

Abschlussbericht zum Projekt „NeST - Netzwerk zu Suizidprävention in Thüringen“

Sachbericht

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts: Projekts „NeST - Netzwerk zu Suizidprävention in Thüringen“

Förderkennzeichen: ZMVI1-2517FSB143

Leitung: Priv.-Doz. Dr. Gerd Wagner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UK Jena; Prof. Karl-Jürgen Bär, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, UK Jena.

Projektmitarbeitende: Dr. med. Thomas Sobanski, Dr. med. Ulrich Kastner, Dr. med. Udo Polzer, Dipl.-Sozialpädagoge Marco Lohwasser, M. Sc. Sportwiss. Helen Nothnagel, M. Sc. Psych. Lydia Bahlmann, M. Sc. Psych. Marlehn Lübbert, Dipl.-Psych. Sebastian Josfeld

Kontakt Daten: wagner.gerd@uni-jena.de, Karl-Juergen.Baer@med.uni-jena.de

Laufzeit: 01.10.2017 bis 31.05.2021

Fördersumme: 602.241,42 €

2. Inhaltsverzeichnis

- (1) Zusammenfassung
- (2) Einleitung
- (3) Erhebungs- und Auswertungsmethodik
- (4) Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
- (5) Ergebnisse
 - a) Implementierung eines überregionalen Netzwerks in Thüringen
 - b) Aufbau einer Datenbank für Suizide und Suizidversuche in den beteiligten Kliniken
 - c) Schulung von Gate-Keepern und Durchführung von Entstigmatisierungskampagnen
 - d) Systematische Identifikation von Hotspots, Methodenpräferenzen sowie Strategieentwicklung zur Beschränkung des Zugangs
 - e) Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms in den drei beteiligten Kliniken
 - f) Erhebung von Verlaufsdaten bei initial suizidalen Patientinnen und Patienten im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung
 - g) Entwicklung eines an die Zielgruppe angepassten Healthy-Lifestyle-Programms („HeLi-Jena“)
 - h) Entwicklung eines Pocket Guides „Suizidalität“ für Ärztinnen und Ärzte bzw. die Entwicklung der App „LifeStep“
 - i) Spezifische Berücksichtigung von altersspezifischen Aspekten des suizidalen Verhaltens (Suizidprävention im Alter)
 - j) Statistische Evaluation des NeST-Projekts
 - i. Anzahl der Suizide in Thüringen und NeST-Landkreisen
 - ii. Anzahl der Suizidversuche über die Projektlaufzeit

- (6) Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung**
- (7) Gender Mainstreaming Aspekte**
- (8) Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**
- (9) Verwertung der Projektergebnisse**
- (10) Publikationsverzeichnis**
 - i. Verzeichnis der im Projekt entstandenen Publikationen, Diplom- und Doktorarbeiten**
 - ii. Zitierte Publikationen im Abschlussbericht**

3. Zusammenfassung

Suizide bzw. Suizidversuche (ca. 10-mal häufiger als Suizide) stellen ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema dar. Beide haben verheerende Auswirkungen auf die Familien und die Gesellschaft. Das Projekt „Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen“ (NeST) hat sich deswegen zum Ziel gesetzt sich enger mit den an der Betreuung und Behandlung suizidgefährdeter Personen, ihrer Angehörigen sowie Hinterbliebener beteiligten Institutionen in Ostthüringen zu vernetzen. Die Partner im NeST-Projekt sind das Universitätsklinikum Jena, die Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ in Saalfeld sowie das Asklepios-Fachklinikum Stadtroda. Basierend auf den drei Ebenen effektiver Suizidpräventionsstrategien, d.h. universeller, selektiver und indizierter Suizidprävention wurde im NeST-Projekt die Strategie verfolgt, diese verschiedene Ebenen zu einem Multilevel-Programm zu vereinen. In enger Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von überregionalen Partnern haben wir daher eine Reihe von Schulungen sowie Entstigmatisierungskampagnen durchgeführt. Wir haben eine digitale App „LifeStep“ entwickelt, welche Betroffenen und Angehörigen psychoedukative Informationen über die Suizidalität gibt sowie bei der Bewältigung von suizidalen Krisen unterstützt. Außerdem haben wir ein spezifisches psychotherapeutisches Programm sowie ein Programm zur Verbesserung des gesunden Lebensstils entwickelt und auf Machbarkeit sowie Akzeptanz geprüft. Es wurde eine LSBTIQ*-spezifische zentrale Anlaufstelle geschaffen, die durch einen in der queeren sozialen Arbeit geschulten Sozialarbeiter besetzt wurde. Über die systematische Erfassung der Suizidversuche über eine zentrale Datenbank haben wir untersucht, inwieweit sich die Anzahl der Suizidversuche durch die Implementierung der suizidpräventiven Maßnahmen verringern lässt. Über die Projektdauer von fast vier Jahren konnten wir keine Veränderung der Suizidversuchszahlen sehen. Allerdings ist die Interpretation dieses Ergebnisses durch die Covid-19 Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen im Evaluationszeitraum konfundiert. Eine gezielte Weiterführung der implementierten Suizidpräventionsstrategien erscheint insbesondere angesichts der Covid-19 Pandemie als unabdingbar.

4. Einleitung

Der Suizid stellt ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema dar. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gab es im Jahr 2016 793000 Todesfälle durch Suizid, was einer jährlichen globalen altersstandardisierten Suizidrate von 10.5 pro 100 000 Einwohner (13,7 für Männer und 7,5 für Frauen) entspricht (WHO, 2018). Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Suizid weltweit die zweithäufigste Ursache (WHO, 2019). In Deutschland starben 2016 10078 Menschen durch Suizid, was eine Suizidrate von 11.9 entspricht (Statistisches Bundesamt). Die jährliche Zahl der Suizidversuche wird mit 10- bis 20-mal höher geschätzt als die für vollendete Suizide. Suizidversuche werden in Thüringen bzw. in Deutschland jedoch nicht systematisch erfasst, so dass hier ein großer Bedarf besteht.

Suizide und Suizidversuche haben verheerende Auswirkungen auf die Familien und die Gesellschaft. Die psychologischen, sozialen und finanziellen Folgen sind nur schwer zu beziffern. Nach den Angaben des Thüringer Landesamts für Statistik begingen im Jahr 2017 324 Thüringerinnen und Thüringer einen Suizid (TLS, 2021). Neben Sachsen-Anhalt, Sachsen gehört Thüringen zu den drei Bundesländern mit der höchsten Suizidrate in Deutschland und lag 2017 mit 14,9 Suiziden je 100 000 Einwohner deutlich höher als die globale altersstandardisierte Suizidrate (Statistisches Bundesamt). Eine Kleine Anfrage der Landtagsabgeordneten Frau Eleonore Mühlbauer (SPD) vom 26. Februar 2015 beim Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie bzgl. der Präventions- und Früherkennungsprogramme für Suizide sowie bzgl. des Therapieangebots für Menschen nach einem Suizidversuch ergab, dass es in Thüringen keine spezifischen Suizidpräventions- oder Früherkennungsprogramme existieren (Mühlbauer and Werner, 2015). Aus dem Antwortschreiben der Gesundheitsministerin, Frau Heike Werner (Die Linke), geht ebenfalls hervor, dass es außerhalb der allgemeinen psychiatrischen Versorgung keine spezifischen Therapieangebote für Menschen nach einem Suizidversuch gibt bzw. keine spezifischen Suizidpräventionsprogramme.

Die Abgeordnete Mühlbauer forderte deswegen für Thüringen eine „gesellschaftliche Debatte über Suizidgründe“ und formulierte in der Pressemitteilung vom 01.07.2015, dass „es einer besseren wissenschaftlichen

und statistischen Aufbereitung der Zahlen zu versuchten Suiziden bedürfe, um die Dunkelziffer deutlicher auszuleuchten und so eventuelle Strategien zur Vermeidung weiterer Suizidversuche erarbeiten zu können“ (Mühlbauer, 2015).

Aufgrund dieser unbefriedigenden Situation in Thüringen war ein wichtiges Ziel des Projekts die Versorgungsstruktur in Teilen Thüringens, d.h. Jena, Saalfeld-Rudolstadt, sowie Stadtroda mit dem Saale-Holzland-Kreis, Saale-Orla-Kreis sowie Teilen von Greiz zu verbessern und den Prototyp eines Netzwerks zur Suizidprävention zu entwickeln, welcher im späteren Verlauf auf weitere Teile Thüringens übertragen werden könnte.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des NeST-Projekts war eine standardisierte sowie wissenschaftlich valide und reliable Erfassung der Suizidversuche in den beteiligten Kliniken, um damit die Effekte der umgesetzten suizidpräventiven Maßnahmen statistisch abbilden zu können. Das Thüringer Landesamt für Statistik erfasst ausschließlich die vollendeten Suizide, jedoch keine Suizidversuche. Außerdem werden die Daten mit einer Verzögerung von 2 bis 3 Jahren zur Verfügung gestellt. Für eine wissenschaftliche Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen ist sowohl im Hinblick auf Suizide als auch auf Suizidversuche eine deutliche Verbesserung der Erfassung und Dokumentation in den Krankenhausinformationssystemen (KIS) und anderen Meldesystemen sowie in spezifischen Datenbanken erforderlich. Darin bestand ein wesentliches Ziel des Projekts, eine Struktur zu schaffen, mittels derer die Suizidversuche in den drei Kliniken gemeinsam standardisiert dokumentiert werden können. Ein weiteres Ziel ist die Charakterisierung der Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch, d.h. bzgl. der demographischen Daten, klinischer Diagnose, der Methode des Suizidversuchs sowie bzgl. spezifischer klinischer Parameter. Um das zu erreichen, wurde eine gemeinsame Datenbank aufgebaut und angelegt werden.

Eine aktuelle Metaanalyse über 1797 Studien zur Suizidprävention kommt zur Schlussfolgerung, dass eine effektive Suizidprävention aus einer Kombination von mehreren Strategien bestehen muss (Zalsman et al., 2016). Ein erfolgreiches Modell eines solchen Multi-Ebenen-Ansatz stellt das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (NBgD) dar, in welchem

unterschiedliche Interventionsansätze zu einem 4-Ebenen-Aktionsprogramm zusammengefasst wurden, um die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen nachhaltig zu verbessern. Die wichtigsten Ebenen waren die Kooperation mit Hausärzten (Ebene 1), Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit (Ebene 2), Einbeziehung von weiteren Multiplikatoren (Ebene 3) sowie Verbesserung der Versorgungsangebote für Betroffene und Angehörige (Ebene 4). In Folge des Programms kam es in Nürnberg zu einem signifikanten Rückgang der suizidalen Handlungen um ca. 21% im Vergleich des Interventionsjahrs mit der Baseline sowie zu einer Kontrollregion (Althaus et al., 2007).

Darüber hinaus werden in der Literatur drei Ebenen von effektiven Strategien der Suizidprävention diskutiert (Health, 2002). Die erste Ebene, die sogenannte **"universelle" Präventionsstrategie** zielt dabei auf die gesamte Bevölkerung, nicht nur an Menschen mit Risikofaktoren für suizidales Verhalten. Eine der wirksamsten universellen Präventionsstrategien stellt dabei die Beschränkung des Zugangs zu potenziell tödlichen Mitteln dar, z.B. durch bauliche Maßnahmen (Zalsman et al., 2016). Außerdem ermöglichen öffentliche Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen, Scham und Stigmatisierung zu überwinden, dadurch den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und die psychische Gesundheit zu fördern. Eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung ist ebenfalls eine wichtige universelle Strategie der Suizidprävention, welche Suizide verhindern kann. **"Selektive" Präventionsstrategien** richten sich speziell an Personengruppen, bei denen ein mögliches Suizidrisiko besteht, z.B. auf gefährdete Gruppen wie Personen, die ein Trauma erlitten haben, die unter einer psychischen Störung leiden, wie z.B. unter einer Majoren Depression, die durch Suizid der Angehörigen einen Verlust erlitten haben. Eine erfolgreiche selektive Präventionsstrategie, die auf diese Menschen abzielt, ist z.B. die Aufklärung der Ärztinnen und Ärzten. Rechtzeitiges Erkennen, z.B. einer depressiven oder schizophrenen Störung und eine Leitlinien-gerechte Behandlung verringert die Zahl der Suizide in dieser Risikogruppe. Zu dieser Präventionsebene gehören Screening-Programme, Schulung von Gate-Keepern und anderen beruflich in die Versorgung suizidaler Patientinnen und Patienten einbezogenen Personen, z.B. die Hausärztinnen und Hausärzte,

aber auch Personen mit einer besonderen sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung, wie z.B. Pfarrerinnen und Pfarrer bzw. Lehrerinnen und Lehrer. Sie werden darin geschult werden, Warnzeichen einer suizidalen Krise zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren.

Die "indizierte" Präventionsstrategie zielt auf Personen ab, bei denen bereits ein hohes Suizidrisiko festgestellt wurde, z.B. Personen mit früheren Suizidversuchen bzw. mit Suizidgedanken. Eine häufig verwendete indizierte Präventionsstrategie ist eine Suizidrisikobewertung (z.B. im Rahmen des „Zero Suicide“-Programms; <https://zerosuicide.edc.org/>). Gezieltes Erkennen und Unterstützung gefährdeter Personen durch das geschulte Fachpersonal, aber auch durch Gatekeeper und aber durch die Angehörigen sowie die Entwicklung und Durchführung spezifischer Intervention stellen zentrale Säulen dieser Präventionsstrategie dar.

Basierend auf diesen drei Ebenen effektiver Suizidpräventionstrategien und angeregt durch die Ergebnisse des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ haben wir im NeST-Projekt die Strategie verfolgt, diese verschiedene Einzelmaßnahmen zu einem Multilevel-Programm zu vereinen.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Primäres Ziele des Forschungsvorhabens war eine engere Vernetzung der an der Betreuung und Behandlung suizidgefährdeter Personen beteiligten Institutionen in Ostthüringen, um suizidpräventive Maßnahmen sowie niedrigschwellige Gemeindepsychiatrische Hilfsangebote für Suizidgefährdete und deren Angehörige zu implementieren. Dabei wurden u.a. Maßnahmen zur Entstigmatisierung in Form von Pressekampagnen und Programmen zur Qualifizierung von Gate-Keepern zur Suizidprävention sowie ein kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm bzw. ein Healthy-Lifestyle entwickelt und evaluiert.

Für das Projekt wurden folgende konkrete Ziele formuliert:

- Implementierung eines überregionalen Netzwerks in Thüringen
- Aufbau einer Datenbank für Suizide und Suizidversuche in den drei beteiligten Kliniken
- Durchführung von Entstigmatisierungskampagnen

- Schulung der Gatekeeper
- Systematische Identifikation von Hotspots, Methodenpräferenzen sowie Strategieentwicklung zur Beschränkung des Zugangs
- Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms in den drei beteiligten Kliniken
- Spezifische Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten des suizidalen Verhaltens insbesondere in Bezug auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche und queere Menschen im Rahmen der suizidpräventiven Maßnahmen
- Erhebung von Verlaufsdaten bei initial suizidalen Patientinnen und Patienten im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung
- Entwicklung eines Pocket Guides „Suizidalität“ für Ärztinnen und Ärzte.
- Entwicklung eines an die Zielgruppe angepassten Healthy-Lifestyle-Programms
- Spezifische Berücksichtigung von altersspezifischen Aspekten des suizidalen Verhaltens (Suizidprävention im Alter)

Der Erfolg der Maßnahmen wurde anhand eines Prä-Post-Vergleichs der Suizid- und der Suizidversuchsraten über die Projektlaufzeit evaluiert. Die statistische Auswertung erfolgt über die Analyse der Zeitreihen der Suizidversuche in den Jahren 2018, 2019, 2020, 2021.

Dafür haben wir als Modell den Ansatz der log-linearen Regression in R implementiert, der verwendet werden kann, um eine lineare bzw. exponentielle Zunahme oder Abnahme der Suizidversuche über einen definierten Zeitraum durch Log-Transformation der Fallzahlen und Anwendung einer linearen Regression auf diese transformierten Daten zu untersuchen. Das log-lineare Regressionsmodell hat die Form $\log(y) = r \times t + b$, wobei y die Suizidversuche, r die Wachstumsrate, t die Anzahl der Tage seit Beginn der Messung und b der Interzept ist. Mit diesem Ansatz wird eine Wachstumsrate r (die Steigung der Regression) geschätzt, die wiederum zur Schätzung der Veränderungen der Suizidversuche über die Zeit verwendet werden kann (Wallinga & Lipsitch, 2007).

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Das NeST-Projekt wurde in wesentlicher Übereinstimmung mit dem eingereichten Arbeits- sowie Zeitplan durchgeführt. Es wurden dabei folgende Meilensteine definiert.

Meilenstein #1: Fertigstellung einer gemeinsamen Struktur bzw. Datenbank zur Erfassung der Suizidversuche in den Regionen von NeST sowie Beginn der Dokumentation bis 31.12.2017. Beim ersten Meilenstein ergaben sich Verzögerungen von ca. vier Monaten hinsichtlich des Beginns der Datenerfassung der Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch aufgrund von Verzögerungen in der Personaleinstellung, aufgrund von notwendigen Anpassungen der Patienteninformation und der Einverständniserklärung an das Anfang 2018 neu eingeführte DSGVO-Gesetz sowie durch Verzögerungen in der Schaffung von Organisationsstrukturen für die Erfassung der Patientinnen und Patienten in den beteiligten psychiatrischen Kliniken des NeST-Projekts. Die ersten Patientinnen und Patienten konnten am 01.05.2018 in die NeST-Online-Datenbank eingegeben werden.

Meilenstein #2: Identifikation von Hotspots in Thüringen sowie Fertigstellung der Richtlinien zur Methodenrestriktion bis zum 31.12.2018. Bei der Erreichung dieses Meilensteins gab es keine Verzögerungen.

Meilenstein #3: Fertigstellung und erste Anwendung eines verhaltenstherapeutischen Manuals bzw. eines Healthy-Lifestyle-Programms für Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch bis zum 31.12.2018. Die Entwicklung eines Healthy-Lifestyle-Programms für ambulante Gruppe von Personen nach einem Suizidversuch wurde planmäßig abgeschlossen. Eine erste Pilot-Gruppe hat das 10-wöchige Programm planmäßig durchlaufen. Die zweite Pilot-Gruppe durchlief das Gruppenprogramm im Sommer 2019.

Die Entwicklung des ersten 9-wöchigen ambulanten KVT-Kurzprogramms zur indizierten Prävention von zukünftigen Suizidversuchen wurde planmäßig abgeschlossen. Nach dem Einschluss der ersten Patientinnen und Patienten zeigte allerdings sich schnell, dass das Programm in dieser Form nur schwierig im ambulanten Setting durchzuführen war, was insbesondere am praktischen Umgang mit der während des Programms auftretenden Suizidalität der

Patientinnen und Patienten lag. Das Programm für das ambulante Setting wurde modifiziert und das Manual für das verhaltenstherapeutischen Psychotherapie-Programm („RISE“) im stationären psychiatrischen Setting erstellt. Eine Feasibility-Studie zum RISE-Programm wurde 2019 an drei NeST-Standorten gestartet, welche allerdings durch die Corona-Pandemie 2020 unterbrochen wurde. Ursprünglich haben wir geplant, das Programm im Einzel- und Gruppensetting auf Machbarkeit zu prüfen. Durch die frühen und sehr restriktiven Maßnahmen zur Eindämmung des Covid-19-Virus, wie z.B. Verbot von Gruppentherapien an den beteiligten Kliniken, konnte aus diesem Grund eine Gruppentherapie nicht mehr stattfinden. Auch die Machbarkeitsstudie zum RISE-Programm im Einzelsetting konnte erst ab Sommer 2020 fortgesetzt werden. Die Machbarkeits-Studie konnte jedoch planmäßig bis zum Projektende 31.05.2021 abgeschlossen werden.

7. Ergebnisse

a) Implementierung eines überregionalen Netzwerks in Thüringen

Zusätzlich zu der engen Vernetzung der unmittelbar am Projekt beteiligten psychiatrischen Kliniken in Jena, Saalfeld und Stadtroda, ist mit der psychiatrischen Klinik der Helios Fachkliniken Hildburghausen ein neuer Partner ins NeST - Netzwerk zu Suizidprävention in Thüringen dazu gekommen. Resultierend aus dieser Kooperation fand am 22.10.2018 eine erste gemeinsame Veranstaltung für die Pflegekräfte zum Thema „Suizid im Alter“ statt. Eine enge Vernetzung des Netzwerks zur Suizidprävention wurde mit folgenden Akteuren erreicht: Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi) in Jena, Saale-Holzland-Kreis, Saalfeld-Rudolstadt und Südthüringen; Notfallseelsorge; Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG); Gemeindepsychiatrische Versorgung Jena (GPV); Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK); Queerwege e.V., Telefonseelsorge; Diakonie; Feuerwehr; AGUS e.V.; Schulen; Bundespolizei; Landeskriminalpolizei; Deutsche Bahn sowie Frauenzentrum. Zusätzlich erfolgte eine enge Vernetzung mit den lokalen Bündnissen gegen Depression in Saalfeld- Rudolstadt und Stadtroda, woraus gemeinsame Veranstaltungen entstanden sind.

Im Jahr 2020 haben wir mit den aufgeführten Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern sowie projektbezogenen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern (u.a. Robert-Enke-Stiftung) gemeinsame Veranstaltungen geplant (s. 2.3), welche aufgrund der Covid-19-bedingten Maßnahmen größtenteils abgesagt werden mussten. Die Kontakte zu unseren Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern wurde pandemiebedingt auf digitalem Wege aufrechterhalten.

b) Aufbau einer Datenbank für Suizide und Suizidversuche in den beteiligten Kliniken

Es wurde eine gemeinsame zentrale Online-Datenbank zur Erfassung und Dokumentation der Suizidversuche für drei im NeST beteiligte Kliniken, d.h. Universitätsklinikum Jena, Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ in Saalfeld und das Asklepios-Fachklinikum Stadtroda erstellt, die online auf der Startseite des Projekts (www.nest-thueringen.de) unter dem Reiter „intern“ zu erreichen ist. Für die Datenerfassung lag ein positives Votum der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena vor. Alle Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch wurden in dieser Datenbank seit 01.05.2018 systematisch erfasst. Es fanden regelmäßige Treffen bzgl. der Dateneingabe in den beteiligten Kliniken statt bzw. es wurden regelmäßige Weiterbildungen durchgeführt, um Suizidversuche standardisiert zu definieren und zu erfassen. Insgesamt haben wir in die Online-Datenbank bis zum Ende des Projekts am 31.05.2021 325 vollständige Datensätze eingeplegt, d.h. Patientinnen und Patienten, welche uns ihr Einverständnis gegeben haben, an der Studie teilzunehmen sowie die klinischen und suizid-bezogenen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Studien zu verwenden. Es gab jedoch eine relative hohe Rate von Patientinnen und Patienten, die nicht in die Erfassung ihrer Daten eingewilligt hat. In Jena waren es z.B. 167 Patientinnen und Patienten bis zum Ende des Projekts.

An der Datenerfassung waren die Projektmitarbeitenden M. Sc. Psych. Lydia Bahlmann, M. Sc. Psych. Marlehn Lübbert, Dipl.- Psych. Sebastian Jوسفeld zentral beteiligt.

c) Schulung von Gate-Keepern und Durchführung von Entstigmatisierungskampagnen

Eine große Anzahl von Gatekeeper-Weiterbildungen zum Thema „Suizidalität“ für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegerinnen und Pfleger, Lehrerinnen und Lehrer sowie Pfarrerrinnen und Pfarrer an Standorten Jena, Saalfeld, Stadtroda wurde durchgeführt.

So hat PD Dr. Wagner bereits im Herbst 2018 bei der Veranstaltungsreihe „OPK vor Ort 2018“ drei Vorträge in Erfurt, Dresden und Potsdam zum Thema „Psychotherapie mit suizidalen Patientinnen und Patienten“ gehalten. Es waren insgesamt ca. 600 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anwesend. So fanden und finden regelmäßige Schulungen für Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologinnen und Psychologen sowie für das Pflegepersonal an den entsprechenden NeST-Kliniken zum Thema „Suizidalität“ statt.

Es wurde ein überregionaler Arbeitskreis „Suizidalität“ für Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi) in Ostthüringen und Südthüringen gegründet. Die seit Anfang 2019 einmal im Quartal stattfindende Veranstaltung unter der Leitung von PD Dr. Wagner dient der Weiterbildung der SPDIs sowie der Besprechung von schwierigen Situationen bzw. Fällen. In Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Thüringen unter der Leitung von Prof. Dr. Bär fand im November 2019 eine Weiterbildungsveranstaltung zum Thema „Umgang mit Suizidalität“ für Ärztinnen und Ärzte statt.

PD Dr. Wagner hat am 26.11.2020 eine Weiterbildungsveranstaltung an der staatlich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungs- und Behandlungseinrichtung am Institut für Psychologie, FSU Jena zum Thema „Suizidprävention“ durchgeführt. Weiterhin wurde am 03.05 und 17.05.2021 eine seitens der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) zertifizierte Schulung zum neu entwickelten kognitiv verhaltenstherapeutischen Suizidpräventionsprogramm für Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch (A-RISE) durchgeführt. Diese sollte die Anwendung des Programms an unseren Kooperationskliniken durch unsere ärztlichen und psychologischen Kolleginnen und Kollegen über die geplante Projektlaufzeit hinaus nachhaltig sicherstellen. Basierend auf den Anwesenheitslisten wurden

in der Projektlaufzeit insgesamt mehr als 1000 potentielle Gatekeeper geschult.

Eine Auswahl folgender Entstigmatisierungskampagnen wurden seitens NeST organisiert und durchgeführt:

- Kick-off-Auftaktveranstaltung am 21.03.2018, Vorstellung des Netzwerks zur Suizidprävention, Eröffnung durch den Schirmherrn des Projekts, Oberbürgermeister der Stadt Jena Dr. Albrecht Schröter
- In enger Zusammenarbeit mit dem Bündnis gegen Depression Saalfeld-Rudolstadt fand am 24. Oktober 2018 ein Aktionstag in Saalfeld/Saale zum Thema Depression und Suizidalität sowie ein Expertenforum statt.
- Die AGUS-Wanderausstellung in Jena wurde am 09.10.2018 seitens NeST mitorganisiert, eröffnet sowie mit Infoständen und Führungen begleitet.
- Im Rahmen der AGUS-Wanderausstellung fand auch eine öffentliche Podiumsdiskussion, bei der das NeST aktiv beteiligt war.
- Die AGUS-Wanderausstellung in Gera vom 03.-17.09.2021 werden ebenfalls seitens NeST-Verein (von PD Dr. Wagner und Dr. Sobanski) ebenfalls mitorganisiert sowie mit Vorträgen und einer Diskussionsrunde begleitet.
- Eine gemeinsame öffentliche Veranstaltung in Jena zwischen NeST und zahlreichen Netzwerkpartnern wurde am Welttag der Suizidprävention am 10.09.2018 und 10.09.2019 in Präsenzform durchgeführt und am 10.09.2020 in einer digitalen Form durchgeführt.
- Am 11.09.2019 fand in Jena das Konzert "Depression unplugged" von Frau Marie-Luise Gunst statt. Organisiert wurde das Konzert vom NeST und von Bündnissen gegen Depression Stadtroda und Saalfeld/Rudolstadt und diente zur Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen und der Suizidalität.
- Am 21.11.2019 fand eine von NeST organisierte öffentliche Lesung vom Betroffenen, Stefan Lange und anschließende Diskussionsrunde in Jena statt, mit dem Titel: „Wie viel Offenheit verträgt das Thema Suizid“.
- Darüber hinaus haben wir gemeinsam mit unseren Netzwerk- und Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Jahr 2020 insgesamt fünf weitere große Veranstaltungen geplant und bereits organisiert, welche jedoch aufgrund der Corona-Maßnahmen leider alle ausfallen mussten. Dazu gehörte ein Aktionstag zum Thema Depression „Impression Depression“,

welchen wir gemeinsam mit der Robert-Enke-Stiftung für den April 2020 organisiert hatten, die aktive Beteiligung an den Suchtpräventionstagen „Vielfalt statt Einfalt“ sowie an der MUT-Tour, welche beide für den Juli geplant waren, unsere Teilnahme an der „Woche zur seelischen Gesundheit“ im Oktober sowie an der „Männerwoche“ in Kooperation mit dem Projekt A4, welche für den November geplant war.

d) Systematische Identifikation von Hotspots, Methodenpräferenzen sowie Strategieentwicklung zur Beschränkung des Zugangs

Eine effektive Möglichkeit, um Suizide zumindest teilweise zu reduzieren, ist die Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Methoden z.B. durch Beschränkung des Zugangs zu sogenannten „Hotspots“, d.h. Orte mit überdurchschnittlicher Häufigkeit von Suizidfällen. Überall auf Welt gibt es sowohl vom Menschen geschaffene Bauwerke (z. B. Golden Gate Bridge in San Francisco, USA) als auch natürliche Erhebungen (z. B. Klippen), welche durch vermehrte Suizide bekannt geworden sind und als Hotspots gelten. Sprünge von solchen Stellen haben eine hohe Sterblichkeitsrate, verursachen erhebliche finanzielle Schäden, manchmal auch körperliche Schäden für Umstehenden und werden häufig medial aufgegriffen, was das Risiko von Nachahmungssuiziden erhöhen kann. Strukturelle Interventionen (z. B. Sicherheitsnetze an der Golden Gate Bridge in San Francisco, USA) wurden an einigen dieser Orte eingerichtet, um damit Suizide zu verringern. Diese Präventionsmaßnahmen werden jedoch immer noch kontrovers diskutiert. Die Gegner dieser Maßnahme lehnen diese aus Gründen der Ästhetik sowie der Kosten ab. Außerdem steht die Annahme im Raum, dass Suizide dadurch nur an andere Orte "verlagert" werden. Eine Reihe von wissenschaftlichen Studien hat die Wirksamkeit dieser Interventionen untersucht und diese Bedenken ausgeräumt (Pirkis et al., 2013). In der Meta-Analyse von Pirkis et al. (2013) konnten die Autoren zeigen, dass es nach den durchgeführten baulichen Maßnahmen sowohl eine Reduktion der Zahl der Suizide pro Jahr an den betreffenden Hotspot um 86 % gab als auch nur einen relativ leichten Anstieg der Suizide durch Sprung aus großer Höhe in der Nähe der Hotspots zu beobachten gab.

Basierend auf dieser effektiven universellen Präventionsstrategie (Zalsman et al., 2016) haben wir eine systematische Identifikation von Hotspots in Ostthüringen in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Polizeiinspektionen, dem Landeskriminalamt Thüringen (LKA), der Deutschen Bahn sowie mit lokalen Rettungsdiensten durchgeführt. Wir haben dabei in mehreren Gesprächen mit den verantwortlichen Personen festgestellt, dass sowie die örtlichen Polizeiinspektionen als auch die LKA Thüringen keine offiziellen Statistiken zu den Suiziden in Thüringen führen. In mehreren Treffen mit den Vertretern der deutschen Bahn konnten wir ebenfalls keine lokalisierten Hotspots im Schienenverlauf in Thüringen detektieren, so dass bzgl. der Schienensuizide keine baulichen Maßnahmen durchgeführt wurden.

In Zusammenarbeit mit lokalen Rettungsdiensten konnten wir jedoch in Jena einen klaren Hotspot (nach der Definition des Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) jährlich mind. 0.5 Suiziden in den letzten 10 Jahren) identifizieren, den JenTower. Allein seit 2018 bis Frühjahr 2020 gab es 5 dokumentierte Suizide vom JenTower. Der JenTower ist ein Hochhaus in Jena. Es ist mit 144,5 m Höhe (mit Antennenspitze 159,60 m) das höchste Bürogebäude im Bundesland Thüringen.

In enger Zusammenarbeit mit dem Werner-Felber-Institut in Dresden haben wir eine konkrete Strategie zur Sicherung des Geländers auf der Aussichtsplattform erarbeiten. Diese wurde seitens des Managements vom JenTower nach vielen Gesprächsrunden und unter Mitwirkung der lokalen Politik final im Sommer 2021 umgesetzt. Es erfolgten regelmäßige Kontakte und Begehungen mit den Verantwortlichen Saller-Bau GmbH, dem JenTower-Besitzer statt.

Wie in der Abbildung 1 dargestellt, betrug die Brüstungshöhe des Geländers vor den Umbaumaßnahmen trotz einer Höhe von 144,5 m nur 1.50m, was nach geltendem Baurecht rechtens ist. Dieses Gelände konnte jedoch aufgrund des umlaufenden Drahtseils sowie der ungünstig platzierten Aschenbecher leicht überwunden werden. Durch diese Hinweisreize konnte ebenfalls ein Aufforderungscharakter für Personen mit Suizidabsicht entstehen.



Abb. 1: Die Brüstungshöhe von 1.5m vor den suizidpräventiven Umbaumaßnahmen. Das Geländer konnte aufgrund des umlaufenden Drahtseils für die Fensterreinigung leicht überwunden werden.

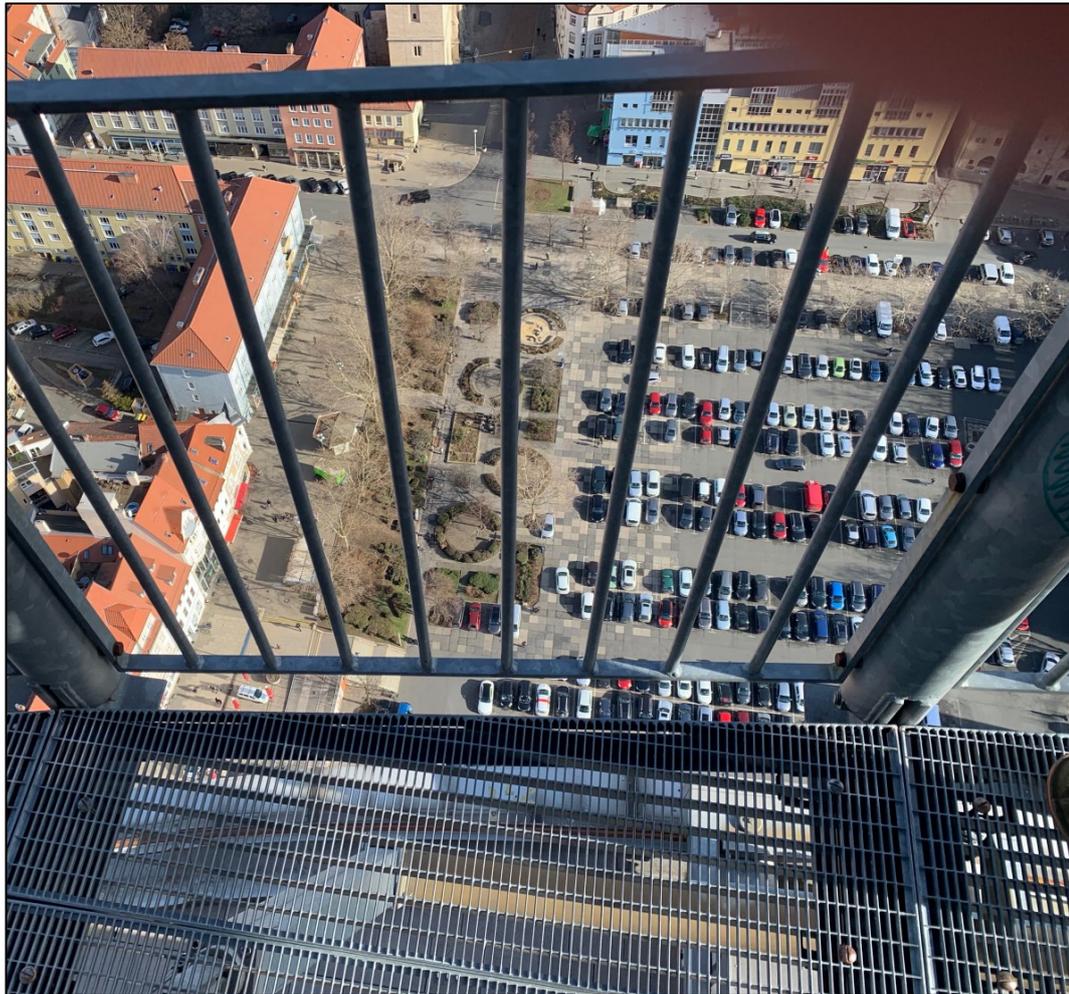


Abb. 2: Die Brüstung (1.5m) und der Blick in die Tiefe vom Podest vor den suizidpräventiven Umbaumaßnahmen

Wie in der Abbildung 2 zu sehen ist, wurde bei den Podesten der Blick in die Tiefe gezogen, was ebenfalls einen massiven Aufforderungscharakter hat bzw. einen starken Hinweisreiz darstellt.

Basierend auf den Empfehlungen des NasPro wurde die vertikale Sicherung, also die Brüstungshöhe auf ca. 2.60m umlaufend erhöht sowie nach innen gebogenen Spitzen angebracht (s. Abbildungen 3), so dass das Überklettern und damit Folgesuizide nicht mehr zu erwarten sind.



Abb. 3: Sicherung der Aussichtsplattform des JenTowers nach den Umbaumaßnahmen in den Jahren 2020-2021. Die vertikale Sicherung, also die Brüstungshöhe wurde auf ca. 2.60m umlaufend erhöht sowie nach innen gebogenen Spitzen angebracht, um das Überklettern des Geländers unmöglich zu machen.

Zusätzlich wurden seitens des NeST-Teams, d.h. PD Dr. Wagner, M. Lübbert, M. Lohwasser, die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Restaurant, als auch vom Jentower zum Umgang mit Personen in suizidalen Krisen angeboten und durchgeführt.

e) Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms in den drei beteiligten Kliniken

Von zentraler Bedeutung der Suizidprävention ist es das suizidale Verhalten bzw. die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen dafür, wie z.B. suizidale Gedanken bzw. assoziierte Gefühle, in den Fokus einer spezifischen Behandlung zu stellen, um das Risiko für wiederholte Suizidversuche zu reduzieren (Meerwijk et al., 2016). Allein den Fokus auf die Akutbehandlung suizidaler Krisen bzw. der psychischen Grunderkrankung zu legen, scheint nicht ausreichend zu sein. Denn es wurde mehrfach gezeigt, dass bei Patient*innen, die wegen Suizidalität behandelt wurden, die Suizidrate in den ersten drei Monaten nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik das 100-fache der globalen Suizidrate beträgt und das 60-fache der globalen Suizidrate bis zu einem Jahr nach der Entlassung (Chung et al., 2017), insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten vorzeitig entlassen wurden (Haglund, Lysell, Larsson, Lichtenstein, & Runeson, 2019).

Eine spezifische psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch stellt daher neben der pharmakologischen Prävention einen bedeutsamen Teil der Suizidprävention dar, nimmt aber aktuell in der klinischen Routine nur einen sehr geringen Stellenwert ein (Zalsman et al., 2016). Einerseits ist eine psychotherapeutische Behandlung sicherlich erschwert durch eine geringe Motivation der Patientinnen und Patienten über den Suizidversuch zu reden, z.B. aufgrund der Scham, innerpsychischer Abwehr, oder Angst vor Stigmatisierung und einer (gegebenenfalls unfreiwilligen) Hospitalisierung (Hom, Stanley, & Joiner, 2015). Auch Beklemmungen seitens der Therapeutinnen und Therapeuten im Umgang mit suizidalen Patientinnen und Patienten bzw. fehlendes Wissen über die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten spielen hier gewiss eine Rolle.

Psychotherapeutische Interventionen, die allein eine Reduktion der primären Psychopathologie zum Ziel haben, wie z. B. der depressiven Stimmung bzw. Hoffnungslosigkeit, scheinen nur einen geringen Effekt auf die Reduktion des Risikos für zukünftiges suizidales Verhalten zu haben, wenngleich diese einen

positiven, aber unspezifischen Effekt auf die Reduktion der Suizidgedanken haben (Cuijpers et al., 2013). Daher ist es wahrscheinlich nicht auszureichend, bei Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte, eine psychotherapeutische Depressionsbehandlung vorzunehmen, sondern es bedarf vielmehr einer Behandlung, welche den letzten Suizidversuch im Fokus hat. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit, spezifische psychotherapeutische Ansätze für Personen mit früheren Suizidversuchen zu entwickeln, um das Risiko von erneuten Versuchen zu verringern (Wagner, Kastner, Peikert, & Sobanski, 2021).

Deswegen haben wir im NeST-Projekt eine psychotherapeutische Kurzzeitintervention für Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch „RISE“ (Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event) für das stationäre Setting entwickelt, um die Wahrscheinlichkeit für wiederholte Suizidversuche oder Suizid zu reduzieren.

Im ersten Schritt der RISE-Entwicklung haben wir eine Literaturrecherche durchgeführt, um die Effektivität der bestehenden psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch zu untersuchen sowie die effektiven Therapie-Elemente zu identifizieren.

In einer aktuell publizierten systematischen Meta-Analyse im Journal „*Psychological Medicine*“ haben wir dazu Studien eingeschlossen, welche suizidales Verhalten im Sinne der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Kriterien definiert und die Anzahl der wiederholten Suizidversuche bzw. Suizide in einem definierten Follow-up-Zeitraum als Outcome-Kriterium verwendet haben (Sobanski, Josfeld, Peikert, & Wagner, 2021). Erst kürzlich, im Jahr 2013, wurden in der fünften Auflage des DSM Kriterien für eine "Suizidale Verhaltensstörung" (SBD) eingeführt, um eine gemeinsame Sprache zu etablieren sowie die Grundlage für eine verbesserte Identifikation und Definition des suizidalen Verhaltens zu schaffen (APA, 2013).

Wir haben insgesamt 18 Studien mit fast 2.000 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Das Hauptergebnis unserer Studie war, dass der Effekt bezogen auf die Reduktion der wiederholten Suizidversuche bzw. Suizide über alle eingeschlossenen psychotherapeutischen Interventionsstudien signifikant größer war als in der TAU-Bedingung. Wie in der Abbildung 6 zu sehen ist,

verringerte eine psychotherapeutische Intervention signifikant das Risiko eines erneuten Suizidversuchs fast um ein Drittel (RR=0.66; 95% CI: 0.48-0.90; Z=2.63, p=0.008; OR=0.56, CI: 0.36-0.84; p=0.006; die Heterogenität zwischen Studien war mit I²=51% moderat). In einer zweiten Analyse haben wir die Wirksamkeit spezifischer psychotherapeutischer Interventionen separat untersucht. Kognitive verhaltenstherapeutische (KVT)-Interventionen erwiesen sich als signifikant wirksamer als die TAU-Kontrollbedingung (RR=0.66; 95% CI: 0.48-0.90; Z=2.61, p=0.009; OR=0.53, CI: 0.34-0.83; p=0.005; die Heterogenität zwischen Studien war mit I²=28% zu vernachlässigen). Studien, welche Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) oder ausschließlich Problemlösestrategien einsetzten, hatten dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Reduktion der Wahrscheinlichkeit für wiederholte Suizidversuche.

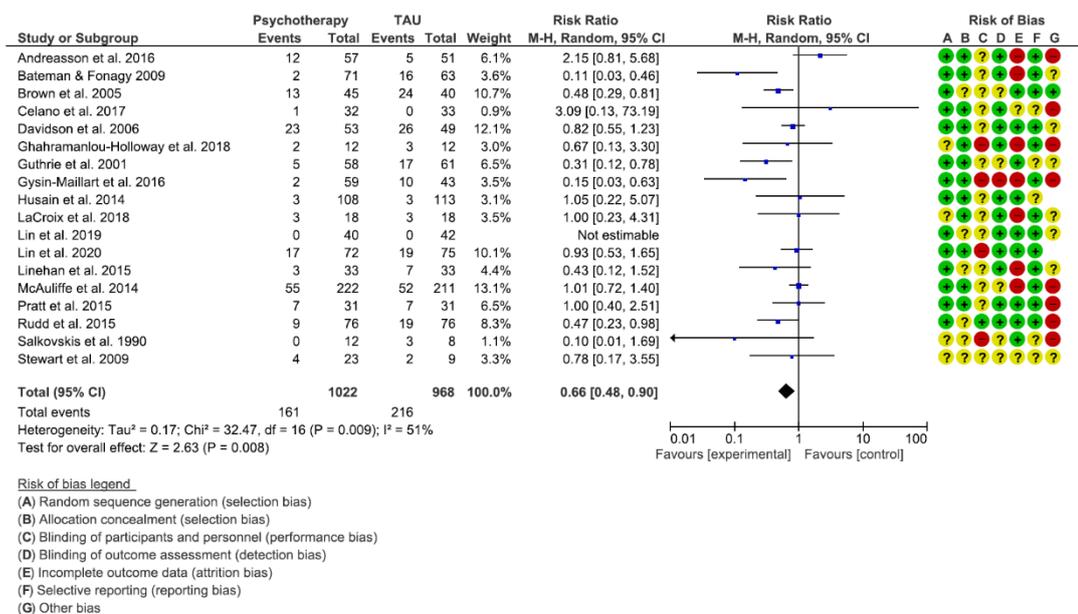


Abb. 4: Wald-Diagramm und die Bewertung des Bias-Risikos von Studien, die die Wirkung spezifischer psychotherapeutischer Behandlungen und Kontrollbehandlungen (TAU) auf Suizidversuche und Suizide vergleichen.

Auch wenn die Ergebnisse unserer Metaanalyse zu den primär suizidbezogenen Psychotherapiestudien vielversprechend sind (Abbildung 4), dass psychotherapeutische Interventionen bei der Verhinderung von Suizidversuchen wirksam sind, gibt es immer noch nicht genügend randomisierte kontrollierte (RCT)-Therapiestudien, um eine abschließende

Bewertung der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen auf das Risiko für einen erneuten Suizidversuch vorzunehmen. Die bisherigen Studien sind zudem mit einigen methodischen Schwierigkeiten behaftet. Zum Beispiel unterschieden sich die untersuchten Stichproben in bisherigen Studien hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen, der Art der TAU-Kontroll-Bedingung, bzgl. der psychopharmakologischer Behandlung sowie bzgl. demografischer Merkmale und Stichprobengrößen. Angesichts der großen individuellen, aber auch gesellschaftlichen Relevanz von Suiziden bzw. Suizidversuchen besteht zweifellos ein dringender Bedarf an der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Methoden zur Verhinderung von Suiziden bzw. erneuten Suizidversuchen. Weitere Studien sind jedoch erforderlich, um die Effektivität solcher innovativen psychotherapeutischen Ansätze zu untersuchen.

An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena haben wir basierend auf dieser Meta-Analyse und einer weiteren Studie von Stanley et al. (2018) eine psychotherapeutische Kurzzeitintervention für Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch „RISE“ (Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event) zunächst für das stationäre Setting entwickelt, um die Wahrscheinlichkeit für wiederholte Suizidversuche oder Suizid zu reduzieren. Die Intervention umfasst 5 Sitzungen, die zweimal bis dreimal wöchentlich stattfinden und insgesamt ca. 6h dauern. Die Kernelemente dieser an die KVT angelehnten Interventionen sind dabei (1) Psychoedukation bzgl. der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens, (2) Identifikation der auslösenden Bedingungen für den Suizidversuch, z. B. mit Hilfe einer Verhaltensanalyse und Erstellung eines individuellen Modells; (3) Erlernen von Strategien zum Umgang mit belastenden Suizidgedanken; (4) Entwicklung spezifischer Strategien zur Verhinderung bzw. Bewältigung von zukünftigen suizidalen Krisen, z. B. mit Hilfe eines Safety-Plans (Stanley et al., 2018); und (5) Überprüfung der erlernten Strategien, z.B. mit Hilfe von Imaginationsübungen.

Die Durchführung einer kurzen, strukturierten, im stationären Setting machbaren und wirksamen psychotherapeutischen Intervention für Personen, die ein hohes Risiko für einen zukünftigen Suizid haben, soll das Risiko eines erneuten Suizidversuchs verringern, die Fähigkeit zur Bewältigung von

Suizidgedanken und zukünftigen Krisen verbessern und die Motivation für eine anschließende Behandlung erhöhen. Eine Machbarkeitsstudie zum RISE-KVT-Programm (Evaluation des Programms) wurde Ende 2019 an drei NeST-Standorten gestartet, musste jedoch aufgrund der Covid-19-Pandemie gestoppt werden. Die Evaluation wurde erst mit einer relativen Normalisierung des Krankenhausbetriebs im August 2020 wieder gestartet. Mithilfe der klinischen Fragebögen, welche sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Therapie ausgehändigt werden, wurde die Machbarkeit des Programms sowie dessen Effekte auf klinische Symptomatik evaluiert.

Unsere Hypothesen waren, dass die Patientinnen und Patienten nach einem kürzlich stattgefundenen Suizidversuch nach der RISE-Intervention weniger Suizidgedanken, weniger psychischen Schmerz und Hoffnungslosigkeit zeigen sowie bessere Selbstwirksamkeitserwartung haben.

Um die Machbarkeit des RISE-KVT-Programms zu prüfen, rekrutierten wir von September 2020 bis Mai 2021 eine Stichprobe von 47 erwachsenen Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung. Unter der Leitung und Supervision durch PD Dr. Wagner haben M. Sc. Psych. Lydia Bahlmann, M. Sc. Psych. Marlehn Lübbert, Dipl.- Psych. Sebastian Jوسفeld die geeigneten Patientinnen und Patienten rekrutiert, getestet sowie die psychotherapeutische Intervention durchgeführt. Das Einschlusskriterium war die Erfüllung der DSM-5-Kriterien für die aktuelle suizidale Verhaltensstörung, die explizit definiert ist als "eine selbst initiierte Abfolge von Verhaltensweisen durch eine Person, die zum Zeitpunkt der Initiierung erwartete, dass diese Verhaltensweisen zu ihrem eigenen Tod führen würde" (APA, 2013). Die Intention zu sterben wurde systematisch mit Hilfe der Suicide Intent Scale (SIS; Pierce, 1981) erfasst. Zwanzig Patientinnen und Patienten mit akuter Psychose, akuter Intoxikation oder Entzugssymptomen, diagnostizierter Intelligenzminderung, Sprachbarrieren, mangelnder Einsicht und Demenzerkrankungen wurden aus der Studie ausgeschlossen. Außerdem lehnten vier Patientinnen und Patienten die Teilnahme am RISE-Programm ab, und drei Patientinnen und Patienten brachen ihre Teilnahme zu Beginn der Behandlung ab. Die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten wurden innerhalb der ersten Woche nach dem Suizidversuch von ausgebildeten psychologischen Projektmitarbeitenden mit Masterabschluss in Psychologie

untersucht. Alle Therapeutinnen und Therapeuten befanden sich außerdem in fortgeschrittenen Psychotherapie-Ausbildung. Darüber hinaus gab es eine wöchentliche Supervision durch einen erfahrenen approbierten Psychotherapeuten (PD Dr. Wagner).

In einem initialen etwa 60-minütigen Vorgespräch wurde den Patientinnen und Patienten das RISE-Programm erläutert. Sie wurden gebeten, die Einverständniserklärung zu lesen und zu unterschreiben. Die Studie wurde von der lokalen Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Deutschland, genehmigt. Darüber hinaus wurden während des Interviews demografische und klinische Daten für die Prä-Post-Analysen erhoben. Anschließend wurden die Fragebögen erläutert und den Patientinnen und Patienten mit der Bitte ausgehändigt, sie auszufüllen. Die detaillierte Rückmeldung der Patientinnen und Patienten ist in der Tabelle 1 dargestellt.

Thema	Unterthema	Kodierergebnisse	PatientInnen-Rückmeldung
Globale Einschätzung		hilfreich	„ Das RISE-Programm sehr hilfreich, [eine] intensive Krisenvorbereitung, um sich nach der Entlassung sicherer zu fühlen. Kompetente, freundliche Unterstützung, [ich bin] froh, dass ich an dem Programm teilgenommen habe. Ich habe viel für meine Zukunft gelernt.“
		informativ	"Das Programm ist informativ, bringt Selbsterkenntnis und neue Perspektiven mit. Es ist hilfreich, weil es einen nachdenklich macht."
		intensiv	„,[Ein] sehr intensives und effektives Programm“.
Positive Effekte	Verbesserung	< Suizidgedanken	"Ich habe mehr Abstand von Suizidgedanken genommen."
		Entlastung	"Nach dem Winter kommt der Frühling. [Ich habe] mehr Hoffnung auf Besserung."
		> Selbstwirksamkeit	"Ich bin selbstbewusster im Umgang mit meiner Depression und weiß, was ich in suizidaler Krise tun kann.“
	Entlastungsaspekte	Safety Plan	"Ich habe mehr Stabilität und konkrete Pläne, um meine Sicherheit zu Hause zu gewährleisten.“
		Defusion	"Während der Übung mit den Defusionstechniken habe ich eine Erleichterung verspürt."
		Therapeutisches Gespräch	"Die intensiven therapeutischen Gespräche haben mir sehr geholfen. Sie haben mir gezeigt, dass die Zukunft viele schöne Momente bereithält."
Negative Effekte	Herausfordernde Aspekte	Verhaltensanalyse	"Die Erinnerung an den Suizidversuch hat mich aufgewühlt, weil ich diesen Moment noch einmal "durchleben" musste."
		belastende Gedanken	"Es war anfangs schwierig, die Techniken anzuwenden, da die belastenden Gedanken sehr präsent und stark waren.“
		Intensität	"[RISE war] nicht schädlich, aber im Nachhinein betrachtet haben mich die Sitzungen manchmal überfordert.“

Tab. 1: Zusammengefasste Antworten der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Durchführbarkeit und Akzeptanz des RISE-Programms.

Insgesamt gaben 85% (17 von 20) der Patientinnen und Patienten, dass das RISE-Programm, hilfreich war, 40% (8 von 20) gaben an, dass es informativ war. Bei den positiven Aspekten gaben 80% der Patientinnen und Patienten, dass das therapeutische Gespräch hilfreich und entlastend war, während 50% den Safety Plan und 55% die Defusionstechniken als hilfreich und entlastend empfunden haben.

Auf der anderen Seite empfanden 80% der Patientinnen und Patienten die Verhaltensanalyse emotional als intensiv und 15% (3 von 20) die Suizidgedanken als belastend.

In Bezug auf die klinische Symptomatik haben wir eine hoch signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik im MADRS ($t [df=19]=3.5, p=0.002$) und QIDS ($t [df=18]=5.1, p<0.001$) als auch die Intensität der Hoffnungslosigkeit in der Hoffnungslosigkeits-HR-Skala ($t [df=18]=4.2, p<0.001$) beobachtet. Wir haben ebenfalls eine signifikante Reduktion der Suizidgedanken in der Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS) ($t [df=19]=3.2, p=0.005$). Außerdem haben wir eine signifikante Reduktion des Ausmaßes des psychischen Schmerzes vor und nach der Therapie beobachtet ($t [df=19]=2.9, p=0.009$), wie in der Abbildung 5 dargestellt. Das Vorhandensein von psychischem Schmerz ist ein klinisch relevanter Prädiktor für suizidales Verhalten, so dass wir hier einen möglichen spezifischen Effekt auf die Reduktion des Risikos für erneute Suizidversuche sehen. In der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), welche die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, misst, haben wir einen hoch signifikanten Anstieg des Summenscore nach der Therapie gefunden (Mittelwert Prä: 36.6 ± 11.2 ; Mittelwert Post: 45.6 ± 11.0 ; $t [df=19]=-4.9, p<0.001$). Diese Veränderung in den SWE-Werten indiziert verbesserte Bewältigungserwartungen von zukünftigen Krisen.

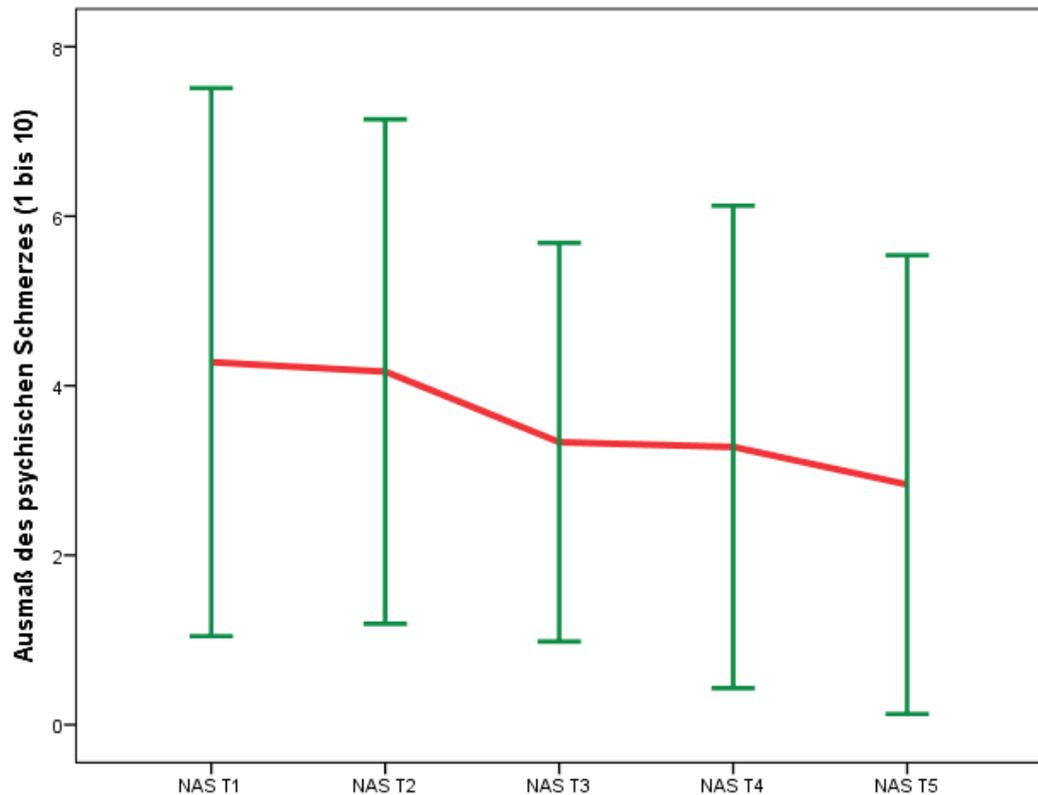


Abb. 5: Ausmaß des psychischen Schmerzes im Verlauf der RISE-Therapie, signifikante Reduktion des psychischen Schmerzes nach der Therapie ($p < 0.01$).

Zusammenfassend können wir feststellen, dass das RISE-Programm im stationären Akut-Setting sehr gut einsetzbar ist, von den meisten Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen wurde und einen signifikanten Effekt auf die depressiven Symptome hat, als auch auf die Suizidgedanken bzw. auf den psychischen Schmerz. Um zu prüfen, ob sich die Effekte direkt auf das RISE-Programm zurückzuführen sind bzw. ob es längerfristige Effekte auf die Verhinderung von Suizidversuchen bzw. Suizid gibt, bedarf es einer randomisierten kontrollierten Studie mit einem Follow-up Intervall von mind. 6 Monaten. Eine Publikation zu diesen Ergebnissen sowie das Therapie-Manual ist aktuell in Vorbereitung.

f) Erhebung von Verlaufsdaten bei initial suizidalen Patientinnen und Patienten im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung

Im Rahmen des „Methamphetamine Treatment Projects“ (Christian et al., 2007) konnte ein erhöhtes Risiko für Suizidalität bei Methamphetamin-abhängigen Patientinnen und Patienten zu Beginn der Behandlung nachgewiesen werden. Des Weiteren ist bekannt, dass der Konsum von Methamphetaminen mit einem hohen Abhängigkeitspotential einhergeht und Depressivität sowie Suizidalität zu den schwerwiegendsten Komplikationen einer Entzugsbehandlung gehören (Braunwarth et al., 2016). Daraus resultiert die Vorstellung, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn einer qualifizierten Entzugsbehandlung ein erhöhtes Risiko für Suizidalität zeigen.

Auch während der circa dreiwöchigen Behandlung treten weiterhin Entzugssymptome auf. Zu diesen gehören beispielsweise der als „Craving“ bezeichnete Suchtdruck, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Irritierbarkeit, Unruhe und depressiv-ängstliche Verstimmungen bis hin zu Suizidalität. Sie bestehen im Mittel ungefähr zwei bis drei Wochen, wobei hier das „Craving“ eine Sonderstellung einnimmt, da es deutlich länger persistiert und mit einer hohen Rückfallgefährdung einhergeht.

Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen und Patienten auch zum Ende der qualifizierten Entzugstherapie einerseits Suchtdruck empfinden, der andererseits mit einem hohen Leidensdruck einhergeht.

Die psychiatrische Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit Methamphetamin-Abhängigkeit ist hoch. So kann angenommen werden, dass bereits vor Beginn des Drogenkonsums eine psychiatrische bzw. somatische Symptomatik vorlag. Durch die stimmungsaufhellende, aktivierende Wirkung der Substanz, ist es nachvollziehbar, dass eben jene Symptomatik durch die Methamphetamin- Einnahme subjektiv für den Patientinnen und Patienten unterdrückt wurde.

Im Fokus der qualifizierten Entzugsbehandlung stehen zunächst die Linderung von Entzugssymptomen, die Prävention von Folgeerkrankungen, sowie die Aufklärung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Schädlichkeit ihres

Konsums und die Steigerung der Abstinenzmotivation. Eine intensive und ausführliche Therapie psychiatrischer Vorerkrankungen kann in diesem engen Zeitrahmen lediglich ansatzweise durchgeführt werden.

Somit ist davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patienten am Ende der Entzugsbehandlung noch immer eine psychiatrische Symptomatik bzw. Erkrankung aufweisen, was wiederum unter Einbeziehung des weiterhin bestehenden Sucht- und Leidensdrucks zu einer weiteren Erhöhung der Suizidalität am Ende der Behandlung führen könnte.

Wir haben im Rahmen von NeST-Projekt sowohl das Ausmaß der Suizidalität bei Methamphetamin-abhängigen Patientinnen und Patienten zu Beginn, sowie die Veränderung der Suizidalität nach einer der qualifizierten Entzugsbehandlung untersucht. Diese wurde dabei als offene Beobachtungsstudie durchgeführt.

Nach dem positivem Votum der Ethikkommission wurden Methamphetamin-abhängige Patientinnen und Patienten, die sich für eine qualifizierte Entzugsbehandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am UKJ entschieden haben, mit einem Einverständnis zur Studienteilnahme auf das Ausmaß der Suizidalität, auf die früheren Suizidversuche sowie auf den Schweregrad der klinischen Symptomatik untersucht. Als Untersuchungsmittel werden standardisierte Fragebogen verwendet, welche zu Beginn und am Ende der Therapie durchgeführt werden.

Wir haben insgesamt N=31 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer Methamphetamin-Abhängigkeit (psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein nach ICD-10 (F15.-), davon 24 Männer (80%) und 7 Frauen (20%) eingeschlossen. Das Alter zum Messzeitpunkt lag im Mittelwert bei 30,1 Jahren und der Median bei 33,0 Jahren. Die Altersspanne erstreckte sich in dieser Gruppe von 18-46 Jahren. Die Dauer des Methamphetamin-Konsums betrug im Mittel 13 Jahre (min. 3 und max. 25 Jahre). Das mittlere Alter beim Erstgebrauch lag bei 17.8 Jahren (min. 12 und max. 25 Jahre).

Wie aus der Tabelle 2 zu entnehmen ist, haben 71% der Methamphetamin-abhängige Patientinnen und Patienten einmal oder mehrmals im Leben Suizidgedanken gehabt. 29% dieser Suizidgedanken waren aktiv, mit einem Vorsatz das Leben zu beenden bzw. mit einem konkreten Plan. Beide Formen

der Suizidgedanken stellen ein höheres Risiko für einen Suizid bzw. Suizidversuch dar.

In den letzten 30 Tagen vor der stationären Aufnahme, d.h. zu Beginn einer qualifizierten Entzugsbehandlung, haben ca. 26% der Patientinnen und Patienten Suizidgedanken gehabt. Nach der qualifizierten Entzugsbehandlung gaben etwa 8% der Patientinnen und Patienten passive Suizidgedanken („Wunsch tot zu sein“) an. Allerdings haben in der Follow-Studie, 3 Wochen nach der Entzugsbehandlung nur 12 Patientinnen und Patienten teilgenommen. Zum großen Teil lag das daran, dass die Patientinnen und Patienten die Therapie abgebrochen haben und gegen den ärztlichen Rat die Klinik verlassen haben.

Früheres suizidales Verhalten, also einen oder mehrere Suizidversuche gaben etwa 39% der Patientinnen und Patienten an, in den letzten 30 vor der Entzugsbehandlung hatten 2 Patientinnen und Patienten einen Suizidversuch unternommen.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass die Suizidgedanken mit 71%, suizidales Verhalten mit 39% sowie nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten mit ca. 58% bei Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer Methamphetamin-Abhängigkeit überdurchschnittlich häufiger als bei anderen psychischen Erkrankungen auftreten. Dieses Ergebnis bedeutet daher, dass bei der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten der therapeutische Fokus im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung neben der Suchtproblematik auf bestehende bzw. frühere Suizidalität gelegt werden sollte. Aufgrund der Covid-19 Pandemie war es uns nicht mehr möglich, die Stichprobe weiter aufzustocken, v.a. die Patientinnen und Patienten zum zweiten Messzeitpunkt. Eine Publikation zu diesen Ergebnissen ist aktuell in Vorbereitung.

	Baseline		Follow- Up
	Lifetime	Letzte 30 Tage	
Suizidgedanken (1-5)	71,0% (N=22)	25,8% (N=8)	8,3% (N=1)
1) Wunsch, tot zu sein	67,7% (N=21)	25,8% (N=8)	8,3% (N=1)
2) Unspezifische, aktive Suizidgedanken	38,7% (N=12)	12,9% (N=4)	0,0% (N=0)
3) Aktive Suizidgedanken mit Überlegungen zur Methode (nicht zu einem Plan), aber ohne Vorsatz zu handeln	29,0% (N=9)	12,9% (N=4)	0,0% (N=0)
4) Aktive Suizidgedanken mit einem gewissen Vorsatz zu handeln, aber ohne spezifischen Plan	16,1% (N=5)	0,0% (N=0)	0,0% (N=0)
5) Aktive Suizidgedanken mit spezifischem Plan und Vorsatz	12,9% (N=4)	3,2% (N=1)	0,0% (N=0)
Suizidales Verhalten (6-10)	38,7% (N=12)	6,5% (N=2)	0,0% (N=0)
6) Vorbereitende Handlungen oder vorbereitendes Verhalten	12,9% (N=4)	3,2% (N=1)	0,0% (N=0)
7) Abgebrochener Suizidversuch	12,9% (N=4)	3,2% (N=1)	0,0% (N=0)
8) Unterbrochener Suizidversuch	12,9% (N=4)	0,0% (N=0)	0,0% (N=0)
9) Tatsächlicher Suizidversuch	19,4% (N=6)	6,5% (N=2)	0,0% (N=0)
10) Suizid	0,0% (N=0)	0,0% (N=0)	0,0% (N=0)
Suizidale Gedanken oder suizidales Verhalten (1-10)	74,2% (N=23)	25,8% (N=8)	0,0% (N=0)
Selbstschädigendes Verhalten ohne suizidale Absicht	58,1% (N=18)	16,1% (N=5)	0,0% (N=0)

Tab. 2: Suizidales Verhalten sowie die Intensität der Suizidgedanken basierend auf der Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) bei Methamphetamin-abhängigen Patientinnen und Patienten vor und nach einer dreiwöchigen eine qualifizierte Entzugsbehandlung.

g) Entwicklung eines an die Zielgruppe angepassten Healthy-Lifestyle-Programms („HeLi-Jena“)

Das Healthy-Lifestyle-Programm ist ein 10-wöchiges Programm mit dem Ziel erneute Suizidversuche zu verhindern. Es ermöglicht Patientinnen und

Patienten, Wissen und Kompetenzen für einen gesünderen Lebensstil zu erwerben, was sich positiv auf das Stressempfinden und die Stressregulation, die Stimmung und darüber auch auf die Suizidalität auswirkt.

Die theoretische Basis für die Entwicklung des „HeLi-Jena“-Programms stellt das „Stressvulnerabilitätsmodell des suizidalen Verhaltens“ von John J. Mann (Mann & Rizk, 2020) dar. Das Modell sieht das suizidale Verhalten als ein Ergebnis der Wechselwirkung proximaler Stressfaktoren und distaler Vulnerabilitäten und betrachtet die ersteren als zentralen Faktor für die Durchführung suizidaler Handlungen. Schon in früheren Modellen zur Entstehung vom suizidalen Verhalten wurde Stress als ein wichtiger Faktor dafür betrachtet (van Heeringen, 2012). Da jedoch nicht jedes Individuum auf Stress suizidal reagiert, wird angenommen, dass durch biologische Vulnerabilitäten bestimmten Stress- und Lebenssituationen gegenüber, klinisch relevante Zustände wie das Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Pessimismus entstehen können. Das Erlernen von geeigneten Techniken, zum Beispiel zur Stressreduktion wie im Healthy-Lifestyle-Programm, könnte sich deshalb positiv auf den Umgang mit kritischen Lebensereignissen auswirken und das Risiko suizidalen Verhaltens verringern. Das „HeLi-Jena“ besteht aus den Modulen „Körperliche Aktivität“, „Ernährung“, „Stressreduktion“, „Umgang mit Süchten“ und „Motivation“, welche mit jeweils ein oder zwei Programmeinheiten im Gruppensetting eine Dauer von ca. 90 Minuten haben (s. Tabelle 3). Zusätzlich zu den zehn regulären Terminen fanden zwei Katamnese-Treffen, jeweils vier und zwölf Wochen nach Programmende, statt, um die Umsetzung der gelernten Inhalte in den Alltag zu besprechen.

Themenübersicht

Sitzung 1:	Einleitung
Sitzung 2:	Körperliche Aktivität I
Sitzung 3:	Körperliche Aktivität II
Sitzung 4:	Ernährung I
Sitzung 5:	Ernährung II
Sitzung 6:	Stressbewältigung I
Sitzung 7:	Stressbewältigung II
Sitzung 8:	Umgang mit Süchten
Sitzung 9:	Motivation
Sitzung 10:	Abschluss und Feedback
Sitzung 11:	Wiedersehen I
Sitzung 12:	Wiedersehen II

Tab. 3: Sitzungsstruktur des Healthy-Lifestyle-Programms. Eine Sitzung dauerte ca. 90 min.

Das Programm wurde in den Räumlichkeiten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena statt und wurde unter der Leitung von PD Dr. Gerd Wagner, von M.Sc. Marlehn Lübbert, sowie der Sportwissenschaftlerin M.A. Helen Nothnagel durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden im Voraus ausführlich über das Programm informiert und gaben vor Beginn ihre Einverständniserklärung zur Teilnahme am Programm ab. Diese Studie wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Jena zustimmend bewertet. Den Teilnehmenden stand es jederzeit frei, ohne Angabe von Gründen, das Programm zu verlassen. Unentschuldigte Fehltermine führten nicht zum Ausschluss aus dem Programm.

Die Haupthypothese der Machbarkeitsstudie war, dass die Durchführung des Healthy-Lifestyle-Programms mit einer hohen Adhärenz der Teilnehmenden

einhergeht sowie einen positiven Effekt auf die Suizidalität und Selbstwirksamkeit hat.

Für die Evaluation des Programms werden folgende Aspekte berücksichtigt:

- a) Regelmäßigkeit der Teilnahme an den „HeLi-Jena“-Sitzungen.
- b) Beurteilung der Machbarkeit des „HeLi-Jena“-Programms durch die Teilnehmenden.
- c) Effekte des Programms auf klinische Symptome.

Nach der theoretischen Entwicklung des Programms, fanden im Jahr 2019 insgesamt zwei Durchgänge im Gruppensetting statt, um das „HeLi-Jena“-Programm zu evaluieren. Die beiden Stichproben zur Überprüfung der Machbarkeit des Healthy-Lifestyle-Programms bestanden im ersten Durchgang aus einer Gruppe von 5 Patientinnen und Patienten und im zweiten Durchgang aus $N = 7$ Patientinnen und Patienten, sodass sich eine Gesamtstichprobe von $N = 13$ Teilnehmenden mit einem Durchschnittsalter von $M = 32,7$ Jahren ergab, wobei mehr Frauen ($N = 8$) am Programm als Männer ($N = 5$) teilnahmen. Es wurde eine max. Gruppengröße von 7 bis 8 Patientinnen und Patienten angestrebt.

Der Zeitraum zwischen dem Ende der letzten stationären Behandlung und dem Beginn des Healthy-Lifestyle-Programms variierte von einer Woche bis zu elf Monaten. Einige Patientinnen und Patienten waren zum Teil während des Programms in stationärer Behandlung. Ähnlich stark variierte der Zeitraum zwischen dem letzten Suizidversuch und dem Beginn des Programms (zwischen 2 und 15 Monaten). Die folgenden Abbildung 6 und 7 liefern einen Überblick über die Anwesenheiten der Patientinnen und Patienten zu den einzelnen Sitzungen. Insgesamt haben $N = 13$ Patientinnen und Patienten an dem Programm teilgenommen. Ein Patient erschien nur zum ersten Treffen, meldete sich aber danach ab.

Anwesenheitsübersicht													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Ges.
Pat.1	■	■	■	■	■	■		■	■	■			9
Pat.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12
Pat.3	■	■		■									3
Pat.4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			10
Pat.5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12
Pat.6	■		■	■			■						4
Pat.7			■	■		■		■				■	5
Pat.8	■		■	■		■	■				■		6
Pat.9		■	■	Abbruch								2	
Pat.10		■	■	■	■	■	■	■		■	■		9
Pat.11	■	■	■	■	■	■		■	■	■		■	10
Pat.12		■				■		■			■	■	5
Pat.13			■	■	■	■	■						5
Ges.	8	9	11	11	7	10	7	8	5	6	5	5	

Abb. 6: Anwesenheiten (graublau schattiert) der Patientinnen und Patienten zu den jeweiligen Sitzungen des HeLi-Programms

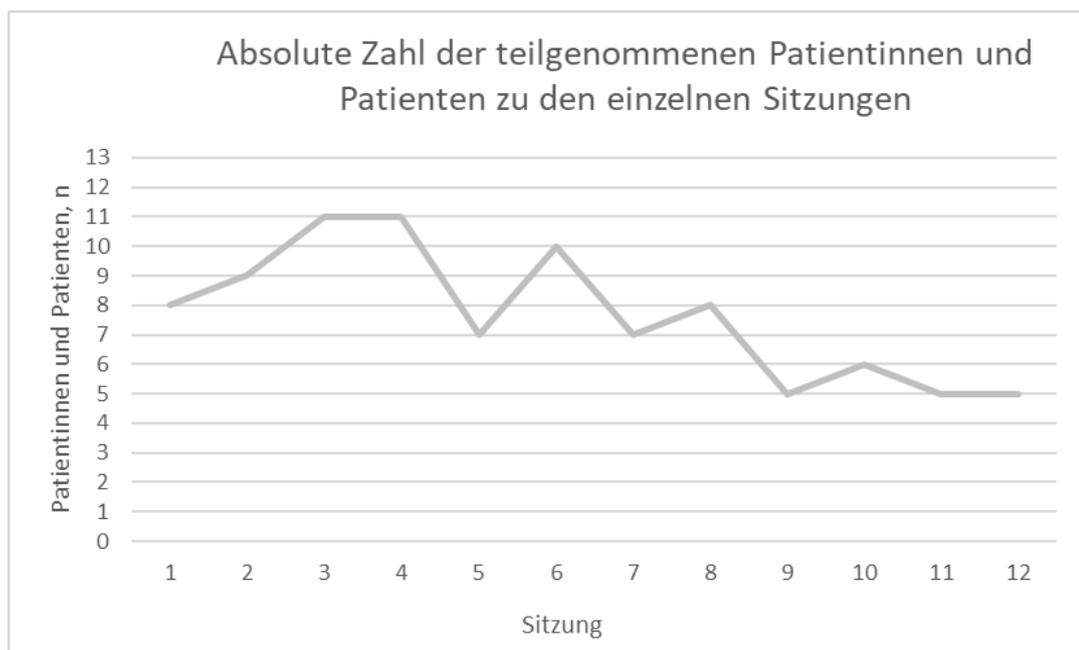


Abb. 7: Übersicht über die absolute Teilnehmenden-Zahl pro Sitzung

Insgesamt nahmen durchschnittlich $N = 7,7$ (59%) Patientinnen und Patienten an den einzelnen Sitzungen teil. 5 Patientinnen und Patienten erschienen mindestens 75% und nur 2 zu 100% der Stunden. Bei der Analyse fällt des Weiteren ein zeitlicher Trend auf: Erschienen zu den Sitzungen 1 - 4 noch $M = 9,75$ (75%) Patientinnen und Patienten, waren es in den Sitzungen 5 - 8 nur noch $M = 8$ (61,54%) und zu den letzten vier Einheiten nur noch $M = 5,25$ (40,38%). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Patientin das Programm nach Sitzung 3 verließ, indem sie sich offiziell abmeldete. Die Beurteilung der Adhärenz bestand weiterhin unter anderem aus Fragen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung und selbstformulierten Fragen zu den Rahmenbedingungen sowie inhaltlichen und methodischen Aspekten des *Healthy-Lifestyle-Programms*.

Die Patientinnen und Patienten wurden nach ihrer Meinung zu der inhaltlichen und methodischen Qualität des Programms gefragt. Folgende Fragen wurde gestellt:

- Item 1: Ankündigungen und Informationen über den Kurs
- Item 2: Inhaltlicher Aufbau des gesamten Programms
- Item 3: Aufbau der einzelnen Kursstunden
- Item 4: Verständlichkeit der Informationen und Anleitungen
- Item 5: Art und Weise, wie die Inhalte vermittelt wurden
- Item 6: Eingehen auf Fragen und Bedürfnisse der Teilnehmer
- Item 7: Art und Weise, wie der Bezug zum Alltag hergestellt wurde
- Item 8: Begleitmaterialien zum Kurs

Es gab 5 Antwortmöglichkeiten von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht. Der Gesamtmittelwert der Beurteilung der inhaltlichen und methodischen Qualität und Verständlichkeit des Programms ist mit **M = 1,46** im Bereich zwischen

„sehr gut“ und „gut“ anzusiedeln. Lediglich die Items 1, 3 und 6 wurden von jeweils ein bzw. zwei Patientinnen und Patienten mit „mäßig“ beurteilt.

Insgesamt bewerteten die Patientinnen und Patienten neben diesen Fragen auch die Erfolgswahrnehmung durch die Teilnahme am Healthy-Lifestyle-Programm. Ein Patient bewertet die Teilnahme als „großen Erfolg“, fünf Patient*innen als „kleinen Erfolg“. Es gab keine Bewertungen als „mäßig“ oder „Misserfolg“. Auch konnten hier positive Ergebnisse erzielt werden.

Zur Analyse der Veränderung der Stimmung und der Intensität von Suizidgedanken wurden die Daten aus den Tagesprotokollen ausgewertet. Vor Beginn des HeLi-Jena-Programms bewerteten die Patient*innen ihre Stimmung mit $M = 2,93$, wobei „1“ eine sehr gute und „5“ eine sehr schlechte Stimmung repräsentierte. Die Intensität von Suizidgedanken wurde im Durchschnitt mit $M = 1,23$ (1 = „kaum Suizidgedanken“ bis 5 = „will sterben“) dokumentiert. Im BDI-II gaben die Patient*innen einen durchschnittlichen Wert von $M = 35,8$ (Range: 18-48), was auf eine schwere Ausprägung der Depression zu Beginn des Programms hinweist.

Wie in den Abb. 8 und 9 dargestellt, haben sich die durchschnittliche Stimmung, aber auch die Intensität der Suizidgedanken im Verlauf des Programms leicht verbessert.

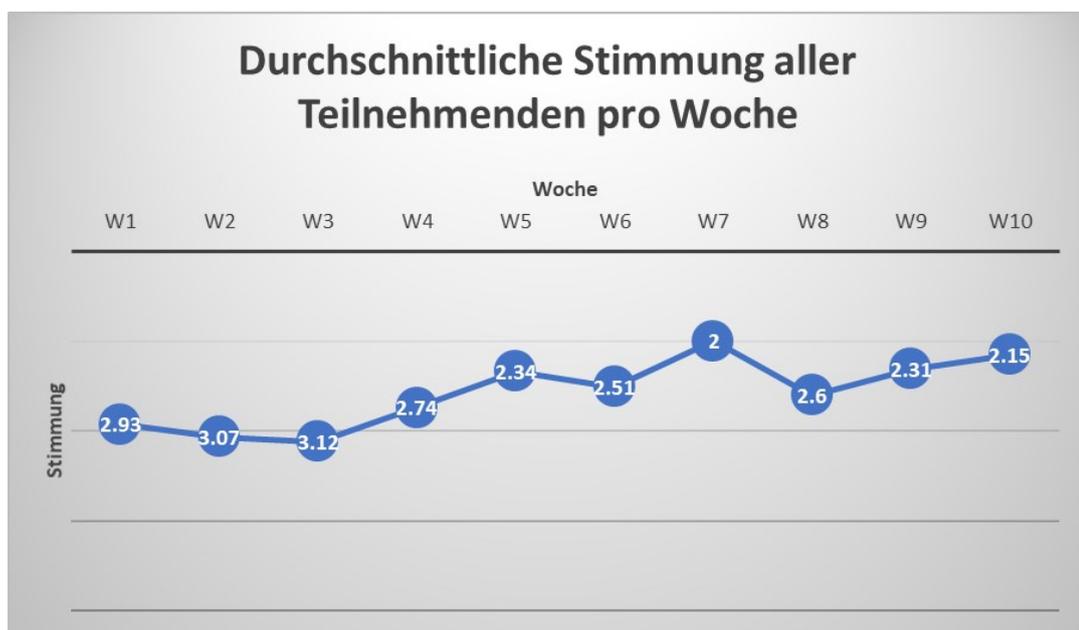


Abb. 8: Durchschnittliche Stimmungswerte über 10 Wochen des Programms

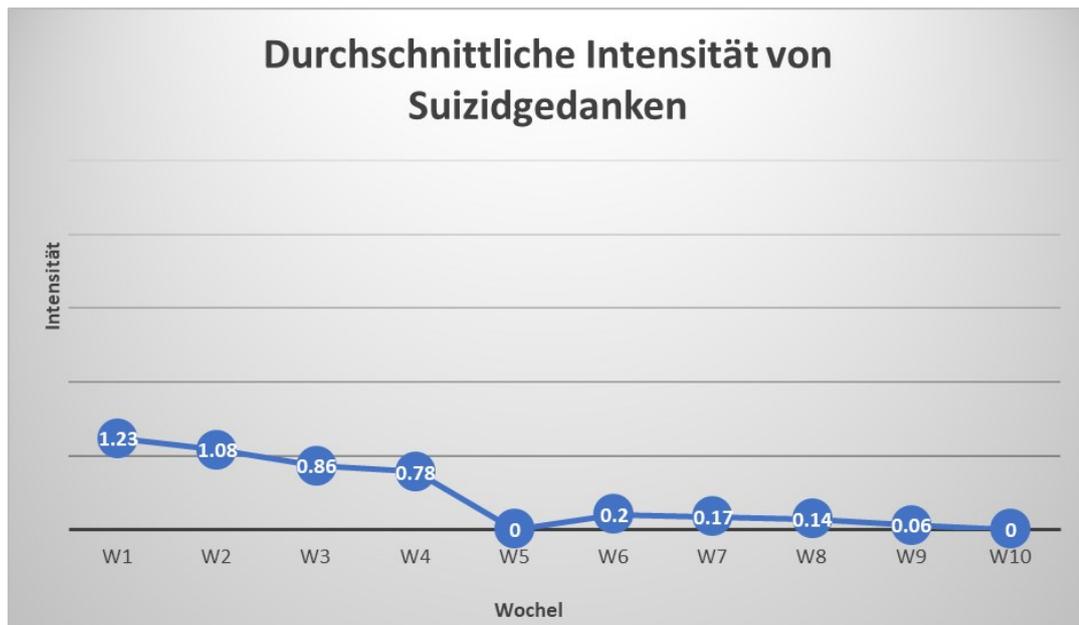


Abb. 9: Durchschnittliche Intensität von Suizidgedanken über 10 Wochen des Programms

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Healthy-Lifestyle-Programm Jena insgesamt von den Patientinnen und Patienten positiv bewertet wurde. Auch die inhaltliche und methodische Qualität wurde als „sehr gut“ bis „gut“ bewertet. Über 10 Wochen der Programmdurchführung konnten wir eine Verbesserung der Stimmung und eine Reduktion der Intensität der Suizidgedanken beobachten.

Auf der anderen Seite sind die fluktuierenden Teilnehmerszahlen an den einzelnen Sitzungen möglicherweise ein Hinweis, dass das Programm zu lang ist bzw. die Rahmenbedingungen nicht optimal waren. Z.B. fand das Programm immer donnerstags von 15:00 Uhr bis 16:30 Uhr statt. Berufstätige Patientinnen und Patienten hatten deshalb teilweise Schwierigkeiten pünktlich oder überhaupt zu erscheinen, was bei der Weiterentwicklung des Programms bedacht werden sollte. Auch die Jahreszeit ist als mögliche Erklärung für die Fehltermine zu berücksichtigen. So waren es in den ersten drei Programmsitzungen in Jena durchschnittlich 30,83°C warm. Der 25.07.2019, der Tag des Programmstarts, war in Jena mit 37,7°C sogar einer der heißesten Tage des Jahres. Die Räumlichkeiten, in denen das Programm stattfand, waren nicht klimatisiert und im Dachgeschoß, so dass sicherlich auch solche äußeren Faktoren einen Einfluss auf die Adhärenz gehabt hatten.

Zusammengefasst, während die Teilnahmehäufigkeit und -konstanz der Patientinnen und Patienten sowie der Rücklauf der Evaluationsfragebögen von diesen eher niedrig waren, sind die Ergebnisse zur Motivation der Teilnehmenden sowie deren Programmevaluation als positiv einzuschätzen. Wir glauben deswegen, dass das Programm sowohl im klinischen als auch ambulanten Setting bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression sowie mit einem Suizidversuch erfolgreich eingesetzt werden kann.

Weitere Details zu der diesen beiden Machbarkeitsuntersuchung vom Heli-Jena sind der am 29.05.2020 final begutachteten psychologischen Masterarbeit an der Fakultät für Fakultät für Sozial - und Verhaltenswissenschaften, der Friedrich-Schiller-Universität Jena von Sebastian Gosmann zu entnehmen: **"Das 'Healthy-Lifestyle-Programm Jena': Entwicklung eines Programms zur Reduktion des Risikos suizidalen Verhaltens - Eine Machbarkeitsstudie"**.

Aufgrund der Corona-bedingten Maßnahmen war die Weiterführung der ambulanten Gruppen bzw. die Weiterentwicklung des Programms im Jahr 2020 bzw. 2021 leider nicht mehr möglich.

**d) Entwicklung eines Pocket Guides „Suizidalität“ für Ärzte bzw. die
bzw. Entwicklung der App „LifeStep“**

Das Pocket Guide „Suizidalität“ für Ärztinnen und Ärzte wurde fertig gestellt und kann unter <https://www.nest-thueringen.de/downloads/> heruntergeladen werden. Neben dem Pocket-Guide wurde eine andere hilfreiche Broschüre (https://www.nest-thueringen.de/fileadmin/Redakteure/Dateien/Broschuere_-_Netzwerk_zur_Suizidpraevention_in_Thueringen.pdf) bzw. ein Leporello (https://www.nest-thueringen.de/fileadmin/user_upload/Mein_Lebensretter.pdf) erstellt. Es befinden sich zusätzliche weitere Informationsmaterialien auf der Homepage. Die Entwicklung der NeST-Smartphone-App „**LifeStep**“ für I-Phone- und Android-Geräte zum Thema „Informationen zur, Umgang mit Suizidalität und Möglichkeiten zum Umgang mit Krisen“ für betroffene und interessierten Personen wurde fertiggestellt. Die „LifeStep“-App ist im Google-Play-Store bzw. im Apple-Store zu finden.

h) Spezifische Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten des suizidalen Verhaltens insbesondere in Bezug auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche und queere Menschen im Rahmen der suizidpräventiven Maßnahmen.

Menschen, die geschlechtlich nicht einfach nur als „weiblich“ oder „männlich“ verortet sind und/oder deren Geschlechtsidentitäten nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen, stehen vor außerordentlichen Herausforderungen, ihren Platz in der zweigeschlechtlich strukturierten Gesellschaft zu finden (Focks & Nachtigall, 2017). Häufig machen z.B. transgeschlechtliche Menschen die Erfahrung, dass sie z.B. nicht mit dem gewünschten Namen und Pronomen angesprochen werden und damit eigene Geschlechtsidentität bzw. das eigene geschlechtliche Erleben nicht anerkannt wird. Mit der Überschreitung der Geschlechtergrenzen und der damit verbundenen Irritation sozialer Normen müssen nicht nur die unmittelbar Betroffenen selbst einen Umgang finden, sondern auch ihre Umwelt, d.h. Angehörige, Mitschülerinnen und Mitschülerinnen, Pädagoginnen und Pädagogen, aber auch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und Pflegepersonal. Nicht selten reagiert das soziale Umfeld auf solche Verunsicherungen zunächst mit Ablehnung und Diskriminierung. Die Erfahrung, dass die Zweigeschlechterordnung (oder der darin zugewiesene Platz) nicht zum eigenen (Er-)Leben passt, ist inter* und trans* Personen gemeinsam, auch wenn sich beide Gruppen in anderer Hinsicht stark unterscheiden (Focks & Nachtigall, 2017). Bei Intergeschlechtlichkeit verhält es sich anders; vielen intergeschlechtlichen Menschen wird als Folge von (häufig bereits im Säuglingsalter durchgeführten) Operationen oder anderen geschlechtsmodifizierenden medizinischen Interventionen ihr Recht auf körperliche Integrität verwehrt sowie die Möglichkeit genommen, ihre eigene Geschlechtsidentität zu entwickeln (Dan Christian Ghattas, 2016). Diese Eingriffe können das körperliche und psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigen und produzieren häufig negative Effekte mit lebenslangen Folgen. Dan Christian Ghattas (2013) zeigte außerdem, dass intergeschlechtliche Personen in der Regel als Menschen mit einer „Störung“ wahrgenommen und als „abnorm“ behandelt werden, mit dem Ziel, den

intergeschlechtlichen Körper möglichst durch operative Maßnahmen an die Zwei-Geschlechter-Ordnung anzupassen und damit zu „normalisieren“. Die damit einhergehenden Erfahrungen reichen von struktureller und verbaler Diskriminierung bis hin zu physischer Gewalt aufgrund von nicht-genderkonformem Verhalten und Erscheinung. Eine starke Furcht vor Stigmatisierung und sozialem Ausschluss zwingt viele intergeschlechtlichen Menschen dazu, ihre Intergeschlechtlichkeit geheim zu halten (Dan Christian Ghattas, 2016). Deswegen könnten lesbische, schwule, bisexuelle, transgender und intersexuelle (LSBTI) Menschen ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität haben, wie aus einigen internationalen Studien hervorgeht (Arcelus et al., 2015; Bauer, Scheim, Pyne, Travers, & Hammond, 2015; Clements-Nolle et al., 2018; Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006; Dhejne, Van Vlerken, Heylens, & Arcelus, 2016). Während für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen die Evidenz für das höhere Erkrankungsrisiko robust erscheint, ist die Datenlage zu Transgender und Intersexualität noch gering, die Ergebnisse sprechen jedoch auch hier für ein erhöhtes Risiko.

Ein wichtiger Fokus des beantragten Projekts war es die geschlechtsspezifischen Aspekte des suizidalen Verhaltens insbesondere in Bezug auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche und queere Menschen im Rahmen der suizidpräventiven Maßnahmen zu berücksichtigen. Der Freistaat Thüringen hatte zu Beginn des NeST-Projekts kein professionelles Angebot der LSBTIQ*-Beratung, zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote basierten ausschließlich auf ehrenamtlichen Strukturen. Eine beständige Förderung hauptamtlicher Strukturen fehlte bislang. Bedarfsprüfungen waren deswegen zu Beginn des Projekts notwendig, weil die Datenlage in vielen Bereichen, was Ist-Zustand und Bedarfe angeht, unzulänglich war.

Das Thüringer Landesprogramm für Akzeptanz und Vielfalt sollte deshalb dazu dienen, Diskriminierung von LSBTIQ* ab- und Unterstützungsangebote aufzubauen. Dazu wurden zunächst gemeinsam mit Vereinen aus der Zivilgesellschaft, Betroffenen und wissenschaftlichen Instituten Bedarfe identifiziert, Forderungen formuliert und anschließend im Kabinett abgestimmt. (Vgl.: <https://www.gew-thueringen.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/freude->

[und-enttaeuschung-ueber-neues-thueringer-landesprogramm-fuer-akzeptanz-und-vielfalt/](#)).

Der Verein „Vielfalt Leben – QueerWeg Verein für Thüringen e. V.“ ist in Thüringen die größte Interessenvertretung für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche und queere Menschen (LSBTIQ*). Im Rahmen des Thüringer Landesprogramms für Akzeptanz und Vielfalt trägt der Verein die „LSBTIQ*-Koordinierungsstelle“ als Thüringens erste hauptamtliche Ansprechstelle für die Unterstützung von LSBTIQ*-Projekten sowie die Begleitung akzeptanzfördernder Maßnahmen.

In enger Zusammenarbeit mit diesem Verein sowie Trans*- Selbsthilfegruppe Jena haben wir im Rahmen des NeST-Projektes Vorträge zum Thema „Suizidalität im Komplex Schwule-Lesben-Bisexuelle-Transgender-Intersexuelle“ durchgeführt werden, Informationsmaterialien erarbeitet und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Zusätzlich haben wir im Rahmen des NeST-Projekts, eine LSBTIQ*-spezifische zentrale Anlaufstelle geschaffen, die durch einen in der queeren Sozialen Arbeit geschulten Sozialarbeiter, Herrn Dipl.-Sozpäd. Marco Lohwasser besetzt wurde. LSBTIQ*-spezifische Probleme wurde hier im queeren Raum besprochen, so dass ein suizidpräventiver Effekt daraus entstehen könnte. Ab August 2018 war es uns nach der Planung, Konzeptionierung sowie nach dem Bezug der Räumlichkeiten und laufenden Vorstellungen innerhalb kommunaler Gremien möglich, den ersten Termin mit einer offenen Sprechzeit vor Ort anzubieten. Da es kaum Daten über Bedarfe sowie kaum vorbereitende zuverlässige Informationen gab, war der Aufbau einer Beratungsstelle als ein Machbarkeitsprojekt zu verstehen.

Dankenswerterweise konnten wir hier auf die jahrelangen Erfahrungen von Matthias Gothe vom Verein „Vielfalt Leben - QueerWeg e.V.“ zurückgreifen und profitieren. Seit Beginn des Kontaktaufbaus März 2018 stand uns Matthias Gothe beratend zur Seite. Seit August 2018 bis März 2020 wurde regelmäßig einmal im Monat eine offene Sprechstunde 10:00-15:00 in einem geschützten Raum der Beratungsstelle in Weimar angeboten, hier angebunden an einen Träger der queeren Arbeit. Es gab bleibend die Möglichkeit der individuellen Terminvereinbarung telefonisch, per E-Mail und vor Ort in den Örtlichkeiten in Jena und Weimar sowie dem Angebot der individuellen Begleitung über die

Arbeit der Anlaufstelle. Einige Anfragen gab es seit Beginn der Anlaufstelle über Träger, welche in der Beratung des Betroffenen Unterstützung suchten oder sich rund um Themen des „queeren Lebens“ informieren wollten. Bedingt durch die Covid-19 assoziierten Maßnahmen mussten wir jedoch unser Angebot vor Ort ändern. Wir konnten ab April eine Videosprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Verein Vielfalt Leben – Queerweg e.V. anbieten (Termine in der Woche: Queerweg Di 9:30-12 / Do 13-17 // Termine NeST Di/Do 9-14).

Bis März 2020 zeigten wir gemeinsam mit queeren Trägern nahmen wir an folgenden öffentlichen Veranstaltungen teil:

- IDAHoBIT Jena
- CSD Thüringen in Gera, Weimar, Jena
- Woche der seelischen Gesundheit 21.10. 27.10.2019 – Veranstaltung „Würdevoller Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt“
- Welttag der Suizidprävention
- Radio-Beiträge

Vorträge und Präsentationen:

- Eröffnung der Koordinierungsstelle
- Vorstellung innerhalb der NeST-Präsentationen (über Schulungen, Vorstellung des Projektes, diverser Zusammenkünfte)
- Zusammenarbeit Presse
- Präsentation über Infostände des NeSTs siehe öffentl. Veranstaltung

Einbindung in die Gremienarbeit:

- Vorstellung der NeST-Anlaufstelle in diversen Gremien auf kommunaler Ebene oder Landesebene
- Vorstellung der Koordinierungsstelle des Vereins Vielfalt Leben – QueerWeg e.V. in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und im Gemeindepsychiatrischen Verbund in Jena
- Regelmäßige Trägertreffen, Organisation von Arbeitskreisen, Ausbau des Netzwerkes.

Bereits vor den Veränderungen durch die Corona-Pandemie haben die Beteiligten im Netzwerk erkannt, dass die Angebote anders gestaltet und koordiniert werden müssen. Deshalb beschlossen wir uns auch regelmäßig in Form eines Arbeitskreises zu treffen, um entsprechende Lösungen zu entwickeln. Erste Vorarbeiten begannen bereits Anfang 2019. Am 09.06.2020 war nun zwischen den Beteiligten eine erste Videokonferenz, welche zur Folge hatte, dass wir uns innerhalb eines Mail-Verteilers enger austauschen können, um hier für die Zukunft konkrete Angebote auszuarbeiten aber vor allem von den existierenden Angeboten gegenseitig zu lernen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass trotz angemessener Werbung, Netzwerkwerkarbeit und Öffentlichkeitsarbeit die Inanspruchnahme der Beratungsstelle relativ gering war. Eine Erhebung der Situation von LSBTIQ*-Personen in Thüringen wäre deswegen vor Beginn des Projekts nützlich gewesen. Es wurde zunächst eine initiale Beratungsstruktur geschaffen (offene Sprechzeit für Beratung / Terminberatung) – der Ausbau wäre dann bedarfsgerecht, nach Schwerpunkten und Rückmeldung der Klientel, geschehen.

Die ursprüngliche Idee war zusätzlich konzentrierte Strukturen der Selbsthilfe, Peers und Träger, Vereine aus der Community zu nutzen und zu koordinieren, um bspw. e-counseling anzubieten. Für eine Face2Face-Beratung erscheint es aus bisherigen Erfahrungen möglich (ursprünglich wurde der Kontext einer psychiatrischen Klinik aufgrund der Befürchtung der geringen Akzeptanz ausgeschlossen) eine Sprechstunde innerhalb der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UK Jena einzurichten, für die Kontaktaufnahme, Erstorientierung und Weitervermittlung.

Der Vorteil, dass das Thüringer Landesprogramm für Akzeptanz und Vielfalt zur gleichen Zeit umgesetzt wurde, wie das Teilprojekt des NeSTs zur Berücksichtigung des suizidalen Verhaltens der Hochrisikogruppe LSBTIQ*, konnte im späteren Verlauf auch als Schwachstelle interpretiert werden. Viele Vorteile waren hiermit verbunden: Anbindung Community, Beratung außerhalb der Klinik, gemeinsame Weiterentwicklung des Angebotes.

Allerdings waren wir hier zum einen abhängig von der Struktur und zum anderen konnte das Beratungsangebot der Koordinierungsstelle vermutlich die meisten Anfragen bereits selbst zufriedenstellen. Außerdem gibt es

deutschlandweit nur wenige professionelle Angebote mit hauptamtlich finanzierten Stellen und diese wenigen Angebote sind dann auch community-basierend und arbeiten über Peer-Beratung (Beratung durch Menschen mit denselben Merkmalen bzw. in derselben Lebenssituation wie der Beratene). Ein extern der Community aufgezogenes Angebot ohne Peer-Arbeit könnte es vermutlich schwer haben, da solche Angebote vermutlich als wenig authentisch eingeschätzt werden und die Stellen gern durch Trans*- und Inter*-Personen besetzt werden. Bei allen Beobachtungen sowie Erkenntnissen und aller kritischer Reflexion sind vor allem konstruktive Lösungsideen mit Langzeitperspektive anzustreben. Um hier ein Angebot zu schaffen, welches von Anfang an gut angenommen wird, konnten grundlegende Ecksteine herausgestellt werden, welche zu einem positiven Gelingen führen könnten.

1. Online-Beratung (E-Mail, Video-Chat)
2. Vor Ort und aufsuchend
3. begleitend / Lotsenfunktion
4. Zusammenarbeit mit der Community von Anfang an, es muss aus der Community heraus entstehen – Bedarfserhebung / gemeinsame Konzeptionierung
5. Peer-Beratung / Peer-Begleitung

i) Spezifische Berücksichtigung von altersspezifischen Aspekten des suizidalen Verhaltens (Suizidprävention im Alter)

Das Thema „Suizidprävention im Alter“ fand im Projekt eine besondere Berücksichtigung. Es wurde Weiterbildungen zu diesem Thema in den beteiligten Landkreisen, insbesondere für Pflegekräfte durchgeführt. So fand am 22.10.2018 eine erste gemeinsame Veranstaltung in Hildburghausen für die Pflegekräfte zum Thema „Suizid im Alter“ statt. Seit 21.05.2019 findet am UK Jena eine curriculäre Weiterbildungsveranstaltung „Umgang mit lebensmüden älteren Patient*innen“ statt. Auch eine NeST-Veranstaltung im Rahmen des Thüringer Alzheimertages wurde 2019 durchgeführt. Aufgrund der Covid-19 Pandemie und der erforderlichen Maßnahmen zur Eindämmung

der Pandemie war es jedoch im Jahr 2020 nicht mehr möglich, in dieser Hoch-Risikopopulation für schweren Covid-19 Verlauf suizidpräventive Maßnahmen durchzuführen.

j) Evaluation des NeST-Projekts

i. Anzahl der Suizide in Thüringen und NeST-Landkreisen

Wie in den beiden Abbildungen 10 und 11 zu sehen ist, gab es im Zeitraum seit 2017, d.h. seit Beginn des NeST-Projekts eine Reduktion der Anzahl der Suizide um ca. 12% auf 286 Suizide im Jahr 2019 in Thüringen (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021). 2020, im Jahr der Corona-Pandemie gab es mit insgesamt 331 Suiziden, jedoch einen Anstieg auf das Niveau über dem von 2017.

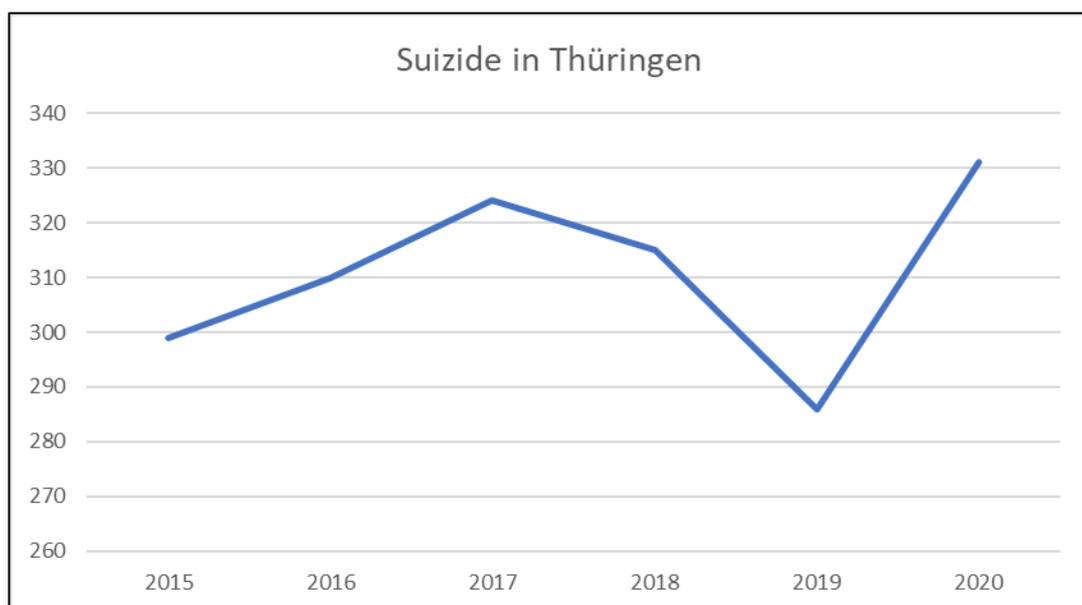


Abb. 10: Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10: X60-X84) für den Freistaat Thüringen (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021)

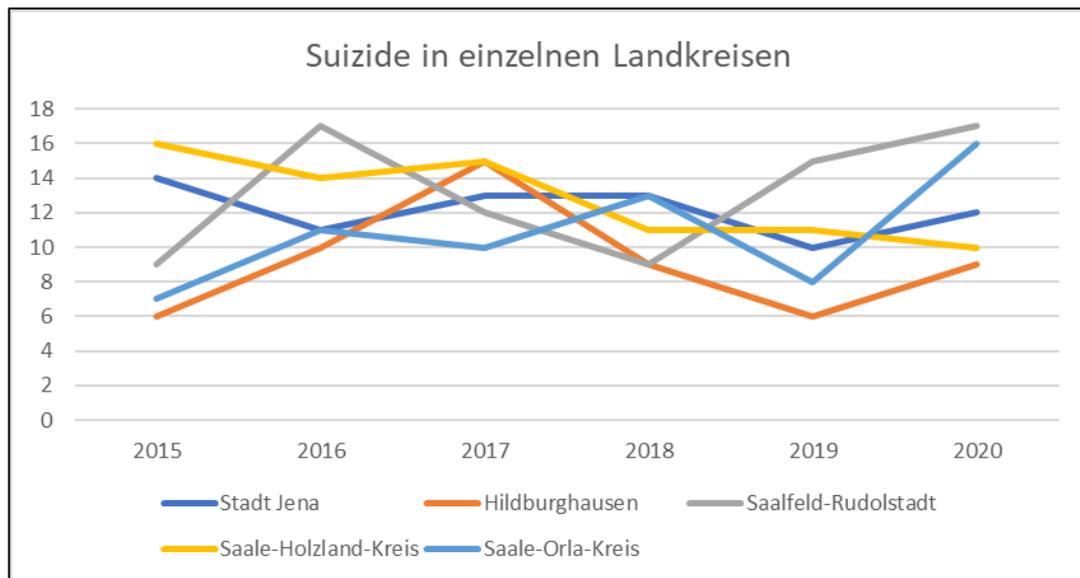


Abb. 11: Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10: X60-X84) für den Kreisfreie Stadt Jena bzw. die Landkreise Hildburghausen, Saalfeld-Rudolstadt, Saale-Holzland-Kreis, Saale-Orla-Kreis (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021).

ii. Anzahl der Suizidversuche über die Projektlaufzeit

Aufgrund der Covid-19 Pandemie und der erforderlichen Maßnahmen war die Erfassung der Suizidversuche in den beiden kooperierenden psychiatrischen Kliniken in Saalfeld und Stadtroda nicht zuverlässig über den gesamten Zeitraum 2020 möglich. Für die Evaluation der im NeST-Projekt durchgeführten Maßnahmen haben wir deswegen die Anzahl der Suizidversuche genommen, welche wir systematisch, seit Mai 2018 bis Ende Mai 2021, auch während des Lockdowns in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UK Jena erfasst haben.

Dafür haben wir als Modell den Ansatz der log-linearen Regression in R implementiert, der verwendet werden kann, um eine lineare bzw. exponentielle Zunahme oder Abnahme der Suizidversuche im Laufe der Zeit durch Log-Transformation der Fallzahlen und Anwendung einer linearen Regression auf diese transformierten Daten anzupassen. Das log-lineare Regressionsmodell hat die Form $\log(y) = r \times t + b$, wobei y die Suizidversuche, r die Wachstumsrate, t die Anzahl der Tage seit Beginn der Messung und b der Interzept ist. Mit diesem Ansatz wird eine Wachstumsrate r (die Steigung der

Regression) geschätzt, die wiederum zur Schätzung der Veränderungen der Suizidversuche über die Zeit verwendet werden kann.

Die Tabelle 4 fasst die Anzahl der Suizidversuche, sowie Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten zusammen.

	2018 (N=63)	2019 (N=108)	2020 (N=104)	2021 (N=34)	Total (N=309)
age					
Mean (SD)	42.8 (21.6)	41.9 (18.4)	38.8 (19.5)	45.3 (17.7)	41.4 (19.4)
Median [Min, Max]	38.0 [18.0, 92.0]	38.0 [18.0, 93.0]	30.0 [18.0, 83.0]	43.5 [18.0, 95.0]	38.0 [18.0, 95.0]
Missing	0 (0%)	0 (0%)	1.00 (1.0%)	0 (0%)	1.00 (0.3%)
gender					
female	23.0 (36.5%)	61.0 (56.5%)	53.0 (51.0%)	17.0 (50.0%)	154 (49.8%)
male	40.0 (63.5%)	46.0 (42.6%)	51.0 (49.0%)	17.0 (50.0%)	154 (49.8%)
queer	0 (0%)	1.00 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	1.00 (0.3%)
catAge					
>55	15.0 (23.8%)	26.0 (24.1%)	25.0 (24.0%)	11.0 (32.4%)	77.0 (24.9%)
18-30	22.0 (34.9%)	30.0 (27.8%)	50.0 (48.1%)	7.00 (20.6%)	109 (35.3%)
30-40	11.0 (17.5%)	30.0 (27.8%)	12.0 (11.5%)	7.00 (20.6%)	60.0 (19.4%)
40-55	15.0 (23.8%)	22.0 (20.4%)	16.0 (15.4%)	9.00 (26.5%)	62.0 (20.1%)
none	0 (0%)	0 (0%)	1.00 (1.0%)	0 (0%)	1.00 (0.3%)

Tab. 4: Anzahl der Patientinnen und Patienten, welche wegen eines Suizidversuchs in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UK Jena seit 01.05.2018 bis 31.05.2021 stationär aufgenommen und behandelt wurden.

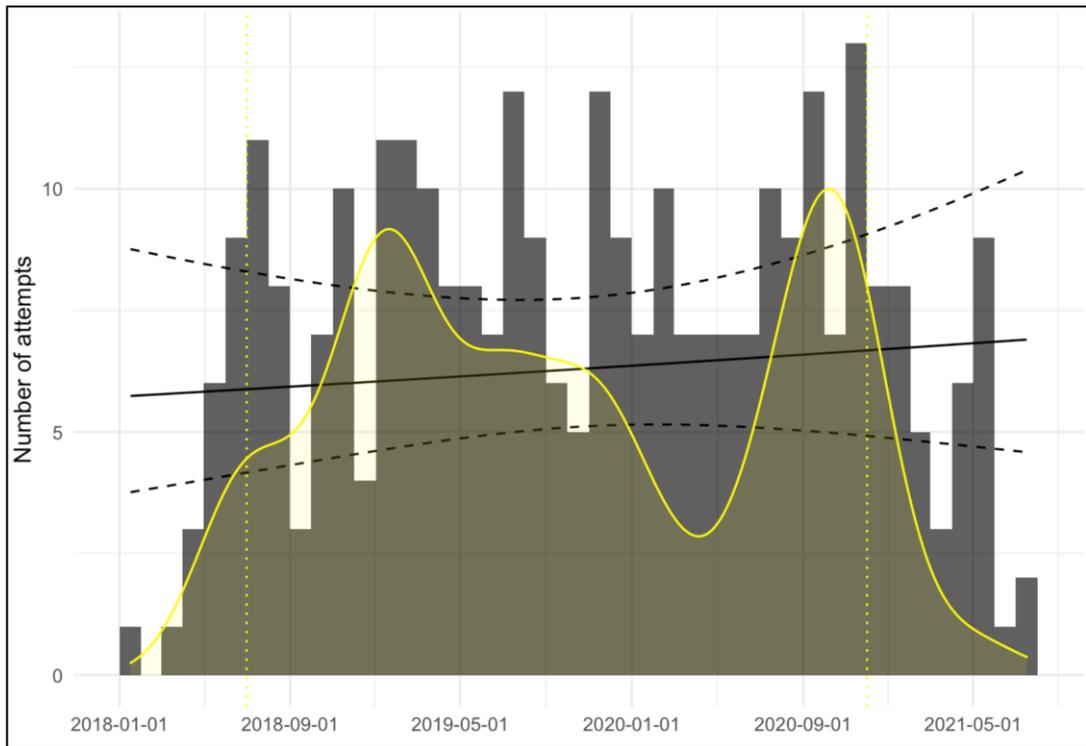


Abb. 12: Das log-lineare Regressionsmodell bzgl. der Suizidversuche.

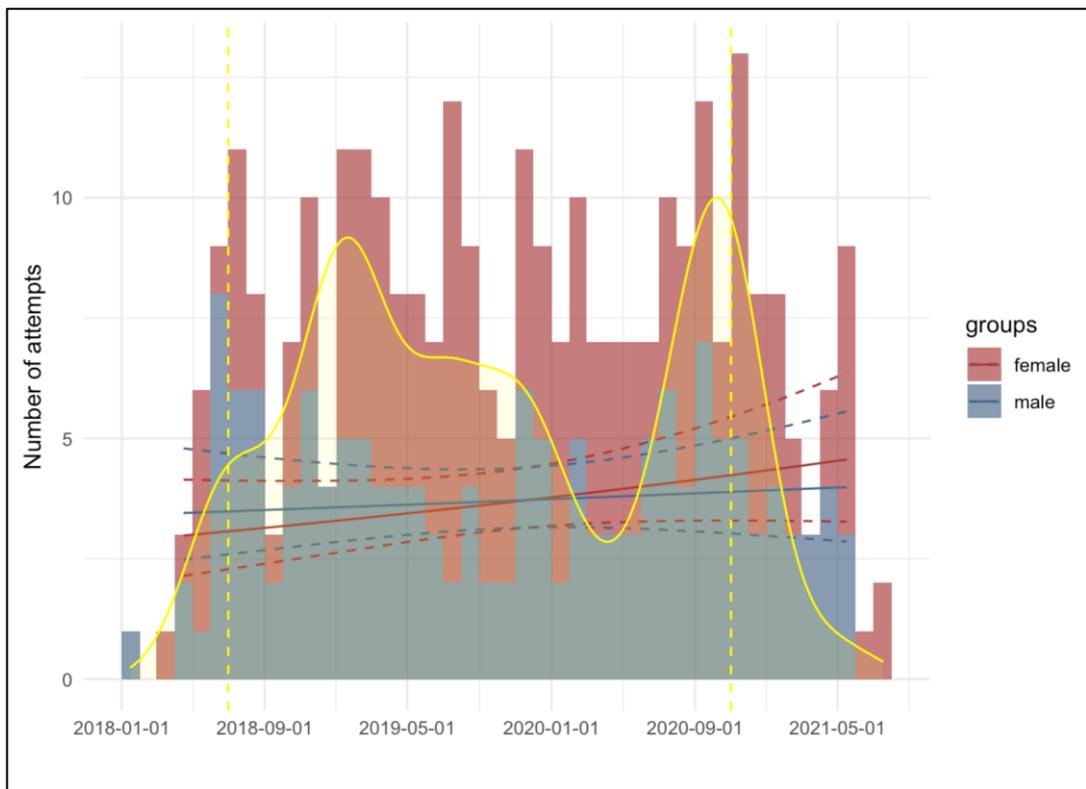


Abb. 13: Das log-lineare Regressionsmodell bzgl. der Suizidversuche getrennt nach Geschlecht.

Wie in den Abbildungen 12 zu sehen ist, liegt die Wachstumsrate für das log-lineare Regressionsmodell unabhängig vom Geschlecht mit 0.00014 und einem Konfidenzintervall (CI) zwischen -0.00042 und 0.00071 nahe bei null, was bedeutet, dass es über die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021 zu keinem signifikanten Anstieg oder Abfall der Suizidversuche in Jena gekommen ist. Das log-lineare Regressionsmodell gerechnet getrennt für das Geschlecht, zeigt ebenfalls keinen signifikante Anstieg oder Abfall (0.00038, CI [-0.00013 0.00088]) oder Abfall (0.00013 [-0.0011 0.00135]) der Anzahl der Suizidversuche (s. Abbildung 13).

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Trotz der Covid-19 Pandemie im Jahr 2020-2021 konnten wir im Wesentlichen alle formulierten Ziele des Projekts erreichen. Auch wenn 2020-2021 die meisten im NeST-Projekt geplanten öffentlichen Entstigmatisierungs-Veranstaltungen bzw. Schulungen durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie abgesagt werden mussten, haben wir jedoch in den Jahren 2018-2019 eine große Anzahl von Veranstaltungen durchgeführt (s.o.). Wir sind dabei auf sehr viel Interesse seitens verschiedener Träger und Einrichtungen gestoßen, es wurden deutliche Bedarfe v.a. nach regelmäßig stattfindenden Schulungen zum Thema „Suizidalität“ formuliert.

Bzgl. der Sicherung der Hotspots hat sich für uns die Tatsache als problematisch dargestellt, dass sowohl die Landeskriminalpolizei in Erfurt als auch die lokalen Polizeibehörden keine systematische Erfassung der Suizide mit Informationen zum Ort und Methode durchführt. Im Gespräch mit dem Landeskriminalpolizei Erfurt wurde dieses Problem für eine Identifikation der Hotspots angesprochen und eine Änderung der entsprechenden Datenbank versprochen. Ein wichtiger Erfolg im Projekt war trotz dieser Tatsache, dass wir die Aussichtsplattform vom JenTower (identifiziert als Suizid-Hot Spot) mit entsprechenden baulichen Maßnahmen sichern konnten und damit die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid fast auf null reduziert haben.

Ein weiterer wichtiger Erfolg des Projekts war die Entwicklung und die Machbarkeitsprüfung sowohl des Healthy-Lifestyle-Programms als auch des psychotherapeutischen Programms RISE. Beide Programme wurde von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch gut bewertet und hatten

einen positiven Effekt auf die Reduktion der Suizidgedanken bzw. auf den Umgang damit. Insbesondere das RISE-Programm stellt einen wichtigen Baustein in Bezug auf eine spezifische und optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch dar. Außerdem haben wir eine App zur Suizidprävention entwickelt, von der wir uns insbesondere in der aktuellen pandemischen Situation einen suizidpräventiven Effekt versprechen.

Ein weiterer wichtiger Fokus des beantragten Projekts war es die geschlechtsspezifischen Aspekte des suizidalen Verhaltens insbesondere in Bezug auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche und queere Menschen im Rahmen der suizidpräventiven Maßnahmen zu berücksichtigen. In enger Zusammenarbeit mit dem Verein „Vielfalt Leben – QueerWeg Verein für Thüringen e. V.“ sowie Trans*- Selbsthilfegruppe Jena haben wir im Rahmen des NeST-Projektes Vorträge zum Thema „Suizidalität im Komplex Schwule-Lesben-Bisexuelle-Transgender-Intersexuelle“ und diverse Informationsveranstaltungen durchgeführt, sowie Informationsmaterialien erarbeitet. Zusätzlich haben wir im Rahmen des NeST-Projekts, erfolgreich eine LSBTIQ*-spezifische zentrale Anlaufstelle geschaffen, die durch einen in der queeren Sozialen Arbeit geschulten Sozialarbeiter, Herrn Dipl.-Sozpäd. Marco Lohwasser besetzt wurde. Was wir jedoch am Ende des Projekts feststellen musste, dass trotz angemessener Werbung, Netzwerkwerkarbeit und Öffentlichkeitsarbeit die Inanspruchnahme der Beratungsstelle relativ gering war. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass ein extern der „Community“ aufgezogenes Angebot ohne Peer-Arbeit es vermutlich schwerer hatte, da solche Angebote vermutlich als wenig authentisch eingeschätzt werden, weil die Stellen gern durch Trans*- und Inter*-Personen besetzt werden. Ein weiterer Grund könnte sein, dass durch das parallel geschaffene Beratungsangebot der LSBTIQ*-Koordinierungsstelle in Thüringen vermutlich die meisten Anfragen bereits zufriedenstellend bearbeitet werden konnten, im Sinne eines niederschweligen Angebots. Wir konnten ebenfalls die Bedarfe einer besonderer Beachtung der Suizidalität bei Methamphetamin-abhängigen Patientinnen und Patienten deutlich zeigen. In Bezug auf die Evaluation des NeST-Projekt griffen wir auf zwei abhängige Variablen zurück, d.h. auf die

Anzahl der dokumentierten Suizide über das Thüringer Landesamt für Statistik sowie auf die Anzahl der Suizidversuche, erfasst über die im Projekt erstellte Online-Datenbank. Auch wenn wir insgesamt in Thüringen eine kontinuierliche Reduktion der Anzahl der Suizide seit 2017 bis 2019 beobachten, konnten wir aufgrund der Covid-19 Pandemie bzw. der damit assoziierten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie keine Aussagen über die Effekte der suizidpräventiven Maßnahmen im Jahr 2020 treffen. Insgesamt ist entgegen dem Trend der letzten Jahre im Jahr 2020 ein Anstieg der Suizide zu verzeichnen gewesen. In Bezug auf die Suizidversuche konnten wir über die Projektdauer bis 2021 im Unterschied zu Suiziden weder einen Anstieg noch einen Abfall der Suizidversuche beobachten. Die Interpretation dieses Ergebnisses in Bezug auf die Effekte des NeST-Projekts ist jedoch schwierig angesichts der drastischen Covid-19-Maßnahmen, welche zu deutlichen Veränderungen im gesellschaftlichen, familiären sowie im Arbeitsleben geführt. Verglichen mit den gestiegenen Zahlen für Suizide in Thüringen bzw. mit aktuellen Publikationen aus anderen Ländern, können wir aus dem Ergebnis der gleichbleibenden Anzahl der Suizidversuche einen gewissen suizidpräventiven Effekt im Pandemie-Jahr ableiten.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Ein wichtiger Fokus des beantragten Projekts war es die geschlechtsspezifischen Aspekte der Suizidalität insbesondere in Bezug auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche und queere Menschen im Rahmen der suizidpräventiven Maßnahmen zu berücksichtigen. Daher wurden im Rahmen des NeST-Projektes Vorträge und Informationsveranstaltungen zum Thema „Suizidalität im Komplex Schwule-Lesben-Bisexuelle-Transgender-Intersexuelle“ durchgeführt, sowie spezifische Informationsmaterialien erarbeitet. Zusätzlich wurde im Rahmen des NeST-Projekts, eine LSBTIQ*-spezifische zentrale Beratungsstelle geschaffen, in der LSBTIQ*-spezifische Probleme besprochen werden konnten. Bei der Einstellung von vier Projektmitarbeitenden wurde auf die Ausgeglichenheit der Frauen/Männerquote geachtet. Bei der Erstellung der Berichte wurde auf eine Geschlechterneutrale Sprache geachtet.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Materialien und Info-Broschüren, welche im NeSt-Projekt erstellt wurden, befinden sich als PDF-Dokumente auf der NeST-Homepage zum Download unter <https://www.nest-thueringen.de/downloads/>.

Eine Auswahl der Veranstaltungen ist öffentlich zugänglich unter <https://www.nest-thueringen.de/veranstaltungen/archiv/> zu finden.

Das Manual zum RISE-Programm befindet sich aktuell kurz vor Abschluss. Die LifeStep-App steht kostenlos in den entsprechenden Stores zur Verfügung.

11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Erfahrungen im NeST-Projekt haben gezeigt, dass die Suizidprävention ein sehr wichtiges gesellschafts- und gesundheitspolitisches Thema darstellt und dass viele Bedarfe existieren, um sowohl die universellen Präventionsstrategien zur Verhinderung von Suizidversuchen und Suiziden weiter voranzutreiben, z.B. Schulungen von Gatekeepern als auch die indizierten Präventionsstrategien, d.h. spezifische Therapieangebote für Personen nach einem Suizidversuch systematisch aufzubauen und im stationären wie ambulanten Setting zu etablieren.

Wir schlagen daher vor, die im Projekt bereits entwickelte und vorliegende Schulungskonzepte an die entsprechenden Professionen anzupassen sowie in Thüringen als auch über Thüringen hinaus zu verbreiten und wissenschaftlich zu evaluieren. Die Schulung im professionellen Umgang mit suizidalen und lebensmüden Personen sollte sowohl in der Ausbildung der betreffenden Berufe (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter u.a.) als auch in den anschließenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verpflichtend gemacht und an die qualitätssichernden gesetzlichen Vorgaben geknüpft werden. Die entsprechenden Entgelte der Kostenträger müssen an diese Schulungsverpflichtungen angepasst werden.

Es liegt außerdem eine signifikante Evidenz dafür vor, dass Personen nach einem Suizidversuch erfolgreich durch eine Suizid-spezifische Psychotherapie behandelt werden können, welche das Risiko für zukünftige Suizidversuche

bzw. Suizide signifikant reduziert. Eine spezifische Behandlung der Patient*innen nach einem Suizidversuch ist im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung unterrepräsentiert bzw. nicht vorhanden. Deshalb sollen schnell Bedingungen geschaffen werden, damit bereits im stationären psychiatrischen als auch im ambulanten Bereich Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten solche Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für zukünftiges suizidales Verhalten adäquat behandeln können. Dafür müssen **in den Gebührenordnungen entsprechende Ziffern geschaffen** werden, die die unverzügliche und auch aufwändigere Behandlung bei Suizidalität ausgleichen. Angesichts der Relevanz dieses Themas sollte die Suizidprävention in Deutschland eine angemessene und auch den Vergleich mit anderen Ländern (Vergleich mit dem „Zero Suicide“-Programm in den USA und Australien) nicht scheuende finanzielle Förderung erfahren. Dafür sollten die organisatorischen, personellen, funktionellen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen und langfristig erhalten werden.

Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?

Mit der Gründung des Vereins „NeST“ am 10.11.2020 sollen die Netzwerkaktivitäten auch nach Ablauf der Projektförderung im Jahr 2021 aufrechterhalten werden.

Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?

Ausgehend von positiven Machbarkeitsergebnissen (s.o.), möchten wir die Wirksamkeit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen RISE-Programms in einer randomisierten kontrollierten Studie auf die Reduktion von Suizidgedanken sowie auf die Reduktion des suizidalen Verhaltens in einem 1-Jahres Follow-up Zeitraum prüfen. Außerdem möchten wir die digitalen Möglichkeiten einer Suizidprävention durch den Einsatz von Apps weiter ausbauen. Für die beiden Projekte suchen wir aktuell eine Finanzierungsmöglichkeit.

12. Publikationsverzeichnis

i. Verzeichnis der im Projekt entstandenen Publikationen, Diplom- und Doktorarbeiten

1. Dr. Ulrich Kastner, Nichtsuizidale Selbstverletzungen und Suizidalität. *Ärzteblatt Thüringen*, Jahrgang: 2020, Heft: 11 (November).
2. Dr. Thomas, Sobanski: Antidepressiva und Suizidalität. *Ärzteblatt Thüringen*, Jahrgang: 2020, Heft: 11 (November).
3. Dr. Udo Polzer: Ursachen der Suizidalität, Risikoeinschätzung, Suizidprävention - eine Herausforderung. *Ärzteblatt Thüringen*, Jahrgang: 2020, Heft: 11 (November).
4. Prof. Karl-Jürgen Bär, Suizidalität. *Ärzteblatt Thüringen*, Jahrgang: 2020, Heft: 11 (November).
5. PD Dr. Gerd Wagner: Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten nach einem Suizidversuch. *Ärzteblatt Thüringen*, Jahrgang: 2020, Heft: 11 (November).
6. Lübbert, M., Bahlmann, L., Jوسفeld, S., Bürger, J., Schulz, A., Bär, K.-J., Polzer, U., Walter, M., Kastner, U.W., Sobanski, T., Wagner, G., 2021. Identifying distinguishable clinical profiles between single suicide attempters and re-attempters. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2021.754402.
8. Sobanski, T., Jوسفeld, S., Peikert, G., Wagner, G., 2021. Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychological Medicine*, 1-16. doi:10.1017/S0033291721003081.
9. Wagner, G., Kastner, U.W., Peikert, G., Sobanski, T., 2021. Psychotherapeutische Interventionen nach einem Suizidversuch. *NeuroTransmitter* 32. doi.org/10.1007/s15016-021-9226-2.
10. Masterarbeit an der Fakultät für Fakultät für Sozial - und Verhaltenswissenschaften, der Friedrich-Schiller-Universität Jena von Sebastian Gosmann: **"Das 'Healthy-Lifestyle-Programm Jena': Entwicklung eines Programms zur Reduktion des Risikos suizidalen Verhaltens - Eine Machbarkeitsstudie"**. 1. Betreuer: PD Dr. Gerd Wagner;

2. Betreuer: Dr. Kathi Albrecht, FSU Jena, Bewertung abgeschlossen am 29.05.2020.

ii. Zitierte Publikationen im Abschlussbericht

1. APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry, 30*(6), 807-815. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.005
3. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*, 525. doi:10.1186/s12889-015-1867-2
4. Braunwarth, W., Christ, M., Dirks, H., Dyba, J., Härtel-Petri, R., Harfst, T., . . . Krampe-Scheidler, A. (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin- bezogene Störungen.
5. Christian, D. R., Huber, A., Brecht, M. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Lord, R. H., . . . Galloway, G. P. (2007). Methamphetamine users entering treatment: characteristics of the methamphetamine treatment project sample. *Subst Use Misuse, 42*(14), 2207-2222. doi:10.1080/10826080701209341
6. Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 74*(7), 694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
7. Clements-Nolle, K., Lensch, T., Baxa, A., Gay, C., Larson, S., & Yang, W. (2018). Sexual Identity, Adverse Childhood Experiences, and Suicidal Behaviors. *J Adolesc Health, 62*(2), 198-204. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.09.022
8. Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex, 51*(3), 53-69. doi:10.1300/J082v51n03_04

9. Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A. J., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. F. M. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190. doi:10.1016/j.jad.2012.06.025
10. Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*, 28(1), 44-57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753
11. Focks, P., & Nachtigall, A. (2017). *Ich fühlte mich verstanden und das ist alles, was zählt.* "Wissenschaftliche Begleitforschung zum Pilotprojekt „Inter* und Trans* Beratung QUEER LEBEN, die professionalisierte, community-basierte Beratungsstelle für Inter* und Trans* (Vol. <https://schwulenberatungberlin.de/angebote/queer-leben/>): Schwulenberatung Berlin.
12. Ghattas, D. C. (2013). *Menschenrechte zwischen den Geschlechtern. Vorstudie zur Lebenssituation von Inter*Personen.* : Heinrich-Böll-Stiftung.
13. Ghattas, D. C. (2016). *Menschenrechte und intergeschlechtliche Menschen. Themenpapier.* . Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.
14. Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2019). Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Cohort Study of Nearly 2.9 Million Discharges. *J Clin Psychiatry*, 80(2). doi:10.4088/JCP.18m12172
15. Health, C. o. P. a. P. o. A. a. A. S. B. o. N. a. B. (2002). *Programs for Suicide Prevention.* Washington, D.C.: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.
16. Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28-39. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.006
17. Mann, J. J., & Rizk, M. M. (2020). A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 177(10), 902-916. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20081224
18. Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions

- to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 544-554. doi:10.1016/S2215-0366(16)00064-X
19. Pierce, D. W. (1981). The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139(5), 391-396. doi:10.1192/bjp.139.5.391
 20. Pirkis, J., Spittal, M. J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, Y. T., & Studdert, D. (2013). The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 42(2), 541-548. doi:10.1093/ije/dyt021
 21. Sobanski, T., Josfeld, S., Peikert, G., & Wagner, G. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychol Med*, 1-16. doi:10.1017/S0033291721003081
 22. Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., . . . Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
 23. van Heeringen, K. (2012). Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL).
 24. Wagner, G., Kastner, U. W., Peikert, G., & Sobanski, T. (2021). Psychotherapeutische Interventionen bei psychiatrischen Patienten nach einem Suizidversuch. *Neurotransmitter*, 32(9).
 25. Wallinga, J., & Lipsitch, M. (2007). How generation intervals shape the relationship between growth rates and reproductive numbers. *Proceedings of the Royal Society B-Biological Sciences*, 274(1609), 599-604. doi:10.1098/rspb.2006.3754
 26. WHO. (2018). *Mental health atlas 2017*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>.
 27. WHO. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates.
 28. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X