997) und 48% bei PIERCE (1987)).

Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung sowie der Arbeiten von NOWERS (1993) und CHIU et al. (1996) stützen die Vermutung, dass das Suizidrisiko vor allem im ersten Jahr nach einem Suizidversuch erhöht ist. Alle vier Suizide der eigenen Untersuchung ereigneten sich innerhalb von 13 Monaten nach Entlassung aus der Indexbehandlung. Auch die von CHIU et al. (1996) berichteten Suizide wurden innerhalb des ersten Jahres nach dem Index-Suizidversuch durchgeführt. NOWERS (1993) beobachtete fünf Jahre nach dem Index-Suizidversuch außer den im ersten Jahr durchgeführten Suiziden keine weiteren Fälle mehr.

Das Geschlechtsverhältnis der Suizidenten (75% Frauen) entsprach annähernd dem der insgesamt untersuchten Patienten (71% Frauen), wobei ein statistisch zu erwartendes Überwiegen der Männer aufgrund der kleinen Fallzahl nicht erwartet werden konnte. Auch in den anderen Untersuchungen gab es bei ebenfalls geringen Fallzahlen keine eindeutige Tendenz. Bei NOWERS (1993) waren unter fünf Suizidenten vier Frauen und bei DE LEO et al. (2002) suizidierten sich fünf Frauen und drei Männer. Bei CHIU et al. (1996) und in der Untersuchung von HEPPLÉ u. QUINTON (1997) dominierten die Männer.

Alle vier Suizidenten der eigenen Untersuchung hatten, allerdings im Rahmen unterschiedlicher psychiatrischer Störungen und mit unterschiedlicher Länge der Krankheitsvorgeschichte, unter einer depressiven Symptomatik gelitten. Während der Indexbehandlung konnte eine Stabilisierung oder Besserung, aber in keinem Fall eine vollständige Remission erreicht werden. Zwei Patientinnen wurden aufgrund einer Symptomverschlechterung erneut stationär psychiatrisch behandelt, bei einem Patienten erfolgte trotz eines erneuten Suizidversuchs keine weitere psychiatrische Behandlung, und die vierte Patientin wurde hausärztlich behandelt. Diese Ergebnisse weisen auf eine Unterversorgung im ambulanten Bereich, auf die unter Punkt 5.5.6 eingegangen wird.

5.5.5 Psychiatrische Morbidität

In den meisten bisher diskutierten Studien mit älteren Suizidpatienten erfolgte keine Nachuntersuchung ihres psychiatrischen Gesundheitszustandes. Nur HEPPLÉ u. QUINTON (1997) untersuchten die Patienten, bei denen während der Indexbehandlung eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden war im Katamnesezeitraum bzw. bis zu ihrem Tod und fanden bei 34% eine anhaltende Genesung, während bei 66% die Erkrankung persistierte oder ein Rückfall stattgefunden hatte. Von den zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung interviewten 31 Patienten hatten 26% eine aktive psychiatrische Erkrankung, 55% wurden noch psychiatrisch behandelt. In der eigenen Untersuchung hatten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 30% der interviewten Patienten eine deutliche bis schwere und 9% eine leichte Depression. Eine andere psychiatrische Erkrankung kam nicht vor. 57% der interviewten Patienten wurden noch ambulant psychiatrisch behandelt.

Zur Einschätzung des Behandlungserfolges der mehrheitlich depressiv erkrankten Patienten der eigenen Untersuchung (82%, n=46) folgt ein Vergleich mit Ergebnissen von Studien, die ältere depressiv erkrankte Patienten ein Jahr nach dem Beginn stationär oder ambulant psychiatrischer Behandlung untersuchten (MEATS et al. 1991, BRODATY et al. 1993, TUMA 1996).

Zur Beschreibung des Krankheitsverlaufs wurden in diesen Studien die Kriterien von POST (1972) oder MURPHY (1983) verwendet, nach denen eine Einteilung in „gut“, „rückfällig“ und „anhaltend krank“ (Murphy) oder „gut, vollständige Genesung ohne Rückfall“, „Rückfall und Genesung“, „Residualsymptome“ und „chronische Depression“ (Post) vorgenommen wird. Um eine Vergleichbarkeit sowohl zwischen diesen Studien als auch mit den eigenen Behandlungsergebnissen zu erreichen, wurden sämtliche Ergebnisse den Kategorien „Genesung“ (einschl. Genesung nach Rückfall), „Residualsymptome“ und „krank“ (anhaltend krank und rückfällig) angepasst (Tab. 12). In der Untersuchung von MEATS et al. (1991) wurden 10 noch leicht depressive Patienten der Kategorie „gut“ zugeordnet. Diese Patienten fielen bei diesem Vergleich in die Kategorie „Residualsymptome“. Die Einordnung der interviewten Patienten der eigenen Untersuchung erfolgte aufgrund der Ergebnisse der Self-Rating Depression Scale und der Befindlichkeits-Skala, die der Verweigerer aufgrund der Clinical Global Impressions. Informationen über mögliche Rückfälle im Katamnesezeitraum lagen nicht vor. Die als nicht depressiv oder nach den Clinical Global Impressions als nicht krank oder als Grenzfall psychiatrischer Erkrankung eingestuft Patienten wurden der Kategorie „Genesung“ zugeordnet, wobei unter psychiatrischer Therapie erreichte

Remissionen eingeschlossen waren. Die Patienten mit einer leichten Depression fielen in die Kategorie „Residualsymptome“.

Studie	Alter	Genesung	Residual- symptome	krank	verstorben
Eigene Untersuchung <i>Patienten mit depressiver Symptomatik zum Zeitpunkt der Indexbehandlung (n=46)</i>	≥ 60 Jahre	18 (39%)	5 (11%)	14 (30%)	9 (20%)
TUMA (1996) <i>(n=54)</i>	≥ 65 Jahre	37 (68%)	7 (13%)	3 (5%)	5 (9%)
BRODATY et al. (1993) <i>(n=60)</i>	≥ 60 Jahre	27 (45%)	23 (38%)	9 (15%)	1 (2%)
MEATS et al. (1991) <i>(n=56)</i>	≥ 65 Jahre	28 (50%)	10 (18%)	9 (16%)	9 (16%)

Tab. 12: Vergleichende Daten zum Krankheitsverlauf älterer depressiver Patienten nach psychiatrischer Behandlung

Tab. 12 zeigt ein im Vergleich mit den anderen Untersuchungen ungünstigeres Behandlungsergebnis der eigenen Untersuchung. Es stellt sich die Frage, inwieweit eine bestehende Suizidproblematik die Prognose der depressiven Erkrankung negativ beeinflusste. 80% (n=37) der depressiv erkrankten Patienten hatten im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch unternommen und/oder kamen akut suizidal zur Aufnahme. SZANTO et al. (2002) fanden während einer depressiven Episode bei älteren Patienten mit Suizidgedanken ein höheres Angstniveau, wodurch während der Behandlung die Wahrscheinlichkeit der Remission und Genesung vermindert wurde. In einer Untersuchung von SZANTO et al. (2003) mit depressiven älteren Patienten hatten suizidale Patienten eine geringere Ansprechrate auf die Therapie als die nicht suizidalen Patienten und benötigten eine längere Zeit bis sie auf die Behandlung ansprachen.

5.5.6 Ambulante Betreuung im Katamneseintervall

Zuverlässige Informationen zur ambulanten Versorgung nach Entlassung aus der Indexbehandlung lagen nur für die interviewten Patienten vor, die zunächst mehrheitlich (78%, n=18) ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch weiterbehandelt wurden. Bei

den psychiatrischen Behandlungen, die bei 13 Patienten noch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung andauerten, handelte es sich um pharmakologisch orientierte Therapien, sechs weitere Patienten wurden psychopharmakologisch durch den Hausarzt behandelt. Am häufigsten wurde eine Kombination von Antidepressiva und Hypnotika verordnet. Eine über die erwähnten ambulanten psychiatrischen Behandlungen hinausgehende Nachbetreuung fand nur bei drei Patientinnen statt. Zwei Patientinnen hielten den schon vor dem Indexaufenthalt bestehenden Kontakt zur Sozialpsychiatrischen Ambulanz und zum Therapiezentrum für Suizidgefährdete (beides Einrichtungen der Klinik des Indexaufenthaltes) aufrecht. Eine Patientin nahm an einer professionell geleiteten Selbsthilfegruppe für Frauen nach Suizidversuch teil. Der Besuch dieser Einrichtungen erfordert allerdings Mobilität und Eigeninitiative, Voraussetzungen, die aufgrund des Alters und der psychischen Erkrankung der Patienten oft nicht vorhanden waren. ERLEMEIER (1992) zitiert mehrere Untersuchungen, die zeigen konnten, dass alte Menschen unter der Klientel von Beratungseinrichtungen und Telefonseelsorge gemessen an ihrem Beratungsbedarf aufgrund ihrer psychiatrischen Morbidität unterrepräsentiert sind.

Darüber hinaus bestand bei vielen Patienten eine Hemmung oder sogar Abneigung, die Klinik ihres Indexaufenthaltes nochmals aufzusuchen, was in dem Wunsch fast aller Patienten deutlich wurde, das Interview zu Hause stattfinden zu lassen.

Die Mehrzahl der alleinlebenden, aber keiner der noch mit dem (Ehe-)Partner zusammenlebenden Patienten fand Unterstützung durch ambulante Pflegedienste oder in der Anbindung an eine Kirchengemeinde, für einige Patienten der einzige regelmäßige soziale Kontakt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Säulen der ambulanten Nachbetreuung der Patienten die psychopharmakologisch orientierte Therapie durch niedergelassene Nervenärzte oder Hausärzte, die Betreuung durch ambulante Pflegedienste und die Anbindung an Kirchengemeinden waren. Angesichts der speziellen Problematik der Patienten und ihres hohen Suizidrisikos muß in Frage gestellt werden, ob die durch diese Einrichtungen mögliche Unterstützung ausreichend war. Bei vier der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch als erheblich und schwer depressiv eingeschätzten Patienten wurde im Interview die Insuffizienz ihrer Behandlung und die große Hilflosigkeit besonders deutlich. Die vierwöchentlichen Besuche bei ihrem Nervenarzt empfanden sie als zu selten und als zu kurz. Das Beispiel der durch Suizid verstorbenen Patienten zeigt, wie wichtig gerade im ersten Jahr nach einem Suizidversuch die Einbindung in eine engmaschige differenzierte Nachbetreuungsmaßnahme wäre. Im Rahmen der Suizidprophylaxe älterer und alter Menschen fordert TEISING (1992)

stadtteilbezogene, wohnortnahe Beratung, in der soziale, medizinische, psychiatrische und gerontologische Arbeitsfelder vernetzt sind.

Wünschenswert wäre die Ergänzung der psychopharmakologischen Therapie durch psychotherapeutische Verfahren, die in der Behandlung älterer Menschen immer noch unterrepräsentiert, aber gerade bei depressiven und suizidalen älteren Menschen indiziert sind (RAINER u. KRUGER-RAINER 2003, TEISING 1992).

5.5.7 Zusammenfassendes Ergebnis der Nachuntersuchung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit lag in der Untersuchung der psychiatrischen Morbidität und Mortalität von depressiven und/oder suizidalen älteren Menschen nach stationär psychiatrischer Behandlung. Die Bewertung der Ergebnisse wurde dadurch erschwert, dass es keine Untersuchungen mit vergleichbaren Patientenkollektiven gibt. So wurden entweder Studien zitiert, die das Schicksal ähnlicher Patientenkollektive nach einem Suizidversuch verfolgten oder Arbeiten zur Prognose älterer depressiv erkrankter Patienten.

Die Mortalitätsrate im Katamneseintervall entsprach der Mortalitätsrate anderer Untersuchungen mit Suizidpatienten. Die jedoch im Vergleich hohe Suizidrate zeigte das auch nach der stationär psychiatrischen Behandlung bestehende große Suizidrisiko derjenigen Patienten, die im Vorfeld der Indexaufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten und die unter einer persistierenden depressiven Symptomatik litten. Von Suizidversuchen wurde dagegen äußerst selten berichtet, wobei allerdings die Zuverlässigkeit diesbezüglicher Auskünfte in Frage gestellt wurde. Todeswünsche und Suizidgedanken wurden verglichen mit Ergebnissen aus Studien mit Kollektiven der älteren Normalbevölkerung häufiger geäußert, hatten sich aber mit erfolgreich behandelter Depression verringert.

Im Vergleich mit den Ergebnissen aus Studien mit älteren depressiven Patienten zeigten die mehrheitlich depressiv erkrankten Patienten der eigenen Untersuchung einen ungünstigeren Krankheitsverlauf, wobei jedoch berücksichtigt werden muß, dass bei 80% dieser Patienten die Indexaufnahme mit einem Suizidversuch oder Suizidalität verbunden war und Studien zeigen konnten, dass Suizidalität den Therapieerfolg bei älteren depressiven Patienten negativ beeinflusst.

Betrachtet man den Krankheitsverlauf der Patienten im Hinblick auf eine Verbesserung oder Verschlechterung der psychiatrischen Morbidität seit der Indexaufnahme, dann zeigten 60% der Patienten insgesamt und 72% der überlebenden Patienten einen günstigen Verlauf, wobei

die Verweigerer mit 65% schlechter als die interviewten Patienten mit 78% eingeschätzt wurden. Das schlechtere Ergebnis der Verweigerer ist unter anderem auf drei Patienten mit einer fortschreitenden Demenzerkrankung zurückzuführen, während keiner der interviewten Patienten an einer Demenz litt.

Patienten mit günstigem Verlauf hatten ein signifikant längeres Katamneseintervall als die Patienten mit ungünstigem Verlauf. Einen Anteil daran hatten die durch Suizid verstorbenen Patienten mit ihrem kurzen Katamneseintervall von maximal 13 Monaten. Doch auch die überlebenden Patienten mit günstigem Verlauf hatten eine tendenzielle, im Durchschnitt drei Monate längere Katamnesedauer als die Patienten mit ungünstigem Verlauf. Zu diesem Ergebnis paßt, dass die interviewten Patienten ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mehrheitlich besser als rückblickend zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Indexbehandlung einschätzten. Der Effekt der stationären Therapie trat bei einigen Patienten offensichtlich erst nach einer gewissen Zeit ein, und bei einer Wiederholung der Nachuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt wäre der Anteil der Patienten mit einem günstigen Verlauf möglicherweise noch größer. Auch BRODATY et al. (1993) fanden bei älteren depressiven Patienten (60 Jahre und älter) mit zunehmender Katamnesedauer eine Verbesserung ihres Outcome. Zwischen zwei Zeitpunkten der Nachuntersuchung (1 Jahr und 3,8 Jahre nach psychiatrischer Behandlung) war bei 36% der Patienten eine Besserung eingetreten.

6 Literaturverzeichnis

- Ältere Menschen in Hamburg (1999). Hamburg in Zahlen. 1/2: 5-16
- Baldwin RC, Jolley DJ (1986): Prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry 149: 574-583
- Barnow S, Linden M (2000): Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. Crisis 21: 171-80
- Barnow S, Linden M, Freyberger HJ (2004): The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: results from the Berlin Aging Study (BASE). Psychol Med 34: 741-6
- Brodaty H, Harris L, Peters K, Wilhelm K, Hickie I, Boyce P, Mitchell P, Parker G, Eysers K (1993): Prognosis of depression in the elderly: a comparison with younger patients. Br J Psychiatry 163: 589-596
- Bullinger M, Kirchberger I (1998): SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Chiu HF, Lam LC, Pang AH, Leung CM, Wong CK (1996): Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. Gen Hosp Psychiatry 18: 444-7
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.) (1996): Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Beltz-Test
- Dankwarth G, Püschel K (1991): Suizide im Senium. Z Gerontol 24: 12-16
- Devons C (1996): Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. Geriatrics 51: 67-72
- Erlemeier N (1988): Suizidalität im Alter. Z Gerontol 21: 267-276
- Erlemeier N (1992): Suizidalität im Alter: Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 12.1)
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975): „Mini-Mental State“: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 12: 189-198
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1990): Mini-Mental-Status-Test. Deutschsprachige Fassung von J. Kessler, H.J. Markowitsch, P. Denzler. Göttingen: Beltz-Test
- Forsell Y, Jorm AF, Winblad B (1997): Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. Acta Psychiatr Scand 95: 108-111
- Gordon, WF (1981): Elderly depressives: treatment and follow-up. Can J Psychiatry 26: 110-113

- Greer S, Bagley C (1971): Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: a controlled study. *Br Med J* 1: 310-312
- Haberhauer G, Fries W (1993): Zur Epidemiologie medikamentöser Suizidversuche im Alter. *Z Gerontol* 26: 86-88
- Hawton K, Fagg J (1988): Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry* 152: 359-366
- Heimann H, Bobon-Schrod H, Schmocker AM, Bobon DP (1975): Auto-évaluation de l'humeur par une liste d'adjectifs, la „Befindlichkeits-Skala“ (BS) de Zerssen. *Encéphale* 1: 165-183
- Hepple J, Quinton C (1997): One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry* 171: 42-46
- Holmes CB, Fouty HE, Wurtz PJ, Burdick BM (1988): Zung Self-Rating Depression Scale scores of psychiatric outpatients by age and sex. *Psychol Rep* 62: 259-62
- Kreitman, N (1976): Age and parasuicide („attempted suicide“). *Psychol Med* 6: 113-121
- De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P (2002): Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 72(3): 291-5
- Lyness JM, Conwell Y, Nelson JC (1992): Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. *J Am Geriatr Soc* 40: 320-4
- Meats P, Timol M, Jolley D (1991): Prognosis of depression in the elderly. *Br J Psychiatry* 159: 659-663
- Merrill J, Owens J (1990): Age and attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 82: 385-388
- Murphy E (1983): Prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 142: 111-119
- Nowers M (1993): Deliberate self-harm in the elderly: a survey of one London Borough. *Int J Geriatr Psychiatry* 8: 609-614
- Okimoto JT, Barnes RF, Veith RC, Raskind MA, Inui TS, Carter WB (1982): Screening for depression in geriatric medical patients. *Am J Psychiatry* 139: 799-802
- Pierce D (1987): Deliberate self-harm in the elderly. *Int J Geriatric Psychiatry* 2: 105-110
- Post F (1972): The management and nature of depressive illness in late life: a follow-through study. *Br J Psychiatry* 121: 393-404
- Rainer M, Kruger-Rainer C (2003): Der gerontopsychiatrische Patient - ein neues Indikationsgebiet der Psychotherapie? *Wien Med Wochenschr* 153: 506-11

- Reynolds CF (1995): Recognition and differentiation of elderly depression in the clinical setting. *Geriatrics* 50 (Suppl. 1): 6-14
- Schaller S, Göbel L (1988): Zur Messgenauigkeit der Erfassung von Beschwerden im Alter. In: Böhme K, Lungershausen E (eds.): *Suizid und Depression im Alter*. Regensburg: Roderer, pp 66-77 (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 8)
- Schmidtke A, Weinacker B (1991): Suizidraten, Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen. *Z Gerontol* 24: 3-11
- Schmidtke A, Weinacker B, Häfner H, Möller HJ, Böhme K (1988): Entwicklung und Vorausschätzungen der Suizidversuchsraten alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Böhme K, Lungershausen E (eds.): *Suizid und Depression im Alter*. Regensburg: Roderer, pp 25-41 (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 8)
- Schwarz D, Strian F (1972): Psychometrische Untersuchungen zur Befindlichkeit psychiatrischer und intern-medizinischer Patienten. *Arch Psychiat Nervenkr* 216: 70-81
- Siegler IC, Nowlin JB, Blumenthal JA (1980): Health and behaviour: methodological considerations for adult development and aging. In: Poon LW (Ed.): *Aging in the 1980s*. Washington: American Psychological Association, pp 599-612
- Skoog I, Aevansson O, Beskow J, Larsson L, Palsson S, Waern M, Landahl S, Östling S (1996): Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am J Psychiatry* 153: 1015-1020
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2004): *Todesursachenstatistik 2002*
- Statistisches Bundesamt (2004): *Todesursachenstatistik 2002*
- Summa JD (1988): Körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren von Suizidhandlungen im Alter. In: Böhme K, Lungershausen E (eds.): *Suizid und Depression im Alter*. Regensburg: Roderer, pp 118-129 (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 8)
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown, G, Alexopoulos GS, Reynolds CF (2002): Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 19: 11-24
- Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF (2003): Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 60: 610-7
- Teising M (1992): Psychotherapeutische Behandlungskonzepte und Erfahrungen mit suizidalen Älteren. In: Friedrich I, Schmitz-Scherzer R (eds.): *Suizid im Alter*. Darmstadt: Steinkopff, pp 81-92 (Internationale Kasseler Gerontologische Gespräche, Bd. 2)

- Tombaugh TN, McIntyre NJ (1992): The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. JAGS 40: 922-935
- Tuma TA (1996): Effect of age on the outcome of hospital treated depression. Br J Psychiatry 168: 76-81
- Wächtler C (1982): Suizidversuche im höheren Lebensalter - eine katamnestiche Nachuntersuchung. Akt Gerontol 12: 64-66
- Wächtler C, Möller, HJ, Bürk, F, Kurz A, Torhorst A, Lauter H (1988): Suizidversuche älterer Menschen – was ist typisch? In: Böhme K, Lungershausen E (eds.): Suizid und Depression im Alter. Regensburg: Roderer, pp 100-117 (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 8)
- Zerssen D v. (1973): Beschwerdenskalen bei Depressionen. Therapiewoche 46: 4426-4440
- Zerssen D v. (1976): Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSCHIS München). Weinheim: Beltz-Test
- Zerssen D v. (1981): Körperliche und Allgemeinbeschwerden als Ausdruck seelischer Gestörtheit. Therapiewoche 31: 865-876
- Zerssen D v., Koeller DM (1976): Die Befindlichkeits-Skala: Manual. Weinheim: Beltz-Test (Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSCHIS München))
- Zung WWK (1965): A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiat 12: 63-70

4. Wie würden Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?

■ direkt nach der Entlassung aus der psychiatrischen Behandlung

- ausgezeichnet
- war zufrieden
- war unzufrieden
- schlecht

■ jetzt

- ausgezeichnet
- bin zufrieden
- bin unzufrieden
- schlecht

5. Hat der stationäre Aufenthalt zu einer Veränderung Ihrer Lebensumstände geführt?

- ja
- nein

wenn ja, welche Veränderung(en) hat es gegeben?

6. Hat es seit dem letzten stationären Aufenthalt in Ihrem Leben Ereignisse gegeben, die Sie sehr stark belasten?

- ja
- nein

wenn ja, welche Ereignisse waren das?

.....

.....

7. Zu welcher(en) der folgenden Einrichtungen haben oder hatten Sie Kontakt?

	der Kontakt bestand schon vor d. stat. Aufenthalt(en)	der Kontakt wurde während oder nach dem(einem) stat. Aufenthalt aufgenommen	der Kontakt besteht noch	der Kontakt besteht nicht mehr
<input type="radio"/> psychosozialer Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> sozialpsychiatr. Ambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sozialstation, ambulanter Pflegedienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Suchtberatungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> sonst. Beratungsstelle:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Hat es nach dem (letzten) stat. Aufenthalt eine stationäre/teilstationäre psychiatrische Weiterbehandlung gegeben ?

nein

ja :

psychiatr. Tages-/Nachtklinik

anderes psychiatr. Krankenhaus/Abteilung

psychosomatische/psychotherapeut. Klinik

stat. Einrichtung für Suchtkranke

sonstige Klinik

9. Durch wen wurden Sie nach Ihrem (letzten) stat. Aufenthalt ambulant weiterbehandelt?

	Behandlung fand schon vor dem stat. Aufenthalt statt	Behandlung findet noch statt	Behandlung findet nicht mehr statt
<input type="radio"/> niedergelassener Nervenarzt, ärztl. Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> niedergelassener Psychologe, nichtärztl. Psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> UKE -Poliklinik/Ambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Allgemeinarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> anderer Facharzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie diese Weiterbehandlung als ausreichend empfunden?

ja

nein

10. Sind Sie seit Ihrer letzten stationären psychiatrischen Behandlung im UKE noch einmal in einer anderen psychiatrischen Klinik stationär behandelt worden ?

- ja
- nein

wenn ja, wann ?

11. Sind Sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt worden ?

- ja
- nein

wenn ja, wann ?

14. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen ?

- ja
- nein
- unklar

wenn ja: ■ wie oft ? Anzahl:

- wann ? vor meinem letzten Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik
(Anzahl:)
- während der stationären Behandlung
- nach meinem letzten Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik
(Anzahl:)

■ Würden Sie noch einmal versuchen, sich das Leben zu nehmen ?

- ja
- nein
- kann ich mir im Moment nicht vorstellen

15. Unter welchen Erkrankungen leiden Sie ?

.....

16. Welche Medikamente nehmen Sie ein ?

.....

8 DANKSAGUNG

Besonders danke ich Herrn Priv.-Doz. Dr. F.-G. Pajonk für die Überlassung des Themas und seine freundliche, ermutigende und fachkundige Betreuung.

Mein herzlicher Dank gilt auch Herrn Ewald Ubben für die kompetente Hilfe bei den statistischen Berechnungen.

Schließlich danke ich meinem Ehemann Michael, der mir in der Auseinandersetzung mit dem Computer hilfreich zur Seite stand und mir viele ungestörte Stunden am Schreibtisch ermöglichte. Meinen kleinen Töchtern Rebecca und Milena wurde dabei viel Rücksicht abverlangt, wofür ich auch ihnen danke.

9 LEBENSLAUF

Persönliche Daten:

Name: Gabriele Tomaschek, geb. Richter
Geburtsdatum: 29.09.1957
Geburtsort: Brake/Unterweser
Familienstand: verheiratet mit Michael Tomaschek
Kinder: Eva, geb. 1992, verstorben 1994
Rebecca, geb. 1995
Milena, geb. 1997
Anschrift: Luchsweg 10, 26789 Leer
Eltern: Gotthold Richter, Prof. (em.) für Technische Schiffsführung
Ruth Richter, geb. Neese

Schulbildung:

1964 - 1967 Besuch der Volksschule in Elsfleth
1967 - 1976 Besuch des Gymnasiums Brake,
Abitur mit der Durchschnittsnote 2,3

Werdegang nach dem Schulbesuch:

Oktober 1976 bis
Februar 1979 Studium der Fächer Englisch und Musik für das Höhere Lehramt
an der Universität Oldenburg

März 1979 bis
Juli 1982 Studium des Bibliothekswesens an der Fachhochschule Hamburg,
Diplom mit der Note - sehr gut -

Oktober 1982 bis
März 1984 Studentische Hilfskraft in verschiedenen Institutsbibliotheken
der Universität Hamburg

April 1984 bis
Februar 1988 Diplombibliothekarin am Institut für Geographie
und Wirtschaftsgeographie der Universität Hamburg

April 1988 Aufnahme des Medizinstudiums an der Universität Hamburg
Ärztliche Vorprüfung (September 1990)
1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (März 1992)
2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (März 1994)

Mai 2000 bis April 2001	Praktisches Jahr am Kreiskrankenhaus Leer
30. Mai 2001	Ärztliche Prüfung mit der Gesamtnote - befriedigend (2,83) -
August 2001 bis Juli 2003	Ärztin im Praktikum in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Leer
9. Oktober 2003	Approbation als Ärztin
seit August 2003	Betreuung der eigenen Kinder und Fertigstellung der Dissertation

Leer, den 19.10.2005