BEZIRKSKRANKENHAUS
BAYREUTH

Kommunalunternehmen
Kliniken und Heime des
BEZIRKS OBERFRANKEN

Suizid und Suizidprävention in Bayern

- Update zu aktuellen suizidologischen Themen

Autor:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie-,
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Ärztlicher Direktor Bezirkskrankenhauses Bayreuth/Bezirksklinik Hochstadt,
Leiter Referat Suizidologie der DGPPN,
Sprecher AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus
Sprecher AK Depressionsstationen Deutschland/Schweiz
Beirat Deutsche Stiftung Männergesundheit
Nordring 2, 95445 Bayreuth
Tel.: 0921-283-3001 (Sekretariat), Fax: 0921-283-3002
e-mail: manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

BEZIRKSKRANKENHAUS
BAYREUTH

Tabelle : Todesursachenstatistik

Suizide 2010/2011 (Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista 2013)

Deutschland	2011	2010
Nordrhein-Westfalen	1782	1816
Bayern	1756	1767
Baden-Württemberg	1299	1383
Niedersachsen	976	916
Hessen	826	712
Sachsen	661	636
Rheinland-Pfalz	543	479
Schleswig-Holstein	370	384
Berlin	353	366
Thüringen	320	327
Sachsen-Anhalt	317	305
Brandenburg	279	303
Hamburg	235	219
Mecklenburg-Vorpommern	187	215
Saarland	131	121
Bremen	107	72

Tabelle : **Todesursachenstatistik – Die häufigsten Suizidmethoden 2011 in Deutschland [Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista 2013]**

Suizid durch	Anzahl
• Erhängen	4 664
• Sturz in die Tiefe	917
• Arzneimittel	898
• Überfahrenlassen	752
• Sonstige Feuerwaffen	444
Suizid durch andere Methoden z. B. (Auswahl)	
• Handfeuerwaffen	237
• Gewehr	72
• Alkohol	29
• Analgetika	16
• Explosivstoffe	4
Anzahl Suizide in Deutschland = 9 616	

Tabelle : Todesursachenstatistik – Suizide in Bayern 2009

	Ausgewählte Suizidraten [Suizidzahl pro 100 000 Einwohner]	
1)	Bayern	12,9
2)	Sachsen-Anhalt	12,6
3)	Thüringen	12,4
4)	Sachsen	12,3
5)	Baden-Württemberg	12,1
•	Berlin	7,5
•	Nordrhein-Westfalen	8,5
•	Niedersachsen	8,9
•	Brandenburg	8,9
•	Rheinland-Pfalz	9,5
•	Deutschland [Suizidzahl = 9616]	10,6

Bayern hatte 2009 die höchste Suizidrate der deutschen Länder (gefolgt von 2 – 5)

Tabelle : Suizidprävention – mögliche Ansatzpunkte (Mann JJ, Adapter A, Bertolote J et al. 2005)

Suizidales Verhalten

Ⓐ bis Ⓔ

Belastende Lebensereignisse

Affektive oder andere psychische Erkrankungen

Suizididee Ⓑ

Faktoren die bei Suizidalität eine Rolle spielen

- **Impulsivität** ⒸⒹ
- **Hoffnungslosigkeit und/oder Pessimismus** ⒸⒹ
- **Zugang zu tödlichen Methoden** Ⓕ
- **Imitation** Ⓖ

Suizidale Handlung

Präventions-interventionen

Ⓐ Fort- und Weiterbildung „Awareness“)
* „primary care“-Ärzte
* „Öffentlichkeit
* Gemeinde-“gate-keepers“

Ⓑ Screening von Menschen mit hohem Risiko

Behandlung

Ⓒ Pharmacotherapie: Antidepressiva, einschließlich SSRI, Antipsychotika

Ⓓ Psychotherapie: Alkoholismus-Behandlung, kognitive Verhaltenstherapie

Ⓔ Nachsorge nach Suizidversuch

Ⓕ Restriktion Zugang zu letalen Methoden

Ⓖ Medienberichte über Suizide

Mann JJ, Adapter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillipp M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suizide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005; 294 (16): 2064 - 2074

Tabelle : Ebenen der Suizidprävention - nationale/internationale Ebene
(Public – Health – Ansatz)

- **Definition von allgemeinen High-risk-group für Suizidalität (z. B. psychische Erkrankung: Depression; alte Menschen) (WHO), EU Grünbuch (Suizidprävention neben Prävention von Drogenmissbrauch und Depressionserkrankungen), Präventionsprogramm Depression und Suicide**
- **Nationale Suizidpräventionsprogramme (z. B. Awareness-Programme, Interventionsprogramme), in Deutschland Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), Einbeziehung aller mit Menschen in suizidalen Krisen befassten Einrichtungen**
- **Suizidpräventionsprogramme i. R. anderer gesundheitspolitischer Aktivitäten (z. B. Leitlinienentwicklung, spezifische Gesundheitsprogramme: gesundheitsziele.de AG Depression, u. a.), Förderung spezifisch suizidpräventiver und Kriseninterventions-Einrichtungen**
- **Aktivitäten nationaler und internationaler Gesellschaften/Vereine zur Suizidprävention,z. B. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS), Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens/DGS, Internationale Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (IASP), International Academy for Suicide Research e. V. (IASR), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): Referat Suizidologie**
- **Fachlich wissenschaftliche und versorgungspolitische Programme: z. B. Kompetenznetz Depression/Suizidalität**
- **Reduktion von Suizidmethoden bzw. Erschweren des Zuganges dazu (Waffengesetze, Haus- und Autogasentgiftung, Zugang zu Brücken, Hochhäusern, Bahnstrecken)**
- **Medienarbeit (z. B. Berichterstattung in Medien entschärfen, Vermeidung von Nachahmung)**

Tabelle : Ebenen der Suizidprävention – personenbezogene Ebene (Mental – Health –Ansatz)

- **Identifikation erhöht suizidgefährdeter Personen und Gruppen (z. B. depressiv Kranke, alte Männer, Menschen nach Suizidversuch)**
- **Definition allgemeiner Risikogruppen (z. B. psychisch Kranke, Menschen in Krisen, Menschen nach Suizidversuch, Menschen in besonderen Lebenssituationen: Migration, Arbeitslose, Homophile, u. a.)**
- **Awareness-Programme zum Erkennen und Behandeln von Risikogruppen**
- **Verbesserung des Erkennens von Suizidalität in der hausärztlichen, fachärztlichen, psychologischen und sozialpädagogischen sowie theologischen Versorgung Weiterbildung von sog. Krisenteam (z. B. BRK, Notfallseelsorge)**
- **Erarbeitung von Empfehlungen der Diagnostik, des Managements von Suizidalität**
- **Erarbeitung der Prinzipien von Suizidprävention/Krisenintervention (z. B. Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, fürsorgliche Sicherung und Kontrolle, ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung)**
- **Verbesserung der Langzeitbehandlung (Psychotherapie, Prophylaxe) bei Suizidalität bzw. psychischer Krankheit und Suizidalität**

Tabelle : Suizidpräventive Maßnahmen (Althaus und Hegerl 2001; Wolfersdorf 2009, 2013)

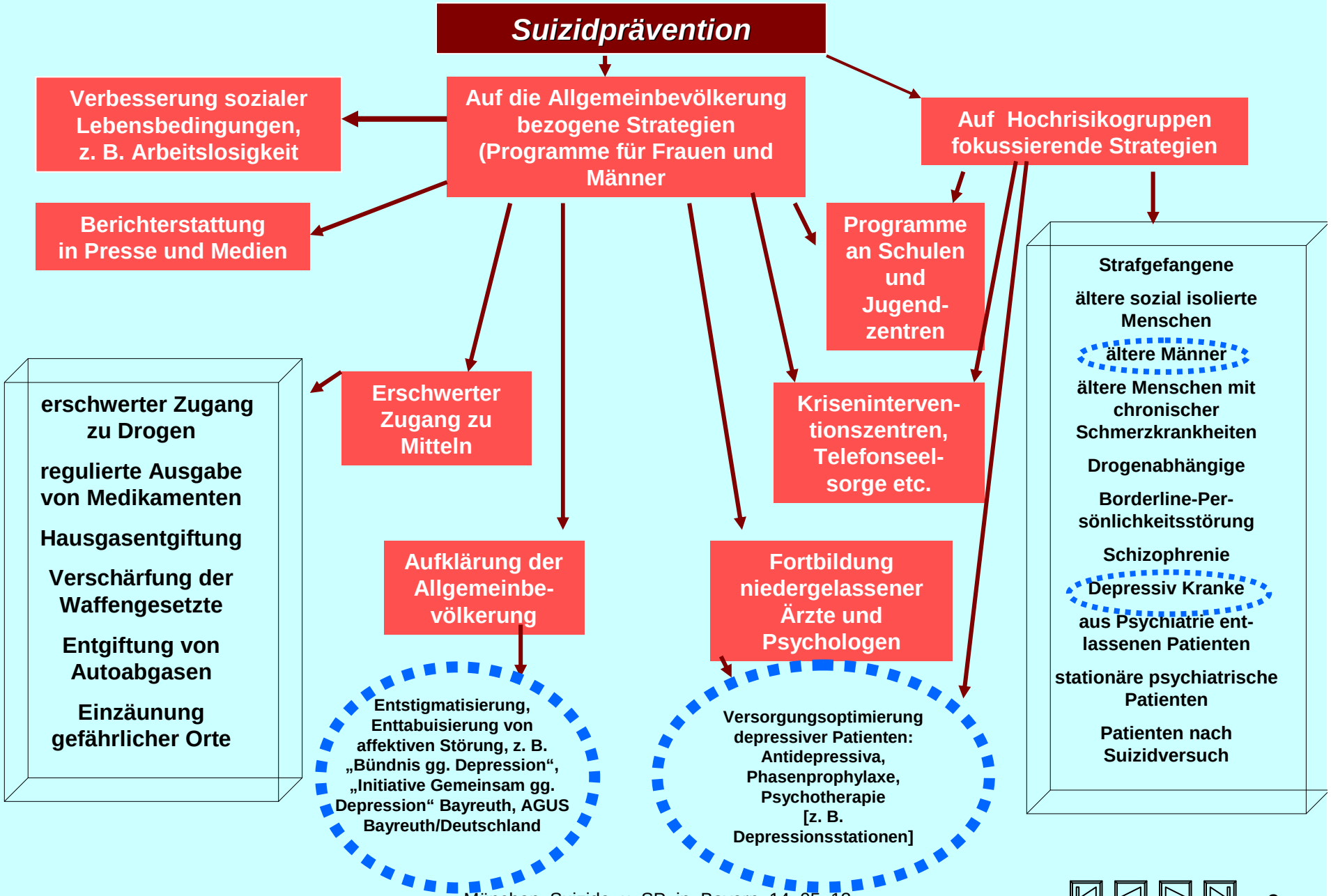

Tabelle : Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

1. **Menschen mit psychischen Erkrankungen**
   Depressive (primäre Depression, depressive Zustände, reaktive Depression)
   Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen)
   Schizophrenie (in stat. Behandlung, Rehabilitation)
   Angststörungen
   Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom emotional instabilen Typus

2. **Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität**
   Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz); Suizidale Krise
   nach Suizidversuch (10 % Rezidiv mit Suizid)

3. **Alte Menschen**
   mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung
   mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)

4. **Junge Erwachsene, Jugendliche mit**
   Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung)
   Drogenproblemen
   Familiären Problemen, Ausbildungsproblemen

5. **Menschen in traumatisierten Situationen und Veränderungskrisen**
   Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen
   Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
   Identitätskrisen
   chronische Arbeitslosigkeit
   Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)

6. **Menschen mit**
   schmerzhaften, chronischen, lebenseinschränkenden, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

TABELLE : Psychische Erkrankung bei Suizid * Daten aus Metaanalyse „Psychiatric diagnoses and suicide: Revisting the evidence“ [Bertolote JM, Fleischmann A, DeLeo D, Wasserman D 2004]

Erkrankung	Gesamtgruppe (n = 15 629) n	%	Psychiatrische Patienten stat. (n = 7 424) n	%	Allgemeinbevölkerung 1. Diagnose (n = 1 8 35) n	%
• Affektive Störung	5 950	30,2	1 545	20,8	814	44,4
• Substanzbezogene Störung	3 479	17,6	725	9,8	352	19,2
• Schizophrenie	2 787	14,1	1 481	19,9	138	7,5
• Persönlichkeitsstörung	2 561	13,0	1 129	15,2	58	3,2
• Hirnorganische Störung	1 243	6,3	1 115	15,0	38	2,1
• andere psychotische Störung	812	4,1	769	10,4	43	2,3
• Angst- u. somatoforme Störungen	942	4,8	187	2,5	49	2,7
• Anpassungsstörung	451	2,3	3	0,0	73	4,0
• Andere DSM-Achse-I-Diagnosen	1 093	5,5	460	6,2	49	2,7
• Keine Diagnose	398	2,0	10	0,1	221	12,0
• gesamt	19 716	100,0	7 424	100,0	1 835	100,0

[Crisis 2004; 25 (4): 147 – 155]

Tabelle : World Health Organization – Divison of Mental Health – Suizidprävention

Six basic steps for the prevention of suicide

- **Treatment of psychiatric patients**
- **Guns possession control**
- **Detoxification of domestic gas**
- **Detoxification of car emission**
- **Control of toxic substances availability**
- **Toning down reports in the press**

[World Health Oragnization. Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders 4. Suicide. (Doc. WHO/MNH/EVA/88.1). Editor J. M. Bertolote. Geneva, Switzerland, WHO]

*Tabelle : Suizidprävention * Mental-Health-Ansatz*

- **Suizidprävention ist Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und aktuelle Suizidhandlung**
- **Suizidprävention ist Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge**
- **Suizidprävention ist Minderung von aktuellem Leidensdruck von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit.**
- **Ziel ist, der Suizident verzichtet (vorerst) auf suizidale Handlung**

(Wolfersdorf 2000, Wolfersdorf und Etzersdorfer 2011))

Tabelle : Notfallpsychiatrische Suizidprävention (1)

Beziehung/Fürsorge

Ernstnehmende Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck seelischer Not; Offenheit, direktes Ansprechen: „sichernde Fürsorge“ (Beziehungsdichte, Regelung von Ausgang, Freiraum, Besuchsdichte)

Diagnostik

aktuelle Suizidalität: Ruhe-, Todeswunsch, Suizidideen, -absichten (auch nach Therapieangebot);
Z. n. Suizidversuch (auch Haltung zu aktuell nicht geglücktem SV), frühere suizidale Krisen (Anzahl, Methode, Bewältigung)

Jetziger Handlungsdruck (beherrschbar, Angst vor Kontrollverlust, impulshaft, Fremdkontrolle nötig, Bereitschaft zum Aufschub, Hoffnung annehmen); Vertrags-, Absprachefähigkeit

Aktuelle Psychopathologie und Psychodynamik, Grunderkrankung, Risikogruppe, Risikopsychopathologie, Motivstruktur, Beschreibung/Deutung/Übertragungsgefühl; präsuizidale Entwicklung, „schwierige Lebens-, Beziehungssituation“, noch in Veränderung befindliche Belastungen

Tabelle : Notfallpsychiatrische Suizidprävention (2)

Therapie

Aktuell psychotherapeutische Krisenintervention/Notfall-Psychiatrie (Stützung, Beziehungsangebot, Schutz/Fürsorge, Erklärung/Krankheitskonzept, emotionale Entlastung, aktuelle Psychodynamik berücksichtigen)

Psychopharmakotherapie (entspannend, Anxiolyse, Sedation), zusätzlich zur Basismedikation

Übergang in Therapie der Grundkrankheit, inklusive gezielt Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch

Problembereich

Intentional-manipulative Suizidalität, „depressiver Modus“ von Suizidalität

Offensichtlich erkennbare (geäußerte) versus nicht-offensichtliche (verneinte, jedoch vermutbare, mögliche) Suizidalität

Psychotisch mitbestimmte Suizidalität; Suizidversuch unter direktem Suchtmitteleinfluss

Prädiktion zukünftigem suizidalen Verhaltens versus akute Suizidgefahr

Multikulturelle Problematik (Tabuisierung, Rituale)

TABELLE : Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Kliniksuizid-Untersuchungen (1)

1. ***Kliniksuizide*** **sind bezogen auf die Gesamtzahl der Suizide in der Allgemeinbevölkerung** ***seltene Ereignisse*** **(< 5%), im Einzelfall aber Ereignisse mit einschneidenden Folgen für Angehörige und Umfeld**

2. **Der Kliniksuizid betrifft am ehesten als Risikogruppe**

   - ***jüngere schizophren kranke Männer (40 – 60%)*** **mit paranoid-halluzinatorischer Psychose, mehreren (ca. 2 – 5) stationären Behandlungen, Wissen um möglichen Krankheitsverlauf und –folgen, evtl. spezifische Risikopathologie (imperative Stimmen mit Suizidaufforderung, drohende Ich-Desintegration, u. ä.)**

   - ***primäre depressive Erkrankungen*** **(15 – 30%), überwiegend unipolar Depressive (bipolar Depressive < 10%, bipolar Manie < 5%)**

   - ***Im letzten Jahrzehnt Eindruck Verschiebung des Diagnosenprofils:*** **Zunahme Depression, Abnahme schizophrene Psychose**

TABELLE : Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der KS-Untersuchungen Fortsetzung (2)

3. **Suchtkranke und Patienten in der Gerontopsychiatrie sind selten vertreten, Anteil Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose nicht bekannt**

4. **Anzahl Kliniksuizide Männer entspricht Frauen, Männer eher jünger, Frauen eher älter**

5. **In den 70er Jahren kam es zu einer Zunahme der Kliniksuizide, wahrscheinlich in vielen Ländern, in Deutschland mit Gipfel Anfang der 80er Jahre, nachfolgendem Plateau und dann unterschiedlichem Verlauf (Abnahme bzw. erhöhtes Plateau) bis heute**

Abbildung : Abnahme der Kliniksuizidrate 1980 – 2009
- die suizidpräventive Wirkung der psychiatrischen Kliniken

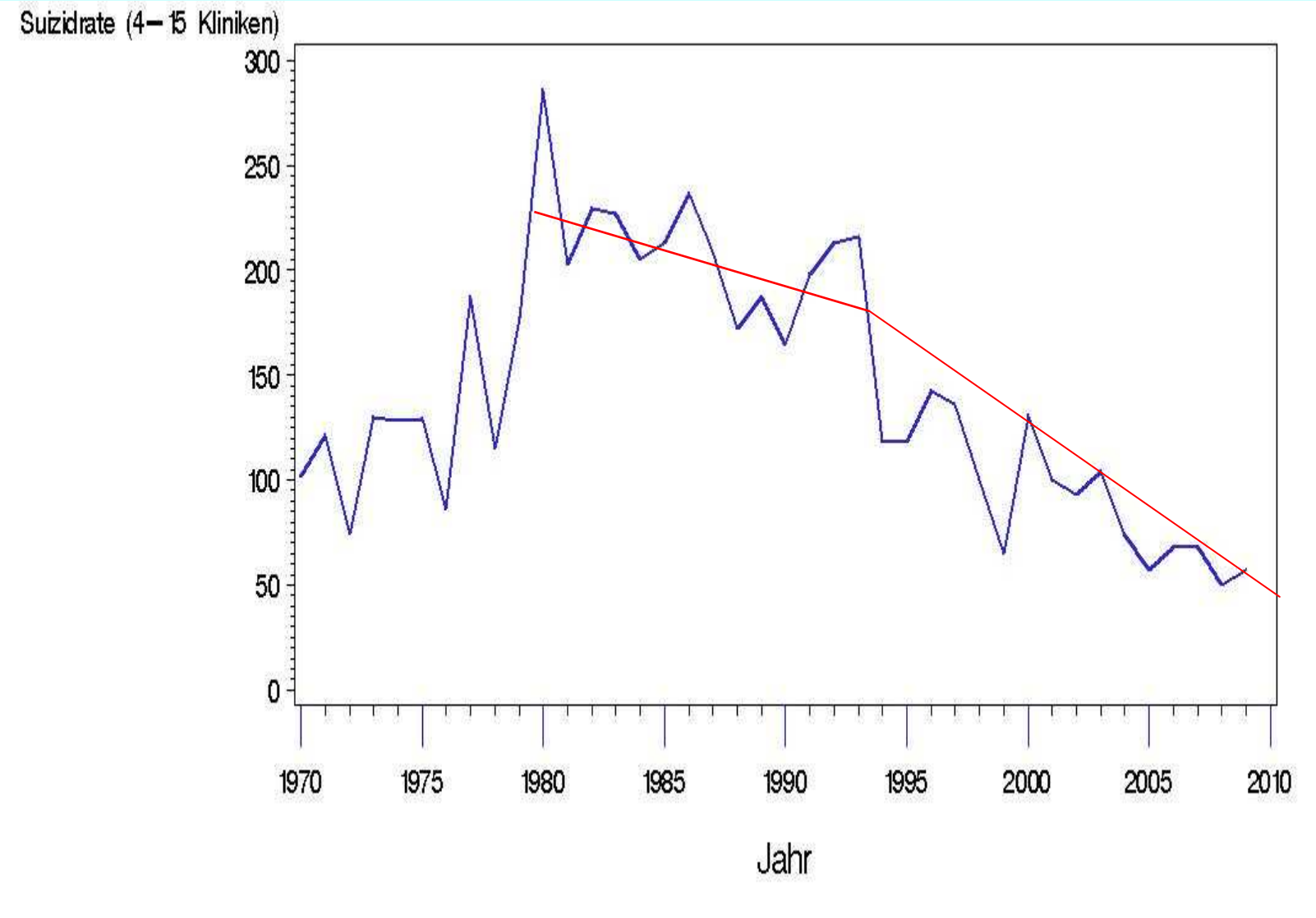

TABELLE : Kliniksuizide in Deutschland - Suizide (S) und Suizidraten (SR): (KSV 1970 – 2009; [Spearman Rangkorrelationen]

	S-Mittel	S-Wei	S-Winn	S-Rei	S-Emm	SR-alle Kliniken (4-15)
Dekade 7 (1970 – 1979)						
Jahr	0.72	0.36	0.16	0.29	0.68	0.45
p-Wert	0.01**	0.30	0.65	0.41	0.02**	0.18
Dekade 8 (1980 – 1989)						
Jahr	- 0.07	0.32	0.56	- 0.33	- 0.39	- 0.56
p-Wert	0.83	0.35	0.08	0.34	0.25	0.08
Dekade 9 (1990 – 1999)						
Jahr	- 0.04	- 0.38	- 0.68	0.10	0.46	- 0.77
p-Wert	0.90	0.27	0.02*	0.77	0.17	0.00**
Dekade 10 (2000 – 2009)						
Jahr	- 0.53	- 0.49	0.25	0.06	- 0.37	- 0.89
p-Wert	0.11	0.14	0.48	0.85	0.28	0.00**
1970 – 2009						
Jahr	0.13	- 0.14	0.29	0.19	0.09	- 0.44
P-Wert	0.40	0.37	0.06	0.23	0.57	0.00**

Tabelle : **Todesursachenstatistik Bayern 2007 – 2011: X60 – X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung [Bayer. Landesamt für Statistik 2013]**
*** Bayern Altersgruppen**

Jahr	<30 Lj	30 – unter 65 Lj	> 65 Lj	gesamt
2007	182	940	558	1680
2008	226	943	592	1761
2009	201	964	584	1749
2010	198	969	600	1767
2011	202	956	598	1756

Tabelle : **Todesursachenstatistik Bayern 2007 – 2011: X60 – X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung [Bayer. Landesamt für Statistik 2013]**
*** Oberfranken gesamt**

Jahr	<30 Lj	30 – unter 65 Lj	> 65 Lj	gesamt
2007	11	82	51	144
2008	15	65	55	135
2009	7	70	48	125
2010	7	83	49	139
2011	6	81	44	131

BEZIRKSKRANKENHAUS
BAYREUTH

Tabelle : **Todesursachenstatistik 2011 - Zusammenfassung Bayern/Oberfranken**

	<30 Lj	30 – unter 65 Lj	> 65 Lj	gesamt
Bayern gesamt	202 12%	956 54%	598 34%	1756
Oberfranken gesamt	6 5%	81 62%	44 34%	131

BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Tabelle : **Todesursachenstatistik 2011 - Zusammenfassung**
Oberfranken nach Städten und Landkreisen

	<30 Lj	30 – unter 65 Lj	> 65 Lj	gesamt	
Bayreuth (St)	0	8	1	9	30
Bayreuth (Lkr)	1	14	6	21	(23%)
Kulmbach (Lkr)	3	4	3	10	
Bamberg (St)	0	10	4	14	21
Bamberg (Lkr)	0	5	2	7	(16%)
Hof (St)	0	7	3	10	20
Hof (Lkr)	0	7	3	10	(15%)
Coburg (St)	0	0	1	1	15
Coburg (Lkr)	1	5	8	14	(11%)
Forchheim (Lkr)	0	5	4	9	
Lichtenfels (Lkr)	0	7	5	12	
Kronach (Lkr)	1	6	1	8	
Wunsiedel i. F. (Lkr)	0	1	5	6	

Tabelle :Suizidprävention in Bayern

* Wo findet Suizidprävention statt?

- ✓ **Allgemeinärzte (Hausärzte), Fachärzte insbesondere für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin**
- ✓ **Psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeuten in eigener Praxis**
- ✓ **spezielle Krisendienste (telefonisch, aufsuchend): Telefonseelsorge; Krisendienste z. B. Nürnberg, Regensburg, München u. a. Orte; z. B. AGUS (Angehörige um Suizid) Bayreuth u. a. Orte; Krisendienste des BRK, der Kirchen**
- ✓ **Allgemeinkrankenhäuser mit Versorgung von Menschen nach Suizidversuch**
- ✓ **Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Kliniken für Psychosomatik mit Versorgungsauftrag, stationär, teilstationär, ambulant (PIA)**
- ✓ **Sozialpsychiatrische Dienste (SPDi), Suchtberatung, andere Beratungseinrichtungen**

Tabelle : Suizidprävention in Bayern
* spezielle Einrichtungen und Projekt – Beispiele

- ✓ **Initiativen z. B. Nürnberger „Bündnis gegen Depression“**
- ✓ **Regensburger „Bündnis gegen Depression“**
- ✓ **Initiative Bayreuth „Gemeinsam gegen Depression“**

Spezielle Einrichtungen z. B.

- ✓ **DIE ARCHE, München**
- ✓ **HORIZONTE, Regensburg**
- ✓ **Krisendienst Mittelfranken Erlangen-Nürnberg**
- ✓ **Krisendienst Bayreuth (eingestellt 2012)**
- ✓ **AGUS, Bayreuth (erweitert AGUS e. V. Deutschland)**

Tabelle : "Bündnisse gegen Depression":
Was bringen derartige Projekte für die Suizidprävention? (1)

"Nürnberger Bündnis gegen Depression"

(2-Jahre-Interventionsprogramm, 4-Ebenen-Programm 2001-2002 in Nürnberg, Kontrollregion Würzburg ohne Intervention):

- **signifikanter Rückgang aller suizidaler Handlungen 2000 versus 2002 (- 24 %; P ≤ 0.004)**
- **Suizidversuche signifikanter Rückgang 2000 versus 2002 (- 26,5 % ; p < 0.001)**
- **signifikanter Rückgang vor allem der sog. High-Risk-Methoden**
- **kein signifikanter Rückgang der Suizide (übliche Schwankungen in beiden Regionen**
- **in der Kontrollregion keine Abnahme der Suizidversuche (2000 versus 2002: + 24 %) bzw. aller suizidaler Handlungen (2000 versus 2002: + 7,7 %)**

[Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychological Medicine 2006: 1 – 9]

Tabelle : "Bündnisse gegen Depression": Was bringen derartige Projekte für die Suizidprävention?

"Regensburger Bündnis gegen Depression"

Implementierung 2002 (analog Modellprojekt Nürnberg) Vier-Ebenen-Ansatz:

1. **Kooperation mit Hausärzten,**
2. **Aufklärung der Öffentlichkeit,**
3. **Einbeziehung von Multiplikatoren (Lehrer, Apotheker, Polizei usw.),**
4. **Angebote für Betroffene und Angehörige.**

- **Signifikanter Rückgang der Suizidrate in Regensburg 2003 – 2006 im Vergleich zur Baseline 2002. In den Kontrollregionen Landkreis Regensburg und Landkreis Neumarkt keine signifikante Reduktion der Suizidraten**
- **Regensburg Stadt: 2002: 23,8/2003: 12,8 (-46,5%)/ 2004: 6,7 /- 72,1%)/ 2005: 15,8 (-33,6%)/2006: 11,9 (-50,3% gegenüber Baseline 2002**
- **Signifikante Abnahme der Suizidrate bei Männern: 2002: 40,7/2003: 19,4 (-52,5%)/2004: 8,2 (-79,8%)/2005: 25,7 (-36,8%)/ 2006: 17,4 (-57,4% gegenüber Baseline 2002**

[Spießl H, Neuner T, Mehlsteibl D, Schmid R, Hübner-Liebermann B. Welchen Beitrag leisten psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken zur Suizidprävention? SUIZIDPROPHYLAXE 2007; 34: 207 – 212]

Tabelle : Suizidforschung in Bayern 2012
* Schwerpunkte

- ***München***
  - Max-Planck-Institut, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
    [z. B. Krisenintervention, Depression, Psychopharmaka, Genetik, Nikotin]
  - LMU, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
    [z. B. Depression, Genetik, MännerDepression/Suizid]
- ***Regensburg/Landshut***
  - Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
    [z. B. Regensburger Bündnis gegen Depression, Kliniksuizid; Nachsorge Angehörige; Psychopharmaka]
- ***Würzburg***
  - Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
    [z. B. Epidemiologie, NASPRO Deutschland z. B. Hot spots, Parasuicide in Europe]
- ***Bayreuth***
  - Bezirkskrankenhaus, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
    [z. B. Kliniksuizid, Depression, Männersuizid]

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Südlicher Eingang der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit