



Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenz-basierter Maßnahmen

Abschlussbericht

An das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Über die Projektlaufzeit von Oktober 2017 bis Dezember 2020

(Projektleitung: Prof. Dr. Andreas Reif)

Vorgelegt von

Manuela Axmann (vorm. See)

Inga Beig

Nora Hausschild

Dr. Franziska Holz

Dr. Dorothea Lemke

Dr. Christine Reif-Leonhard

Dr. Christiane Schlang

Prof. Dr. Andreas Reif

Prof. Dr. Marcel Verhoff

Frankfurt, im Juni 2021

Förderkennzeichen	ZMVI1-2517FSB136
Leitung	Prof. Dr. Andreas Reif
Projektmitarbeitende	Manuela Axmann (vorm. See), Prof. Dr. Arnd Barocka, Inga Beig, Alexandra Dippel, Prof. Dr. Christoph Fehr, Nina Flaschka, Prof. Dr. Christine Freitag, Theresa Gädeke, Rebekka Gebhardt, Christina Georgieva, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Prof. Dr. Dr. Renè Gottschalk, PD Dr. Michael Grube, Nora Hauschild, Dr. Franziska Holz, PD Dr. Mattias Kettner, Dr. Dorothea Lemke, Dr. Thomas Lempp, Dr. Juliana Petersen, Dr. Jasper Plath, Leonie Proscurcin, Dr. Christine Reif-Leonhard, Felix Reinhardt, Prof. Dr. Sibylle Roll, Dr. Christiane Schlang, Dr. Sabine Schlitt, Dr. Helga Schmidt, Christian Simminger, Dr. Michael Stäblein, Prof. Dr. Markus Steffens, Prof. Dr. Dr. Stefan Tönnies, Prof. Dr. Marcel Verhoff, Louisa Wagner, Judith Weiß, Bernd Woischnik
Laufzeit	01.10.2017 bis 31.12.2020
Fördersumme	783.200,00 €
Datum	30.06.2021
Kontaktdaten	Universitätsklinikum Frankfurt (AöR) Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt am Main Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Heinrich-Hoffmann-Str. 10 60528 Frankfurt am Main 069 6301 5222 069 6301 81697 andreas.reif@kgu.de

Vorbermerkung

Für die Einhaltung der gendergerechten Sprechweise wird der sogenannte Gender:Doppelpunkt verwendet. Dieser gilt als leser:innenfreundlicher im Vergleich zu Sternchen oder Unterstrich und ist barriereärmer in der Nutzung von Sprachausgabeprogrammen für blinde Menschen oder Menschen mit Sehbehinderung.

Inhalt

Zusammenfassung	6
1 Einleitung	7
1.1 Hintergrund.....	7
1.2 Ziele des Projektes	8
1.2.1 Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)	14
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	15
Operationalisierung	15
2.1 Räumliche Analysen	16
2.2 Befragung FRANS-Mitglieder	17
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	17
4 Ergebnisse	19
4.1 Wirksamkeitsanalyse der implementierten Suizidprävention- bzw. Suizidversuchs-Postventionsmaßnahmen 19	
4.1.1 Primäres Zielkriterium und Subgruppen-Analysen	19
4.1.2 Forensische Toxikologie	26
4.1.3 Sekundäres Zielkriterium und Subgruppen-Analysen.....	30
4.2 Räumliche Analysen	36
4.2.1 Räumliches Hintergrundrisiko.....	36
4.2.2 Tatortanalysen	39
4.3 Ergebnisse der FRANS-Netzwerk-Befragung.....	42
5 Diskussion der Ergebnisse (Gesamtbeurteilung)	45
6 Gender Mainstreaming Aspekte	48
7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	49
8 Verwertung der Projektergebnisse	51
9 Publikationsverzeichnis.....	53
10 Literaturverzeichnis.....	53
Anhang	57
Anlage 1: Tabellenverzeichnis.....	57
Anlage 2: Abbildungsverzeichnis	58
Anlage 3 Übersicht über Termine der hausärztlichen Schulungen.....	60
Anlage 4: Termine und Themen des FRANS Fortbildungscurriculum	61
Anlage 5: Übersicht über weitere Schulungen in FraPPE	63
Anlage 6: Antistigma-, Awareness-Kampagnen in FraPPE (Info-Material)	64
Anlage 7: Arbeits- und Zeitplan.....	66

Zusammenfassung

Suizide sind noch immer ein gesamtgesellschaftliches Problem. Zwar konnten in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte in der Suizidprävention gemacht werden, doch stagniert die Zahl bei ca. 10 000 Suiziden pro Jahr in Deutschland. Das vorliegende Projekt hatte sich zur Aufgabe gemacht die Zahl der Suizide in der Stadt Frankfurt innerhalb der Projektlaufzeit in der Stadt Frankfurt am Main um 30% zu senken. Auch die Zahl Suizidversuche sollte gesenkt werden. Dazu wurde ein integriertes Programm zur Suizidprävention und zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und suizidalen Krisen, zur Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten, implementiert und hinsichtlich der Effektivität evaluiert. Die Evaluation der implementierten Maßnahmen basierte auf einem Prä/Post-Design, bei dem die Prä- oder Baselinephase (ohne Maßnahmen) mit der zeitlich nachgeordneten Post-oder Interventionsphase (mit Maßnahmen) verglichen wurde. Die Senkung der absoluten Zahl der Suizide (primäres Zielkriterium) wurde über das Instrument der Leichenschauschein, dokumentiert im Gesundheitsamt, gemessen. Zusätzlich fand eine rechtsmedizinische Begutachtung der Suizide statt. Die Senkung der Suizidversuche (sekundäres Zielkriterium) wurde durch einen Fragebogen dokumentiert, wenn ein Patient nach einem SV stationär aufgenommen wurde. Zur Erfassung der bestehenden Netzwerkstrukturen im Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS) wurden Befragungen durchgeführt. Das Ziel der Senkung der Suizidmortalität um 30 % in Frankfurt konnte während der Projektlaufzeit nicht erreicht werden. Dieser Umstand kann dadurch erklärt werden, dass es eine erhebliche Untererfassung der Suizide bei den Frauen gab. So wurde in der Interventionsphase bei den Frauen ein überproportionaler Anstieg der Mortalität in der Altersgruppe über 75 Jahre beobachtet (+ 43%). Hier kann von einem Aufdecken unentdeckter Suizide (surveillance bias) durch das Monitoring der Rechtsmedizin in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt ausgegangen werden. Im Gegensatz dazu war bei den Männern in der Altersgruppe 30 bis 74 Jahre ein deutliches Absinken der Suizidmortalität (zwischen 23 und 25 %) in der Interventionsphase zu beobachten, welches für eine Wirksamkeit der implementierten Maßnahmen spricht. Die Analyse der Suizidversuche hat vor allem methodische Schwächen aufgezeigt: die Baseline Beobachtungsphase (5 Monate) war viel zu kurz um ein aussagekräftiges Bild zu erlangen Auch spricht das fast ausgeglichene Geschlechterverhältnis dafür, dass viele Suizidversuche unentdeckt geblieben sind. Die Befragung von FRANS lieferte wichtige Hinweise zum Bekanntheitsgrad: Hier müssen mehr Ressourcen in den Informationsfluss zwischen den Netzwerkmitgliedern investiert werden. Als Fazit kann festgestellt werden, dass der Aufbau eines bevölkerungsbasierten Suizidregisters unumgänglich ist, um verlässliche Informationen über das Suizidgeschehen zu bekommen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Suizidale Handlungen sind ein gesamtgesellschaftliches Gesundheitsproblem. Seit 1990 wurde zwar ein Rückgang der Suizidtoten um ca. 3000 Fälle pro Jahr zu verzeichnen, vor allem durch eine verbesserte Depressionsbehandlung, eine Zunahme an Kriseninterventions- und Suizidpräventionseinrichtungen sowie verstärkte Awareness-Kampagnen und der Restriktion des Zugangs zu Suizidmitteln. Doch seit 2004 wird eine Stagnation der Suizidzahlen in Deutschland bei knapp 10.000 Suizide pro Jahr registriert (Destatis 2020). Damit liegen Suizide in der Todesursachenstatistik weit vor den Verkehrstoten mit ca. 3.200 Toten pro Jahr und den Drogentoten mit ca. 1300 pro Jahr (Destatis 2020). Vor allem ältere Menschen gehören dabei zur Hochrisikogruppe – 45% der Suizidenten waren 2016 über 60 Jahre alt. Besonders ältere Männer sind nur schwer präventiv erreichbar: Während die Suizidrate im Mittel bei 12 Suiziden pro 100 000 Einwohnern liegt, beträgt die Rate bei den über 80-jährigen Männern 73 Fälle pro 100 000 Einwohnern (Destatis 2019). Bei den unter 40-Jährigen ist Suizid die zweithäufigste Todesursache (Leucht et al. 2012). In Frankfurt am Main, der fünftgrößten Stadt Deutschlands mit aktuell ca. 750.000 Einwohnern und rund 376.000 Pendlerinnen und Pendlern (Stadt Frankfurt 2019) liegt die Suizidrate zwar in etwa im Bundesdurchschnitt (s.u.). Aufgrund einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren, wie der räumlich hohen Dichte von Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Suizidmortalität (ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, obdachlose Menschen, Menschen in existenziellen Krisen etc.), Anonymität und Einsamkeit sowie baulichen Voraussetzungen, Drogenabusus und einer gewissen Dichte an sozialen Brennpunkten spielen Großstädte wie Frankfurt eine besondere Rolle in der Prävention von Suiziden. Darüber hinaus besteht eine erhebliche Herausforderung für die Erreichbarkeit suizidpräventiver Hilfen für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Frankfurt.

Deshalb hat sich bereits im Juni 2014 auf Initiative des Gesundheitsamtes das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS, www.frans-hilft.de) gegründet - ein Zusammenschluss von mehr als 70 Organisationen und Institutionen, in deren beruflichem Alltag suizidales Verhalten und das Thema Suizidprävention eine Rolle spielen.

Ziele und Aktivitäten des Netzwerks sind:

- Entstigmatisierung des Themas Suizid und psychischer Erkrankungen im Allgemeinen, z.B. durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, um in der breiten Bevölkerung Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema zu schaffen und somit der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken. Zum Beispiel durch Vorträge, Podiumsdiskussionen, Lesungen, Filmgespräche, Infostände sowie jährlichen Veranstaltungen rund um den Welttag der Suizidprävention am 10. September unter der Kampagne „Zehntausend Gründe – Suizid verhindern“. Auf der Webseite: www.frans-hilft.de finden sich Hintergrundinformationen und Hilfsangebote für Betroffene, Angehörige und Trauernde.

- Sensibilisierung von Professionellen und Gatekeepern für das Thema, z.B. durch Schulungen zum Thema Suizidalität für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. für Lehrer:innen, Sozialarbeiter:innen, Journalist:innen) und dem Fortbildungscurriculum mit verschiedenen Veranstaltungen zu unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten
- Verbesserung der Datenlage bezüglich Suiziden in Frankfurt, um gezielte und am Bedarf orientierte Angebote machen zu können
- Weiterentwicklung und Vernetzung umfassender Hilfs- und Bewältigungsangebote in Frankfurt und Umgebung durch bessere Vernetzung von Akteuren und Schaffung von mehr Transparenz in Bezug auf die vorhandenen Strukturen zur Erleichterung des Zugangs zu Hilfsangeboten

Im April 2017 hat das Bundesministerium für Gesundheit Fördergelder in Höhe von 3,5 Millionen Euro zur Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen zur Verfügung gestellt. Über einen Zeitraum von drei Jahren wurden bundesweit verschiedene Projekte zur Aufklärung und Forschung im Bereich Suizidprävention gefördert.

Die Universitätsmedizin Frankfurt stellte gemeinsam mit dem Gesundheitsamt, der Zeitbild Stiftung sowie den pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken einen Antrag auf ein Forschungsprojekt, in dem zum einen die bisherigen Aktivitäten von FRANS ausgebaut und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und zum anderen weitere Evidenz-basierte Maßnahmen etabliert und evaluiert werden sollen. Daraus entstand das **Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FrapPE)**“ (FKZ: ZMVI1 – 2517FSB136). Primäres Ziel des Projektes war dabei die Senkung der absoluten Zahl der Suizide innerhalb der Projektlaufzeit (10/2017 – 12/2020) um ein Drittel (10% pro Jahr). Als sekundäres Ziel wurde die Senkung der absoluten Zahl der Suizidversuche angestrebt. Dazu wurde ein auf evidenzbasierten Methoden aufbauendes integriertes Programm zur Suizidprävention und ein ganzes Maßnahmenbündel zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und suizidalen Krisen im Besonderen, zur Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten und zum Methoden-Monitoring implementiert und hinsichtlich der Effektivität bezüglich einer Reduktion suizidalen Verhaltens evaluiert. Die Evaluierung der Maßnahmen erfolgt mittels eines Prä-Post-Vergleichs, d.h. Daten aus Vorjahren und der Implementationsphase (ohne koordinierte Suizidpräventionsmaßnahmen) wurden mit einer 24-monatigen Interventionsphase verglichen.

1.2 Ziele des Projektes

Das Projekt verfolgte daher drei Hauptziele:

1) Die Implementierung von Suizidprävention- bzw. Suizidversuchs-Postventionsmaßnahmen auf Individualebene und auf Ebene der professionell Helfenden im Gesundheitssystem und Gatekeeper der Stadt Frankfurt (**WP 1**)

2) Antistigma- und Awareness-Maßnahmen sowie eine evidenzbasierte Evaluierung der implementierten Interventionen und ein Methodenmonitoring Suizide und Suizidversuche (SV) um ggf. schnelle Interventionen (z.B. bauliche Sicherungsmaßnahmen) durchzuführen (**WP2**),

3) Die Stärkung der Vernetzung der lokalen Akteure, die bereits innerhalb des Frankfurter Netzwerkes für Suizidprävention (FRANS) intensiv zusammenarbeiten (WP 3).

Die implementierten Suizidprävention- bzw. Suizidversuchs-Postventionsmaßnahmen sind in Abbildung 1 kurz wiedergegeben. Die Interventionen beziehen sich dabei auf grundsätzlich drei Zielgruppen (WP-übergreifend):

1. Individuelle Interventionen:
2. Interventionen für Gatekeeper und Professionelle des Gesundheitssystems
3. Bevölkerungsbasierte Interventionen



Abbildung 1: Übersicht über die in FraPPE implementierten Interventionen zur Suizidprävention bzw. Suizidversuchs-Postvention.

Die in WP 1 und teilweise in WP2 implementierten Maßnahmen sollen im Folgenden nochmal kurz beschrieben werden.

D) Implementierung suizidpräventiver Maßnahmen in den vier psychiatrischen Versorgungskliniken (WP 1)

Niedrigschwellige Sprechstunden:

In allen psychiatrischen Kliniken wurden seit Beginn des Kalenderjahres 2019 „Offene Sprechstunden für Menschen in suizidalen Krisen“ angeboten. Im Markuskrankenhaus täglich nach Vereinbarung, in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums erfolgte eine Vorstellung in der psychiatrischen Ambulanz (notfällig oder zeitnah nach vorheriger telefonischer Vereinbarung), im Klinikum Höchst donnerstags von 13:30 bis 15:30 Uhr, in der Klinik Hohe Mark zu den regulären Sprechzeiten der Psychiatrischen Institutsambulanz und in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums täglich nach Vereinbarung.

Zusätzlich konnten sich die Patientinnen und Patienten im Notfall natürlich weiterhin jederzeit tagsüber an die Psychiatrischen Institutsambulanzen und nachts an den diensthabenden Arzt oder Ärztin der Klinik wenden.

Implementierung leitliniengerechter Therapie/Schulungen

Die Implementierung leitliniengerechter Therapie erfolgte in Verantwortung der beteiligten psychiatrischen Kliniken. Im Jahr 2019 lag in allen Kliniken ein Schwerpunkt auf dem Themenkomplex Suizidalität, Krisenintervention und Suizidprävention. Darüber hinaus wurden im Rahmen innerbetrieblicher Fortbildungen unter anderem Schulungen zur leitliniengerechten Therapie von Depression, Schizophrenie und zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen durchgeführt und das Thema „Suizidprophylaxe“ in vielen Bereichen der innerbetrieblichen Aus- und Weiterbildung integriert.

Zusätzlich gab es folgende Symposien/Tagungen, die von Patient:innen aus allen Kliniken sowie niedergelassenen Fachkolleg:innen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie besucht wurden: Am 16. Juni 2018 ging es im Symposium „Spektrum Depression“ um die optimale Versorgung depressiver Patienten und Patientinnen. Die Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention vom 14. bis 16. September 2018, zu der über 100 Expert:innen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum zusammenkamen, widmete sich dem Thema "Großstadt, Arbeitsleben und suizidales Verhalten“. Ein thematischer Schwerpunkt des Symposiums „Spektrum ADHS“ am 8. Dezember 2018 lag auf den neuen S3-Leitlinien zu adulter ADHS. Im Fokus des 25. Psychiatrie-Symposiums am 27. Oktober 2018 stand die Ätiologie, (Differential-)diagnostik und Therapie schizophrener Erkrankungen. Am 9. November 2019 ging es im Symposium „Spektrum schizophrene Psychosen“ um die therapeutischen Herausforderungen im Management schizophrener Erkrankungen. Vom 10. bis zum 12. Oktober 2019 fand in Frankfurt die 19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS) statt. Das 26. Frankfurter Psychiatrie-Symposium am 23. November 2019 widmete sich der Teilhabe psychisch kranker Menschen. In 2020 fanden aufgrund der Coronasituation keine Symposien statt.

24/7-Hotline

Seit September 2018 gibt es in Frankfurt eine Hotline-Nummer (069 - 630 13 113), unter der rund um die Uhr eine der psychiatrischen Kliniken der Stadt erreichbar ist. Der Anrufer wird direkt mit dem diensthabenden

Arzt/Ärztin oder einer anderen geschulten Mitarbeiter:in verbunden. Damit wurden die bereits vorhandenen Beratungsangebote der Telefonseelsorge und des telefonischen Krisendienstes um eine psychiatrische Expertise ergänzt. Ziel der Hotline ist es, akut suizidalen Patient:innen und ihren Angehörigen unmittelbar ein Beratungs- und Behandlungsangebot machen zu können. Betroffene, Angehörige und professionell Tätige können sich so niedrigschwellig über das weitere Procedere informieren. Dieses Angebot wurde u.a. mit Plakataktionen für verschiedene Zielgruppen (Mädchen, (ältere) Männer, junge Mütter, Menschen mit Migrationshintergrund) beworben. Die Hotline wurde im Erhebungszeitraum vor allem gegen Ende – vermutlich infolge eines steigenden Bekanntheitsgrads – immer mehr in Anspruch genommen und mehrere akut suizidale Patienten konnten von der suizidalen Handlung abgebracht und sicher in eine psychiatrische Klinik zur Weiterbehandlung gebracht werden.

Niedrigschwelliges Angebot nach SV für Betroffene und Angehörige

Nach umfangreicher Literaturrecherche und in kontinuierlicher Abstimmung mit den beteiligten Kliniken wurde ein niedrigschwelliges Angebot für Betroffene nach einem Suizidversuch konzipiert. Dieses wurde gegenüber der Planung im Antrag zwar modifiziert, umfasst aber alle dort beschriebenen Inhalte.

Konzept: Allen Patient:innen nach einem Suizidversuch wurde eine stationäre Behandlung zur diagnostischen Einschätzung und Einleitung einer multimodalen Therapie angeboten. Selbstverständlich standen die einzelnen Angebote aber auch den Patient:innen offen, die eine stationäre Therapie ablehnten oder nur kurze Zeit stationär psychiatrisch behandelt werden. Die Patient:innen erhielten eine vom Projektteam inhaltlich erarbeitete Infobroschüre zum Umgang mit suizidalen Krisen (Psychiatrische Kliniken Frankfurt 2019) und ihnen wurde ein Termin für die Teilnahme an einer (einstündigen) Infogruppe genannt, die psychoedukativen Charakter hatte und anhand von 15 Folien folgende Inhalte vermittelte: Definition und Epidemiologie von Suizidalität, Frühwarnzeichen, Hilfsmöglichkeiten in einer Krisensituation, Hinweise zum Erarbeiten eines Krisen- und Notfallplan, Notfallnummern und Behandlungsmöglichkeiten. Die Infogruppen wurden seit Februar 2019 jeweils einmal monatlich in jeder beteiligten Klinik angeboten, lediglich in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik wurden die Inhalte aufgrund der geringen Fallzahlen im Einzelkontakt vermittelt.

Die Inanspruchnahme der psychoedukativen Gruppen in diesem Setting war vergleichsweise gering. Dagegen wurde die Infobroschüre sowohl von den Patient:innen als auch von den Behandler:innen als hilfreich empfunden, weshalb wir uns dazu entschlossen haben, ab 2020 auf das Gruppenangebot zu verzichten und die Inhalte stattdessen im Einzelkontakt zu vermitteln. Dazu wurde die Infobroschüre überarbeitet, nachgedruckt und steht nun auch außerhalb der Kliniken zur Verfügung. So können Behandler:innen im stationären und ambulanten Setting anhand der Infobroschüre relevante Inhalte zu suizidalen Krisen vermitteln und gemeinsam mit ihren Patient:innen einen individuellen Krisenplan entwickeln.

Unabhängig von der Teilnahme an der Infogruppe wurde von den Behandler:innen geprüft, ob die Patient:innen für das gut untersuchte und validierte Therapiemanual ASSIP geeignet sind. „Die Kurztherapie ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) für Patient:innen nach einem Suizidversuch hat zum Ziel, die individuellen Hintergründe der Geschichte der Suizidalität im Kontext eines handlungstheoretischen Modells zu erarbeiten. Spezifische Frühwarnsignale suizidaler Krisen, längerfristige Therapieziele, wie auch ein individualisierter Krisenplan bei Suizidgefahr werden erarbeitet. Während der zwei darauffolgenden Jahre bietet ASSIP ein anhaltendes loses Therapieangebot an, welches mittels regelmäßigen Briefen eine vertiefte therapeutische Verankerung ermöglicht.“ (Gysin-Maillart, 2018, persönliche Mitteilung)

Am 14.12.2018 fand in der Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt ein ganztägiger Workshop statt, in dem Mitarbeiter:innen der beteiligten Kliniken von der Referentin Frau Dr. Anja Gysin-Maillart aus Bern mit ASSIP vertraut gemacht wurden.

Mit den ASSIP-Interventionen wurde im Februar 2019 begonnen. Nachdem erste, sehr positive Erfahrungen gesammelt werden konnten, wurde im August 2019 eine zweitägige Schulung durchgeführt, in der die erfolgten (videodokumentierten) Behandlungen supervidiert wurden. Patient:innen mit Kontraindikationen für ASSIP (z.B. Psychosen oder schwere Borderline-Persönlichkeitsstörungen) erhielten „treatment as usual“ (TAU).

Zur Evaluation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie wurde in den klinikinternen Dokumentationssystemen folgende Fragensystematik eingepflegt:

1. Erfolgt eine leitliniengerechte Therapie?
2. Wird die Patientin/der Patient in der hauseigenen Institutsambulanz (PIA) behandelt?
3. Wenn nicht: Ist die Patientin/der Patient in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja: Bei wem?

II) Qualifikation von Gatekeepern und niedergelassenen Ärzt:innen (WP 1)

Schulungen von niedergelassenen Hausärzt:innen umfassten Veranstaltungen in Form von Seminaren im Institut für Allgemeinmedizin, Workshops im Rahmen von Fortbildungsmessen über speziell konzipierte Schulungen in Krankenhäusern sowie ganztägige Weiterbildungsformate mit über 100 Teilnehmer:innen. Bei den Schulungen wurde außerdem umfangreiches Info-Material verteilt. Dennoch muss hier angemerkt werden, dass das Interesse dieser Zielgruppe an Fortbildung zum Thema Suizidprävention überraschend gering war. Eine Übersicht der stattgefundenen Schulungen ist in Anlage 3 aufgeführt.

Erstellung und Veröffentlichung des Zeitbild MEDICALS

Das Zeitbild MEDICAL „Depressiv? Lebensmüde? Wege aus der Krise“ (Zeitbild Medical 2019) ist eine achtseitige Informationsmappe für die Ärzt:innen mit einem achtseitigen Patientenmagazin, das über die Themen Suizidalität und Depression informiert. Ein kostenfreier Download ist unter:

<https://www.zeitbild.de/wp-content/uploads/2019/01/Zeitbild-Suizidprävention.zip> verfügbar. Die Ärztemappe gibt Hinweise, wie Suizidprävention in den Praxisalltag eingebunden werden kann, gefährdete Patient:innen zu erkennen sind und präventiv zu handeln ist. Es beinhaltet neben einem Anschreiben mit Evaluations- und Bestellbogen auch eine zweiseitige Kopiervorlage des PHQ-9-Tests zur Einschätzung von Depressivität. Das Patient:innenmagazin stellt neben der Datenlage insbesondere folgende Themen dar: „Habe ich eine Depression?“, „Wo gibt es Hilfe?“ und „Ratschläge und Informationen für Angehörige“. Auf einer Doppelseite erzählen fünf Testimonials von eigenen Erfahrungen mit den Themen Depression und Suizidalität. Der Zeitbild Verlag erstellte das Medical auf Grundlage von Gesprächen mit den FraPPE-Koordinierungsgruppe, Experteninterviews mit Hausärzt:innen aus dem Raum Frankfurt sowie umfangreicher Literaturrecherchen. Die Zeitbild Stiftung erarbeitete außerdem den ersten Entwurf der Texte und der Layoutgestaltung der Ärztemappe und des Patientenmagazins. Diese wurden dann durch intensive Gespräche mit den FraPPE-Projektpartner:innen diskutiert und letztendlich finalisiert. Das Medical wurde auf hausärztlichen Informations- und Schulungsveranstaltungen verteilt und teilweise direkt an niedergelassene Hausärzt:innen in der Stadt Frankfurt postalisch verschickt. Zusätzlich wurden die Patientenmagazine in den psychiatrischen Kliniken der Stadt ausgelegt.

Schulung von professionellen und nicht professionellen Akteuren im nicht primär ärztlichen Sektor

Das Fortbildungs-Curriculum des Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS), welches bereits im Jahr 2018 anlief und bis heute fortgesetzt wird, war mit regelmäßig zwischen 50 und 100 Teilnehmer:innen sehr gut besucht (Auflistung aller Veranstaltung in Anlage 5). Das Curriculum richtete sich an Mitarbeiter:innen der Mitgliedsorganisationen und -institutionen des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (z.B. Kliniken, städtische Ämter Beratungsstellen, Rettungsdienst, Polizei) sowie an weitere, für die zu vermittelnden Inhalte relevante Zielgruppen. Die neunzigminütigen, themenspezifischen Fortbildungen finden im Gesundheitsamt oder online statt. Darüber hinaus fanden eine Reihe weitere Schulungen relevanter Zielgruppen mit ebenfalls überwiegend positiver Resonanz statt, die im Anlage 5 dargestellt sind.

III) Antistigma- und Awarenessmaßnahmen (WP 2)

Im Rahmen der bevölkerungsbasierten Intervention wurden verschiedene Aktionen und Kampagnen, initiiert durch das Universitätsklinikum und das Gesundheitsamt durchgeführt. Aufgrund der Fülle von Aktionen sind hier die folgenden hervorzuheben:

- Kampagne „**Suizidversuche – Sicher Verhindern (SVSV)**“
- **Poster-Kampagne** mit dem Ziel für das Thema Suizidalität zu sensibilisieren, allgemeine Mythen zu entkräften, Unsicherheiten entgegenzuwirken und Handlungsansätze aufzuzeigen. Mit den Plakaten wurde auch die FraPPE-Hotline beworben.

- **Postkarten-Kampagne**
- **Kampagne „10 000 Gründe – Suizid verhindern** anlässlich des Welttags der Suizidprävention
- **Organisation und Durchführung verschiedener Vorträge und Lesungen**
- **Infostände** bei verschiedenen Anlässen (z.B. im Rahmen der Aktionswochen Älterwerden, Christopher Streetday, Nacht der Museen, Welttag der Männergesundheit)

Eine vollständige Auflistung aller Kampagnen und Aktionen erfolgte in den Zwischenberichten. In Anlage 6 sind die Poster der FraPPE Posterkampagne, der Kampagne „Suizidversuche – Sicher Verhindern (SVSV)“ und „Reden hilft“ dargestellt.

1.2.1 Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Das FraPPE-Projekt kann als multizentrische Interventionsstudie betrachtet werden, da neben den beiden (gleichberechtigten) Kooperationspartnern, Universitätsklinikum und Gesundheitsamt Frankfurt am Main, auch alle pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken im Stadtgebiet Frankfurt sowie das Institut für Rechtsmedizin und das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität beteiligt waren. Die Aufgaben waren wie folgt verteilt (Tabelle 1):

Tabelle 1: Übersicht über die Projektpartner:innen und deren Verantwortlichkeiten.

Universitätsklinikum (KGU Psychiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Projektleitung</u> • Leitung WP 1 • Mitarbeit WP 2
Institut für Rechtsmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit WP 2
Institut für Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit WP 1 und 2
Gesundheitsamt Frankfurt	<ul style="list-style-type: none"> • Leitung WP 2 • Leitung WP 3?
Psychiatrische Kliniken:	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit in WP 1
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik Hohe Mark • Klinikum Frankfurt Höchst • Agaplesion Markus Krankenhaus • Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters (KGU) 	

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung Ziele

Um eine WP-übergreifende und evidenzbasierte Evaluation der implementierten Suizidpräventions- und Suizidversuchspostventionsmaßnahmen zu ermöglichen, wurde als primäres Zielkriterium die Senkung der absoluten Zahl der Suizide um 10 % pro Jahr definiert. Als sekundäres Zielkriterium wurde die Senkung der Zahl der Suizidversuche festgelegt. Aufgrund ethischer Gesichtspunkte wurde ein Prä-/Postdesign gewählt, dabei wurde die Prä- oder Baselinephase (ohne Interventionen) mit der zeitlich nachgeordneten Post- oder Interventionsphase verglichen. Die Messung des primären Zielkriteriums (ZK) erfolgte über das Instrument der Leichenschauheine (LSS), die im Gesundheitsamt gesichtet und dokumentiert werden. Zusätzlich erfolgte während der Interventionsphase eine ärztliche Leichenschau aller im Stadtgebiet erfolgten Suizide und ggf. eine Obduktion sowie chemisch-toxikologische Untersuchungen. Diese wurde vom Institut für Rechtsmedizin mittels case report form (CRF) dokumentiert. Ein Abgleich zwischen Gesundheitsamt und Rechtsmedizin bzgl. der LSS und CRF fand fortlaufend statt. Die Messung des sekundären Zielkriteriums erfolgt ebenfalls durch einen Fragebogen (case report form SV), der in den psychiatrischen Kliniken der Stadt Frankfurt ausgefüllt wurde. Jeder stationär aufgenommene Suizidversuch wurde so dokumentiert. In Abbildung 2 ist die zeitliche Länge der Baseline- und Interventionsphase für beide Zielkriterien und entsprechenden Messinstrumenten dargestellt. Die Interventionsphase begann am 01. September 2018 und lief über 28 Monate bis zum 31.12.2020. Zu beachten sind die unterschiedlichen Längen der Baseline-Phase: Für die Messung der Suizidmortalität (primäres Zielkriterium) begann die Baseline schon 01.01. 2014, da das Gesundheitsamt Frankfurt schon im Jahr 2014 die Dokumentation der Zahl der Suizide anhand von Leichenschauheinen begonnen hatte und lief bis zum 31.08.2018 (56 Monate). Die Baseline-Phase zur Messung des sekundären ZKs begann am 01.04.2018 und lief auch bis zum 31.08.2018 (5 Monate). Bezüglich der Datenauswertung wurden alle statistischen Tests zweiseitig auf einem 5%-Signifikanzniveau durchgeführt.



Abbildung 2: Überblick über die zeitliche Abfolge der Baseline- und Interventionsphase und über die Instrumente zur Messung der Zielkriterien.

Im Zeitraum zwischen Juli 2018 (aufgrund einer wash-in Phase wurde bereits im Juli 2018 begonnen) bis Dezember 2020 wurden alle im Stadtgebiet erfolgten Suizide im Institut für Rechtsmedizin obduziert (wenn gerichtliche angeordnet und nicht durch Totensorgeberechtigte widerrufen) und chemisch-toxikologische Untersuchungen durchgeführt. Zur Bestimmung einer aktuellen Beeinflussung durch Alkohol, Drogen oder Arzneimittel zum Todeszeitpunkt wurden Blut-, Urin- oder Organproben untersucht. Für die Bestimmung einer länger zurückliegenden Aufnahme sowie zur Abschätzung einer Gewöhnung/Toleranz wurde das Untersuchungsmaterial Haare einer umfangreichen Analyse unterzogen

2.1 Räumliche Analysen

Die räumliche Analyse des primären und sekundären Zielkriteriums sollte die folgenden beiden Fragestellungen untersuchen:

1. Die räumlich-epidemiologische Verteilung der Suizidmortalität bzw. der Suizidversuchs-Inzidenz im Stadtgebiet basierend auf dem Wohnort: Welche Stadtbezirke weisen dabei ein hohes Risiko für einen Suizid oder Suizidversuch auf und welche zeigen ein geringes Risiko? Kann eine Verschiebung der Stadtbezirke mit hohen Risiko-Werten zwischen Baseline- und Interventionsphase beobachtet werden (Ökologische Analyse)?
2. Darüber hinaus soll Auskunft über die räumliche Verteilung und die evtl. Clusterung von Tatort-Hotspots gegeben werden. Dazu werden die Geokoordinaten der Suizid- bzw. Suizidversuchs-Tatorte aus Baseline- und Interventionsphase miteinander verglichen.

Die räumliche Suizidmortalität wird durch das standardisierte Inzidenzverhältnis (SIR) operationalisiert, dabei wird das Verhältnis zwischen beobachteten und erwarteten Suizidfällen pro Stadtbezirk ($N=119$) berechnet. Die erwarteten Fälle errechnen sich aus der Einwohnerzahl * Risikorate. Dabei wird die Risikorate aus allen Fällen des Untersuchungsgebietes geteilt durch die Bevölkerungszahl in diesem Gebiet errechnet. Eine $SIR > 1$ bedeutet dabei ein erhöhtes Risiko. Für die Berechnung des räumlichen Suizidversuchsrisiko wurde die Inzidenz pro 100 000 Einwohnern ebenfalls auf Stadtbezirksebene berechnet und kartographisch dargestellt. Aufgrund der starken (räumlichen) Variabilität des Suizid- und Suizidversuchrisikos werden die Schätzer mittels empirischen Bayes-Verfahren (Marshall 1991) geglättet. Dabei werden räumlich benachbarte Stadtbezirke hin zu einem lokalen Mittelwert geglättet.

Für die Beantwortung der zweiten Frage wurden die Adressdaten von Suizid- und Suizidversuchs-Tatorte in Geokoordinaten umgewandelt mit Hilfe des Geocoder Nominatim von OpenstreetMap (Nominatim 2019). Dieser Geocoder wurde gewählt, da dieser als lokaler Server genutzt werden konnte ohne die Adressdaten über das Internet zu schicken. Die Geokoordinaten wurden kartographisch dargestellt und mit dem Schienennetz und Wasserflächen der Stadt Frankfurt überlagert. Alle kartographischen Darstellungen wurden mit QGIS 3.16 long term release (QGIS Development Team 2009) durchgeführt.

2.2 Befragung FRANS-Mitglieder

Zur Erfassung der bestehenden Vernetzungsstrukturen bezogen auf Suizidprävention in Frankfurt wurde eine zweiteilige IST-Erhebung, im ersten Halbjahr 2018 durchgeführt. Neben 13 leitfadengestützten Experteninterviews mit zentralen Akteuren aus der Gemeindepsychiatrie in Frankfurt wurde von allen FRANS- Mitgliedern über einen teilstandardisierten Fragebogen, der unter Einbeziehung von Personen aus dem Feld der Zielgruppe entwickelt wurde, Daten zur Mitgliedschaft im FRANS und zu Berührungspunkten mit Suizidalität, zu Angeboten und Anlaufstellen für suizidale Menschen und zu mitgliedsinternen Statistiken erhoben.

Für die Experteninterviews mit zentralen Akteuren des Gemeindepsychiatrischen Systems in Frankfurt wurde ein Interviewleitfaden nach Helfferich entwickelt (Helfferich 2011). Ein vorab geführtes Testinterview zeigte Schwachstellen des Leitfadens auf und gab Gelegenheit zur Nachbesserung. Die Akquise der zu interviewenden Personen erfolgte aus dem Kreis der Träger der psychiatrischen Pflichtversorgung in Frankfurt aus unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Hierarchiestufen, um das gesamte System exemplarisch abzubilden (Gesundheitsamt Frankfurt 2016). Außerdem wurden die Strukturen von FRANS genutzt, um weitere Interviewpartnern zu gewinnen. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2018). Das hierfür benötigte Kategoriesystem wurde sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelt. Anhand des Interview-Leitfadens zunächst gebildete Kategorien wurden im Verlauf der Auswertung anhand des Materials präzisiert, ergänzt und modifiziert.

Darüber hinaus wurden über zwei Jahre vernetzungsfördernde Maßnahmen entwickelt, durchgeführt und evaluiert sowie parallel beobachtet, ob Veränderungen speziell unter dem Gesichtspunkt der Vernetzung der professionellen Akteure erkennbar und ob Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Angebote ableitbar waren. Hierfür wurden 2018, 2019 und 2020 die Mitarbeiter:innen dieser Angebote mittels standardisierter Fragebögen befragt, der auf den Rückmeldungen der Mitgliedsorganisationen aus dem teilstandardisierten Fragebogen aus dem Frühjahr 2018 aufbaute.

Zur Erfassung der Inanspruchnahme von Angeboten durch suizidale Menschen im ambulanten Bereich wurde über 18 Monate eine exemplarische Erhebung durchgeführt. Um die Bereitschaft zu fördern, verlässlich für einen Zeitraum von mehreren Monaten zusätzlich Daten zu erheben, wurde die Erhebung auf die zwingend notwendigen Daten beschränkt und fand onlinebasiert über LimeSurvey statt (LimeSurvey Project Team 2012). Erfassungsregeln wurden den teilnehmenden Organisationen zur Verfügung gestellt.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

In Anlage 7 sind die Übereinstimmungen bzw Abweichungen vom beantragten Arbeits- und Zeitplan farblich dargestellt. Bezüglich **WP 1** konnten im Großen und Ganzen die Interventionsmaßnahmen wie

beantragt geplant und implementiert werden. Bei den Hausarztschulungen musste allerdings vom ursprünglichen Zeitplan abgewichen werden, da trotz intensiver Bemühungen die Resonanz der niedergelassenen Hausärzt:innen im Stadtgebiet sowie auch bei überörtlichen Fortbildungsveranstaltungen wie z.B. der Practica in Bad Orb sehr gering waren. Eine Telefon-Survey zur Evaluation von Gründen der Nicht-Teilnahme unter Hausärzt:innen des Forschungsnetzwerks Allgemeinmedizin Frankfurt konnte die Einschätzung, dass Suizidalität als verhältnismäßig geringfügiges Problem mit nur kleiner Fallzahl angesehen wird, identifiziert werden. Das Risiko bei anderen Erkrankungen, wie z.B. KHK, war ihrer Wahrnehmung nach größer. Das Thema Suizidalität wurde insgesamt als schwierig angesehen. Daher wurden Artikel zum Thema Suizidprävention in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ (August 2019) und im „Allgemeinarzt“ (September 2020) veröffentlicht. Im **WP 2** konnten alle geplanten Aufgaben im Zeitplan umgesetzt werden. Die rechtmedizinische Aufarbeitung und Dokumentation der Suizide in der Interventionsphase verlief ab dem 01.07.2018 bis zum Ende eigentlich ohne Probleme. Allerdings konnte mit Anfang des Lockdowns (wegen Corona) eine Abnahme der gerichtlich angeordneten Obduktionen wie auch ein „dazu rufen“ durch die Polizei beobachtet werden. Die Geoanalysen der Suizid- und Suizidversuchs-Tatorte wurden fortlaufend durchgeführt.

Weitestgehend konnte auch im **WP 3** die Zeitplanung eingehalten werden.

Als vernetzungsfördernde Maßnahme für FRANS war ursprünglich der Aufbau und die Nutzung einer internetbasierten Austauschmöglichkeit im Rahmen der onlinegestützten Community-Arbeit des Amtes für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt, aufbauend auf dem Ansatz des Community Organizing geplant (Wendt 2015). Eine Umsetzung konnte jedoch aufgrund einer Verlängerung der Pilot-Phase beim Aufbau der Plattform bisher nicht erfolgen. Durch die Notwendigkeit von digitalen Alternativen zu Besprechungen im Zuge der Corona-Pandemie hat sich jedoch zumindest für die netzwerkinterne Kommunikation eine Alternative zum ursprünglich avisierten Community-Konzept des Amtes für multikulturelle Angelegenheiten ergeben.

Die Aufgaben in WP 4 umfassten hauptsächlich Projektleitung und –management. Dazu gehörten vor allem die (interne) Koordination aller beteiligten Projektpartner. Diese bestanden im Projektzeitraum aus mindestens zweimal jährlich stattfindenden „großen“ Projekttreffen sowie diversen Einzel- und Telefonterminen. Aufgrund der Corona-Situation konnten diese Treffen ab März 2020 nur noch online durchgeführt werden. Die Zwischenberichte und auch das Medical (Zeitbild Medical 2019) wurden innerhalb der geplanten Zeitvorgaben umgesetzt. Das Datenmanagement (Aufbau der Datenbank, Eingabe der Suizid & Suizidversuch- CRFs, Plausibilitätschecks) sowie Zwischen- und Endauswertung der Daten wurden im geplanten Zeitplan durchgeführt. Des Weiteren konnten alle gesetzten Meilensteine fristgerecht umgesetzt werden.

4 Ergebnisse

4.1 Wirksamkeitsanalyse der implementierten Suizidprävention- bzw. Suizidversuchs-Postventionsmaßnahmen

4.1.1 Primäres Zielkriterium und Subgruppen-Analysen

In Tabelle 2 sind die Zahlen der Suizidfälle über die Jahre mit Angabe der Alters- und Geschlechtsverteilung wiedergegeben, zusätzlich sind nur die Anzahlen der Suizidfälle mit der Angabe „Wohnort Frankfurt“ angegeben. Diese Daten werden als sogenannte Sensitivitätsanalyse verwendet um eine Validierung der Ergebnisse durchführen zu können. Bezüglich des Altersdurchschnitts unterscheiden sich die Baseline- und Interventionsphase in beiden Gruppen nicht statistisch signifikant (Wilcox-Test). Das Geschlechtsverhältnis ist während der Baseline-Phase ungefähr 30 zu 70% zu Ungunsten der Männer verteilt. Allerdings kommt es zu einer leichten Zunahme der Suizidfälle bei den Frauen um ca. 2%, die aber nicht statistisch signifikant (Chi²-Test) ist. Auch die Suizidfälle pro Jahr unterscheiden sich nicht statistisch signifikant (Chi²-Test)

Tabelle 2: Verteilung der Fallzahlen der Suizidversuche während Baseline- und Interventionsphase getrennt nach Gesamtzahl der Fälle und der Fälle mit festem Wohnsitz in Frankfurt.

Variable	Ausprägung	Niveau	Alle Fälle(N=641)		Sensitivitätsanalyse (N=520)		Fehlend
			Baseline (N=426)	Intervention (N=221)	Baseline (N=331)	Intervention (N=194)	
Alter		Mittelwert (SD)	53.3 (18.5)	54.1 (20.4)	54.8 (18.5)	55.1 (19.6)	62.8 (11.1)
Geschlecht	Männlich	N (%)	299 (70.2)	148 (67.0)	227 (68.6)	128 (66.0)	3 (50)
	Weiblich	N (%)	125 (29.3)	73 (33.0)	104 (31.4)	66 (34.0)	3 (50)
	Transgender	N (%)	2 (0.5)	-	-	-	-
Jahr							
	2014	N (%)	91 (21.4)	-	69 (20.9)	-	-
	2015	N (%)	91 (21.4)	-	69 (20.9)	-	-
	2016	N (%)	87 (20.4)	-	69 (20.9)	-	-
	2017	N (%)	94 (22.1)	-	76 (23)	-	-
	2018	N (%)	63 (14.8)	24 (11.2)	48 (14.5)	21 (10.2)	6 (100)
	2019	N (%)	-	98 (44.3)	-	81 (45.8)	-
	2020	N (%)	-	99 (44.8)	-	91 (44.1)	-
Suizid-Methode							
	X60-X69	N (%)	79 (18.5)	51 (23.1)	68 (20.5)	46 (23.7)	4 (66.7)
	X70	N (%)	134 (31.5)	49 (22.2)	110 (33.2)	48 (25.4)	
	X71-X84	N (%)	211 (49.5)	121 (54.8)	152 (45.9)	100 (51.5)	
	Fehlend	N (%)	2 (0.5)	-	1 (0.3)	-	2 (33.3)

Um für steigende Einwohnerzahlen in Frankfurt im Projektzeitraum zu adjustieren, wurde das primäre Zielkriterium - die Anzahl der Suizide - auf die Einwohnerzahl der Stadt umgerechnet. Damit wurde

ausgeschlossen, dass steigende Suizidzahlen durch steigende Einwohnerzahlen verursacht werden. In Abbildung 3 ist daher die Mortalitätsrate pro 100 000 Einwohnern für Baseline- und Interventionsphase wiedergegeben. Zusätzlich wurden die 95% Poisson-Konfidenzintervalle angegeben. Es ist ein Anstieg der (mittleren) Mortalitätsrate im Vergleich Baseline- zur Interventionsphase zu erkennen. Allerdings zeigen die überlappenden Konfidenzintervalle, dass diese Reduktion nicht signifikant ist, d.h. durch zufallsbedingte Schwankungen entstanden sein können. Die längeren Konfidenzintervalle in der Interventionsphase sind auf die geringer Fallzahlen im Vergleich zur Baseline zurückzuführen, dass wiederum führt zu einer größeren Variabilität der Schätzer und somit zu einem breiteren Bereich der Abdeckung der Konfidenzintervalle. In Abbildung 4 ist die Mortalitätsrate zusätzlich nach dem Geschlecht stratifiziert, hier ist ein deutlicheres Absinken der Mortalitätsrate bei den Männern als bei den Frauen zu beobachten. Da sich die Konfidenzintervalle aber überlappen, kann ein Zufallseffekt nicht ausgeschlossen werden. Die weitere Stratifizierung der Rate nach Altersgruppen (Abbildung 5) zeigt deutlich, wie das Suizidrisiko mit dem Lebensalter stark zu nimmt. Während sie bei unter 49-Jährigen deutlich unter 20 Suizidtoten pro 100 000 Einwohnern ist, liegt sie bei den über 75-Jährigen männlichen Personen bei knapp unter 50 pro 100 000. Es wird auch deutlich, dass sich die Suizidmortalität in der Baselinephase zwischen den Geschlechtern stark unterscheidet. Die Mortalitätsrate liegt in jeder Altersgruppe (bis auf die < 18-Jährigen) bei den Frauen (weit) unter der der männlichen Bevölkerung. Auch sind die Konfidenzintervalle nicht überlappend und dementsprechend ist der Unterschied als statistisch signifikant anzusehen. Dagegen ist in der Interventionsphase ein deutlicher Abfall der Rate bei den Männern (zwischen 23 und 25%) im Alter zwischen 18 und 74 Jahren erkennbar. Bei den Männern 75 Jahre und älter nimmt dagegen die mittlere Rate um 14% (von 40.2 auf 47.0) zu. Bei den Frauen ist das Bild differenzierter: in der Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren ist eine annähernde Verdopplung (43%) der mittleren Rate (von 2.8 auf 5.4) erkennbar. In der nächsten Altersgruppe (30-49 Jahre) ist die Rate annähernd stabil geblieben (von 6.3 auf 6.7). Bei den 50 bis 74-Jährigen ist hingegen eine Reduktion der Rate um 27% sichtbar (von 12.1 auf 8.8). Bei den Frauen im Alter 75 Jahre und älter erhöht sich die Rate, wie bei den Männern, um 38% (von 14.1 auf 22.8). Damit bleibt die Suizidmortalität bei älteren Männern (≥ 75 Jahre) mehr als doppelt so hoch als bei den Frauen.

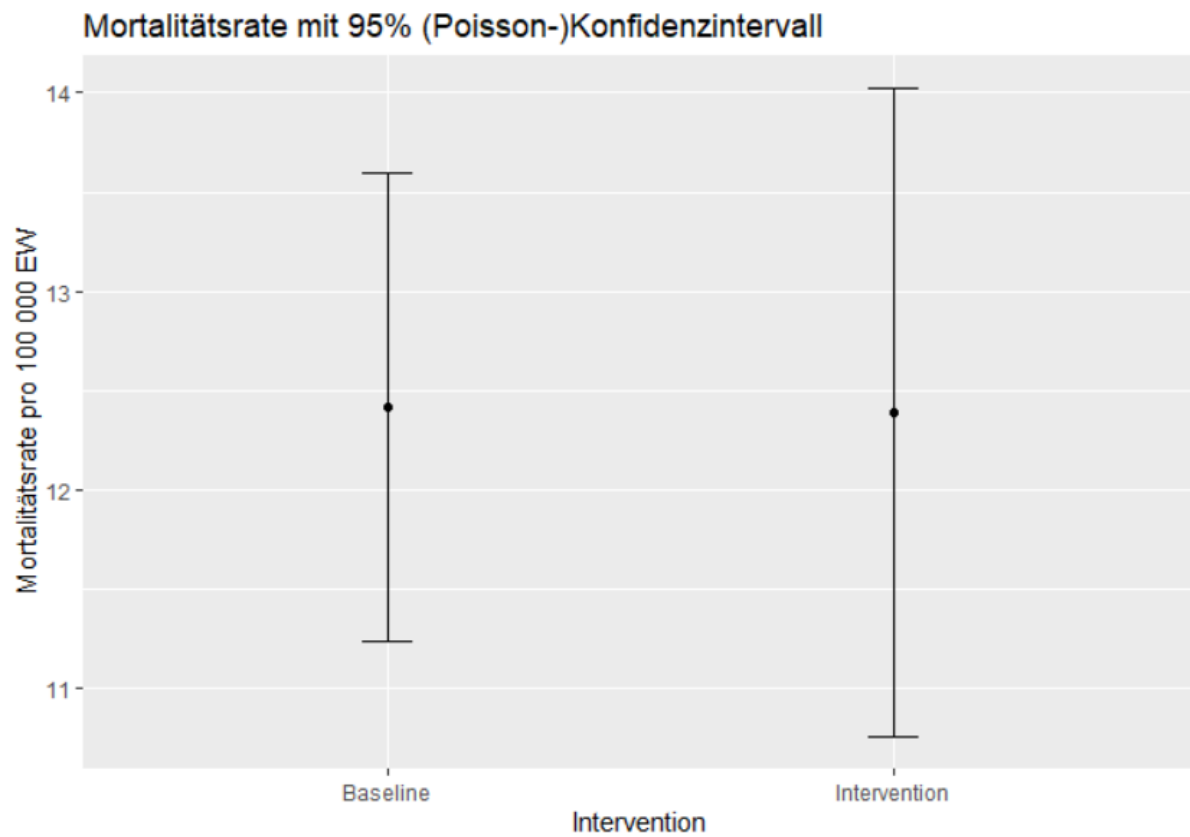


Abbildung 3: Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase mit 95%-Poisson Konfidenzintervallen.

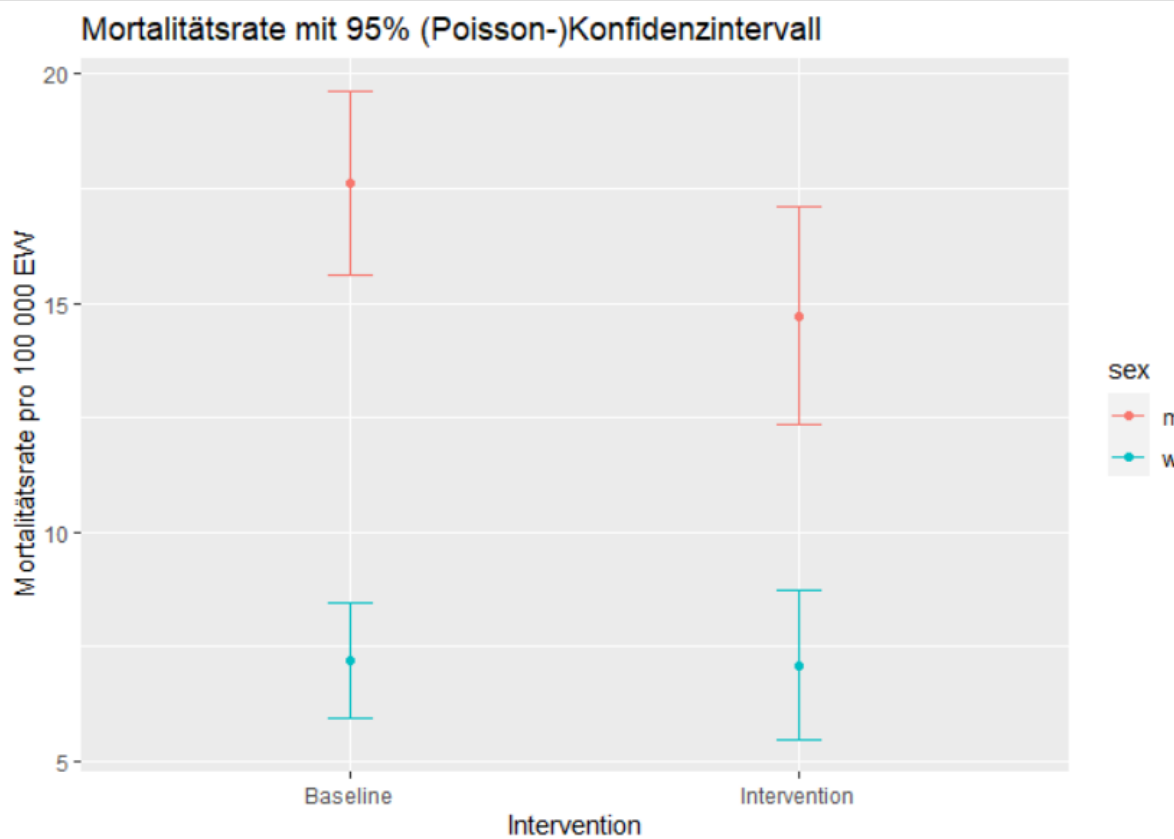


Abbildung 4: Geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase mit Poisson-Konfidenzintervallen.

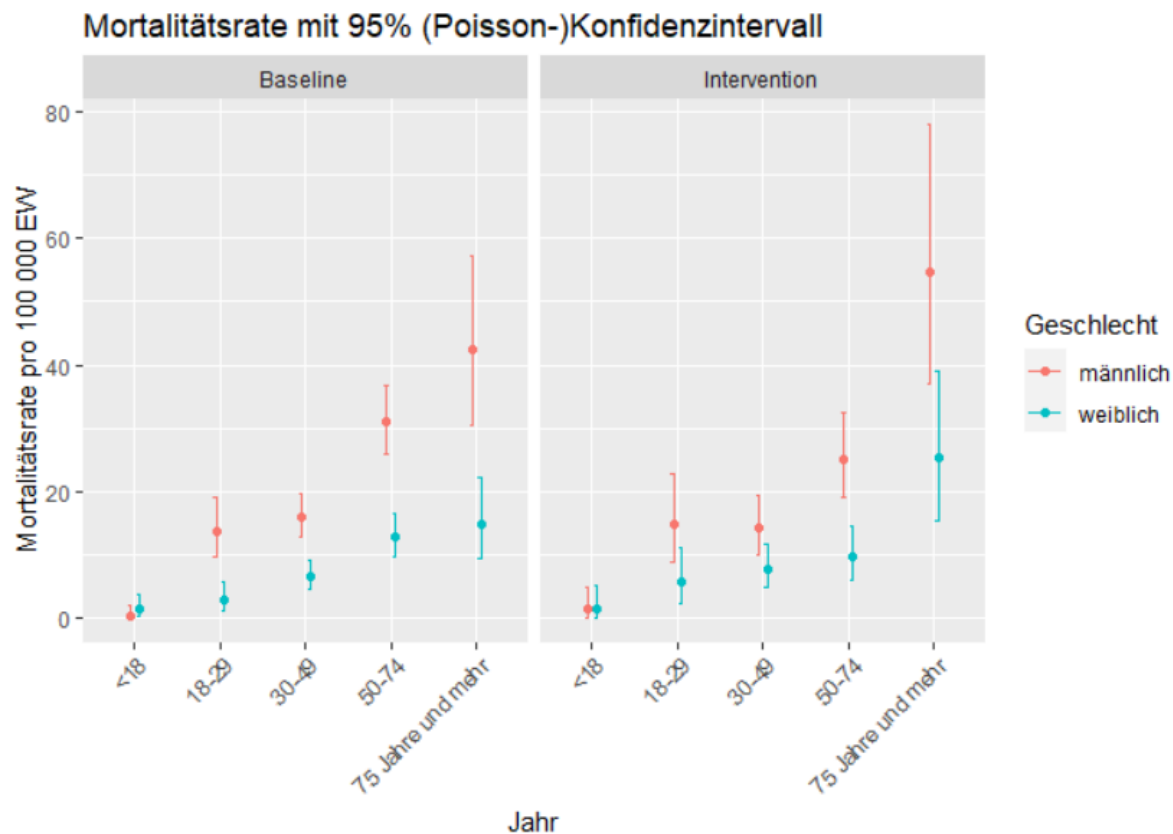


Abbildung 5: Alters- und geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase mit Poisson-Konfidenzintervallen.

Um zu überprüfen, ob dass hier gefundene Muster nicht durch Suizide verzerrt wurde, die durch Menschen begangen wurden, die ihren Wohnsitz außerhalb von Frankfurt hatten (z.B. Pendler) wurden die Analysen nur mit Suiziden (als Sensitivitätsanalysen) mit Wohnort Frankfurt durchgeführt. Allerdings ist zu beachten, dass damit auch obdachlose Menschen ausgeschlossen wurden. Durch die kleineren Fallzahlen sind die Mortalitätsraten geringer, dennoch bleibt im Vergleich zur Analyse mit allen Suiziden die Erhöhung der Mortalität in der Interventionsphase bestehen (Abbildung 6). Bezüglich der Geschlechtsstratifizierung der Rate ist auch das gleiche Muster erkennbar: Die Mortalitätsrate ist bei der in Frankfurt lebenden männlichen Bevölkerung gesunken, während sie in der weiblichen Bevölkerung Frankfurts leicht gestiegen ist (Abbildung 7). Auch in der weiteren Unterteilung der Mortalitätsrate nach Altersgruppen (Abbildung 8) ist die stark ansteigende Mortalitätsrate mit zunehmendem Lebensalter für Baseline- wie auch Interventionsphase erkennbar. Allerdings zeigt sich hier nochmal deutlicher das Ansteigen der Mortalität bei Frauen im Alter 75 Jahre und älter während sie bei den Männern gleich geblieben ist. Auffällig ist, dass sich die Rate bei den über 75-Jährigen Männern nur wenig zwischen Baseline und Interventionsphase unterscheidet (35.4 vs 36.5) aber bei den Frauen der Anstieg deutlich ausgeprägt ist (12.9 vs 22.9). Auffällig ist auch, dass sich die Raten zwischen Haupt- und Sensitivitätsanalyse bei den Frauen in der Altersgruppe kaum unterscheiden (14.1 zu 22.9) also die Rate um 43% steigt, statt um 38% wenn alle Fälle mit in die Analyse gehen. Bei den Männern findet sich nur ein Anstieg um 3% statt 14% in der Hauptanalyse.

Mortalitätsrate mit 95% (Poisson-)Konfidenzintervall ohne oFW

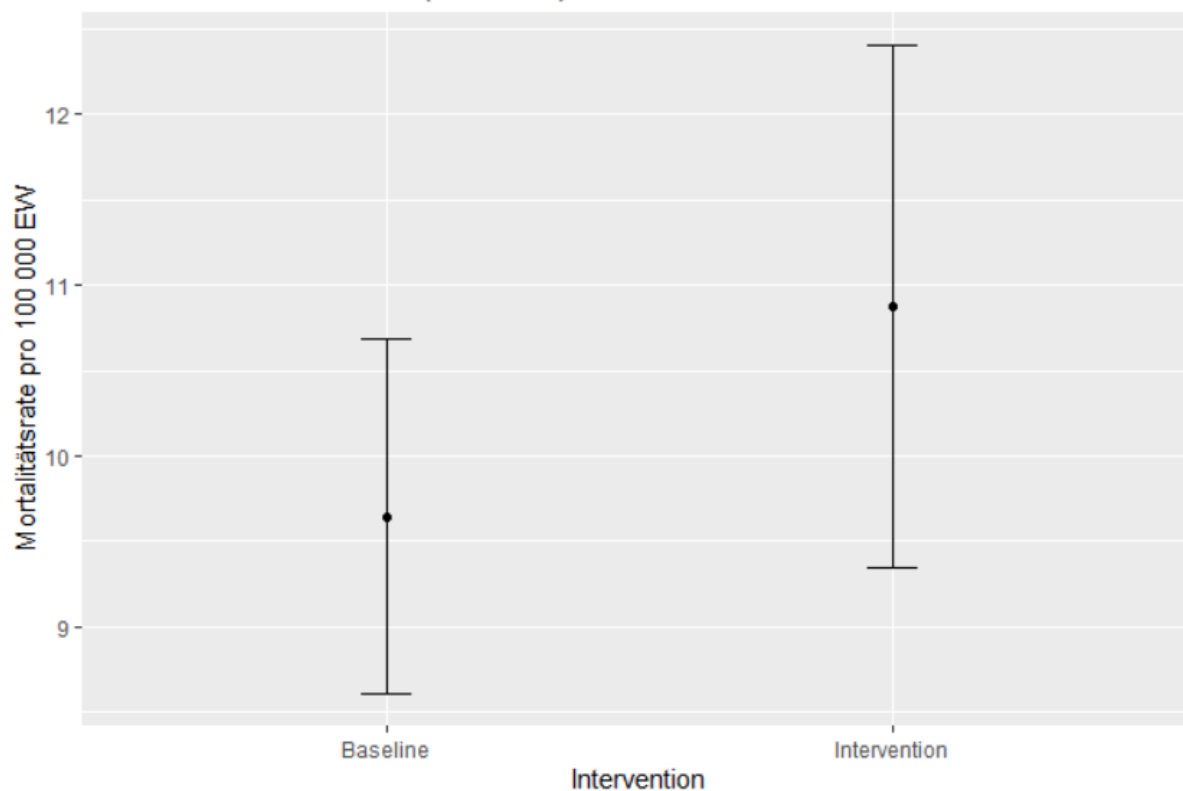


Abbildung 6: Sensitivitätsanalyse der Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit 95%-Poisson Konfidenzintervallen

Mortalitätsrate mit 95% (Poisson-)Konfidenzintervall ohne oFW

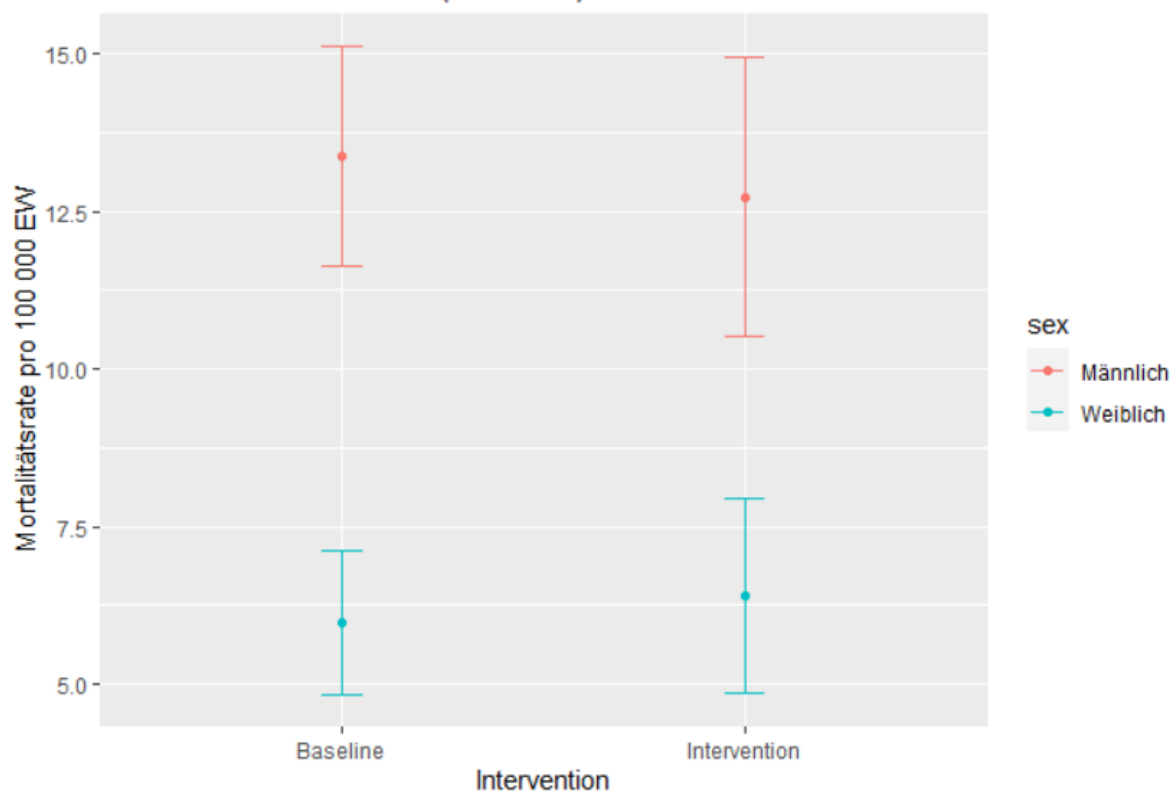


Abbildung 7: Sensitivitätsanalyse der geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit Poisson-Konfidenzintervallen.

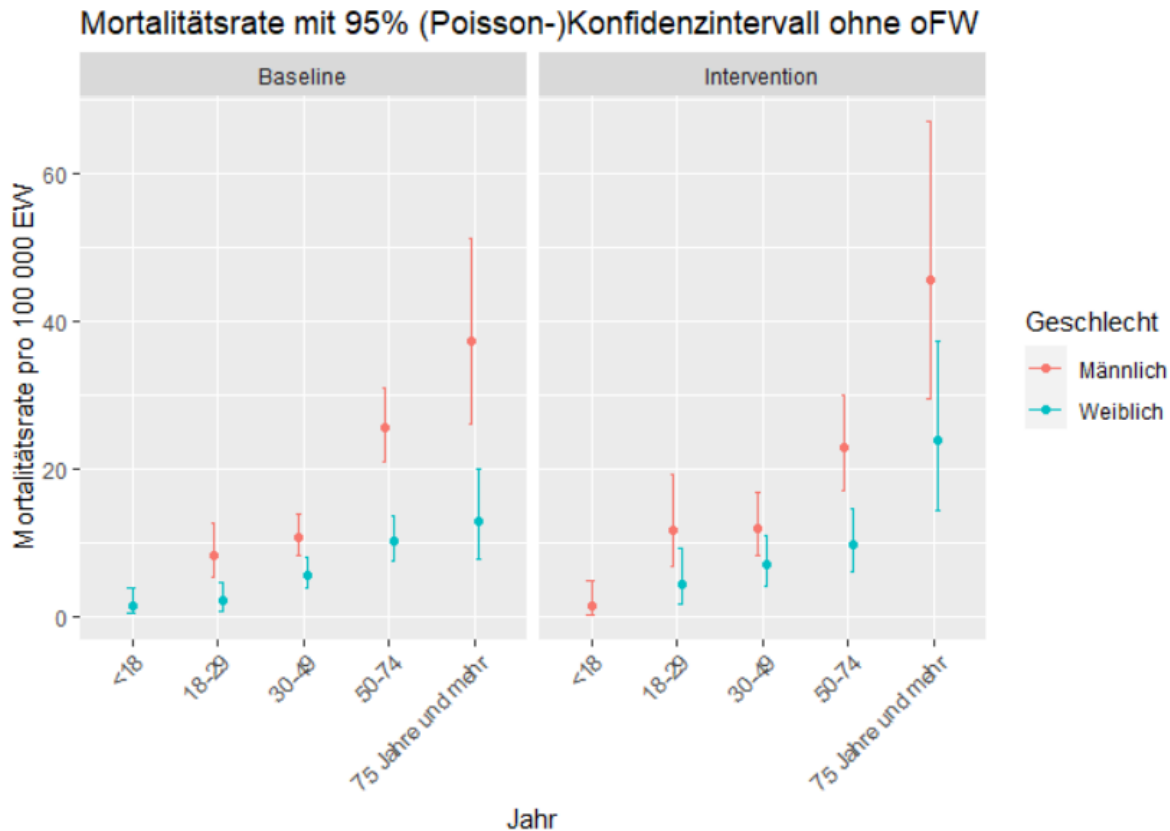


Abbildung 8: Sensitivitätsanalyse der alters- und geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit Poisson-Konfidenzintervallen.

Die Verteilung der Fälle nach Suizidmethode ist in Tabelle 3 wiedergegeben. Die Einteilung der Methoden erfolgt nach den ICD-Codes X60 bis X78 (DIMDI 2019) und wurde in 3 Kategorien zusammengefasst: (Tödliche) Vergiftungen (X60-X69) hierzu zählen Vergiftungen durch unterschiedliche Medikamente oder andere Substanzen. Strangulation (X70) und (tödliche) Verletzungen (X71-X78), hierzu zählen bspw Tod durch Sprung, Schienensuizide, scharfe Gewalt (Stich, Schnit) oder Schuss. Die Suizidmethode wird als ein Erklärungsansatz für alters- und geschlechtsspezifische Suizidmortalität zwischen Baseline- und Interventionsphase herangezogen, da sie neben Alter und Geschlecht retrospektiv „hart“ messbar ist. Aus Tabelle 3 wird deutlich, dass es bei den Frauen unter 75 Jahren nur eine Reduzierung der Fälle bei den Vergiftungen und Verletzung gab, wobei die Verringerung der Fälle bei den Verletzungen nur ca. 3% ausmacht. Bei den Frauen im Alter 75 Jahren und älter ist in jeder Kategorie eine Erhöhung der Fälle zu beobachten. Die stärkste Fallzahlerhöhung ist bei den Strangulationssuiziden unter 75 Jahre zu beobachten (ca. 11%). Im Gegensatz dazu sind die Fallzahlen bei den Strangulationen bei den Männern insgesamt zurückgegangen, besonders deutlich ist die Verringerung bei den unter 75-jährigen Männer (ca. 6 bis 9%). Die Ergebnisse der logistischen Regression (Tabelle 4) bestätigt den signifikanten Rückgang der Fallzahlen zwischen Baseline- und Interventionsphase bei den Strangulationen bzw. die signifikante Fallsteigerung bei den tödlichen Vergiftungen und Verletzungen. Der Interaktionseffekt zwischen Methode und Geschlecht zeigt allerdings keinen signifikanten Effekt.

Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Suizidmethoden zwischen Baseline- und Interventionsphase stratifiziert nach Alter und Geschlecht, getrennt nach Haupt- (alle Fälle) und Sensitivitätsanalysen (grün markiert: Reduzierung des Anteils; rot markiert: Erhöhung des Anteils).

Suizid- methode	Geschlecht	Altersgruppe	Alle Fälle (N=651*)		Sensitivitätsanalyse (N=530*)	
			Baseline	Intervention	Baseline	Intervention
			%			
Vergiftung (X60-X69)	Männlich	<75	48.7	54.9	44.8	56.5
	Männlich	≥75	6.4	3.9	7.5	4.4
	t	<75	0	0		
	t	≥75	0	0		
	Weiblich	<75	30.8	23.5	32.8	19.6
	Weiblich	≥75	14.1	17.7	14.9	19.6
Strangulation (X70)	Männlich	<75	64.2	55.1	60.0	54.2
	Männlich	≥75	11.9	8.2	14.6	8.3
	T	<75	1.490	0		
	T	≥75	0	0		
	Weiblich	<75	17.9	28.6	20.0	29.2
	Weiblich	≥75	4.5	8.2	5.5	8.3
Verletzung (X71-X84)	Männlich	<75	62.1	51.7	61.2	51.0
	Männlich	≥75	10.0	19.2	10.5	19.0
	T	<75	0	0		
	T	≥75	0	0		
	Weiblich	<75	25.6	23.3	26.3	24.0
	Weiblich	≥75	2.4	5.8	1.9	6.0

*Ausschluss von 2 Fällen aufgrund fehlender Werte bei der Suizidmethode

Tabelle 4: Ergebnisse der logistischen Regression mit Baseline-/Interventionsphase als abhängige Variable und Suizidmethode, Alter, Geschlecht und dem Interaktionsterm Suizidmethode*Geschlecht als Prädiktoren. Der Interaktionsterm Suizidmethode*Alter wurde aus dem Modell entfernt.

Prädiktoren	Alle Fälle (N=643)			Sensitivitätsanalyse (N=524)		
	Odds Ratios	CI	p	Odds Ratios	CI	p
(Intercept)	0.27	0.15 – 0.51	<0.001	0.34	0.17 – 0.67	0.002
Suizidmethode X60-X69 [ref = "X70"]	2.31	1.25 – 4.29	0.008	2.20	1.15 – 4.23	0.018
Suizidmethode X71-X84 [ref = "X70"]	1.86	1.13 – 3.97	0.012	1.76	1.06 – 2.97	0.032
Geschlecht [weiblich]	1.97	0.96 – 4.00	0.061	1.76	0.85 – 3.63	0.126
Alter	1.00	0.99 – 1.01	0.636	1.00	0.99 – 1.01	0.782
Suizidmethode X60-X69 [ref = "X70"] * Geschlecht [weiblich]	0.41	0.15 – 1.14	0.087	0.39	0.14 – 1.11	0.077
Suizidmethode X71-X84 [ref = "X70"] * Geschlecht [weiblich]	0.53	0.22 – 1.23	0.153	0.62	0.25 – 1.55	0.302

4.1.2 Forensische Toxikologie

Unter den 106 obduzierten Suizidenten waren 60 Männer (26 % des Gesamtkollektivs) und 46 Frauen (20 % des Gesamtkollektivs). Die Suizidenten waren überwiegend nicht alkoholisiert (79.8 % des Untersuchungskollektivs), 8.5 % waren moderat (< 1.1 ‰), 6.4 % höhergradig (> 1.1 ‰ und < 2.0 ‰) und 5.3 % der Fälle stark alkoholisiert (> 2.0 ‰). Die Haaruntersuchung auf das Alkoholstoffwechselprodukt Ethylglukuronid (EtG) belegte für 64.4 % der untersuchten Suizidenten keinen regelmäßigen Alkoholkonsum, in 16.3 % der Fälle lag ein „sozialer Alkoholkonsum“ vor und in 19.2 % der Fälle konnte ein übermäßiger Alkoholkonsum festgestellt werden (General Assembly of SoHT 2019).

Bei 27 % aller toxikologisch untersuchten Fälle wurde keine Aufnahme von Arznei- und Betäubungsmitteln oder sonstigen toxikologischen Noxen nachgewiesen. In 26 % der Fälle konnte die Aufnahme einer Substanz, in 12 % von zwei, in 14 % von drei, in 9 % von vier und in 12 % der Fälle die Einnahme von mindestens 5 oder mehr Substanzen nachgewiesen werden. Bei einer Verstorbenen wurden insgesamt 12 zum Todeszeitpunkt wirksame Substanzen detektiert.

Bei Kategorisierung der aufgenommenen Substanzen wurden in 9 % aller untersuchten Fälle die Aufnahme von Cannabis (Männer (m): 6 %, Frauen (f): 3 %), in 13 % von Stimulanzien (m: 8 %, f: 5 %), in 5 % von Heroin/Opium (m: 3 %; f: 2 %) und in 17 % von Opioiden (m: 9 %, f: 8 %) nachgewiesen. Antidepressiva wurden in 35 % (m: 15 %, f: 20 %), Antipsychotika in 27 % (m: 14%, f: 13%) und Sedativa in 26 % (m: 11 %, f: 15 %) aller untersuchten Fälle nachgewiesen. Ferner konnte die Aufnahme von Antihistaminika (Diphenhydramin, Doxylamin, Chlorphenamin) in 12 %, von Antikonvulsiva in 4 % und von anderen Substanzen/Arzneistoffen in 7 % des Untersuchungskollektivs festgestellt werden.

Die Häufigkeit der Einnahme illegaler Substanzen lag in der Altersgruppe der 40-49-Jährigen am höchsten. Insgesamt konnte eine Einnahme illegaler Substanzen in den Altersklassen von 10-59 Jahren nachgewiesen

werden, ab einem Sterbealter von 60 Jahren wurde eine Einnahme von Drogen nicht mehr festgestellt. Die Substanzkategorien der Antidepressiva/Antipsychotika und Sedativa war in allen Altersklassen (10-89) vertreten, mit einem Schwerpunkt bei den 40-59-Jährigen.

Weiterhin wurde ausgewertet, inwiefern eine Therapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei den Suizidenten bekannt war (Angaben von Angehörigen und/oder Bekannten am Suizidort, ggf. ergänzt durch weiterführende polizeiliche Ermittlungsergebnisse). In 36 % der Fälle war eine Therapie mit derartigen Psychopharmaka bekannt, ebenfalls in 36 % der Fälle war eine Therapie nicht bekannt. Bei den verbleibenden Fällen lag hierzu keine Information vor (28 %). Bei den Personen mit bekannter Psychopharmakatherapie wurde in 68 % der Fälle eine Einnahme der verschriebenen Medikamente nachgewiesen, hierbei lag in 27 % zumindest eine teilweise Einnahme der verordneten Medikation vor. In 32 % der Fälle war zwar eine Therapie bekannt, aber eine aktuelle Einnahme nicht nachweisbar. Von den Personen, bei denen eine Psychopharmakatherapie durch Angehörige oder Ermittlungsbehörden nicht ermittelt werden konnte, wurden in 21 % der Fälle dennoch Psychopharmaka nachgewiesen.

Mit Bezug auf die Kategorisierung der Suizidmethoden soll die Gruppe der Intoxikationen hier detaillierter dargestellt werden. Bei der Auswertung wurden in den rechtsmedizinisch nicht untersuchten Fällen die Informationen aus der Vorgeschichte und der Auffindesituation zugrunde gelegt. Insgesamt fanden sich 50 Intoxikationen (22 %) im Gesamtkollektiv, unter Berücksichtigung der 13 Fälle mit kombinierten Suizidmethoden nutzten insgesamt 56 der Personen toxische Stoffe im Kontext mit ihrem Suizid (24,5 %). Von den 56 Intoxikationsfällen konnten 31 Fälle durch chemisch-toxikologische Untersuchungen aufgeklärt werden. Die eingenommenen Intoxikationssubstanzen lagen in vielfältigen Kombinationen vor, sodass die Substanzen grob Kategorien zugeordnet wurden (Abbildung 9).

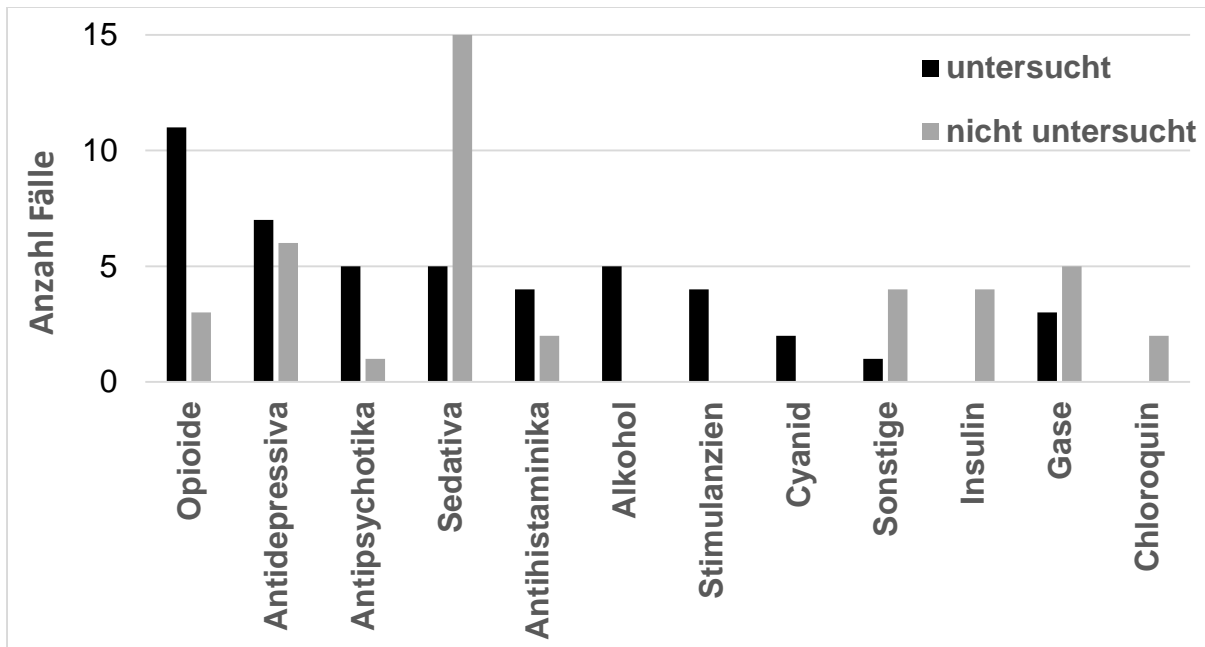


Abbildung 9: Anzahl an Suizidenten mit Einnahme von Fremdstoffen in den genannten Kategorien, differenziert nach Feststellungen durch toxikologische Untersuchungen sowie nach Informationen zu rechtsmedizinisch nicht weiter aufgearbeiteten Fällen.

Als wichtigste Intoxikationsgruppen sind Substanzen wie Opiode (insbesondere Fentanyl), Antidepressiva und Antipsychotika sowie Sedativa zu nennen. Letztere Gruppe wurde häufig mit Alkohol und weiteren zentraldämpfenden Substanzen kombiniert. Eine reine Alkoholintoxikation lag lediglich in einem Fall vor. Hervorzuheben ist die Einnahme exotischerer Substanzen wie Cyanid (2 Fälle) und auch von Gasen wie Kohlenmonoxid (unvollständige Verbrennung) und Kohlendioxid. In 4 weiteren Fällen spielte die Einatmung von Helium bzw. Stickstoff eine unterstützende Rolle, diese Fälle wurden aufgrund der Pathophysiologie zur Todesart „Ersticken“ gezählt. Bei den toxikologisch nicht untersuchten Fällen ergab die Vorgeschichte in 4 Fällen Hinweise auf die Aufnahme von Insulin sowie in 2 anderen Fällen zusätzlich von Chloroquin (Malariamedikament).

Bei der Geschlechterverteilung der Intoxikationsfälle (n=56) (Abbildung 10) zeigt sich, dass der Altersschwerpunkt bei Männern im Alter zwischen 50-59 Jahren und bei Frauen im Alter zwischen 70-89 Jahren liegt.

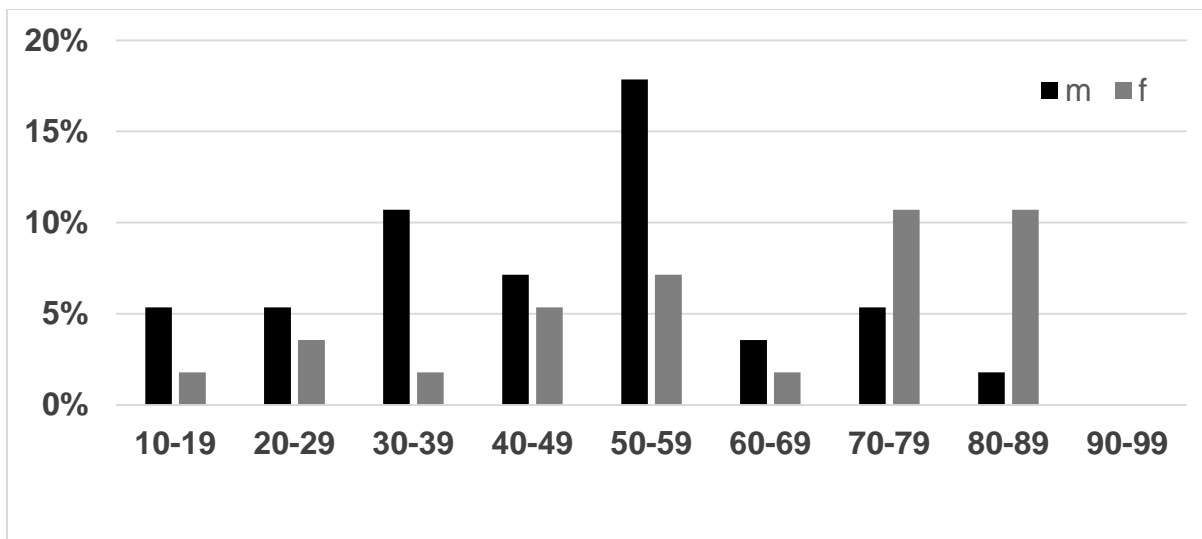


Abbildung 10: Geschlechterverteilung der Intoxikationsfälle.

In 17.9 % des Untersuchungskollektivs wurden zudem Substanzen nachgewiesen, die zwar nicht todesursächlich im Sinne einer Intoxikation waren, den Todeseintritt aber erleichtert haben können (z. B. erhöhte Konzentration an Tramadol mit nachfolgendem Erhängen; Infusion mit Piritramid, Atracurium, Tramadol und Alprazolam bei gleichzeitiger Stickstoffinhalation). Die chemisch-toxikologischen Untersuchungen lieferten daher bei anscheinend eindeutigen Todesarten darüber hinausgehende Informationen zur Begehungsweise, beispielsweise der Nutzung von Sedativa zur Erleichterung des Sterbens. Dies kann für Angehörige eine wertvolle Information sein

4.1.3 Sekundäres Zielkriterium und Subgruppen-Analysen

Tabelle 5: Verteilung der Fallzahlen der Suizidversuche während Baseline- und Interventionsphase getrennt nach Gesamtzahl der Fälle und der Fälle mit festen Wohnsitz in Frankfurt.

Variable	Ausprägung	N (%)	Alle Fälle (N=1213)		Sensitivitätsanalyse (N=930)	
			Baseline (N=196)	Intervention (N=1017)	Baseline (N=156)	Intervention (N=774)
Geschlecht	Männlich	N (%)	103 (52.6%)	526 (51.7%)	79 (50.6%)	378 (48.8%)
	Weiblich	N (%)	91 (46.4%)	487 (47.9%)	75 (48.1%)	394 (50.9%)
	Anderes	N (%)	2 (1.0%)	3 (0.3%)	2 (1.3%)	1 (0.1%)
	Keine Angabe	N (%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
Alters-gruppe	<18	N(%)	14 (7.1%)	70 (6.9%)	12 (7.7%)	58 (7.5%)
	18-29	N(%)	63 (32.1%)	291 (28.7%)	47 (30.1%)	201 (26.0%)
	30-49	N(%)	66 (33.7%)	378 (37.3%)	50 (32.1%)	273 (35.4%)
	50-74	N(%)	35 (17.9%)	211 (20.8%)	32 (20.5%)	182 (23.6%)
	75 und mehr	N(%)	18 (9.2%)	64 (6.3%)	15 (9.6%)	58 (7.5%)
Suizid-methode	X60-69	N(%)	113 (57.7%)	522 (51.3%)	88 (56.4%)	400 (51.7%)
	X70	N(%)	15 (7.7%)	57 (5.6%)	12 (7.7%)	45 (5.8%)
	X71-84	N(%)	68 (34.7%)	438 (43.1%)	56 (35.9%)	329 (42.5%)

In Tabelle 5 sind die Fallzahlen bzgl der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase wiedergegeben. Zusätzlich wurden die Suizidversuche mit festem Wohnsitz in Frankfurt als Sensitivitätsanalyse getrennt ausgewertet. Insgesamt wurden im Projektzeitraum 1213 Suizidversuche dokumentiert. Die Geschlechtsverteilung ist zwischen Baseline und Interventionsphase ähnlich verteilt mit einem Anteil von rund 53% Männern in der Baseline- zu 52% in der Interventionsphase. Unter den Suizidversuchen mit Wohnsitz in Frankfurt sind Männer mit in der Baseline- 51% vs 49% der Interventionsphase vertreten. Auch die Altersverteilung zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen Baseline- und Interventionsphase, dies ist auch in der Sensitivitätsanalyse der Fall. Die meisten Fälle sind in den mittleren Altersgruppen zwischen 18 und 74 Jahren zu beobachten. Dabei gibt es in der Baselinephase die meisten Fälle in den Altersgruppen 18 bis 29 und 30 bis 49 Jahre. Bei den 18 bis 29-jährigen ist eine Senkung der Fälle um rund 4% zu erkennen, das ist auch in der Sensitivitätsanalyse zu beobachten. Bei den 30 bis 49-jährigen ist dagegen ein leichter Anstieg der Fallzahlen zu erkennen. Bei den 75jährigen und älter ist auch eine leichte Abnahme zu erkennen. Die unter 18-jährigen zeigen kaum Veränderung in den Fallzahlen. Bei den angewendeten Suizidmethoden fällt der geringere Anteil von Fällen auf, die einen Suizidversuch durch Strangulation (X70) durchgeführt haben. Hier ist auch eine Abnahme der Fallzahlen zu erkennen. Dagegen haben die Fälle im Vergleich Baseline- zu Interventionsphase zugenommen, die Methoden verwendet haben, die auf Verletzungen (Schnitt, Sprung etc. (X71-X84) beruhen. Bei den Vergiftungen ist eine leichte Abnahme zu erkennen.

Die Inzidenzrate der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase ist in Abbildung 11 wiedergegeben. Die längeren Konfidenzintervalle in der Baselinephase resultieren aus dem Umstand das der Beobachtungszeitraum in der Baselinephase wesentlich kürzer war als in der Interventionsphase (5 vs 28 Monate). Es ist zwar ein Absinken der Inzidenzrate zu erkennen, allerdings liegt auch diese wieder im Bereich der Zufallsschwankung.

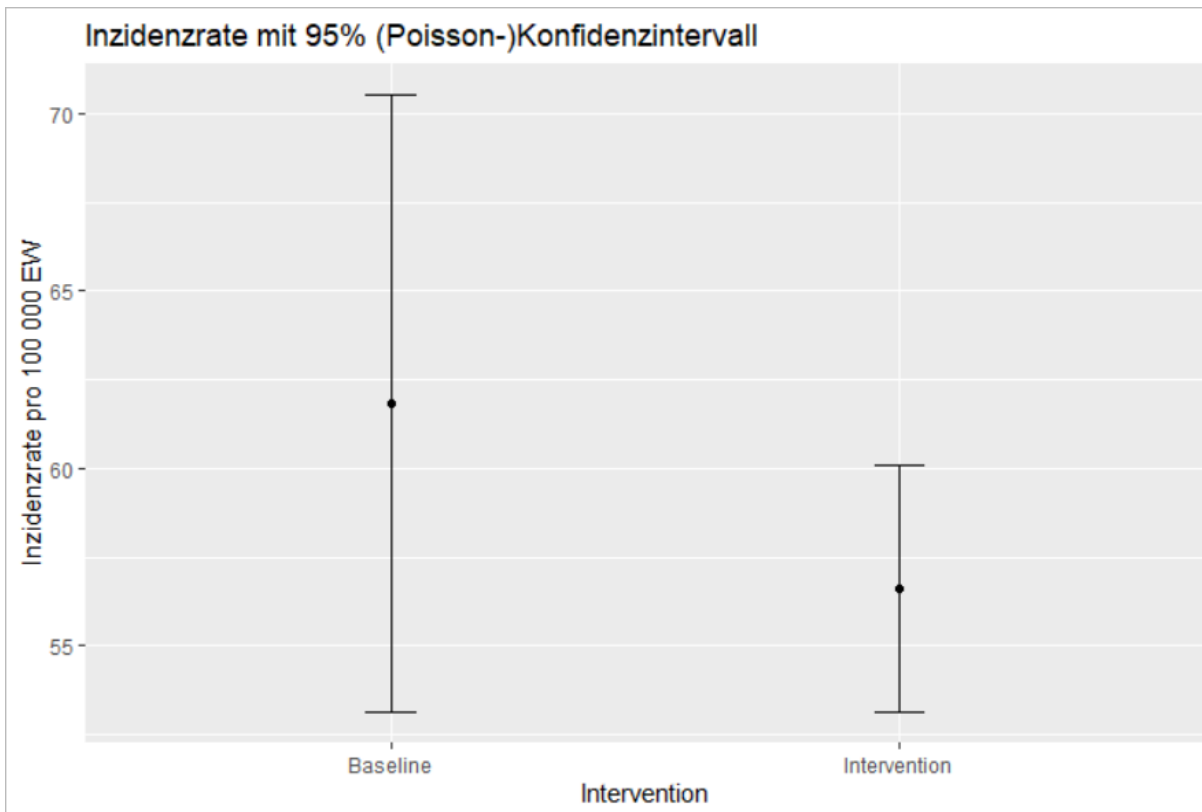


Abbildung 11: Inzidenzrate pro 100 000 Einwohnern der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase.

Die geschlechtsstratifizierte Inzidenzrate (Abbildung 12) zeigt die gleiche Entwicklung mit leicht geringeren Inzidenzraten bei den Frauen. Die weitere Aufteilung der Inzidenzrate nach Geschlecht und Altersgruppen (Abbildung 13) zeigt im Gegensatz zur Mortalitätsrate bei den Suiziden ein Absinken mit zunehmendem Alter (ab ca. 30 Jahre). Auffällig bei den alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzraten ist, dass sich diese zwischen den Geschlechtern nur wenig unterscheiden. In der Interventionsphase zeigt sich bei den unter 18-jährigen Frauen eine höhere Inzidenzrate, während bei den 30 bis 74-jährigen die Männer eine leicht höhere Rate aufweisen. Bei den 18- bis 29-Jährigen und den über 75-Jährigen liegt die Inzidenz sogar vergleichbar hoch.

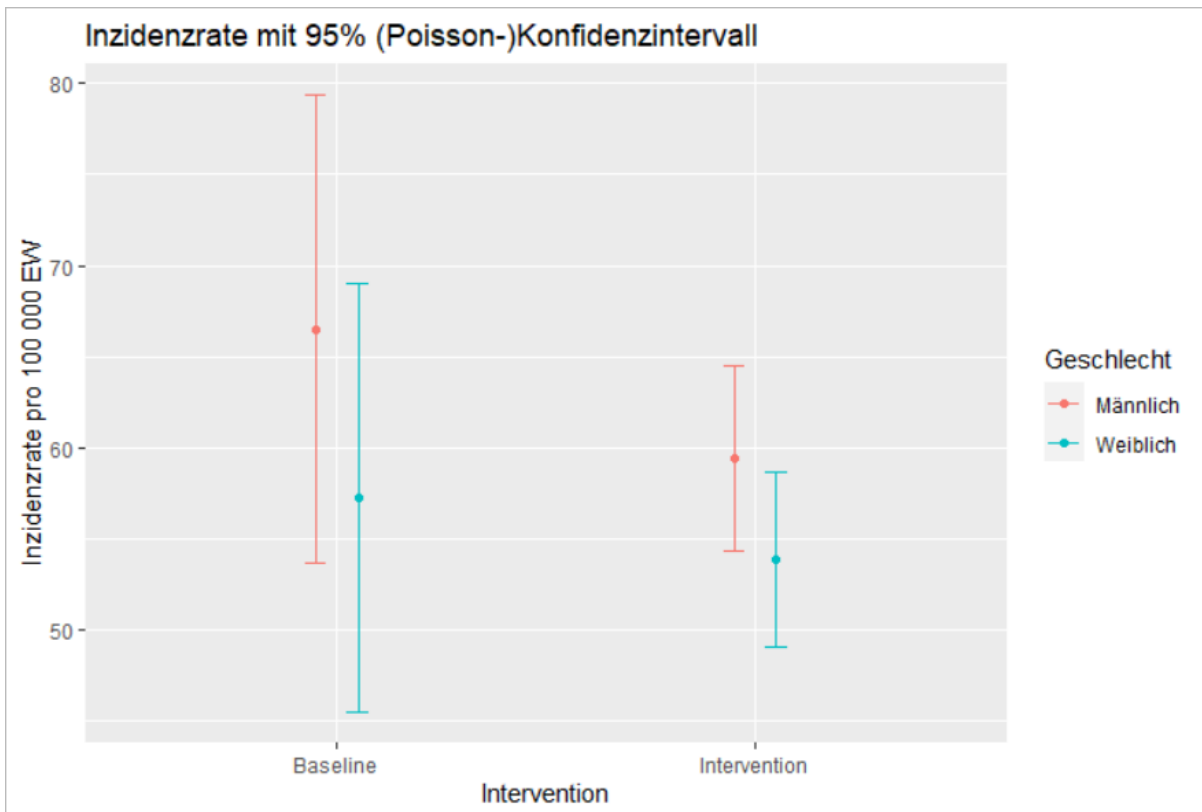


Abbildung 12: Geschlechtsspezifische Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase.

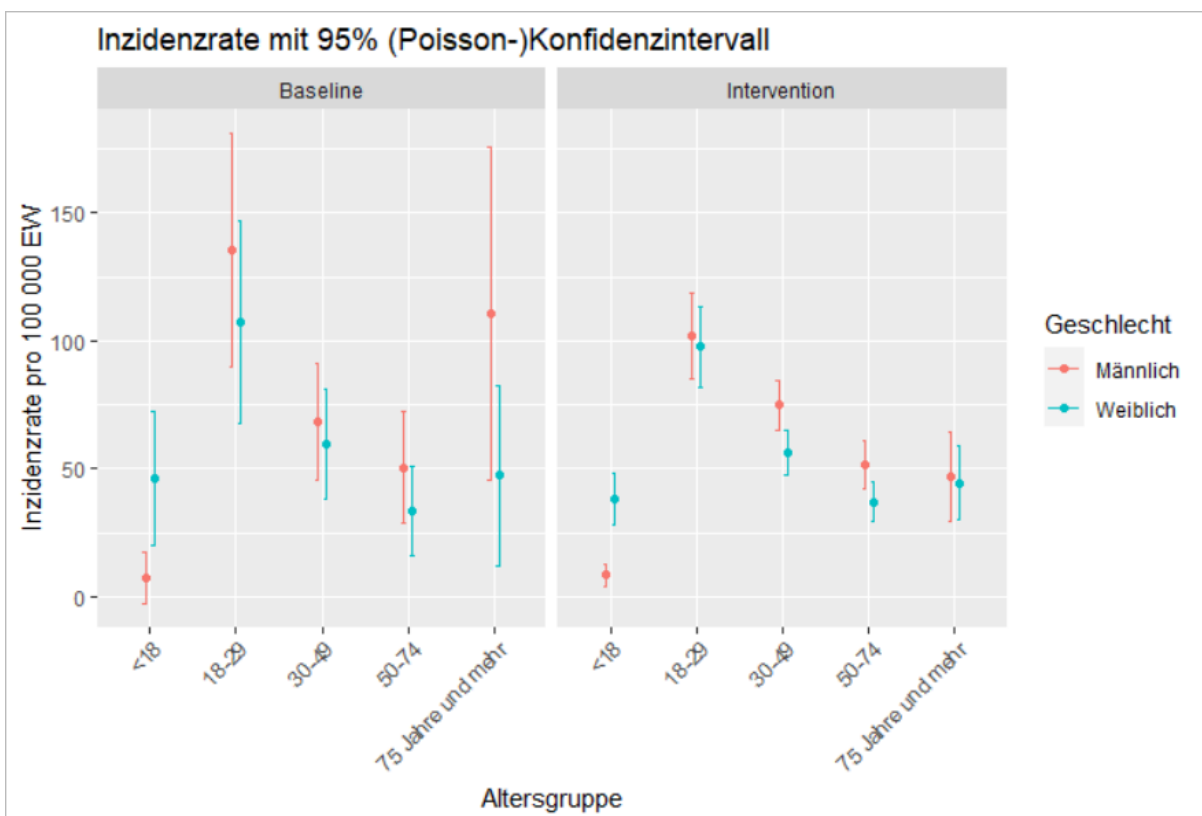


Abbildung 13: Alters- und geschlechtsstratifizierte Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase.

Die Sensitivitätsanalyse der Suizidversuche mit Wohnort Frankfurt (Abbildung 14 bis Abbildung 16) bestätigt noch einmal die Trends in den (alters- und geschlechtsstratifizierten) Inzidenzraten: Es ist ein Absinken der mittleren Inzidenzraten zwischen Baseline und Interventionsphase zu beobachten. Allerdings

ist diese Differenz aufgrund der stark überlappenden Konfidenzintervalle nicht signifikant. Auch zeigen sich ähnliche Inzidenzraten zwischen den Geschlechtern. In der Interventionsphase ist diese sogar bei den Frauen leicht höher, wenn nur nach dem Geschlecht unterschieden wird. Auch bei der weiteren Stratifizierung nach Altersgruppen zeigen sich sehr ähnliche Inzidenzraten zwischen den Geschlechtern.

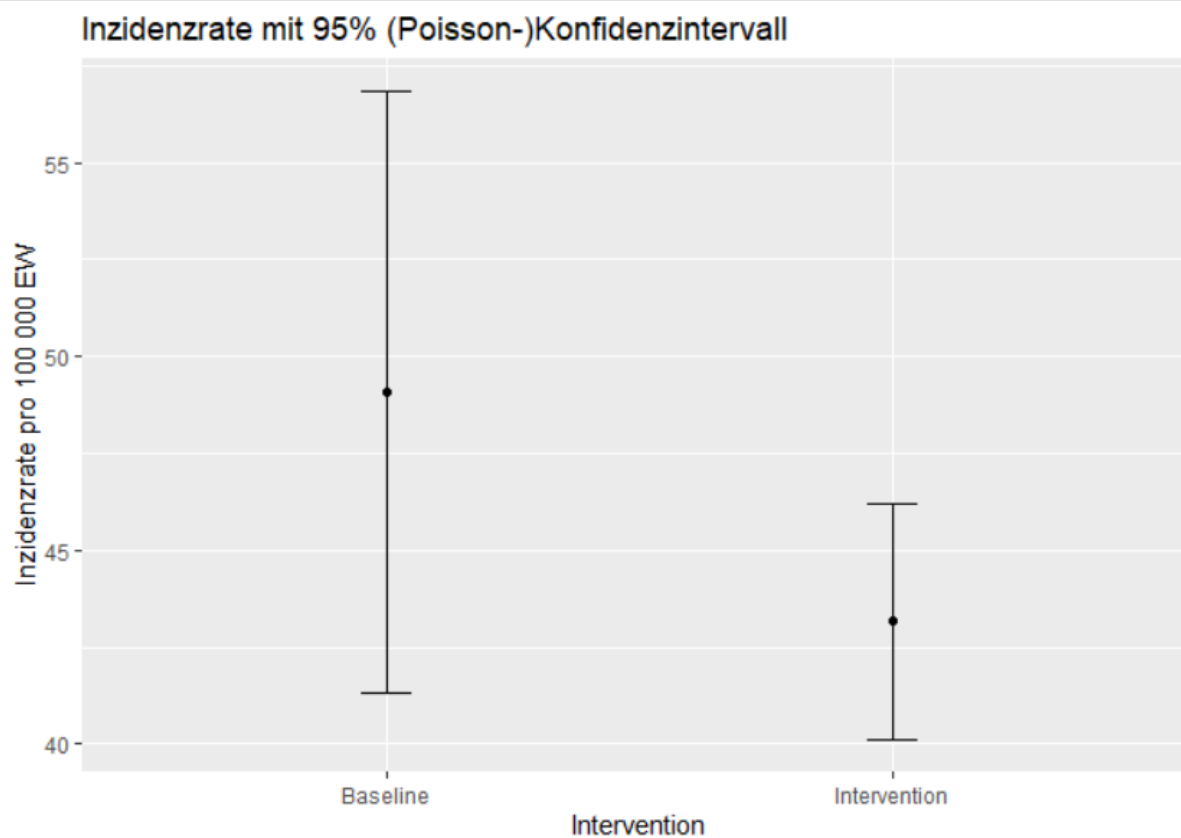


Abbildung 14: Inzidenzrate pro 100 000 Einwohnern der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festem Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).

Inzidenzrate mit 95% (Poisson-)Konfidenzintervall

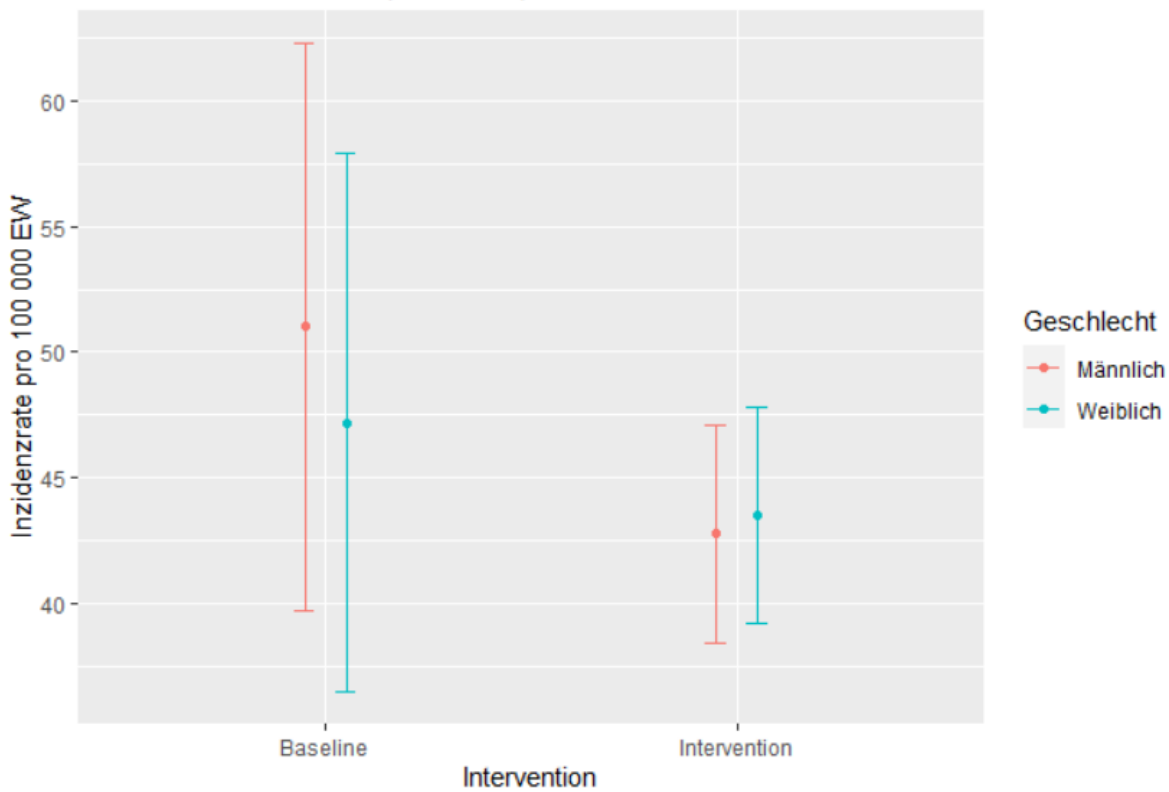


Abbildung 15: Geschlechtsspezifische Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festen Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).

Inzidenzrate mit 95% (Poisson-)Konfidenzintervall

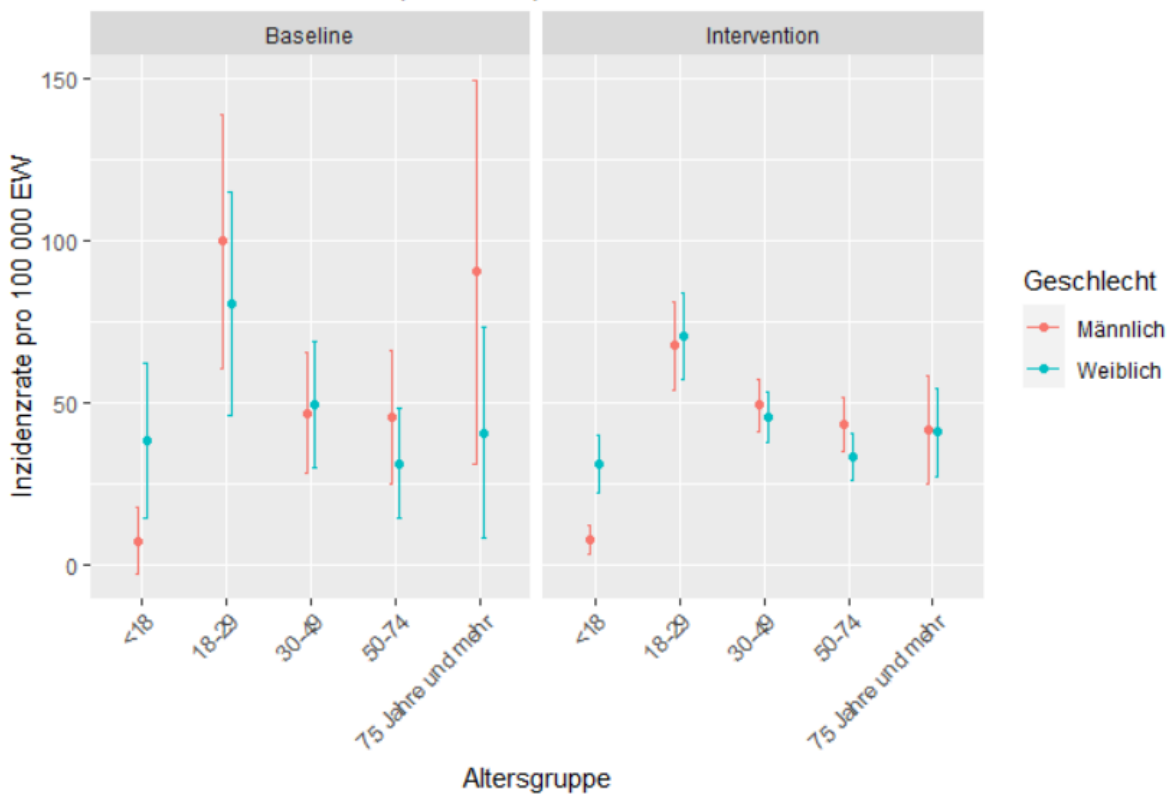


Abbildung 16: Alters- und geschlechtsstratifizierte Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festen Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).

Allerdings muss hier auch noch einmal betont werden, dass auf Grund der geringen Beobachtungsdauer der Baselinephase die Fallzahlen im Vergleich zur Interventionsphase geringer sind und daher größere Varianzschwankungen aufweisen. Das drückt sich in den großen Konfidenzintervallen aus. Ein direkter Vergleich der beiden Phasen ist daher nur eingeschränkt sinnvoll. Auf einen statistischen Vergleich zwischen Baseline und Interventionsphase mittels logistischer Regression bezüglich der Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und Suizidmethoden wird aufgrund des unbalancierten Designs verzichtet.

Die prozentuale Verteilung der Suizidmethoden in Tabelle 5 zeigt eine ähnliche Ausprägung zwischen der Baseline und Interventionsphase. Nur bei den Methoden X71-X84 kann eine Zunahme der Fälle um 8 bzw. 7% beobachtet werden. Allerdings ist diese Erhöhung nicht signifikant und aufgrund der kleinen Fallzahl in der Baseline-Phase mit Vorsicht zu interpretieren.

4.2 Räumliche Analysen

4.2.1 Räumliches Hintergrundrisiko

Die räumlich-epidemiologische Darstellung des Suizidrisikos ist in Abbildung 17 dargestellt. Zur Orientierung ist in Abbildung 19 eine Karte mit den Namen der Stadtteile dargestellt. Die Suizide wurden anhand des Wohnortes zum jeweiligen Stadtbezirk zugeordnet und auf die Einwohnerzahl des Stadtbezirks mittels standardisiertem Inzidenzverhältnis (SIR) adjustiert. D.h. es wurde dafür adjustiert, dass viele Suizidfälle in einem Stadtbezirk einfach einer hohen Einwohnerzahl geschuldet sind. Werte über 1 zeigen einen höheren Anteil an beobachteten Suizidfällen als in der Bevölkerung zu erwarten sind. Aufgrund fehlender verlässlicher Daten wurde als Erwartungswert für die erwarteten Suizidfälle die Gesamtzahl der Suizide im Untersuchungszeitraum und im Stadtgebiet Frankfurt geteilt durch die Einwohnerzahl genommen. In der Baselinephase konnten 351 Suizidfälle einem Stadtbezirk zugeordnet werden und in der Interventionsphase waren es 142 Fälle. Ein erhöhtes Suizidrisiko konnte in der Baseline- und Interventionsphase im Süden des Stadtgebietes festgestellt werden (Sachsenhausen-Süd, Gutleutviertel) sowie in Alt- und Innenstadt. In der Baselinephase waren auch Gebiete in südöstlicher Richtung von einem erhöhten Suizidrisiko betroffen, wie das Ostend. In westlicher Richtung stachen die Stadtrandgebiete Unterliederbach, Sossenheim und zum Teil Zeilsheim in beiden Phasen hervor. In der Interventionsphase zeigten die Stadtteile Harheim und Berkersheim ein erhöhtes Suizidrisiko. Aufgrund der viel kleineren Fallzahl in der Interventionsphase muss beachtet werden, dass das Suizidrisiko einer größeren Variabilität unterliegt als in der Baselinephase und ein Vergleich zwischen den Phasen nur sehr eingeschränkt möglich ist.

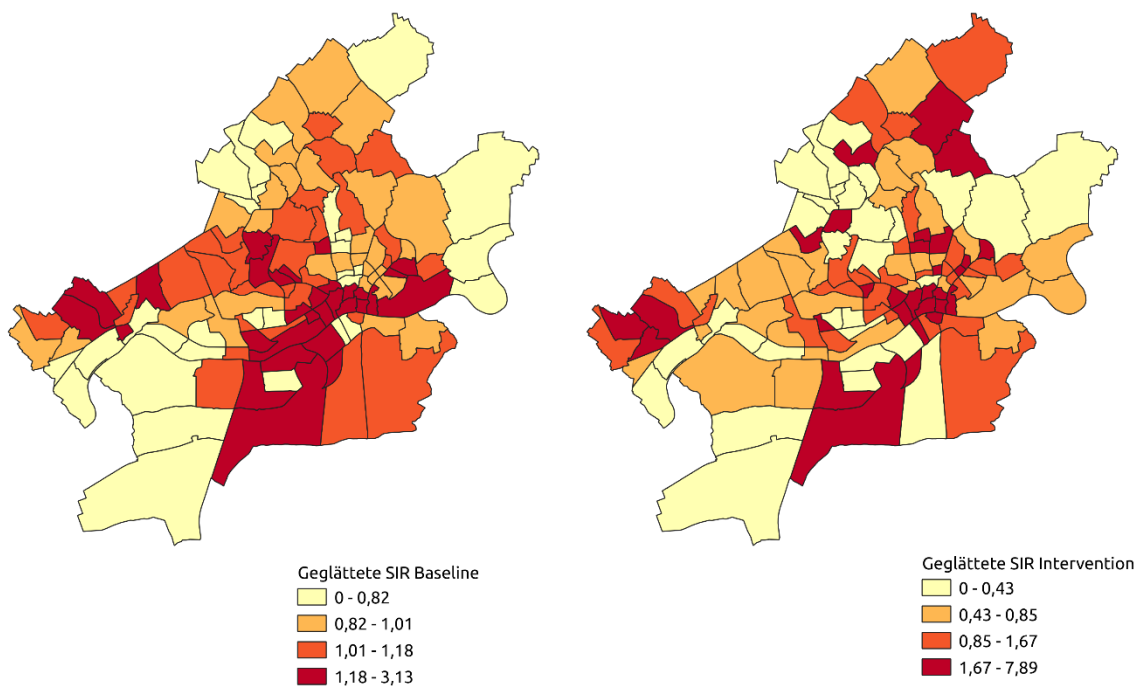


Abbildung 17: Räumlich geglättete standardisierte Suizidmortalität (SIR) zwischen Baseline- und Interventionsphase im Stadtgebiet Frankfurt auf Stadtbezirksebene (N=119).

Im Gegensatz zu den vollendeten Suiziden weist die Baselinephase bei den Suizidversuchen (Abbildung 18) viel weniger Fälle auf als die Interventionsphase. Hier konnten 150 Suizidversuch in der Baselinephase einem Stadtbezirk zugeordnet werden und 731 Fälle in der Interventionsphase. Daher zeigt hier die Interventionsphase statistisch verlässlichere Schätzer für das räumliche Risiko eines Suizidversuches. Die Stadtteile mit dem höchsten Risiko liegen im Osten (Ostend, Oberrad, Fechenheim), wie auch im Norden (Nieder-Eschbach, Bonames, Harheim, Frankfurter Berg) und Westen (Zeilsheim, Sindlingen). Auch der Stadtteil Gutleutviertel im Innenstadtbereich sticht mit einem hohen Risiko hervor.

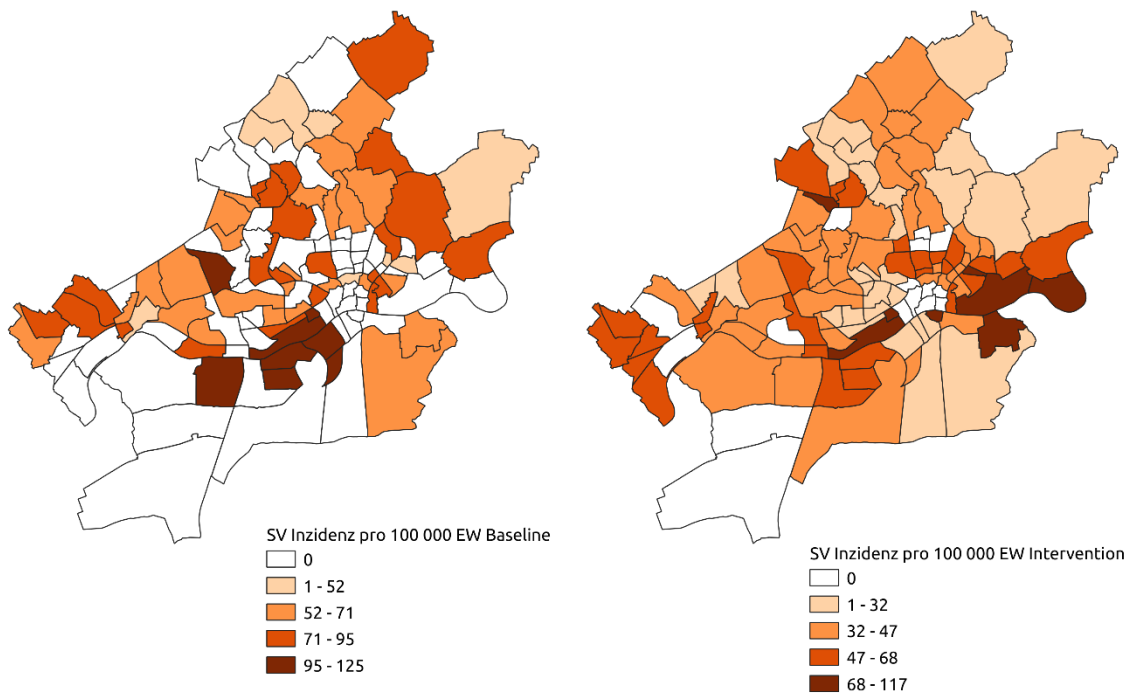


Abbildung 18: Räumlich geglättete Inzidenz der Suizidversuche pro 100 000 EW zwischen Baseline- und Interventionsphase im Stadtgebiet Frankfurt auf Stadtbezirksebene (N=119).



Abbildung 19: Übersicht über die Frankfurter Stadtteile (N=46) mit Namen.

4.2.2 Tatortanalysen

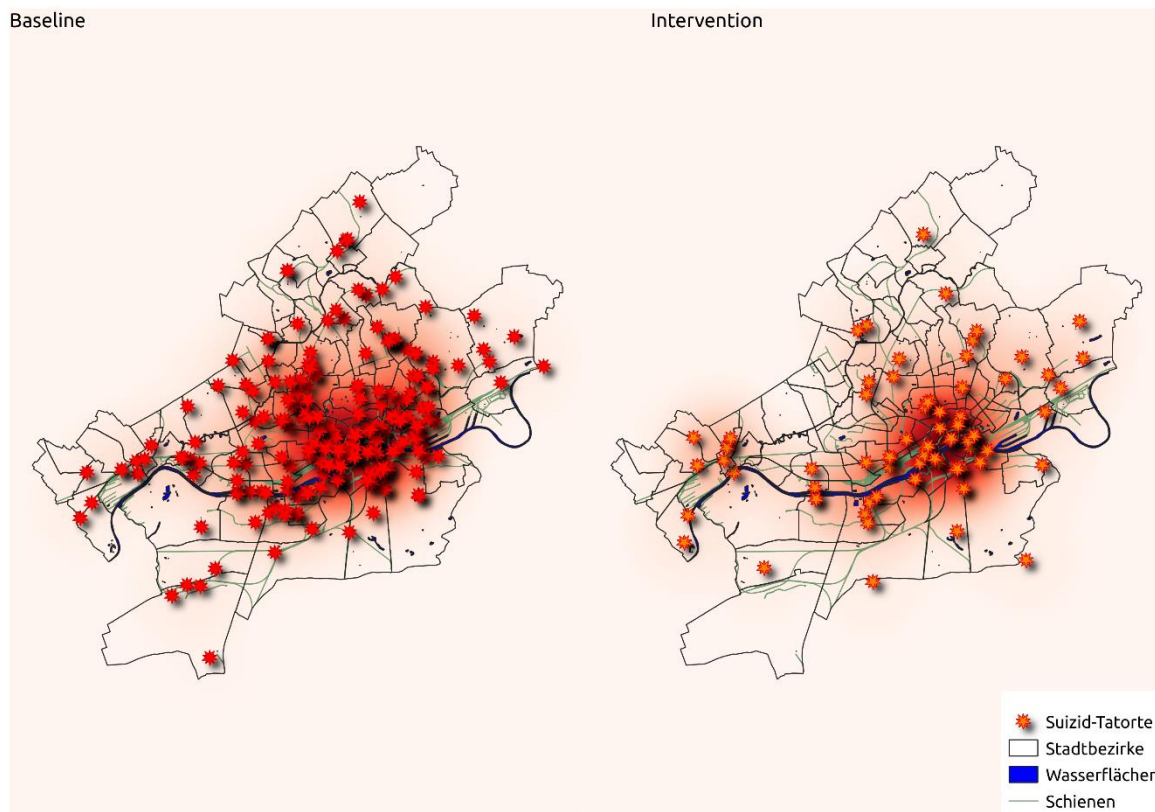


Abbildung 20: Räumliche Verteilung der Suizid-Tatorte im Vergleich Baseline- und Interventionsphase im öffentlichen Raum Frankfurt.

Bei den Suizid-Tatorten handelt es sich um die Suizide, die nicht im häuslichen Umfeld begangen worden sind. In der Baselinephase konnten 226 Standorte und in der Interventionsphase 82 Standorte geokodiert werden. Abbildung 20 zeigt die Verteilung der Suizid-Tatorte, dabei sind die Tatorte über das ganze Stadtgebiet verteilt mit Konzentration in Bahnhofsnähe sowie in Alt- und Innenstadt. Da der Unterschied der Suizid-Tatorte zwischen Baseline und Interventionsphase hauptsächlich in der Anzahl der Tatorte und nicht in der räumlichen Verteilung besteht, wurde die räumliche Verteilung aller Suizidstandorte nach den Suizidmethoden im öffentlichen Raum kartographisch dargestellt. Aufgrund der Datenfülle wird exemplarisch nur auf die Schienensuizide eingegangen. In Abbildung 21 sind die Tatorte dargestellt, die im Bereich von Bahnhöfen oder direkt auf der Schiene begangen wurden zusätzlich ist das Schienennetz hinterlegt. Es wird ersichtlich, dass sich die Suizide vor allem in ost-westlicher Richtung am Hauptschienennetz sowie in nördlicher Richtung (Main-Weser-Bahn, RE, 15, RE 30, RE 98, RE 99, S5 und S6) der Stadt verteilen. Betrachtet man die räumliche Verteilung der Schienentatorte mit dem räumlichen Suizidrisiko (auf Grundlage des Wohnortes der Suizidenten) (Abbildung 22) wird deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen Stadtbezirken mit einem erhöhten Suizidrisiko und den Tatorten der

Schienensuizide gibt. Die Tatorte befinden sich in der Mehrzahl in Stadtbezirken mit dem höchsten Suizidrisiko.

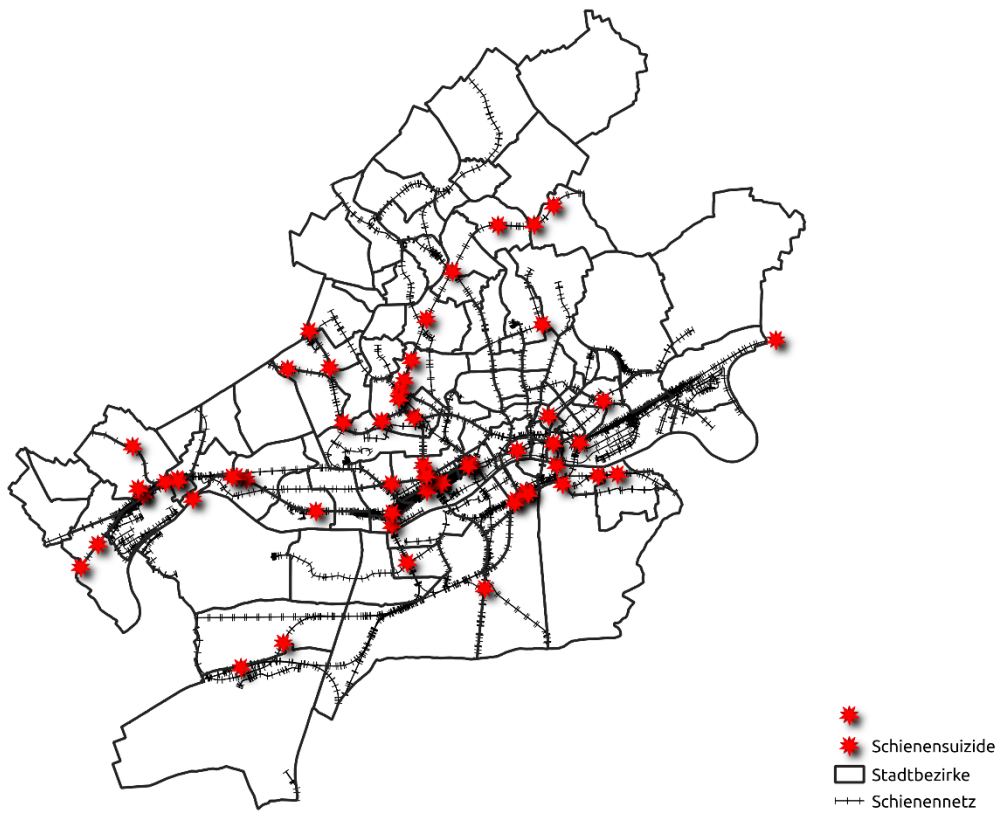


Abbildung 21: Räumliche Verteilung der Schienensuizide in Zusammenhang mit dem Schiennetz im Stadtgebiet Frankfurt.

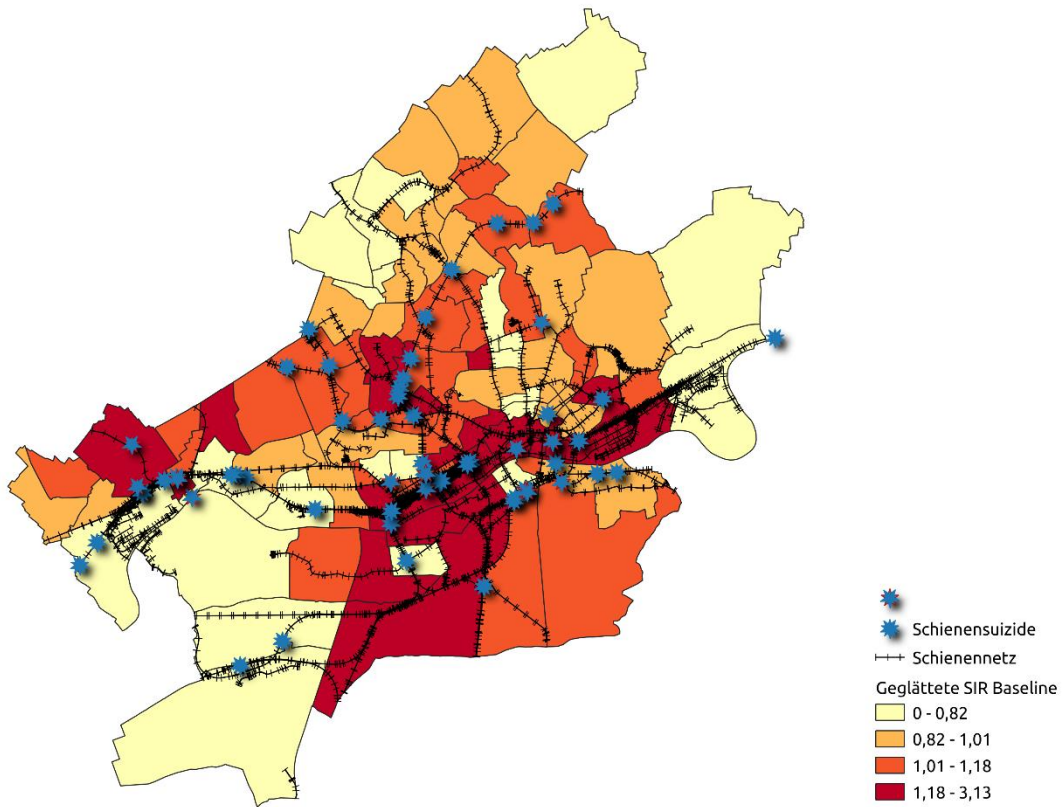


Abbildung 22: Räumliche Verteilung der Schienensuizide mit zugrundeliegend Suizidrisiko (wohnbasiert) auf Stadtbezirksebene.

Baseline

Intervention

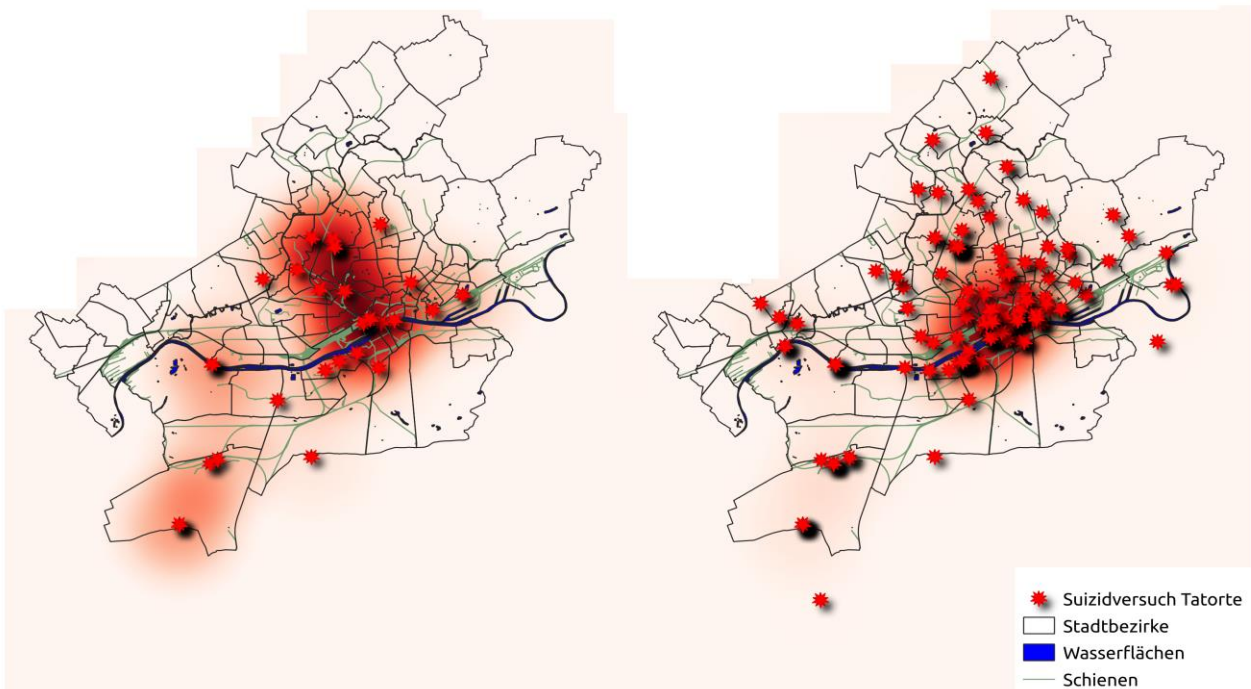


Abbildung 23: Räumliche Verteilung der Suizidversuchs-Tatorte im Vergleich Baseline- und Interventionsphase im öffentlichen Raum Frankfurt.

Die räumliche Verteilung der Tatorte der Suizidversuche (N=460) (Abbildung 23) zeigt ein ähnliches Verteilungsbild wie bei den Suiziden mit einer Konzentration der Tatorte in Bahnhofsnähe und Alt-/Innenstadtbereich. Auffällig ist hier, dass sich die Tatorte eher in nördlicher Richtung des Stadtgebietes verteilen. Die viel kürzere Baseline-Beobachtungsphase (Tatorte N=83) bei den Suiziden hat zur Folge, dass das räumliche Muster nicht die statistische Stabilität hat wie in der Interventionsphase. Aber es lassen sich noch ein Hotspot am Frankfurter Flughafen (südöstlich) und im Bereich Ginnheim (nördlich der Innenstadt) abgrenzen.

Auch hier soll noch die räumliche Verteilung der Suizidversuche, die im Zusammenhang mit Schienen stehen, kartographisch dargestellt werden (Abbildung 24). Trotz der höheren Fallzahl (N=92) konzentrieren sich eher im Bereich des Hauptbahnhofes und es gibt keine so deutliche Koinzidenz mit räumlichen Suizidversuchs-Risiko (wohntortbasiert), wie bei den Suiziden.

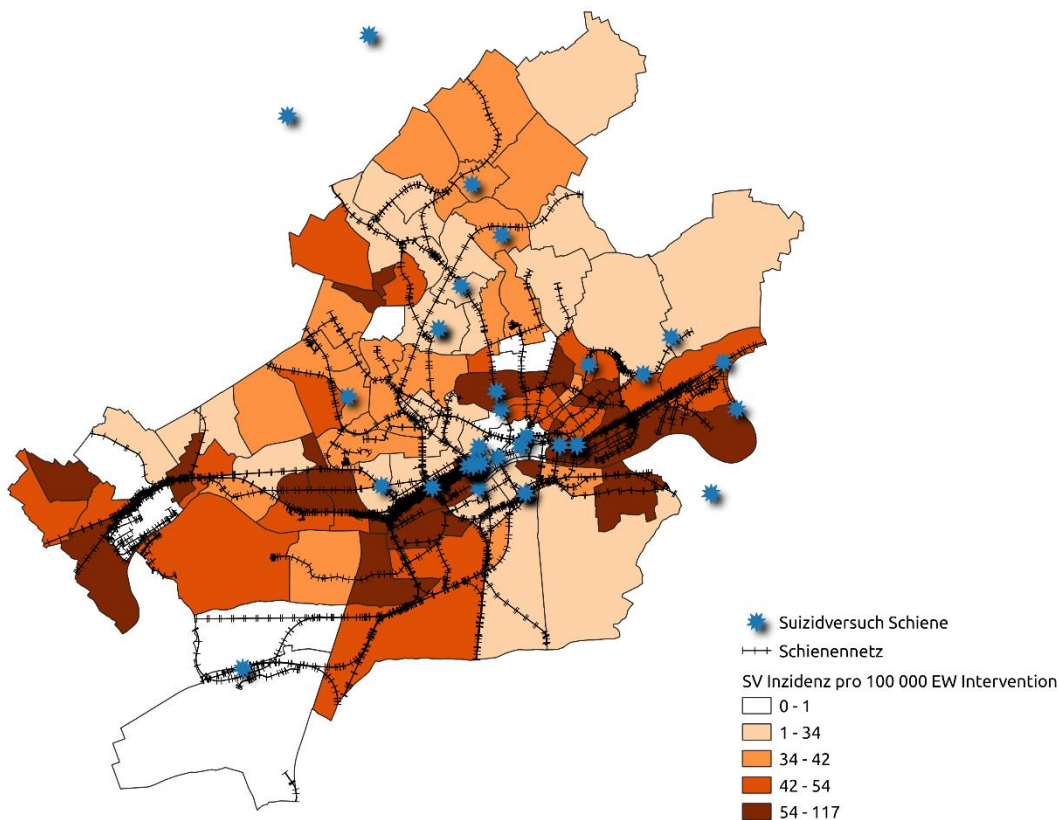


Abbildung 24: Räumliche Verteilung der Schienensuizide mit zugrundeliegend Suizidrisiko (wohntortbasiert) auf Stadtbezirksebene.

4.3 Ergebnisse der FRANS-Netzwerk-Befragung

Überblick über bestehende Vernetzungsstrukturen

Die 13 Interviews dauerten durchschnittlich 18,5 Minuten, somit wurden 240 Audiominuten ausgewertet. Insgesamt wurden Aussagen getroffen zum Gesundheitssystem, zur Vernetzung, zur Präsenz des Themas

Suizidprävention in Frankfurt und zu Maßnahmen der Suizidprävention. Neben Aussagen zum gemeindepsychiatrischen System in Frankfurt, Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen, zur Inanspruchnahme von Angeboten und gesellschaftlichen sowie politischen Aspekten der Suizidprävention waren das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention, das professionelle Hilfesystem und in diesem Zusammenhang auch der Umgang professioneller Helfer:innen mit Suizidalität, die Rolle von Netzwerken, Zielgruppen, Best-Practice-Beispiele und eine verlässliche Datenbasis Thema.

Der teilstandardisierte Strukturfragebogen wurde am 19.01.2018 mit einer 6-wöchigen Rücksendungsfrist an die Mitglieder des Netzwerks versendet. Die Rücklaufquote konnte durch Erinnerungen nach Ablauf der Rückmeldefrist erheblich erhöht werden und lag letztendlich bei ca. 75%; 55 von 73 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesendet. Während der Projektlaufzeit wurde der Fragebogen zudem neuen Netzwerkmitgliedern zugesendet, um diese auch mit einzubeziehen.

Die Betrachtung der Interviews und der Strukturfragebögen lieferte folgendes Bild:

- Das Hilfesystem in Frankfurt ist sehr vielfältig und differenziert, insbesondere im sozialpsychiatrischen Bereich. Durch die Struktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (Gesundheitsamt Frankfurt 2016) wird sichergestellt, dass Menschen, die Hilfe suchen, auch Hilfe bekommen. Hürden bestehen allerdings dann, wenn die Betroffenen bislang noch keine Berührungspunkte mit dem psychiatrischen System hatten. Die Vielfalt der bestehenden Angebote wirkt unübersichtlich und wenig transparent.
- Auch die Schnittstelle zu anderen Hilfesystemen, z.B. zur Altenhilfe oder zur Drogenhilfe, gestalten sich überwiegend schwierig. Ein Austausch findet nur punktuell statt.
- In mehr als 50% der Expert:inneninterviews wird ein Bedarf an Angeboten geäußert, die rund um die Uhr verfügbar sind und einen niedrighwelligen Zugang haben.
- Von den insgesamt 67 Angeboten und Anlaufstellen der Netzwerkmitglieder, die sich auch (jedoch nicht ausschließlich) an suizidale Menschen richten, sind 47 Angebote offen für Bürger. Vier Mitgliedsorganisationen (ausschließlich aus dem öffentlichen Sektor) halten Angebote für ihre Arbeitnehmer vor, vier weitere richten sich ausschließlich an Fachkräfte. Zwölf Angebote stehen nur geschlossenen Personenkreisen offen; z.B. Menschen, die durch den Träger im Rahmen der Eingliederungshilfe betreut werden.
- Von den 47 offenen Angeboten/Anlaufstellen richten sich 19 an psychisch kranke Menschen. 14 stehen Erwachsenen offen, ohne dass weitere Voraussetzungen erfüllt ein müssen. Für Kinder, Jugendliche und Familien gibt es in Frankfurt fünf Anlaufstellen. Weitere einzelne Angebote richten sich an Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnungslose, Menschen mit Suchterkrankung oder Palliativpatient:innen
- Auffällig ist, dass keines der angegebenen Angebote sich speziell an ältere Menschen richtet, obwohl diese Personengruppe zu den Hochrisikogruppen zählt.

Maßnahmen zur Vernetzung

Der im Januar 2017 gegründete FRANS Arbeitskreis Vernetzung beschäftigte sich von Beginn an mit der Frage, wie die Vernetzung innerhalb und außerhalb des Netzwerks verbessert bzw. unterstützt werden kann. Die Vorarbeit des Arbeitskreises Vernetzung wurde für das Forschungsprojekt aufgegriffen und gemeinsam wurden verschiedene vernetzungsfördernde Maßnahmen identifiziert, die im Laufe des Forschungsprojekts umgesetzt wurden.

- FRANS E-Mail-Newsletter jeweils nach den Gesamtnetzwerktreffen ab 2018
- FRANS-Fachnachmittag Vernetzung als Maßnahme zur gemeinsamen Weiterentwicklung des Netzwerks: Der Referent (Bensmann) gab einen Überblick über die vier Dimensionen von Netzwerken (Bensmann 2018)., die Arbeitsphase war als World-Café organisiert. Die Ergebnisse wurden im abschließenden Plenum vorgestellt und dokumentiert. Der Arbeitskreis Vernetzung stellte im Frühjahrsnetzwerktreffen 2019 die Ergebnisse des Workshops und die priorisierten weiteren Schritte vor (Axmann 2019). Als weitere vernetzungsfördernde Maßnahmen wurden insbesondere fokussiert:
- eine zielgruppenspezifischere Ausrichtung der öffentlichkeitwirksamen FRANS-Maßnahmen,
- die ohnehin vorgesehene onlinebasierte Austauschmöglichkeit des Netzwerks
- interaktivere Gestaltung der Netzwerktreffen, z.B. öffentlichkeitwirksame Jubiläumsfeier „5 Jahre FRANS“ (Micksch 2019)
- eine stärkere Transparenz innerhalb des Netzwerks durch eine netzwerkinterne Mitgliederbroschüre¹ sowie durch formale Elemente wie Kooperationsvereinbarungen bzw. Mitgliedschaftserklärungen und Mitgliedsbescheinigungen.

Entwicklung der Vernetzung bei der Inanspruchnahme von Angeboten

Die Panel-Befragung fand jeweils im Abstand von einem Jahr zu drei Zeitpunkten statt. Die Rücklaufquote lag im Jahr 2018 bei 5,9 % (88 Fragebögen), in 2019 bei 6,1% (94 Fragebögen) und in 2020 bei 8,5% (128 Fragebögen). Die Befragung richtete sich an Mitarbeitende, die in ihrem Arbeitsalltag mit Menschen mit suizidalem Verhalten zu tun haben und diese beraten und begleiten. Im Fokus standen die Vernetzung und deren Weiterentwicklung, aber auch der Arbeitsalltag und die Klient:innen.

Suizidalität im Arbeitsalltag ist abhängig vom Angebotssetting präsent und liegt in den Kliniken sehr hoch, in offener ambulanter Beratung spielt sie kaum eine Rolle. Klient:innen erreichen die Angebote über unterschiedliche Zugangswege, wobei Fachärzt:innen und Beratungsstellen die größte Rolle spielen. Sie sind überwiegend im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem angebunden oder kommen neu ins System. Altenhilfe, Jugendhilfe und Drogenhilfe spielen eine untergeordnete Rolle.

¹ Aus den Antworten der teilstandardisierten Fragebögen, die Anfang 2018 an die Netzwerkmitglieder versendet wurden, wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Vernetzung eine Broschüre für die netzwerkinterne Nutzung entworfen. Diese soll den Mitgliedsorganisationen einen besseren Überblick über die anderen Netzwerkmitglieder geben und so eine weitere Vernetzung fördern. Aktualisierung ist Anfang 2020 erfolgt.

Kontakte und Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Stellen in Einzelfällen (z.B. Kliniken, Hausärzt:innen, sozialpsychiatrischer Dienst) werden durchschnittlich für alle aufgeführten Stellen als „regelmäßig“ bis „so gut wie nie“ beschrieben. „Häufige“ oder „sehr häufige“ Kooperation ist nicht die Regel. Über den Befragungszeitraum ist hier keine Entwicklung erkennbar. Als Hindernisse für Vernetzung werden mangelnde Zeit, aber auch Hürden in der Kommunikation zwischen unterschiedlichen Professionen, insbesondere Mediziner:innen und sozialpädagogischen Fachkräften, genannt.

Der Fragenkomplex zum Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention wurde im Jahre 2018 in 30%, in 2019 in 34% und in 2020 in 37,5% der Fragebögen beantwortet. Einigen Antworten ist zu entnehmen, dass FRANS der befragten Person bisher unbekannt war (2018: ca. 25%, 2019: 22%, 2020: 14,6%).

Unabhängig davon, ob der Fragenkomplex beantwortet wurde oder ob FRANS den Befragten bekannt war, wurde der Wunsch nach gemeinsamen Fortbildungen, Kooperations- und Netzwerkgesprächen sowie gemeinsamen Veranstaltungen mit Netzwerkpartnern oft geäußert.

An der **exemplarischen Online-Erhebung zur Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten** durch suizidale Menschen nahmen sieben psychosoziale Beratungsstellen als niedrighschwellige Angebote teil, wobei ein Angebot aus organisatorischen Gründen die Teilnahme abbrach.

Die Erhebung erfolgte vom 01.04.2019 bis zum 30.09.2020.

Insgesamt wurden über den Zeitraum von 18 Monaten 20 suizidale Klient:innen (12 weiblich, 8 männlich), überwiegend zwischen 20 und 59 Jahren, erfasst. 75% der Klient:innen gaben an, Suizidgedanken zu haben. 4 Klient:innen (20%) äußerten konkrete Suizidabsichten und ein Klient hatte einen Suizidversuch unternommen. Die Hälfte der Klient:innen war bereits in einem Hilfesystem eingebunden, die andere Hälfte gab an, bisher keine Hilfe zu erhalten.

Mehr als die Hälfte der Klient:innen wird in der eigenen Einrichtung weiter begleitet oder bis zu einer Weitervermittlung (z.B. an einen Therapeut:innen) übergangsweise weiter begleitet. Für neun Klient:innen wurde eine Weitervermittlung an eine psychiatrische Klinik angedacht, fünf sollten an einem ambulanten Angebot teilnehmen.

5 Diskussion der Ergebnisse (Gesamtbeurteilung)

In der Gesamtbetrachtung der vorliegenden Studie konnten sehr wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse für die praktische Suizidprävention gewonnen werden. Das primäre Outcome, eine Reduktion der Suizidmortalität um 30 % in Frankfurt während der Projektlaufzeit, konnte nicht erreicht werden. Dieser Umstand kann durch mehrere Faktoren erklärt werden: Zum einen konnte die Studie zeigen, dass es eine erhebliche Untererfassung der Suizidmortalität gab. Die Unterschätzung der Suizidmortalität betraf vor allem Frauen und am stärksten die Gruppe der älteren Frauen. So wurde in der Interventionsphase ein überproportionaler Anstieg der Mortalität in der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren bei den Frauen beobachtet. Trotzdem liegt die Mortalitätsrate der Männer auch in der Interventionsphase höher als bei den Frauen. Aber in der Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren sowie auch in der Tendenz bei den 50 bis 74-jährigen

Männern ist ein deutliches Absinken der Mortalität zu erkennen. Auch ist das durch das veränderte Chancenverhältnis der Suizidmethode in der Interventionsphase im Vergleich zur Baselinephase ein Indikator dafür, dass es zu einer Untererfassung der Suizide kam bzw. kommt. Das Chancenverhältnis, dass ein Suizid mittels Vergiftung oder tödlicher Verletzung in der Interventionsphase begangen wurde, ist annähernd um das Doppelte erhöht als im Vergleich zu den Strangulationen. Der erste Interpretationseffekt wäre ja, dass sich die Strangulationssuizide in der Interventionsphase erniedrigt haben, aber aufgrund der ähnlichen Fallzahlen über die Jahre ist davon auszugehen, dass es zu einer Unterfassung von Suiziden kam, die keine „hart“ sichtbaren Suizidmethoden angewendet haben. Dies ist auch der Fall beim Geschlecht: in der Interventionsphase ist das Chancenverhältnis um das Zweifache erhöht, dass ein Suizid weiblich ist. Dies zeigt sich auch im erwähnten Ansteigen der Suizidmortalität bei den 75-jährigen und älteren Frauen um 43%. Dabei sind gerade die Frauen gut erreichbar bzgl. suizidpräventiver Maßnahmen. Daher ist davon auszugehen, dass durch die Einbeziehung der Rechtsmedizin ab der Interventionsphase und dem kontinuierlichen Abgleich zwischen dem Gesundheitsamt und der Rechtsmedizin mehr vollendete Suizide als solche erfasst worden sind. Einige der Suizidfälle wären ohne den Einbezug der Rechtsmedizin wahrscheinlich, wie in den Jahren zuvor, unentdeckt geblieben. Allerdings spricht der Rückgang der Suizidmortalität in der Interventionsphase bei den 30-49-jährigen Männer für ein Greifen der implementierten Präventionsmaßnahmen. Oder anders ausgedrückt, die Erfassung der Suizide bei Männern in dieser Altersklasse war schon in der Baselinephase in der Nähe der wahren Anzahl (Sättigung), so dass es hier durch das Monitoring der Rechtsmedizin es zu keiner weiteren Erhöhung der Suizidzahlen im Vergleich zu den anderen Subgruppen (Alter & Geschlecht) kam. Daher zeigt sich in der Studie höchstwahrscheinlich die Überlagerung von zwei Prozessen: (1) eine „scheinbare“ Erhöhung der Suizidzahlen durch den Einbezug der Rechtsmedizin und den kontinuierlichen Abgleich mit dem Gesundheitsamt und (2) dem senkenden Effekt der implementierten Suizidpräventionsmaßnahmen, die aber zum Großteil durch den surveillance bias (Haut und Pronovost 2011) aufgehoben bzw sogar ins Gegenteil verkehrt (Zunahme der Suizidmortalität) worden ist.

Die Studie zeigt außerdem die Wichtigkeit eines räumlichen Monitorings, welches die Tatorte der Suizide (Hotspotanalysen) gleichermaßen einschließt, wie das Mapping des epidemiologischen Hintergrundrisikos. Hier konnte anhand der Schienensuizide aufgezeigt werden, dass sich die Tatorte eher in Stadtbezirken mit einem hohen epidemiologischen Suizidrisiko befinden. Das impliziert wichtige Hinweise für räumlich konzentrierte suizidpräventive Maßnahmen in gefährdeten Stadtteile, auch immer vor dem Hintergrund der beschränkten finanziellen Ressourcen. Außerdem konnten durch dieses dezidierte und kleinräumige Monitoring gefährdete Bahnstrecken oder andere öffentliche Bauwerke identifiziert werden.

Die Analyse des sekundären Zielkriteriums hat vor allem methodische Schwächen aufgezeigt, die vor allem durch die Rahmenbedingungen des Projektes bedingt waren. Die Baseline Beobachtungsphase (5 Monate) war viel zu kurz um ein aussagekräftiges Bild zu erlangen. So ist zwar die mittlere Inzidenz der

Suizidversuche zwischen Baseline zu Interventionsphase abgesunken. Allerdings sind die Konfidenzintervalle des Baseline-Schätzers so groß, dass der Unterschied im Rahmen einer Zufallsschwankung liegt. Auch konnte ein fast ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei den Suizidversuchen beobachtet werden. Aus der Literatur und einschlägigen Studien ist allerdings bekannt, dass das Verhältnis zu Ungunsten der Frauen (60 bis 75%) verschoben ist (WHO 2014). Da nur die Suizidversuche dokumentiert worden sind, die es bis in das Krankenhaus geschafft haben, ist davon auszugehen, dass viele Suizidversuche bei Frauen und Mädchen unentdeckt geblieben sind. Dennoch gibt die Studie wichtige Hinweise zur Schätzung der Prävalenz der Suizidversuche, denn es gibt wenige verlässliche Datenquellen. So wird die Anzahl der Suizidversuche 20mal höher geschätzt als die vollendeten Suizide. In FraPPE war die Inzidenz der Suizidversuche allerdings „nur“ ungefähr 5 mal höher als die der Suizide.

Die Befragung des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS) hat gezeigt, dass eine Stärkung der Vernetzung nur bedingt festgestellt werden konnte. Die Aktivitäten von FRANS waren den Befragten vor dem Projektzeitraum wenig bekannt, ein leicht positiver Trend der Bekanntheit konnte jedoch mit der Fortdauer des Projektes erreicht werden. Dennoch müssen mehr Ressourcen in die Vernetzung, insbesondere in den Informationsfluss zwischen den Netzwerkmitgliedern investiert werden.

Daher sollte die Strategie, Informationen ausschließlich über die Kontaktpersonen für FRANS zu streuen, erweitert und die angedachte Formalisierung der Mitgliedschaft in FRANS durch jährliche Mitgliedsbescheinigungen auch implementiert werden. Dennoch dürfte die Herausforderung darin liegen, dies nicht nur auf Führungs- sondern auch auf Arbeitsebene zu erreichen.

Zusammenfassend hat FraPPE gezeigt, wie vielschichtig und heterogen das Suizidgeschehen eigentlich ist. So konnte gezeigt werden, dass es immer noch eine erhebliche Unterschätzung der Suizidmortalität bei den Frauen, vor allem bei älteren Frauen gibt. Durch den Einsatz der Rechtsmedizin konnte diese Dunkelziffer erhellt werden. Allerdings konnten auch Hinweise für ein Absinken der Suizidmortalität bei den Männern in der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahre sowie auch in der Tendenz bei den 50 bis 74-jährigen Männern gefunden werden, welches für eine Wirksamkeit der implementierten Maßnahmen spricht. Die Implementation einer Maßnahme mit dem Ziel der Reduktion der Suizide mit mittlerer Effektstärke ist eine Herausforderung. Zum einem ist das dem noch begrenzten Wissen bzgl. der Risikogruppen geschuldet, da der surveillance bias in der Studie erheblich unterschätzt wurde. Zum anderen ist der Beobachtungszeitraum von 3 Jahren viel kurz um (statistisch) verlässliche Aussagen über die Wirksamkeit von bevölkerungsbasierten Suizidprä- und Postventionmaßnahmen zu treffen. Daher ist eine wichtige Erkenntnis dieser Studie, dass ein bevölkerungsbasiertes Monitoring der Suizide (Suizidregister) aufgebaut bzw. weitergeführt werden muss, um verlässliche Informationen über Risikogruppen, Suizidmethoden und räumliche Verteilung des Suizidrisikos sowie der Tatorte zu bekommen. Dennoch kann nicht genug betont

werden wie wichtig die Aufdeckung des „wahren“ Suizidrisikos, nicht nur aus ethisch-moralischen Gründen, in der Bevölkerung ist. Denn die meisten Suizide werden nicht aus einer freien Willensentscheidung heraus getroffen und wären demnach vermeidbar gewesen (Wolfersdorf 2019).

Die Auswirkungen der Coronapandemie waren auch in FraPPE spürbar, so mussten einige Informationsveranstaltungen ganz abgesagt oder auf ein Online-Format verlegt werden. Auch wurde die Rechtsmedizin im Verlauf des Jahres 2020 insgesamt weniger von der Polizei zu Suizid-Tatorten herausgerufen und es wurden weniger Obduktionen gerichtlich angeordnet. In den psychiatrischen Kliniken kam es zu weniger Aufnahmen von Patient:innen mit Zustand nach einem Suizidversuche. Wie diese Auswirkungen zu bewerten sind, muss allerdings noch weiter analysiert werden. Für das Jahr 2020 liegen derzeit noch keine bundesweiten Vergleichszahlen vor, so dass zur Entwicklung der Frankfurter Zahlen im Vergleich zu einem (evtl. durch die Pandemie bedingtem abweichenden) bundesweiten Trend zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Aussagen gemacht werden können. Mögliche coronabedingte Einflüsse auf die Suizidzahlen sind ein Rückgang der Pendler und Tourist:innen sowie eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Suizidmitteln (Schienenverkehr, Medikamente, Zugang zu Hochhäusern). Darüber hinaus gibt es die Vermutung, dass der Lockdown gerade Menschen mit einem hohen Leidensdruck auch Entlastung verschafft haben könnte. Diesen Erklärungsansatz können wir jedoch nicht durch die Studienergebnisse untermauern.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Der „gender gap“ bei Suiziden ist ein gut belegtes Phänomen (Freeman et al. 2017; Moore et al. 2018; Oliffe et al. 2018; Denning et al. 2000; Houle et al. 2008; Hamilton und Klimes-Dougan 2015; Keohane und Richardson 2018). Auch in FraPPE können die Geschlechtsdifferenzen in der Suizidmortalität beobachtet werden. Für den höheren Männeranteil bei den vollendeten Suiziden werden „überschneidende“ Faktoren verantwortlich gemacht, die den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Suizid vermitteln/mediieren (Keohane und Richardson 2018). Dazu zählen neben der Tatsache, dass Männer häufiger tödlichere Suizidmethoden (z.B. Erhängen, Sprung, Bahngleise) wählen als Frauen, das Vorliegen psychischer Störungen, die bei Männern häufiger undiagnostiziert bleiben, das reduzierte Hilfesuch-Verhalten und die mangelnde Inanspruchnahme des Gesundheitssystems gerade vor dem Hintergrund psychischer Probleme sowie soziale und Umweltvariablen (sozioökonomischer Status, Arbeits- und Familiensituation, Veränderung der Geschlechterrollen). Houle et al. 2008 diskutieren vier Hypothesen für das „gender paradox“ bei den Suiziden:

- reduziertes Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen oder Krankheiten
- Substanzmissbrauch (Alkohol und Drogen)
- männliche Kultur-Normen (male cultural scripts)

- männliche Sozialisation

Zahlreiche Studien belegen, dass Männer bei psychischen Problemen oder Krankheiten weniger häufig (professionelle) Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen (Houle et al. 2008; Galdas et al. 2005; Moore et al. 2018). Dieses verringerte Hilfesuchvermögen führt wahrscheinlich auch dazu, dass Depressionen, die als größter Risikofaktor für einen Suizid gelten, bei Männern häufiger unentdeckt und unbehandelt bleiben (Houle et al. 2008). Außerdem nehmen Männer nicht nur weniger professionelle Hilfe in Anspruch, sie bitten auch seltener Familienangehörige und Freund:innen um Hilfe und Unterstützung. Sie versuchen oftmals Probleme und einschneidende Krisensituationen allein zu bewältigen ohne die Unterstützung eines sozialen Netzwerkes, welches nachweislich das Risiko einer Depression und suizidalen Verhalten senkt (Sokero et al. 2003). Als dysfunktionale Bewältigungsstrategie kommt hingegen häufig Substanzkonsum zum Einsatz, was im Gegenzug erneut das Risiko für suizidales Verhalten erhöht. Der Suizid kann aus Sicht von Männern, die in einer mehr traditionellen Männerrolle verhaftet sind, eine Möglichkeit darstellen, den Kontrollverlust über das Leben wiederzuerlangen und so das Leiden zu beenden. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass die stärkere Adhärenz zur traditionellen Männerrolle das Risiko für einen Suizid (indirekt) erhöhen kann, durch Gefährdung der psychischen Gesundheit und durch Verhinderung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und sozialer Unterstützung (Houle et al. 2008). Auf der anderen Seite hat FraPPE auch gezeigt, dass ältere Frauen bezüglich der Suizidprävention bisher nicht direkt als Zielgruppe angesprochen wurden, da das Suizidrisiko unterschätzt wurde. Daher ist es für die erfolgreiche Vermeidung und Verringerung von Suiziden und Suizidversuchen unerlässlich die geschlechtsspezifischen Risikogruppen zu kennen und sich vor allem an den konkreten Lebenswelten der betroffenen Menschen (Risikogruppen) zu orientieren. Als solche Risikogruppen können Männer, vor allem, wenn sie älter sind, identifiziert werden. Aber auch ältere Frauen sind als bisher vernachlässigte Risikogruppe mit einer geschlechtsspezifischen Suizidprävention miteinzubeziehen.

Das Geschlechterverhältnis unter den Projektmitarbeiter:innen war zu jeder Projektphase annähernd ausgeglichen sowohl auf Ebene der Mitarbeiter:innen als auch auf Seiten der verantwortlichen Wissenschaftler:innen.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Wie schon unter Punkt **Antistigma- und Awarenessmaßnahmen (WP 2)** erläutert, wurde in diesem Projekt eine intensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Suizid und Suizidprävention betrieben. Einerseits um Stigmatisierung abzubauen andererseits um zu informieren.

Besonders herauszuheben sind aber 3 bzw. 4 Publikationen die während der Projektlaufzeit entstanden sind und die Öffentlichkeit genauso ansprechen wie das Fachpublikum. Zuerst zu nennen ist der Aufbau der

FraPPE-Homepage (<https://frappe-frankfurt.de/>) auf der alle Informationen und Info-Materialien sowie Veranstaltungsangebote und Telefonnummern bereitgestellt sind. Des Weiteren ist die Publikation eines Medicals des Zeitbild Verlags mit Arztmappe und Patientenmagazin (Zeitbild Medical 2019) hervorzuheben, dass an die Hausärzt:innen in Frankfurt versandt und auch in den psychiatrischen Kliniken verteilt wurde. Für das (ärztliche) Fachpublikum wurde jeweils ein Artikel zur Suizidprävention in der hausärztlichen Praxis in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ und „Der Allgemeinarzt“ (neuer Name der Zeitschrift doctors today) veröffentlicht.

Aufgrund der regionalen Bedeutung des Themas hat sich in den vergangenen Jahren eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den lokalen Medienvertreter:innen entwickelt, die sensibel und differenziert über die Themen Suizidalität und Suizidprävention berichtet haben. Eine Liste der Beiträge ist auf der FraPPE Homepage <https://frappe-frankfurt.de/> unter dem Punkt Presse aufgeführt.

Die wissenschaftliche Verbreitung der Ergebnisse umfasste die Erstellung von Kongressbeiträgen für wissenschaftliche Tagungen. Die Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), im September 2018 wurde vom der Universitätsklinik Frankfurt am Main ausgerichtet und fand unter dem Thema: „Großstadt, Arbeitsleben und suizidales Verhalten statt. Hier wurde ein Symposium zum Thema Koordinierte Suizidprävention im großstädtischen Umfeld abgehalten in dem auch FraPPE mit mehreren Vorträgen vorgestellt wurde (See M. 2018b; Schlang 2018). Auf den BMG-Satellitensymposien „Suizidprävention in Deutschland“ konnten 2018 ein Vorträge gehalten und Poster präsentiert werden (Stäblein et al. 2019; See M. 2018a). Auf dem DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde)-Kongress 2018 wurde FraPPE vorgestellt innerhalb des Symposiums: Strukturierte BMG-geförderte E-Health- Suizidpräventionsprogramme (Reif et al. 2018). Darüber hinaus gab es noch eine Poster-Präsentation (Schlang 2018). Ergebnisse wurden 2019 auf dem DGPPN-Kongress (Gebhardt et al. 2019) vorgestellt, wie auch 2018 und 2019 auf dem DEGAM Kongress (Petersen et al. 2018, Lemke et al. 2019). Im Jahr 2020 konnte ein Symposium zum Thema: “Multimodale Sekundärprävention nach einem Suizidversuch“ auf dem DGPPN-Kongress ausgerichtet werden. Zusätzlich wird auch auf dem kommenden DGPPN Kongress 2021 ein Symposium zum Thema „Pandemiebedingte Veränderungen suizidaler Handlungen in der Großstadt“ unter Leitung von Herrn Reif ausgerichtet, der vor allem auf den Ergebnissen von FraPPE basiert. Ferner wurden ein Vortrags- und ein Posterbeitrag (Koelzer et al. 2021; Wunder et al. 2021) auf der 100. Jahrestagung der Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) im September 2021 angenommen.

Als wissenschaftliche Publikation sind in Arbeit bzw. geplant: Die epidemiologische Analyse des primären Zielkriteriums. Hier geht es vor allem um die Aufdeckung von Erfassungslücken der Suizide durch den Einsatz der Rechtsmedizin und des Gesundheitsamtes. Bezüglich des sekundären Zielkriteriums ist ein Vergleich der Suizidversuche vor der Corona/Lockdown-Phase mit der Lockdown-Phase in Arbeit. Weitere

Publikation sind zum Thema räumliche Verteilung des Suizid/Suizidversuchs-Risiko und zur Hotspot-Analyse der Tatorte geplant.

Als schöner Projekt-Höhepunkt wurde 2021 der Otsuka Team Award Psychiatry+ für das Jahr 2020 (Otsuka 2020) verliehen. Die Jury lobte FraPPE für die „Schaffung einer wunderbaren Grundlage für mehr Behandlungsqualität und Effizienz in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen" (Groh 2021). Auch ist der kürzlich veröffentlichte Lancet Artikel (Pirkis et al. 2021) lobend hervorzuheben, in dem es um das Suizidgeschehen in 21 Ländern während der Corona-Pandemie ging. Hier konnten die Daten von FraPPE mit in die Analyse einfließen.

8 Verwertung der Projektergebnisse

Die ersten Projektergebnisse stießen bei Verantwortlichen aus Politik und Gesellschaft auf breites Interesse. Es ergaben sich folgende konkrete Ansatzpunkte zur Verwertung:

Aus den Geoanalysen konnten früh Stadtbezirke mit einem dauerhaft erhöhten Suizidrisiko identifiziert werden. Daraus haben sich Interventionen zur Prävention und Methodenrestriktion ergeben, die im Folgenden näher beschrieben werden:

An den Welttagen der Suizidprävention 2019 und 2020 wurden die Standorte der FRANS-Infostände bewusst in der Nähe der gefährdeten Stadtbezirke gewählt, um die betroffene Bevölkerung anzusprechen. Im Anschluss wurden gezielt Informationsmaterialien mit Hilfsangeboten in den umliegenden Briefkästen verteilt. Im Kontakt mit den Quartiersmanagern wurden Konzepte zur Primärprävention vor Ort (z.B. Teilnahme an Mütterfrühstücken, Präsenz im Jugendzentrum) entwickelt. Daraus hat sich eine Zusammenarbeit ergeben, von der das Folgeprojekt LoKi „Lokale niederschwellige Krisenintervention in Frankfurt“ profitiert. In Zukunft soll eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in den Stadtteilen eine niedrigschwellige Sprechstunde anbieten. So kann frühzeitig fachlich eingeschätzt werden, ob es sich um eine vorübergehende Krise handelt oder ob jemand professionelle Hilfe benötigt.

Einer oben beschriebenen der Hotspots im Stadtgebiet ist eine ungesicherte Bahnstrecke in unmittelbarer Nähe einer psychiatrischen Klinik. In Gesprächen mit der Deutschen Bahn wurde mit Unterstützung einer Frankfurter Bundestagsabgeordneten eine Sicherung des Gleisabschnitts anvisiert. Im Juli 2021 ist eine Begehung mit Frankfurter Lokalpolitiker:innen geplant.

Darüber hinaus kommt es im Bereich des Mainufers und der Brücken immer wieder zu suizidalen Handlungen. Diesen soll mit Schildern mit Hilfsangeboten entgegengewirkt werden, die auch an weiteren gefährdeten Orten platziert werden sollen. Problematisch ist die Tatsache, dass die Weiterfinanzierung der 24/7-FraPPE-Hotline nicht gesichert ist, so dass zunächst dieses Thema politisch angegangen werden muss.

Die Tatsache, dass im Koalitionsvertrag der Stadt Frankfurt am Main ein Aktionsplan „Suizidsichere Stadt“ verankert wurde, ist hier hoffentlich hilfreich. So steht im neuem Koalitionsvertragsentwurf für 2021 -2026: „Die Erfahrungen aus den Modellprojekten „Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention“ (Frans) und „Frankfurter Informationskampagne zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen“ (Frappee) sind positiv, wir wollen beide weiterführen und ausbauen (Aktionsplan "Suizidsichere Stadt" entwickeln).“ (Koalitionsvertrag 2021).

Allgemein hat sich gezeigt, dass die Schulung von Hausärzt:innen auf wenig Resonanz stößt. Hier müssen andere Wege gefunden werden, diese wichtigen Multiplikatoren zu erreichen.

Das Kurztherapieprogramm ASSIP hat dagegen zu guten Ergebnissen geführt und soll auch weiterhin – zumindest am Universitätsklinikum – angeboten und beforscht werden. Auch die Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen nach einem Suizidversuch soll nach der Pandemie wieder etabliert werden – mit einer Anbindung ans Gesundheitsamt.

Die Aktivitäten von FRANS sind inzwischen stadtweit so etabliert, dass eine Finanzierung gesichert ist, so dass die Aktivitäten fortgeführt und dank der FraPPE-Ergebnisse an die Erfordernisse und Bedürfnisse angepasst werden können. Außerdem wird der FRANS-Arbeitskreis Krisenversorgung unter Leitung der Psychiatriekoordination, der sich mit der Weiterentwicklung des Versorgungssystems beschäftigt, die Projektergebnisse betrachten und weitere Handlungsschritte erarbeiten.

Der 2018 durchgeführte Fachnachmittag Vernetzung wurde durchweg positiv aufgenommen, ebenso der regelmäßige Newsletter. Dies korrespondiert mit dem erkennbaren Wunsch nach gemeinsamen Fortbildungen und Veranstaltungen mit Netzwerkpartnern. Der bisherige Weg des FRANS, gemeinsame Veranstaltungen und Fortbildungen zu organisieren, wird beibehalten. Ein weiterer Fach- bzw. Klausurtag des Netzwerks zur gemeinsamen Weiterentwicklung wird angestrebt. Die gewonnenen Ergebnisse aus der Befragung der FRANS-Mitglieder sollen auch dazu genutzt werden, den Bekanntheitsgrad von FRANS weiter zu erhöhen und die Vernetzung weiter voranzutreiben. Auch die Vernetzung der lokalen Akteure auf Einzelfallebene soll weiter gestärkt werden.

Des Weiteren ist eine Dissertation angedacht, die die Projektergebnisse mit Blick auf Vernetzung und Angebote für ältere suizidale Menschen aufgreift und weiter betrachtet (angesiedelt im Gesundheitsamt Frankfurt).

Bundesweit ist es zu einem Austausch der regionalen Netzwerke im NaSPro gekommen, so dass auch andere Regionen von den Erfahrungen in Frankfurt profitieren können.

Die Kooperation zwischen dem Institut für Rechtsmedizin und dem Gesundheitsamt hat zu einer Verbesserung der Datenlage geführt. Da alle davon profitieren, ist die Fortsetzung der Zusammenarbeit geplant. Die Erhebung der Suizidversuche ist mit den bisherigen finanziellen und personellen Möglichkeiten dagegen schwierig, da allenfalls ein geringer Prozentsatz der Handlungen erfasst wird.

Aufgrund der Tatsache, dass mehrere Monate der Projektlaufzeit durch COVID-19 beeinflusst waren, gibt es in Frankfurt eine bundesweit einmalige Datenlage zu Veränderungen der Zahl suizidaler Handlungen durch das Pandemiegeschehen.

9 Publikationsverzeichnis

1. PIRKIS J, JOHN A, SHIN S, REIF A ET AL. (2021) Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry* 8:579–588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
2. LEMKE D, PLATH J, REIF A, SCHLANG C (2020) Suizidprävention beim Hausarzt: Gefahr erkennen und ansprechen! *Der Allgemeinarzt*(15):18–22
3. Petersen JJ, Beig I, Lemke D, Dippel A, Reif A, Schlang C (2019) Tabu Suizid: Ansprache kann Leben retten. *Der Hausarzt*(08):54–56
4. ZEITBILD MEDICAL (HRSG) (2019) Depressiv? Lebensmüde? Wege aus der Krise. Ärztemappe und Patientenmagazin. Online verfügbar unter: <https://www.zeitbild.de/wp-content/uploads/2019/01/Zeitbild-Suizidprävention.zip>, zuletzt zugegriffen am: 24.06.2021
5. PSYCHIATRISCHE KLINIKEN FRANKFURT (HRSG) (2019) Infobroschüre für Menschen mit Suizidgedanken. Online verfügbar unter: https://frappe-frankfurt.de/?jet_download=592.pdf, zuletzt zugegriffen am 24.06.2021
6. Gebhardt R (2019) Suizidprävention bei Männern: Alters- und geschlechtsspezifische Settingansätze, Bachelor Thesis. University of Applied Sciences, Frankfurt aM.

10 Literaturverzeichnis

Axmann, M. (2019): FRANS-Fachnachmittag Vernetzung. Online verfügbar unter <https://prezi.com/p/7rf6bgq2glhz/frans-fachnachmittag-vernetzung/?present=1>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.

Bensmann: bensmann network. 2018. Online verfügbar unter <https://www.bensmann-network.de/>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.

Bensmann, Dieter (2018): Netzwerke - eine innovative Organisationsform nutzen und managen. Eine innovative Organisationsform nutzen und managen. München: Haufe Lexware Verlag (Haufe Fachbuch). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5322000>.

Denning, D. G.; Conwell, Y.; King, D.; Cox, C. (2000): Method choice, intent, and gender in completed suicide. In: *Suicide & life-threatening behavior* 30 (3), S. 282–288.

Destatis (2020): Todesursachenstatistik. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachenstatistik-5232101177015.html, zuletzt geprüft am 24.06.2021.

DIMDI (2019): Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84). Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84). Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-x60-x84.htm>, zuletzt aktualisiert am 24.06.2021.

- Freeman, Aislinné; Mergl, Roland; Kohls, Elisabeth; Székely, András; Gusmao, Ricardo; Arensman, Ella et al. (2017): A cross-national study on gender differences in suicide intent. In: *BMC psychiatry* 17 (1), S. 234. DOI: 10.1186/s12888-017-1398-8.
- Galdas, Paul M.; Cheater, Francine; Marshall, Paul (2005): Men and health help-seeking behaviour: literature review. In: *Journal of advanced nursing* 49 (6), S. 616–623. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x.
- General Assembly of SoHT (2019): Consensus for the use of alcohol markers in hair for supporting the assessment of abstinence and chronic alcohol consumption. Online verfügbar unter https://www.soht.org/images/pdf/Revision_2019_Alcoholmarkers.pdf.
- Gesundheitsamt Frankfurt (2016): Klinische und außerklinische psychiatrische Versorgung der Stadt Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://frankfurt.de/-/media/frankfurtde/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/gesundheitsamt/pdf/psychiatrische-versorgung-in-frankfurt-am-main.ashx>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Groh, Jan (2021): Behandlungskonzepte mit Otsuka Team Award Psychiatry+ ausgezeichnet. In: *DNP* 22 (2), S. 59. DOI: 10.1007/s15202-021-4653-2.
- Hamilton, Emma; Klimes-Dougan, Bonnie (2015): Gender differences in suicide prevention responses: implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. In: *International journal of environmental research and public health* 12 (3), S. 2359–2372. DOI: 10.3390/ijerph120302359.
- Haut, Elliott R.; Pronovost, Peter J. (2011): Surveillance bias in outcomes reporting. In: *JAMA* 305 (23), S. 2462–2463. DOI: 10.1001/jama.2011.822.
- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Houle, Janie; Mishara, Brian L.; Chagnon, François (2008): An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. In: *Journal of affective disorders* 107 (1-3), S. 37–43. DOI: 10.1016/j.jad.2007.07.016.
- Keohane, Aisling; Richardson, Noel (2018): Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. In: *American journal of men's health* 12 (1), S. 160–171. DOI: 10.1177/1557988317733093.
- Koalitionsvertrag (2021): Koalitionsvertrag der Stadt Frankfurt 2021-2026. Ein neues Frankfurt gestalten. Online verfügbar unter https://dynamic.faz.net/download/2021/Koalitionsvertrag_2021_2026.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Koelzer S.C.; Kettner M.; Toennes S.W.; Wunder C.; Holz, F. (2021): Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FrapPE) – Deskriptiv-statistische Analyse des rechtsmedizinischen Fallkollektivs. DGRM. München, 2021. Online verfügbar unter <https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/vortrags-posterprogramm.pdf>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Leucht, Stefan; Förstl, Hans; Bäuml, Josef (2012): Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie [+ campus.thieme.de]. Stuttgart: Thieme.

- LimeSurvey Project Team (2012): LimeSurvey: An Open Source survey tool: LimeSurvey Project. Online verfügbar unter <http://www.limesurvey.org>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Marshall, R. J. (1991): Mapping disease and mortality rates using empirical Bayes estimators. In: *Journal of the Royal Statistical Society. Series C, Applied statistics* 40 (2), S. 283–294.
- Micksch, S. (2019): Frankfurter Netzwerk kämpft gegen Suizid. In: *Frankfurter Rundschau*, 06.11.2019. Online verfügbar unter <https://www.fr.de/frankfurt/testartikel-frankfurter-netzwerk-kaempftgegen-suizid-zr-13199242.html>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Moore, Fhionna; Taylor, Shanice; Beaumont, Joanna; Gibson, Rachel; Starkey, Charlotte (2018): The gender suicide paradox under gender role reversal during industrialisation. In: *PloS one* 13 (8), e0202487. DOI: 10.1371/journal.pone.0202487.
- Nominatim (2019): Installationsanleitung. Online verfügbar unter <https://nominatim.org/release-docs/latest/admin/Installation/>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Oliffe, John L.; Broom, Alex; Kelly, Mary T.; Bottorff, Joan L.; Creighton, Genevieve M.; Ferlatte, Olivier (2018): Men on Losing a Male to Suicide: A Gender Analysis. In: *Qualitative health research* 28 (9), S. 1383–1394. DOI: 10.1177/1049732318769600.
- Otsuka (2020): Team Award Psychiatry+. Online verfügbar unter <https://www.otsuka-europe.com/de/team-award-psychiatrie>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Pirkis, Jane; John, Ann; Shin, Sangsoo; DelPozo-Banos, Marcos; Arya, Vikas; Analuisa-Aguilar, Pablo et al. (2021): Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. In: *The Lancet Psychiatry* 8 (7), S. 579–588. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00091-2.
- Psychiatrische Kliniken Frankfurt (Hg.) (2019): INFOBROSCHÜRE FÜR MENSCHEN MIT SUIZIDGEDANKEN.
- QGIS Development Team (2009): QGIS Geographic Information System. Version 3.16: Open Source Geospatial Foundation. Online verfügbar unter <http://qgis.osgeo.org>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Reif, A.; Reif-Leonhard, C.; Schlang, C. (2018): Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierter Maßnahmen (FraPPE). DGPPN. Frankfurt, 2018. Online verfügbar unter https://www.dgppnkongress.de/_Resources/Persistent/d7e3b46033c7f4c01dc734b0bdc5c515bef4926a/DGPPN%20Kongress%202018_Programm.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Schlang, C. (2018): Das Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenzbasierter Maßnahmen (FraPPE) aus psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Sicht. DGS. Frankfurt, 2018. Online verfügbar unter https://www.suizidprophylaxe.de/files/herbsttagung/2018_Herbsttagung.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Schlang, C.; Petersen, J. J.; Beig, I.; See M.; Steffens, M.; Grube, M. et al. (2018): Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierter Maßnahmen (FraPPE). DGPPN Kongress. Berlin, 2018.
- See M. (2018a): Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenzbasierter Maßnahmen (FraPPE). BMG Satellitensymposium "Suizidprävention in Deutschland", 2018.
- See M. (2018b): Stärkung der Vernetzung innerhalb des Frankfurter Netzwerkes für Suizidprävention. DGS. Frankfurt, 2018. Online verfügbar unter https://www.suizidprophylaxe.de/files/herbsttagung/2018_Herbsttagung.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2021.

- Sokero, T. Petteri; Melartin, Tarja K.; Rytälä, Heikki J.; Leskelä, Ulla S.; Lestelä-Mielonen, Paula S.; Isometsä, Erkki T. (2003): Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. In: *The Journal of clinical psychiatry* 64 (9), S. 1094–1100. DOI: 10.4088/jcp.v64n0916.
- Stäblein, M.; Wagner, L.; Fehr, C.; Steffens, M.; Grube, M.; Freitag, C. et al. (2019): Tertiäre Prävention suizidaler Handlungen. Interventionen des FraPPE-Projektes. BMG Satellitensymposien Suizidprävention in Deutschland. Dresden, 2019.
- Stadt Frankfurt (2019): Statistik Aktuell: Entwicklung Bevölkerungszahlen 2018. Online verfügbar unter <https://frankfurt.de/service-und-rathaus/zahlen-daten-fakten/themen/bevoelkerung>, zuletzt geprüft am 12.12.2020.
- Wendt, Peter-Ulrich (2015): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studienmodule soziale Arbeit). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779941910.
- WHO (2014): Preventing suicide. A global imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wolfersdorf, M. (2019): Suizidalität. In: Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit (Hg.): Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet. Bern: Hogrefe, S. 107–116.
- Wunder C.; Holz, F.; Koelzer S.C.; Petzel-Witt S.; Toennes S.W. (2021): Toxikologische Charakterisierung der Fälle aus der Frankfurter Suizidstudie (FraPPE). DGRM. München, 2021. Online verfügbar unter <https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/service/downloads/vortrags-posterprogramm.pdf>, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Zeitbild Medical (Hg.) (2019): Depressiv? Lebensmüde? Wege aus der Krise. Ärztemappe und Patientenmagazin.

Anhang

Anlage 1: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Projektpartner:innen und deren Verantwortlichkeiten.	14
Tabelle 2: Verteilung der Fallzahlen der Suizidversuche während Baseline- und Interventionsphase getrennt nach Gesamtzahl der Fälle und der Fälle mit festen Wohnsitz in Frankfurt.	19
Tabelle 3: Prozentuale Verteilung der Suizidmethoden zwischen Baseline- und Interventionsphase stratifiziert nach Alter und Geschlecht, getrennt nach Haupt- (alle Fälle) und Sensitivitätsanalysen (grün markiert: Reduzierung des Anteils; rot markiert: Erhöhung des Anteils).	25
Tabelle 4: Ergebnisse der logistischen Regression mit Baseline-/Interventionsphase als abhängige Variable und Suizidmethode, Alter, Geschlecht und dem Interaktionsterm Suizidmethode*Geschlecht als Prädiktoren. Der Interaktionsterm Suizidmethode*Alter wurde aus dem Modell entfernt.	26
Tabelle 5: Verteilung der Fallzahlen der Suizidversuche während Baseline- und Interventionsphase getrennt nach Gesamtzahl der Fälle und der Fälle mit festen Wohnsitz in Frankfurt.	30

Anlage 2: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die in FraPPE implementierten Interventionen zur Suizidprävention bzw. Suizidversuchs-Postvention.	9
Abbildung 2: Überblick über die zeitliche Abfolge der Baseline- und Interventionsphase und über die Instrumente zur Messung der Zielkriterien.	15
Abbildung 3: Suizidmortalität pro 100 000 Pon zwischen Baseline- und Interventionsphase mit 95%-Poisson Konfidenzintervallen.....	21
Abbildung 4: Geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase mit Poisson-Konfidenzintervallen.	21
Abbildung 5: Alters- und geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase mit Poisson-Konfidenzintervallen.	22
Abbildung 6: Sensitivitätsanalyse der Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit 95%-Poisson Konfidenzintervallen.....	23
Abbildung 7: Sensitivitätsanalyse der geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit Poisson-Konfidenzintervallen.....	23
Abbildung 8: Sensitivitätsanalyse der alters- und geschlechtsspezifische Suizidmortalität pro 100 000 Einwohnern mit Poisson-Konfidenzintervallen.	24
Abbildung 9: Anzahl an Suizidenten mit Einnahme von Fremdstoffen in den genannten Kategorien, differenziert nach Feststellungen durch toxikologische Untersuchungen sowie nach Informationen zu rechtsmedizinisch nicht weiter aufgearbeiteten Fällen.	28
Abbildung 10: Geschlechterverteilung der Intoxikationsfälle.	29
Abbildung 11: Inzidenzrate pro 100 000 Einwohnern der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase.	32
Abbildung 12: Geschlechtsspezifische Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase.	33
Abbildung 13: Alters- und geschlechtsstratifizierte Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase.....	33
Abbildung 14: Inzidenzrate pro 100 000 Einwohnern der Suizidversuche zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festen Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).	34
Abbildung 15: Abbildung X: Geschlechtsspezifische Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festen Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).	35
Abbildung 16: Alters- und geschlechtsstratifizierte Inzidenzrate der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase nur Personen mit festen Wohnsitz in Frankfurt (Sensitivitätsanalyse).	35
Abbildung 17: Räumlich geglättete standardisierte Suizidmortalität (SIR) zwischen Baseline- und Interventionsphase im Stadtgebiet Frankfurt auf Stadtbezirksebene (N=119).	37

Abbildung 18: Räumlich geglättete Inzidenz der Suizidversuche pro 100 000 Einwohnern zwischen Baseline- und Interventionsphase im Stadtgebiet Frankfurt auf Stadtbezirksebene (N=119).	38
Abbildung 19: Übersicht über die Frankfurter Stadtteile (N=46) mit Namen.....	38
Abbildung 20: Räumliche Verteilung der Suizid-Tatorte im Vergleich Baseline- und Interventionsphase im öffentlichen Raum Frankfurt.....	39
Abbildung 21: Räumliche Verteilung der Schienensuizide in Zusammenhang mit dem Schienennetz im Stadtgebiet Frankfurt.	40
Abbildung 22: Räumliche Verteilung der Schienensuizide mit zugrundeliegend Suizidrisiko (wohntbasiert) auf Stadtbezirksebene.	41
Abbildung 23: Räumliche Verteilung der Suizidversuchs-Tatorte im Vergleich Baseline- und Interventionsphase im öffentlichen Raum Frankfurt.....	41
Abbildung 24: Räumliche Verteilung der Schienensuizide mit zugrundeliegend Suizidrisiko (wohntbasiert) auf Stadtbezirksebene.	42

Anlage 3 Übersicht über Termine der hausärztlichen Schulungen

Termin	Dauer	Veranstaltung
12.09.2018	180 min.	PJ-Seminar
25.09.2018	18.30 – 20.00 Uhr	CME-Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte
25. und 26.10.2018	9.00 – 12.30 Uhr	Practica (Fortbildungskongress für Hausärztinnen und Hausärzte)
7.11.2018	60 min.	ForN (wissenschaftliche Fortbildung für Lehrpraxen)
14.11.2018	17.30 – 20.00 Uhr	Qualitätszirkel Nordend
15.05.2019		CME-Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte
25.09.2019	15-18 Uhr	PJ Seminar
25.10.2019	15-18:30	Practica (Fortbildungskongress für Hausärztinnen und Hausärzte)

Anlage 4: Termine und Themen des FRANS Fortbildungscurriculum

FRANS

Fortbildungscurriculum 2018/2019

www.frans-hilft.de

Datum	Thema	Referentin/Referent
30.08.18	Daten und Fakten: Suizidalität & Suizidprävention	Alexandra Dippel Gesundheitsamt Frankfurt
18.10.18	Umgang mit Suizidalität	Dr. Christiane Schlang Universitätsklinikum Frankfurt
14.02.19	Suizidalität bei Jugendlichen	Dr. Joëlle Penzkofer Gesundheitsamt Frankfurt
04.04.19	Suizidalität bei älteren Menschen	Dr. Peter Wagner Agaplesion Markuskrankenhaus
06.06.19	Ethische Aspekte der Suizidprävention	Prof. Dr. Hans Wedler Dt. Gesellschaft für Suizidprävention
22.08.19	Suizidale Inhalte im Internet. Bericht aus der Arbeit von jugendschutz.net	Katja Rauchfuß jugendschutz.net
31.10.19	Postvention für Betroffene & Angehörige nach Suizidversu- chen & Suiziden	Notfallseelsorge Frankfurt, AGUS e.V., FraPPE Postventionsteam

Ort und Uhrzeit:
Gesundheitsamt Frankfurt, Breite Gasse 28 (Auditorium) | 15:30 – 17:00 Uhr

Anmeldung für die jeweiligen Termine per E-Mail an suizidpraevention@stadt-frankfurt.de
Die Teilnahme ist kostenfrei und zu einzelnen Vorträgen möglich.
Sie erhalten eine Teilnahmebescheinigung.

Die Zertifizierung ist bei der Landesärztekammer Hessen beantragt und wird von der Psychotherapeutenkammer Hessen anerkannt. Die Anerkennung als Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer wird beim Hessischen Kultusministerium beantragt.

Veranstalter:



FRANS
Frankfurter Netzwerk
Suizidprävention



Gesundheitsamt
Frankfurt am Main

In Kooperation mit:



FraPPE
Frankfurter Projekt zur
Prävention von Suiziden mittels
Evidenz-basierter Maßnahmen

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

FRANS

Fortbildungscurriculum 2020/2021

www.frans-hilft.de

Datum	Thema	Referentin/Referent
13.02.20	Grundlagen: Suizidalität & Suizidprävention	Inga Beig Gesundheitsamt Frankfurt
23.04.20	Suizidalität und Depression	Dr. Christine Reif-Leonhard Universitätsklinikum Frankfurt
18.06.20	Suizidalität und Schizophrenie	Dr. Barbara Bornheimer Vitos Klinik Bamberger Hof
20.08.20	Suizidalität und Sucht	Dr. Dietmar Seehuber Klinik Hohe Mark
22.10.20	Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen	Dr. Maxie Kneist Agaplesion Markuskrankenhaus
25.02.21	Suizidalität und körperliche Erkrankungen	Dr. Christiane Schlang Universitätsklinikum Frankfurt

Zielgruppe:

Dieses Curriculum richtet sich an Angehörige verschiedener Berufsgruppen aus dem sozialen, pädagogischen und Gesundheitsbereich. Zum Verständnis der Vorträge sind keine psychiatrischen/psychotherapeutischen Vorkenntnisse erforderlich.

Ort und Uhrzeit:

Gesundheitsamt Frankfurt, Breite Gasse 28 (Auditorium) | 15:30 – 17:00 Uhr

Anmeldung für die jeweiligen Termine per E-Mail an suizidpraevention@stadt-frankfurt.de

Die Teilnahme ist kostenfrei und zu einzelnen Vorträgen möglich.
Sie erhalten eine Teilnahmebescheinigung.

Die Zertifizierung ist bei der Landesärztekammer Hessen beantragt und wird von der Psychotherapeutenkammer Hessen anerkannt. Die Anerkennung als Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer wird beim Hessischen Kultusministerium beantragt.

Veranstalter:



In Kooperation mit:



Anlage 5: Übersicht über weitere Schulungen in FraPPE

Datum	Institution	Art der Schulung
Oktober 2018	Polizeipräsidium Frankfurt	Vortrag zum Thema Suizidalität
19.10.2018	Krisendienst, Bürgerhilfe Frankfurt	Teamfortbildung zum Umgang mit Suizidalität
5.2.2019	Polizeipräsidium Mittelhessen	Veranstaltung für Führungskräfte
6.2.2019	Mitarbeiter:innen des Opfer-Telefons und der Online-Beratung des Weißen Ring	Vortrag
08.02.19	Krisendienst, Bürgerhilfe Frankfurt	Teamfortbildung zum Umgang mit Suizidalität
26.2.2019	Seniorenachmittag der GFFB (Gemeinnützige Frankfurter Frauen-Beschäftigungsgesellschaft)	Vortrag zu psychischen Belastungen im Alter und Suizidprävention
7.3.2019	polizeiinternes Netzwerk „Psycho-soziale Unterstützungskräfte“	Jahresfortbildung
13.03.19	technische Mitarbeiter:innen des Studentenwerks	Innerbetriebliche Fortbildung/Supervision
6.-10.5.2019	Jobcenter Frankfurt am Main	Infostand bei der Gesundheitswoche
05.06.19	Abteilung Psychiatrie, Gesundheitsamt	Innerbetriebliche Fortbildung
7.6.2019	Studierende der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit an der Hochschule Wiesbaden	Vortrag im Rahmen einer Blockveranstaltung zum Thema „Suizidalität und Suizidprävention“
27.8.2019	HessIP (Hessisches Institut für Pflegeforschung)	Vortrag zum Thema „Suizidalität im Alter“ im Rahmen einer Schulung von Pflegekräfte, die im Projekt DAVOS tätig sind
25.09.19	Hufeland-Haus	Innerbetriebliche Fortbildung
15.10.19	Psychosoziale Dienste Heddernheim (smt)	Teamfortbildung zum Umgang mit Suizidalität
13.11.2019	Polizeipräsidium Frankfurt am Main	Infostand beim Gesundheitstag der Polizei
20. & 28.01.2020	FUAS	Seminare in den Studiengängen Soziale Arbeit und Pflege
4.2.2020	Polizeipräsidium Mittelhessen	Polizeipräsidium Mittelhessen
29.02. & 01.03.2020	Messe „Gesund leben“	Infostand und Vorträge
8.7.2020	Evangelisches Zentrum für Beratung in Höchst	Teamfortbildung zum Umgang mit Suizidalität (online)
19.8.2020	Online-Seminar	Mehr Suizide als in anderen Städten? – Die Situation in Frankfurt“
11.09.2020	Goethegymnasium Frankfurt	Vortrag für Schüler:innen anlässlich des Welttags der Suizidprävention

Anlage 6: Antistigma-, Awareness-Kampagnen in FraPPE (Info-Material)

FraPPE Posterkampagne (auch als Ecco cards)



Kampagne „Suizidversuche – Sicher Vermitteln“



Kampagne: „Reden kann Leben retten“

Aber sie will doch sterben!

Suizidabsichten entstehen in der Regel nicht aus einer „freien Entscheidung“ heraus. Die Wahrnehmung eines Menschen, der in eine psychische Krise geraten ist, ist verändert und eingeengt. Und dadurch auch die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit. Die meisten wollen nicht ihrem Leben, sondern ihren Problemen ein Ende setzen.

Wenn Sie selbst unter Suizidgedanken leiden oder sich Sorgen um einen Angehörigen machen, suchen Sie sich professionelle Unterstützung:
www.frans-hilft.de

Unter der Hotline-Nummer erreichen Sie rund um die Uhr eine der Psychischen Kliniken in Frankfurt.
069 – 630 13 113



Der zieht doch nur 'ne Show ab.

Direkte oder indirekte Ankündigungen von Selbsttötung kommen in den meisten Fällen im Vorfeld von suizidalen Handlungen vor. Das wegen Hinhören, Wahrnehmen, Hilfe suchen! Alle Andeutungen und Äußerungen von Selbsttötungsgedanken sollten immer ernstgenommen werden.

Wenn Sie selbst unter Suizidgedanken leiden oder sich Sorgen um einen Angehörigen machen, suchen Sie sich professionelle Unterstützung:
www.frans-hilft.de

Unter der Hotline-Nummer erreichen Sie rund um die Uhr eine der Psychischen Kliniken in Frankfurt.
069 – 630 13 113



Ich sag lieber NICHTS

Sie haben das Gefühl oder den Verdacht, dass jemand in Ihrem Umfeld lebensmüde Gedanken hat. Sie trauen sich aber nicht, darüber zu sprechen. Doch genau das ist wichtig! Fragen Sie konkret nach. Dadurch bekommt die Person das Gefühl, in ihrem Leiden ernstgenommen zu werden und es kann ihr helfen, sich besser zu fühlen und professionelle Hilfe aufzusuchen.

Wenn Sie selbst unter Suizidgedanken leiden oder sich Sorgen um einen Angehörigen machen, suchen Sie sich professionelle Unterstützung:
www.frans-hilft.de

Unter der Hotline-Nummer erreichen Sie rund um die Uhr eine der Psychischen Kliniken in Frankfurt.
069 – 630 13 113



Anlage 7: Arbeits- und Zeitplan

	2017		2018				2019				2020				2021	
	Q IV	Q I	Q II	Q III	Q IV	Q I	Q II	Q III	Q IV	Q I	Q II	Q III	Q IV	Q I	Q II	
	Förderzeitraum															
	Implentationsphase		Baselinephase				Interventionsphase (Post)									
WP 1																
Vorbereitung & Implementation der Maßnahmen																
Durchführung Suizidprä-/postvention Kliniken																
Hausarzt-Schulungen																
Gatekeeper-Qualifizierungen																
Erstellung Medical ?																
Datenerfassung Suizidversuche																
WP 2																
Implementationsmaßnahmen																
Antistigmamaßnahmen																
Rechtsmedizinische Aufarbeitung aller Suizide & Analyse (inklusive Pilotierung)																
Geoanalysen																
Risikominimierung an Hotspots																
WP3																
Maßnahmen zur besseren Vernetzung der Akteure																
Fragebogenerhebung auf Gesamtnetzebene, Experteninterviews																
Indikatorenentwicklung, Panelbefragungen																
WP 4																
Koordination und Dissemination																
Interne Netzwerktreffen (hier nur "große" Treffen dargestellt)																
Projektpräsentation (DGS, DGBS, DEGAM/DGPPN-Kongresse)																
Diskussion mit dem Advisory Board																
Publikationen						Medical				Hausarzt				Allgemeinarzt		
Zwischen- und Abschlussbericht			ZB						ZB		ZB				AB	
Datenmanagement																
Statistische Datenauswertung																
Legende																
Im Zeitplan																
Abweichung vom Zeitplan																
ZB = Zwischenbericht; AB=Abschlussbericht																