

K.-M. Flechtner¹ · T. Wolf¹ · S. Priebe² · ¹Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Abteilung für Sozialpsychiatrie. ²Psychiatrische Klinik der Universität, Bonn

Suizidraten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem

Zusammenfassung

Ein wichtiges Ziel psychiatrischer Behandlung stellt die Verminderung der deutlich erhöhten Suizidraten psychiatrischer Patienten dar. Seit einiger Zeit wird diskutiert, ob die zunehmende Verlagerung der Behandlung langfristig psychisch Kranker aus den Kliniken heraus in gemeindepsychiatrische Versorgungseinrichtungen mit erhöhten Suizidraten einhergehe. In dem hier vorgestellten gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem fand sich in dem Zeitraum 1973–1993 eine um das 40fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte alters- und geschlechtsbereinigte Suizidrate. Innerhalb der ersten 4 Behandlungsjahre waren die Suizidraten durchgängig signifikant erhöht. Alle Suizidanten hatten die Diagnose einer chronischen Schizophrenie oder schizoaffektiven Psychose. In der nicht-schizophrenen Diagnosegruppe ereignete sich kein Suizid während der Behandlung. Unsere Untersuchung zeigt, daß schizophrene Patienten in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ein bedeutsam erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, während die Suizidraten anderer Patienten möglicherweise erniedrigt sein könnten.

Schlüsselwörter

Suizid · Suizidraten · Gemeindepsychiatrie · Schizophrenie

Deutlich erhöhte Suizidraten psychiatrischer Patienten sind seit langer Zeit bekannt. So wird geschätzt, daß ca. 15% der Patienten mit affektiven Erkrankungen [9] und ca. 5–10% schizophrener Patienten [15, 23] an einem Suizid versterben. Diese Zahlen verdeutlichen, daß eines der wichtigsten Ziel psychiatrischer Behandlung die Verminderung von Suizidzahlen darstellt. Wie gut aber erreicht eine psychiatrische Behandlung dieses Ziel? Welche Behandlungsmaßnahmen gehen mit erhöhten oder erniedrigten Suizidzahlen einher?

Die institutionelle Versorgung psychiatrische Patienten hat, ausgehend von den angloamerikanischen Ländern, in den letzten 40 Jahren erhebliche Veränderungen erfahren [2]. So wird die Behandlung zunehmend aus den Krankenhäusern in den ambulanten, teilstationären und komplementären Bereich verlagert. Dieser Prozeß der Enthospitalisierung oder Deinstitutionalisierung führte in vielen Ländern zu einem Abbau von Klinikbetten und zu einem Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungseinrichtungen. Erhofft wird dadurch eine Senkung der finanziellen Kosten und eine langfristig bessere Behandlung mit weniger Klinikaufnahmen und höherer Lebensqualität der Patienten. Mehrere Studien konnten diese günstigen Effekte nachweisen [25]. Allerdings sind die Folgen der Enthospitalisierung in verschiedenen Ländern unterschiedlich, und auch negative Auswirkungen, wie z.B. das Auftreten der sogenannten „new chronic patients“, sind beschrieben worden [4, 11].

Seit einigen Jahren gibt es in der Literatur eine Diskussion, ob die Öffnung und Reduzierung der Krankenhäuser und die Verlagerung von Behandlung in den ambulanten Bereich mit einer Erhöhung von Suizidraten und allgemeiner Mortalität einhergehe [5, 6, 10, 17]. In den angloamerikanischen Ländern, besonders in England, hat die Beobachtung von fraglich erhöhten Suizidzahlen während der Ersetzung von Klinikbetten durch gemeindepsychiatrische teilstationäre, komplementäre oder ambulante Behandlungseinrichtungen z.T. öffentliches Interesse erweckt und wurde als Argument in der politischen Diskussion über das Gesundheitswesen benutzt [16]. Allerdings verwenden nur wenige empirische Studien Suizidraten als Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlung, und nur sehr wenig ist empirisch belegt zu der Frage einer möglichen Erhöhung von Suizidraten als Folge der Enthospitalisierung [7, 10, 27]. Eine Beantwortung dieser Frage ist aus methodischen Gründen sehr schwer, da hierfür die Untersuchung zweier Gruppen in unterschiedlichen Behandlungsräumen notwendig wäre, aber die Vergleichbarkeit dieser Gruppen nur sehr schwer zu gewährleisten ist [7]. In der vorliegenden Studie berichten wir in einem deskriptiven Ansatz über die Suizidraten von Patienten

Dr. K.-M. Flechtner

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Abteilung für Sozialpsychiatrie, Platanenallee 19, D-14050 Berlin

K.-M. Flechtner · T. Wolf · S. Priebe

Suicide rates in a general psychiatric care system

Summary

Reduction of the elevated suicide rates in psychiatric patients remains an important aim of psychiatric treatment. There has been an ongoing discussion on the question of whether the increased tendency to transfer long-term psychiatric patients from in-patient care to community psychiatric care might go along with increased suicide rates. In our community care system we found an age- and sex-adjusted suicide rate 40 times as high as in the general population in the period between 1973 and 1993. Within the first 4 years suicide rates were significantly elevated. All suicides had the diagnosis of chronic schizophrenia or schizoaffective psychosis. In the non-schizophrenic group no suicide occurred during treatment. Our study shows that in community psychiatric care suicide rates in schizophrenic patients are significantly increased whereas suicide rates in non-schizophrenic patients may be decreased.

Key words

Suicide · Suicide rates · Community care · Schizophrenia

Originalien

eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. Unsere Studie kann daher nur als Ausgangspunkt im Hinblick auf die Frage eines möglichen Zusammenhangs zwischen Enthospitalisierung und erhöhter Suizidrate gelten, ohne sie abschließend beantworten zu können. Im Gegensatz zu Suizidraten von Patienten in stationärer Behandlung ist allerdings nur wenig über Suizidraten von Patienten in gemeindepsychiatrischer Versorgung bekannt.

Beschreibung der Versorgungseinrichtung

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin besteht seit 1973. Sie ist angesiedelt in Charlottenburg, einem gutbürgerlichen Stadtteil im Westen Berlins, und unterhält eine Tagesklinik, eine arbeitstherapeutische Werkstatt und eine Ambulanz. Bis vor kurzem bestand zusätzlich eine Nachtambulanz. Angeboten werden zudem ambulante Gruppen und ein Patientenclub. Angegliedert ist ein psychosozialer Verein, der betreute Wohngemeinschaften, betreutes Einzelwohnen, eine Tagesstätte, einen Treffpunkt und einen psychiatrischen Notdienst betreibt. Das therapeutische Angebot ist konzipiert als ein eng miteinander verbundenes System verschiedener Behandlungseinrichtungen für langfristig psychisch kranke Patienten [20, 26]. Jeder Patient wird grundsätzlich von einem Arzt und einem Sozialarbeiter betreut, unabhängig, ob der Patient in der Tagesklinik, Nachtambulanz oder arbeitstherapeutischen Werkstatt behandelt wird. So soll eine Kontinuität in der Behandlung gewährleistet werden. Patienten sollen möglichst umfassend sozialfürsorgerecht und medizinisch betreut werden.

Die meisten Patienten werden von Kliniken nach einem längeren stationären Aufenthalt in die gemeindepsychiatrische Versorgungseinrichtung verlegt. In diese Kliniken erfolgen umgekehrt auch Verlegungen von akut kranken Patienten, die stationärer Behandlung bedürfen. Seltener werden Patienten von niedergelassenen Nervenärzten eingewiesen.

Methodik und Ergebnisse

Ausgewertet wurden Patientendaten von allen 1003 Patienten (520 Männer,

483 Frauen), die vom 1.6.1973 bis zum 1.6.1993, also über einen Zeitraum von 20 Jahren, aufgenommen worden waren. Die häufigsten Diagnosen sind mit ca. 54% schizophrene Psychosen (inkl. schizoaffective Psychosen), gefolgt von Neurosen mit ca. 12%, manisch-depressiven Erkrankungen mit ca. 8% und paranoiden Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit jeweils ca. 3–4%. Die übrigen Diagnosen sind seltener und liegen jeweils deutlich unter 3%. Das mittlere Alter bei Aufnahme betrug 33 Jahre (± 10 SD).

Die durchschnittliche Behandlungszeit lag unter 2 Jahren, wobei ca. 53% unter einem Jahr in dem Versorgungssystem behandelt wurden. Die längste Behandlungszeit betrug 19 Jahre.

In dem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem sind in dem genannten Zeitraum 42 Patienten verstorben. Davon suizidierten sich 9 Patienten (1 Frau, 8 Männer) während eines zwischenzeitlichen Klinikaufenthaltes, befanden sich also zum Suizidzeitpunkt nicht in Behandlung der Versorgungseinrichtung. 3 Patienten (2 Frauen, 1 Mann) verstarben an den Folgen körperlicher Erkrankungen (Tumorerkrankungen, Herzinfarkt und rezidivierende Thromboembolien, Aneurysma). Bei 4 Patienten ist die Todesursache der Krankengeschichte zufolge ungeklärt. Suizide sind nicht ausgeschlossen und wurden von den Behandlern bei 2 Patienten vermutet. In der vorliegenden Untersuchung wurden sie gleichwohl nicht zu den Suiziden gezählt. 26 Patienten (10 Frauen, 16 Männer) verstarben während der Behandlung an einem Suizid. Dies heißt, daß ca. 3% aller männlichen Patienten und ca. 2% aller weiblichen Patienten sich suizidierten. 23 Suizidanten hatten die Diagnose einer schizophrenen Psychose, wobei jeweils die Differentialdiagnose einer Schizophrenie gestellt wurde. In der nichtschizophrenen Diagnosegruppe ereignete sich kein Suizid.

Um ein Maß für die Höhe der gefundenen Suizidrate zu bekommen, wurde ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung vorgenommen. Anhand von Sterbetafeln der Allgemeinbevölkerung läßt sich für jede Person eines bestimmten Alters und Geschlechts die Wahrscheinlichkeit, an einem Suizid zu versterben, berechnen. Für eine fiktive

Gruppe aus der Allgemeinbevölkerung mit der exakt gleichen Alters- und Geschlechtsverteilung wie der Patientengruppe wurde ein Erwartungswert für die Suizidwahrscheinlichkeit berechnet, indem die einzelnen Wahrscheinlichkeiten jeder Person addiert wurden. Da Suizidraten nicht konstant über längere Zeiträume sind, sich also das Suizidrisiko über die Zeit ändern kann, wurden Suizidwahrscheinlichkeiten für jedes Jahr des Beobachtungszeitraums errechnet. Für die Berechnung des Erwartungswertes wurden die Charlotterburger Suizidwahrscheinlichkeiten herangezogen. Das Verhältnis der beobachteten Suizidrate in der Patientengruppe zu dem errechneten Erwartungswert entspricht der Standardized Mortality Ratio (SMR) und gibt an, um wieviel der gefundene Wert größer oder kleiner als der erwartete Wert ist. Ein SMR von 1 zeigt an, daß beide Werte gleich sind. Ein Wert über 1 gibt an, daß der beobachtete den erwarteten Wert übersteigt. Das Risiko an einem Suizid zu versterben ist dann also höher als in der Allgemeinbevölkerung. Der Unterschied zwischen dem beobachteten und erwarteten Wert wurde mittels eines χ^2 -Testes auf statistische Signifikanz getestet. Tabelle 1 und 2 zeigen das Ergebnis dieser Berechnungen für die Suizid- und Gesamtsterblichkeit. Im Vergleich zu dem Erwartungswert findet sich für die Gesamtgruppe der Patienten eine vierzigfach erhöhte Suizidsterblichkeit. Für die Gruppe der schizophrenen Patienten errechnet sich ein SMR von 65. Diese Zahlen gelten jeweils für den gesamten Beobachtungszeitraum. Dahingegen zeigen die Tabellen 3 und 4 die SMR pro Jahr in den ersten sieben Behandlungsjahren.

Diskussion

Seit langem ist bekannt, daß psychiatrische Patientengruppen eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen [13, 14, 21]. Bedingt durch vielfältige Veränderungen der psychiatrischen Versorgung seit Beginn des Jahrhunderts sind infektiöse Erkrankungen, insbesondere die Tuberkulose, als hauptsächliche Todesursachen von dem Suizid abgelöst worden. Die Höhe der in der Literatur angegebenen Suizidraten variiert sehr, je nachdem welche Diagnosen und Patientenpopulationen in welchen Be-

Tabelle 1

Beobachtete und erwartete Todes- und Suizidzahlen in der Gesamtgruppe der Patienten (n=1003) für den Zeitraum 1973–1993. SMR „standardized mortality ratio“

	Beobachtet	Erwartet	SMR	χ^2	p	Konfidenzintervall (95%)
Tote (gesamt)	42	7,2	5,8	57,5	<0,001	3,7–8,6
Suizide	26	0,65	40,0	73,7	<0,001	25,9–59,1

Tabelle 2

Beobachtete und erwartete Todes- und Suizidzahlen in der Gruppe der schizophrenen Patienten (n=545) für den Zeitraum 1973–1993. SMR „standardized mortality ratio“

	Beobachtet	Erwartet	SMR	χ^2	p	Konfidenzintervall (95%)
Tote (gesamt)	35	3,8	9,1	62,6	<0,001	5,9–13,5
Suizide	26	0,40	65	79,8	<0,001	42,1–95,9

Tabelle 3

Suizidsterblichkeit der Gesamtgruppe pro Jahr der ersten 7 Behandlungsjahre

Behandlungszeit (Monate)	Patientenzahl pro Gruppe	Beobachtete Suizide	Erwartete Suizide	SMR	χ^2	Signifikanz
1–12	1003	14	0,29	48,3	41,0	p<0,01
13–24	473	3	0,14	21,4	7,4	p<0,01
25–36	322	3	0,10	30,0	8,0	p<0,01
37–48	229	5	0,06	83,3	15,9	p<0,01
49–60	161	0	0,05	–	–	–
61–72	122	1	0,04	25,0	2,6	n.s
73–84	103	0	0,03	–	–	–

Tabelle 4

Suizidsterblichkeit der schizophrenen Patientengruppe pro Jahr der ersten 7 Behandlungsjahre

Behandlungszeit (Monate)	Patientenzahl pro Gruppe	Beobachtete Suizide	Erwartete Suizide	SMR	χ^2	Signifikanz
1–12	545	14	0,16	87,5	44,7	p<0,01
13–24	281	3	0,09	33,3	8,2	p<0,01
25–36	199	3	0,06	50,0	8,0	p<0,01
37–48	148	5	0,04	125,0	16,6	p<0,01
49–60	107	0	0,03	–	–	–
61–72	79	1	0,02	50,0	2,9	p=0,10
73–84	65	0	0,02	–	–	–

handlungseinrichtungen und welche Beobachtungszeiträume untersucht wurden und welche Methodik verwendet wurde. So verzeichnen z.B. Saugstad u. Ødegård (1979) einen Anstieg der Rate der unnatürlichen Todesfälle (hauptsächlich Suizide) in norwegischen Kliniken von 3,3 auf 9,3 (Erhöhung im Verhältnis zur Rate der Allgemeinbevölkerung) bei weiblichen psychotischen Patienten im Zeitraum von 1950 bis 1974. Koranyi (1977) findet bei ambulanten Patienten ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung dreißigfach erhöhtes Suizidrisiko. Goldacre (1993) berichtet über Suizidrisiken, die einen Monat nach Klinikentlassung bis zum 25fachen der Allgemeinbevölkerung reichen und im ersten Jahr danach auf das 14- bis 50fache absinken, je nach Altersgruppe.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Suizidrate gefunden, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung um über das 40fache erhöht ist. Obwohl die in der Literatur berichteten Suizidraten aus methodischen Gründen nur schwer direkt verglichen werden können, ist dies eine Größenordnung, wie sie für langfristig ambulant behandelte Patienten angegeben wird [8, 12]. Allerdings beinhaltet die Behandlung in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem, wie oben dargestellt, eine intensivere und umfassendere Betreuung als in den zitierten Studien beschrieben. Auf Grund einer wahrscheinlich höheren Kontaktdichte und damit der Möglichkeit, frühzeitig zu intervenieren, wäre eine niedrigere Suizidrate als bei einer reinen ambulanten nervenärztlichen Behandlung zu erwarten. Diesem Effekt wirken möglicherweise Faktoren der Patientenselektion entgegen. In gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, wie der hier vorgestellten, werden vornehmlich Patienten mit häufigen Krankheitsrezidiven und bleibenden Funktionsdefiziten aufgenommen. Es ist wahrscheinlich, daß Patienten mit einem chronifizierenden Krankheitsverlauf, der in der Regel auch mit Einschränkung und Verlust der Arbeitsfähigkeit und damit einem sozialen Abstieg einhergeht, ein höheres Suizidrisiko aufweisen als Patienten mit einem günstigeren Verlauf. Somit bringen die in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem aufgenommenen Patienten wahrscheinlich insgesamt ein hö-

heres Suizidrisiko mit als Patienten, für die eine ambulant nervenärztliche Behandlung als ausreichend angesehen wird.

Auffällig ist, daß sich die Suizide nicht über die verschiedenen Diagnosen verteilen. Bis auf 3 Patienten mit der Diagnose schizoaffektive Psychose und der differentialdiagnostischen Überlegung einer Schizophrenie, suizidierten sich ausschließlich Patienten mit der Diagnose einer chronischen schizophrenen Erkrankung. Da nur etwas über die Hälfte der untersuchten Patienten diese Diagnose aufweist, ist sie klar überrepräsentiert. Dies zeigt sich auch in dem deutlich erhöhten Suizidrisiko im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung, s. Tabelle 2. In der Literatur finden sich für gewöhnlich niedrigere Suizidraten für schizophrene Patienten [1, 3, 8, 18]. Die angegebenen Zahlen sind allerdings nur schwer vergleichbar, da unterschiedliche statistische Methoden verwendet werden, die Patientenpopulationen wenig vergleichbar sind, Behandlungseinrichtungen unterschiedlich sind und auf mögliche Effekte der jeweiligen Institution oder Behandlung häufig nicht eingegangen wird.

Trotz dieser Einschränkungen läßt sich festhalten, daß die Größenordnung unserer Suizidrate schizophrener Patienten über den in der Literatur mitgeteilten liegt. Dies mag zum einen an der Vorauswahl von Patienten mit ungünstigen Krankheitsverläufen liegen. Zum anderen könnten hier auch institutionelle Effekte zum Tragen kommen. Fast alle Patienten kommen nach einem mehr oder weniger langen Klinikaufenthalt in die Versorgungseinrichtung. Durch die teilstationäre und dann ambulante Behandlung erfolgt eine Rücknahme der institutionellen Betreuung und damit von Kontrollmöglichkeiten. Damit einher gehen vermehrte Anforderungen. Die Patienten übernachten in der eigenen Wohnung, müssen nun viele Dinge des alltäglichen Lebens selbständiger erledigen und werden stärker mit der eigenen Lebensperspektive konfrontiert. Eine möglichst große Eigenständigkeit im Wohnungs- und Arbeitsbereich wird angestrebt. So positiv diese mit vielen Hilfsmöglichkeiten versehenen Aktivierungsversuche für viele Patienten sind, könnten sich einige Patienten doch einem „Rehabilitationsdruck“

ausgesetzt sehen, dem sie sich nicht gewachsen fühlen. Dies könnte besonders dann der Fall sein, wenn die Umgebung und der Patient selbst eine falsche Einschätzung der Belastungsfähigkeit haben und zu hohe Ansprüche resultieren. Die Enttäuschung und Kränkung, versagt zu haben und den Ansprüchen nicht gerecht werden zu können, geht dann einher mit der Erkenntnis, eine chronische und bleibend behindernde Erkrankung zu haben. Diese Dynamik dürfte insbesondere bei chronisch schizophren Erkrankten eine Rolle spielen.

Um aber erklären zu können, warum sich nur schizophrene Patienten suizidierten, müssen noch andere Faktoren herangezogen werden. Gemeinhin wird für Patienten mit affektiven Erkrankungen das höchste Suizidrisiko in psychiatrischen Populationen angegeben. Die Anzahl affektiv Erkrankter in unserer Untersuchung beträgt allerdings nur ca. ein Zehntel der schizophrenen Patienten. Selbst bei einem hohen Suizidrisiko sinkt aber die Wahrscheinlichkeit einen Suizid zu erfassen mit abnehmender Patientenzahl und Beobachtungszeit. Die Nichtbeobachtung eines Suizides bei den Patienten mit affektiven Erkrankungen könnte also eine Folge der „kleinen Zahlen“ sein. Weiterhin ist es denkbar, daß bei chronisch schizophrenen Patienten Suizide schlechter vorhersehbar und damit zu verhindern sind als bei nicht psychotischen Patienten. Immer wieder sind raptusartige, häufig psychotisch bedingte Suizidhandlungen beschrieben worden [24], die selbst kurz vor dem Ereignis kaum absehbar waren. Vermutlich kommt es bei nichtschizophrenen Patienten auch leichter zu einer tragfähigen persönlichen Bindung zum Therapeuten als bei schizophrenen Patienten, die ja meist auch Störungen der Kontaktaufnahme aufweisen [19]. Die Art der therapeutischen Beziehung spielt aber sicher eine Rolle in der Frage der Verhinderbarkeit von Suiziden. Es ist daher auch denkbar, daß die Arbeitsweise der Einrichtung, die als Kern ein langfristiges therapeutisches Beziehungsangebot enthält, möglicherweise zu einer Verminderung der Suizidraten in der nichtschizophrenen Patientengruppe geführt hat. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, daß die berichteten Zahlen zwar die Erhö-

hung der Suizidraten bei schizophrenen Patienten belegen, daß sie aber für die Minderung der Suizidhäufigkeit bei nichtschizophrenen Patienten lediglich einen Anhalt aber keinen sicheren Nachweis darstellen.

Im Zeitverlauf zeigt sich, daß in den ersten 4 Behandlungsjahren die Suizidraten durchweg deutlich erhöht sind. Nach dem 4. Behandlungsjahr hat sich nur noch ein Suizid ereignet. Daraus kann allerdings nicht einfach geschlossen werden, daß nach dem 4. Behandlungsjahr kein erhöhtes Suizidrisiko mehr bestünde, denn die Patientenzahlen pro Behandlungsjahr sinken mit zunehmender Behandlungsdauer stark ab, so daß die Wahrscheinlichkeit, einen Suizid zu beobachten, immer geringer wird. Da zudem die SMR in den ersten 4 Jahren keine eindeutige Tendenz zeigen, läßt sich vermuten, daß bei genügend großen Patientenzahlen auch in den darauffolgenden Jahren eine weiterhin erhöhte Suizidwahrscheinlichkeit festgestellt werden könnte. Ob allerdings im weiteren Verlauf über viele Jahre nicht doch ein eindeutiger Trend der SMR vorhanden ist, läßt sich aufgrund der vorhandenen Daten nicht sagen.

Unsere Untersuchung zeigt, daß schizophrene Patienten in einem gemeindenahen psychiatrischen Versorgungssystem ein bedeutsam erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Dies ist insbesondere deshalb bemerkenswert, da die Patienten eine umfassende Betreuung erhalten und auch die Versorgungseinrichtung konzeptionell auf vornehmlich diese Patienten ausgerichtet ist. Dahingegen kann spekuliert werden, ob nichtschizophrene Patientengruppen

verminderte Suizidraten aufweisen. Allerdings schränkt das Fehlen eines direkten Vergleichs mit einer Population in einem anderen Behandlungssetting die Interpretationsmöglichkeit der gefundenen Suizidraten ein, weswegen weitere und auch insituationsvergleichende Studien nötig sind, um die Frage beantworten zu können, ob die zunehmende Enthospitalisierung und Übernahme von vormalig langfristig hospitalisierten Patienten in gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen mit einer Erhöhung von Suizidraten einhergeht oder nicht. Dazu ist auch die ständige Dokumentation von Suizidzahlen notwendig. Bei konzeptionellen Überlegungen gemeindepsychiatrischer Versorgung sollte das Suizidrisiko der betreuten Patienten mehr Beachtung und Berücksichtigung finden.

Literatur

- Allebeck P (1989) **Schizophrenia: a life-shortening disease.** Schizophr Bull 15:81–89
- Bachrach L (1986) **Deinstitutionalization: what do the numbers mean?** Hosp Community Psychiatry 37:118–119
- Black DW, Fisher R (1992) **Mortality in DSM-III R schizophrenia.** Schizophr Res 7:109–116
- Caton CLM (1981) **The new chronic patient and the system of community care.** Hosp Community Psychiatry 32:475–478
- Craig TJ, Lin SP (1981) **Death and deinstitutionalization.** Am J Psychiatry 138:224–227
- Ernst K, Moser U, Ernst C (1980) **Zunehmende Suicide psychiatrischer Klinikpatienten: Realität oder Artefakt?** Arch Psychiatr Nervenkr 228:351–363
- Flechtnr KmM, Wolf T, Priebe S (1995) **The feasibility of suicide rates as an evaluation criterion in community psychiatry: methodological problems.** J Psychiatr Res 29:481–486
- Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K (1993) **Suicide after discharge from psychiatric inpatient care.** Lancet 342:283–286
- Guze S, Robins E (1970) **Suicide and primary affective disorders.** Br J Psychiatry 117:437–438
- Haugland G, Craig TJ, Goodman AB, Siegel C (1983) **Mortality in the era of deinstitutionalization.** Am J Psychiatry 140:848–852
- Hoffmann H (1993) **Junge chronische Patienten: Wie können wir die schwierigsten unter ihnen besser behandeln?** Nervenarzt 64:62–69
- Koranyi EK (1977) **Fatalities in 2070 psychiatric outpatients.** Arch Gen Psychiatry 34:1137–1142
- Lempp (1921) **Die Lebens- und Krankheitsdauer bei Geisteskrankheiten.** Arch Psychiatr Nervenkrankh 63:272–309
- Lindelius R, Kay DWK (1973) **Some changes in the pattern of mortality in schizophrenia in Sweden.** Acta Psychiatr Scand 49:315–323
- Miles P (1977) **Conditions predisposing to suicide.** J Nerv Ment Dis 164:231–246
- Morgan HG (1992) **Suicide prevention: hazards on the fast lane to community care.** Br J Psychiatry 160:149–153
- Mortensen PB, Juel K (1993) **Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients.** Br J Psychiatry 163:183–189
- Newman SC, Bland RD (1991) **Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study.** Can J Psychiatry 36:239–245
- Priebe S, Gruyters T (1993) **The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study.** J Nerv Ment Dis 181:552–557
- Priebe S, Gruyters T (1995) **Patients' assessment of treatment predicting outcome.** Schizophr Bull 21:87–94
- Ødegård Ø (1952) **The excess mortality of the insane.** Acta Psychiatr Neurol Scand 27:353–367
- Saugstad LF, Ødegård Ø (1979) **Mortality in psychiatric hospitals in Norway 1950–1974.** Acta Psychiatr Scand 59:431–447
- Schmölzer C, Wolfersdorf M, Hole G (1991) **Zur Suizidalität schizophrener Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus.** Schweiz Arch Neurol Psychiatr 142:155–169
- Schüttler R, Huber G (1976) **Suizid und Suizidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen.** Psychiatr Clin 9:97–105
- Stein LI, Test MA (1979) **From the hospital to the community: a shift in the primary locus of care.** N Direct Ment Health Serv 1:15–32
- Steinhart I, Priebe S (1992) **Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system – a five year study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 27:270–273
- Tsuang MT, Simpson JC (1985) **Mortality studies in psychiatry. Should they stop or proceed?** Arch Gen Psychiatry 42:98–103