

SUIZIDALITÄT UND BESCHÄFTIGUNG

Prof. Dr. Barbara Schneider, (EU) M. Sc.
*LVR-Klinik Köln,
Abteilung Abhängigkeitserkrankungen und Allgemeinpsychiatrie*

Handlungskompetenz – Von der Schule bis zum Arbeitsplatz
6. Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie
Community Reinforcement Approach
Viersen, 13.-15. April 2016

Definition von Suizidalität

manifeste Suizidhandlungen

d. h. Suizide und Suizidversuche

Suizidgedanken und –ankündigungen

sog. Suizidäquivalente (verdeckte Suizide),

d. h. Verhaltensweisen, bei denen eine unterschwellige
Selbsttötungsabsicht vermutet werden kann

(ungeklärte Unfälle, Verweigerung von Nahrung,
Mißachtung ärztlicher Verordnungen)

¹Haenel und Pöldinger (1986)

Größe des Suizidproblems

Weltweit:

- > 800000 Suizide pro Jahr
- Alle 40 Sekunden tötet sich weltweit ein Mensch selbst
- Ein früherer Suizidversuch erhöht das Suizidrisiko stark
- Suizid ist die zweithäufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen
- Ca. 10 mal so viele Suizidversuche
- Die Einnahme von Pestiziden, Erhängen und Erschießen sind die häufigsten Suizidmethoden

In Deutschland:

- Alle 53 Minuten nimmt sich ein Mensch selbst das Leben
- Alle 9 Minuten verliert in Deutschland jemand einen nahestehenden Menschen durch Suizid

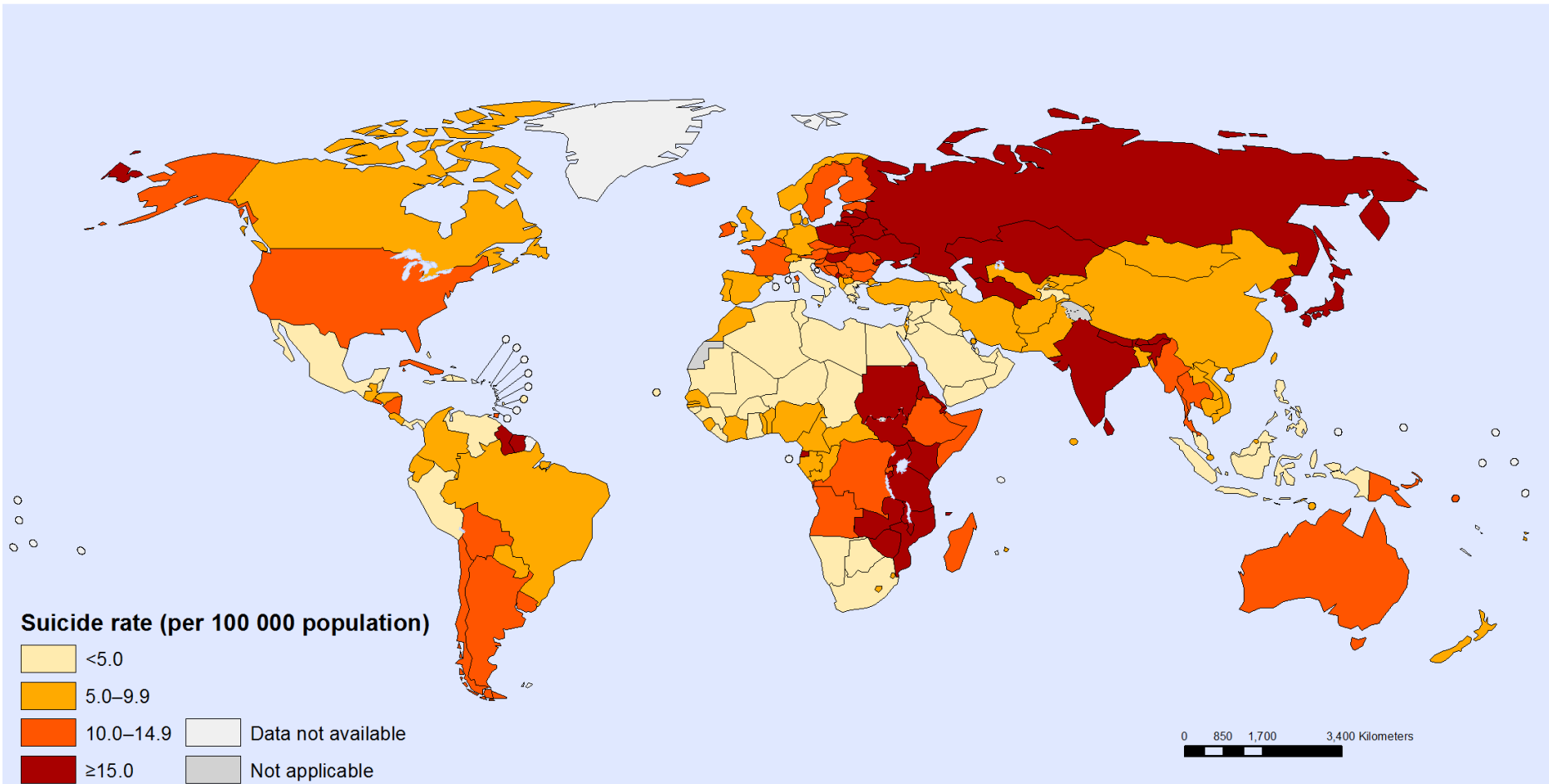
Es sterben deutlich mehr Menschen durch Suizid als durch Mord und Totschlag, Verkehrsunfälle, illegale Drogen und Aids zusammen

Innerhalb der EU Staaten [2007]: Deutschland (9402) höchste Zahl nach Frankreich (10895), vor Polen (6043)

Weltweite Suizidraten

(pro 100000, letzte Daten, Stand 2012, WHO 2014)

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2012

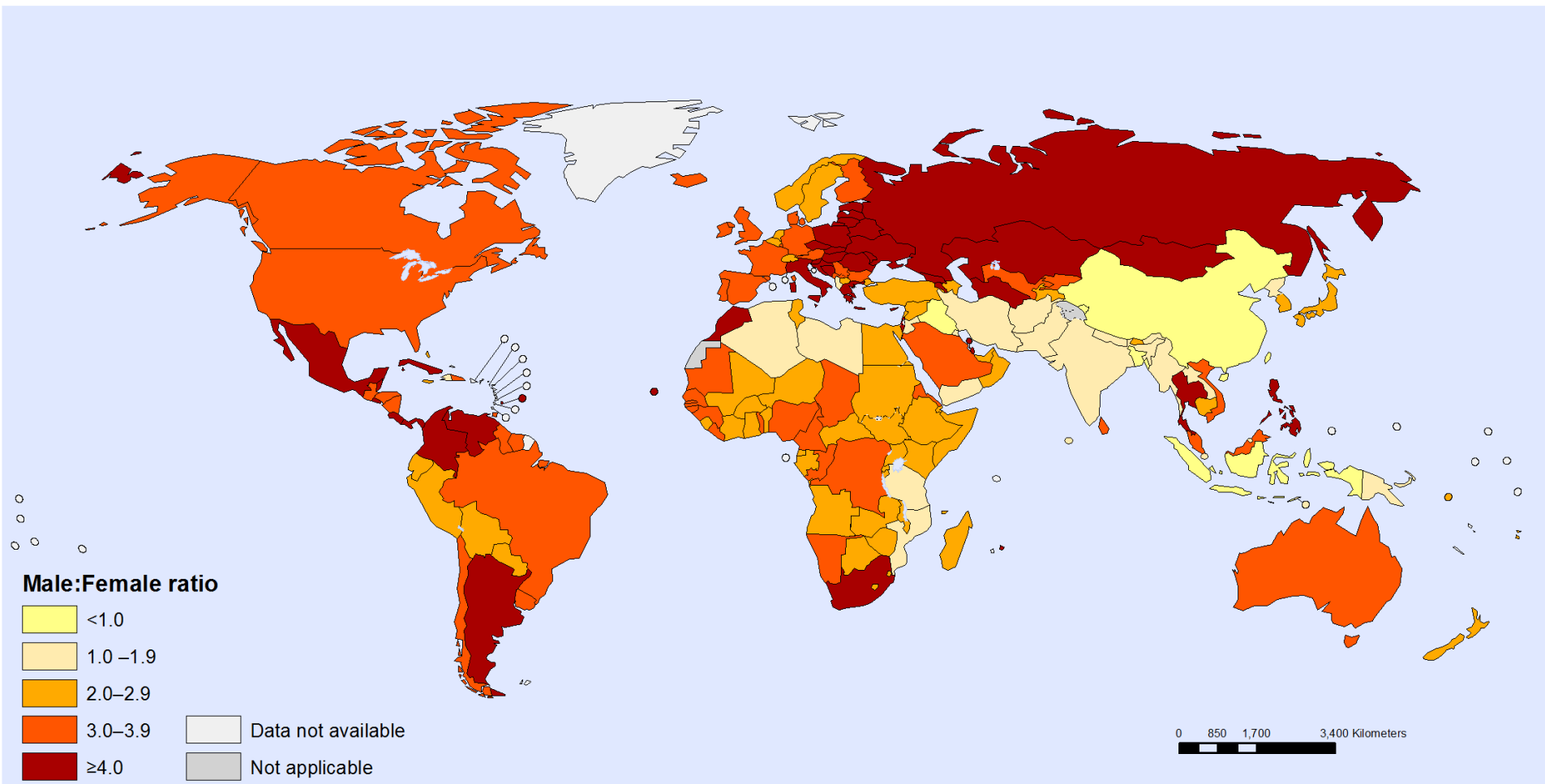


Quelle: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png

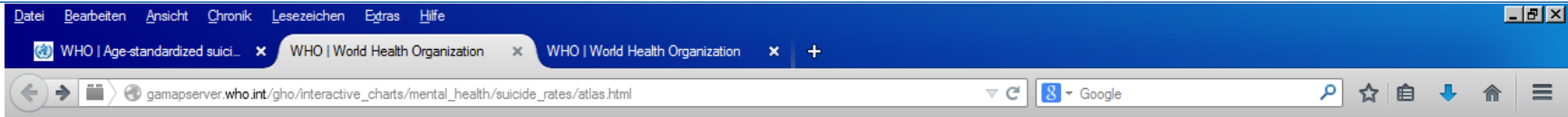
18/04/2016

Männer : Frauen – Verhältnis: Suizidraten (pro 100000, letzte Daten, Stand 2012, WHO 2014)

Male:Female ratio of age-standardized suicide rates, 2012



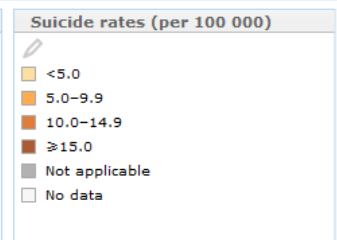
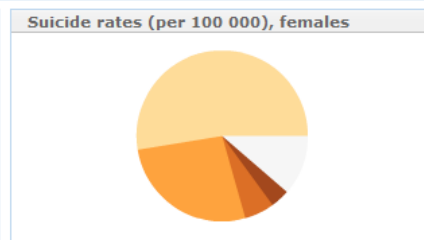
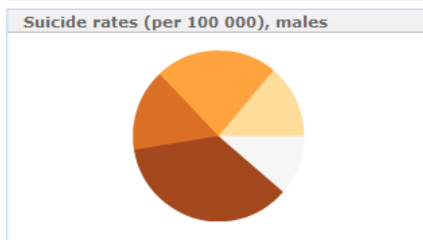
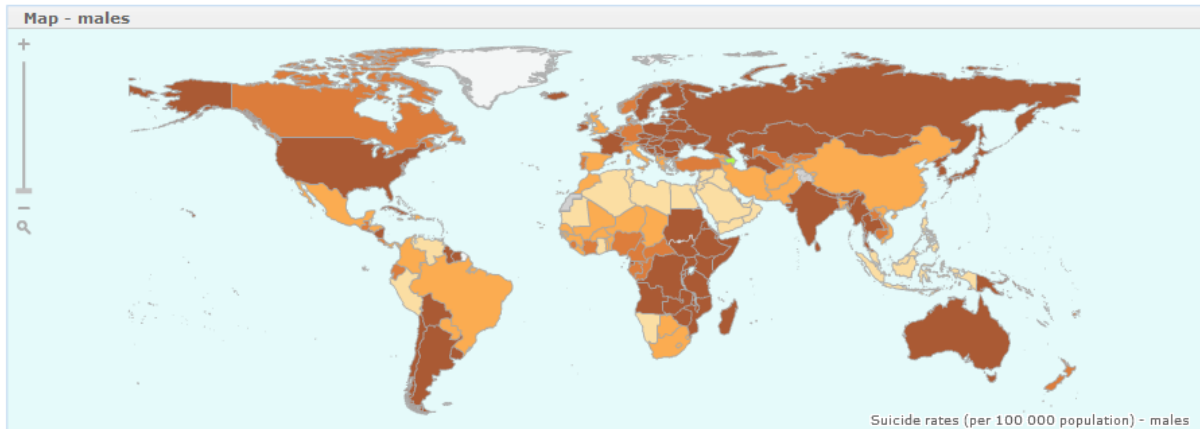
Quelle: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_male_female_ratio_2012.png



Mental health
 Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), 2012

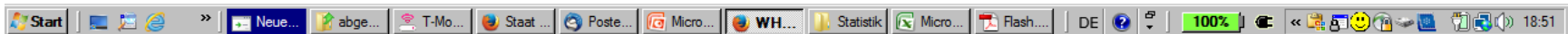
Switch map view (males/females) Help

Suicide rates (per 100 000 population)		
Country	Males	Females
Afghanistan	6.2	5.3
Albania	6.6	5.2
Algeria	2.3	1.5
Andorra	No data	No data
Angola	20.7	7.3
Antigua and Barbuda	No data	No data
Argentina	17.2	4.1
Armenia	5	0.9
Australia	16.1	5.2
Austria	18.2	5.4
Azerbaijan	2.4	1
Bahamas	3.6	1.3
Bahrain	11.6	2.9
Bangladesh	6.8	8.7
Barbados	4.1	0.6
Belarus	32.7	6.4
Belgium	21	7.7
Belize	4.9	0.5
Benin	8.8	3.1
Bhutan	23.1	11.2
Bolivia (Plurinational St...)	16.2	8.5
Bosnia and Herzegovina	18	4.1
Botswana	5.7	2



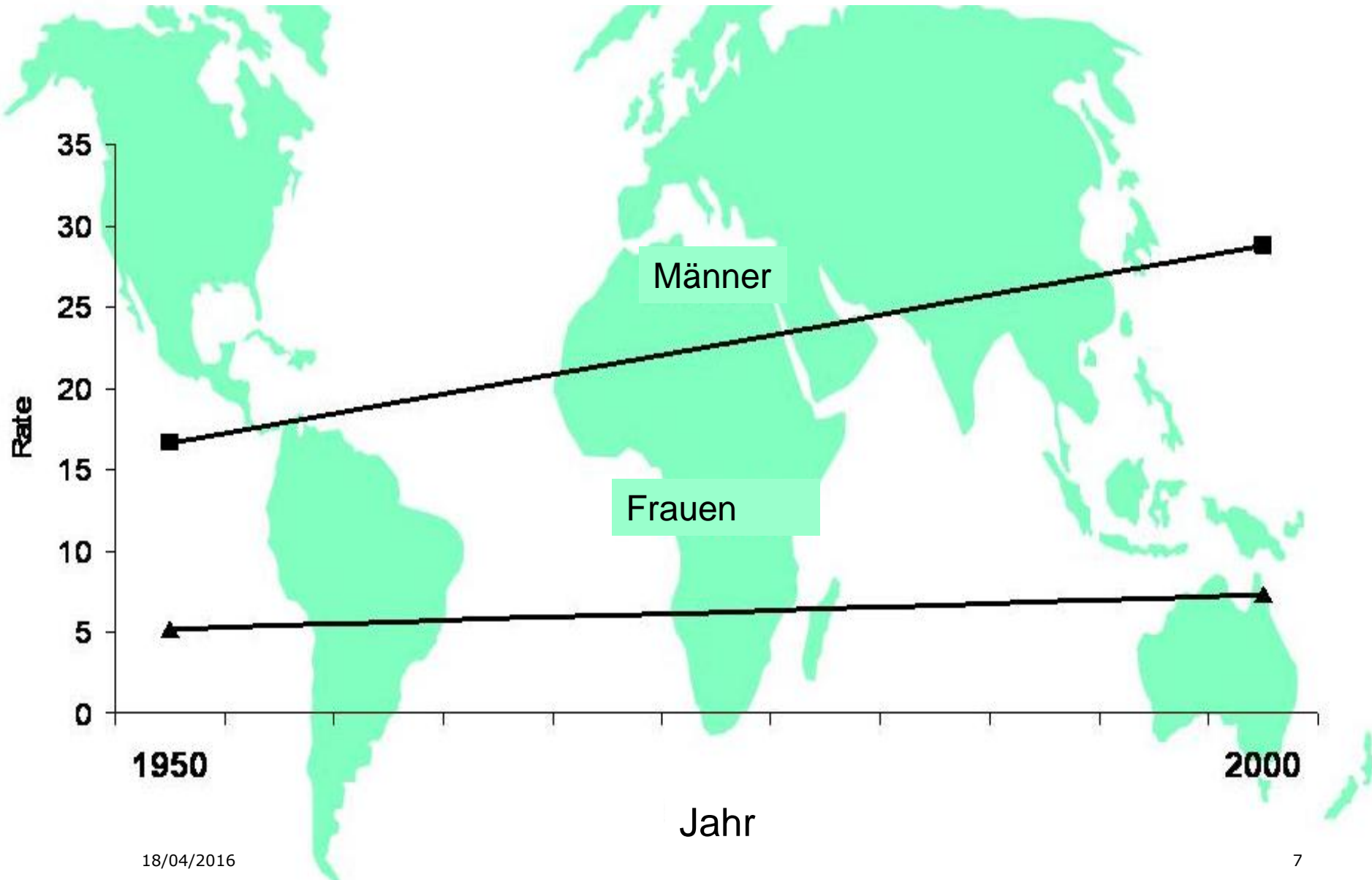
Use your mouse to select data. Use Ctrl-key to make multiple selections. Click on the right mouse button to clear selections.

© WHO 2014. All Rights Reserved. Map Disclaimer.

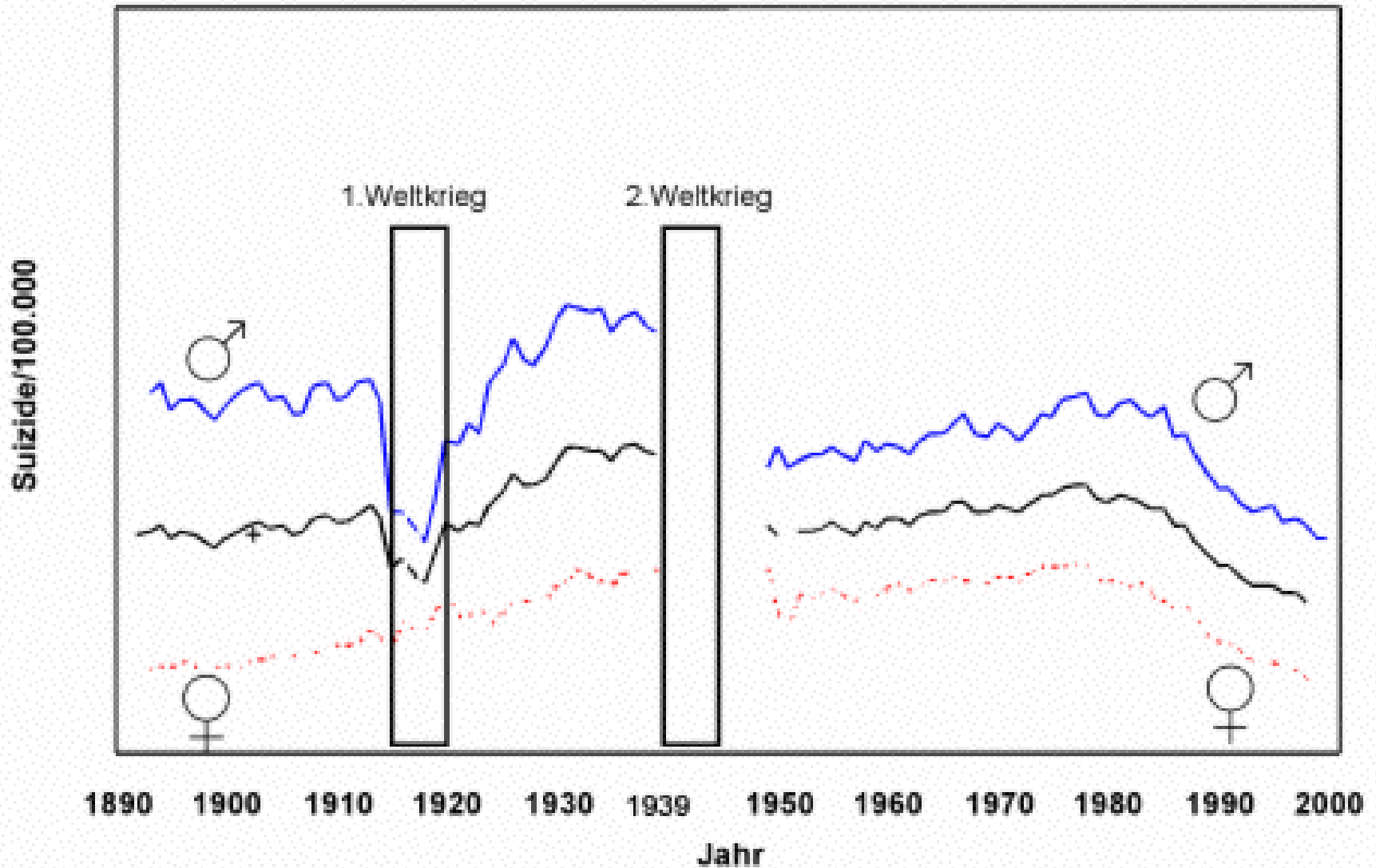




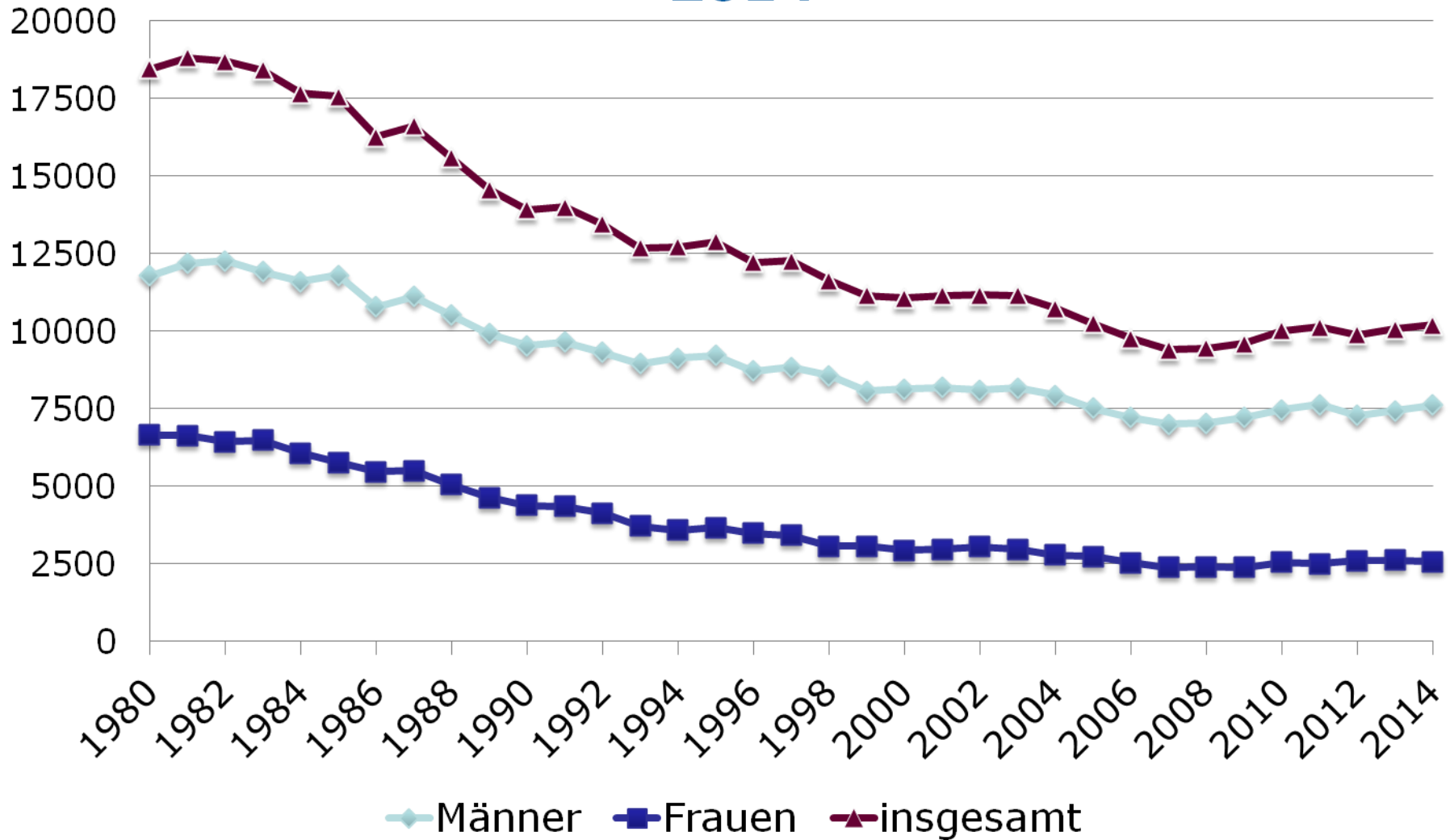
Entwicklung der globalen Suizidraten von 1950 bis 2000 (pro 100000, WHO)



Entwicklung der Suizidraten in Deutschland in den letzten 100 Jahren

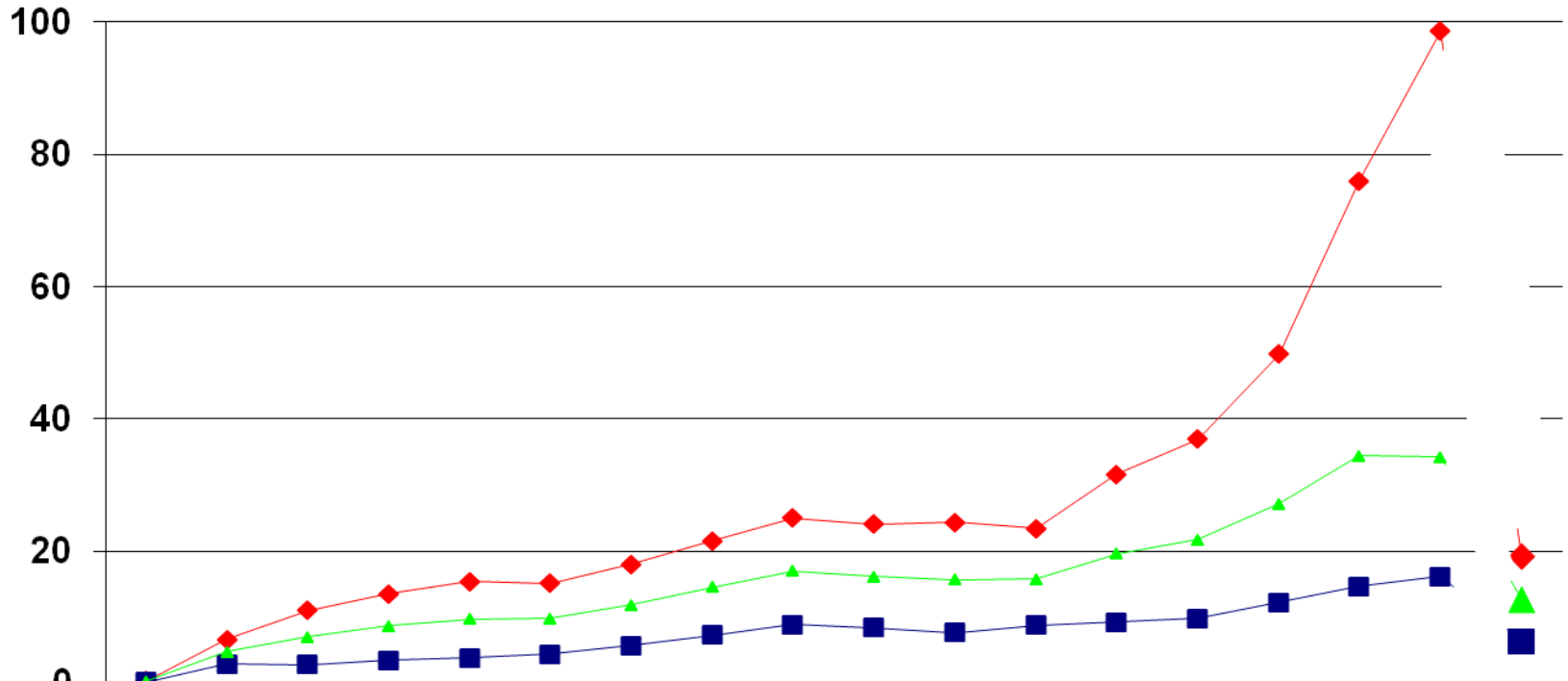


Entwicklung der Suizidzahlen in Gesamtdeutschland zwischen 1980 und 2014



Verteilung der Suizidziffern nach Alter und Geschlecht (Deutschland 2014)

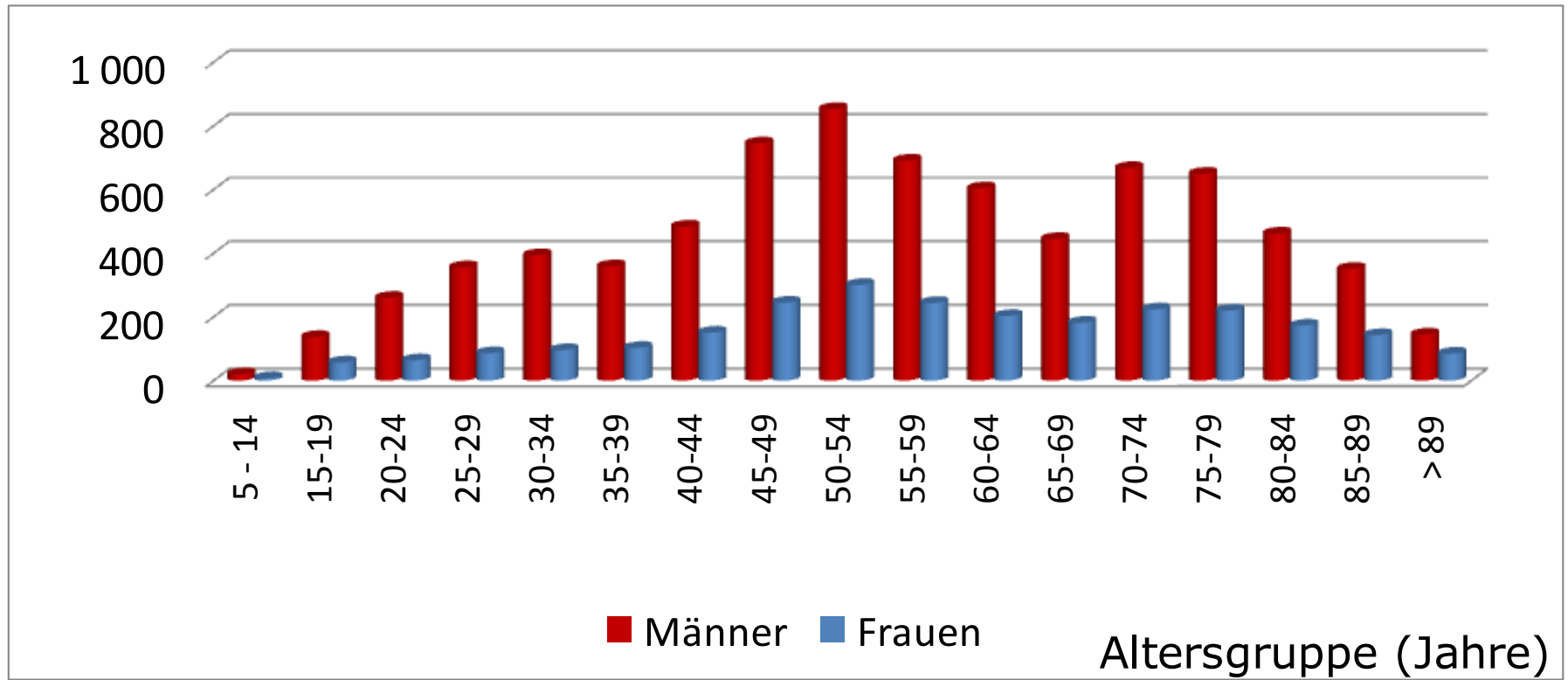
Suizidrate pro
100000 Einwohner



	5-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 89	ges.
◆ Männer	0,4	6,6	11	13,6	15,4	15,1	18	21,6	25	24,1	24,3	23,4	31,6	36,9	49,8	76	98,6	19,2
■ Frauen	0,2	2,9	2,8	3,5	3,9	4,4	5,7	7,3	8,9	8,4	7,7	8,8	9,2	9,8	12,2	14,7	16,2	6,3
▲ gesamt	0,3	4,8	7	8,7	9,7	9,8	11,9	14,6	17	16,2	15,7	15,8	19,6	21,7	27,1	34,4	34,2	12,6

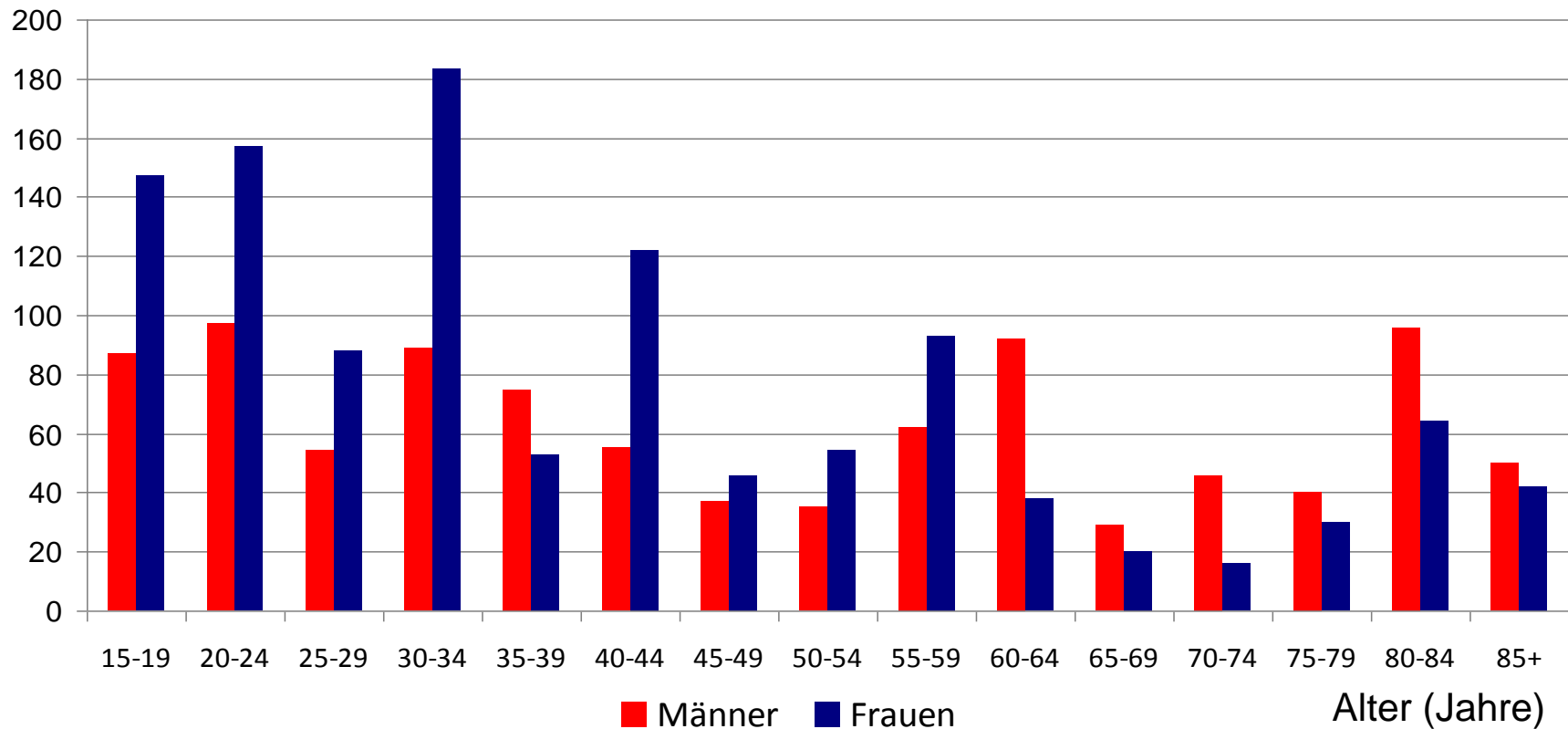
Altersgruppe (Jahre)

Anzahl der Suizide 2014 nach Lebensalter (Deutschland)



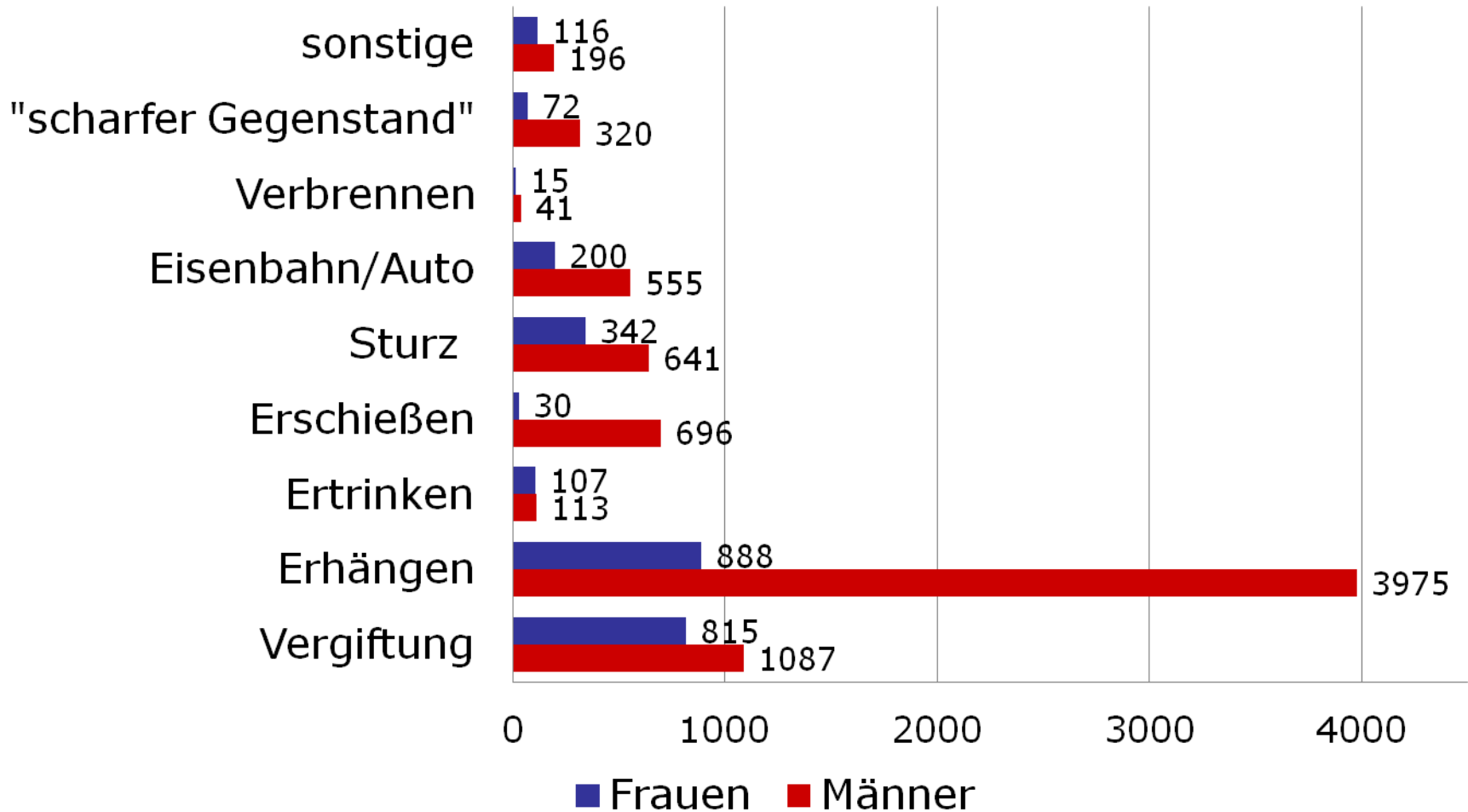
Quelle: Statistisches Bundesamt 2016

Suizidversuche: Häufigkeit nach Alter und Geschlecht

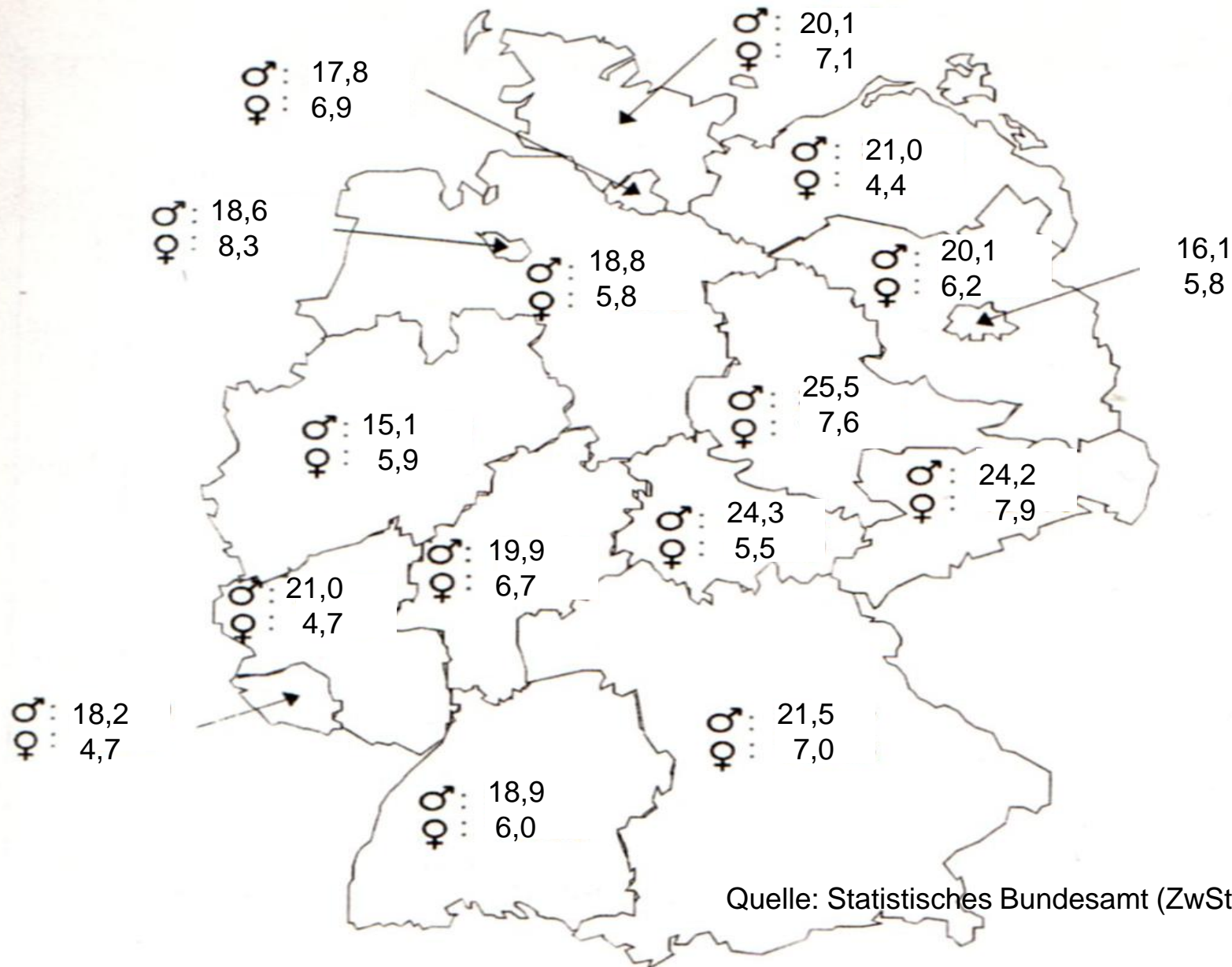


Suizidversuchsraten in Deutschland: WHO-Erfassungsgebiet Würzburg 2005-2006

Suizidmethoden in Deutschland 2014



Suizidraten in den einzelnen Bundesländern pro 100000 Einwohner (2014, altersstandardisiert)

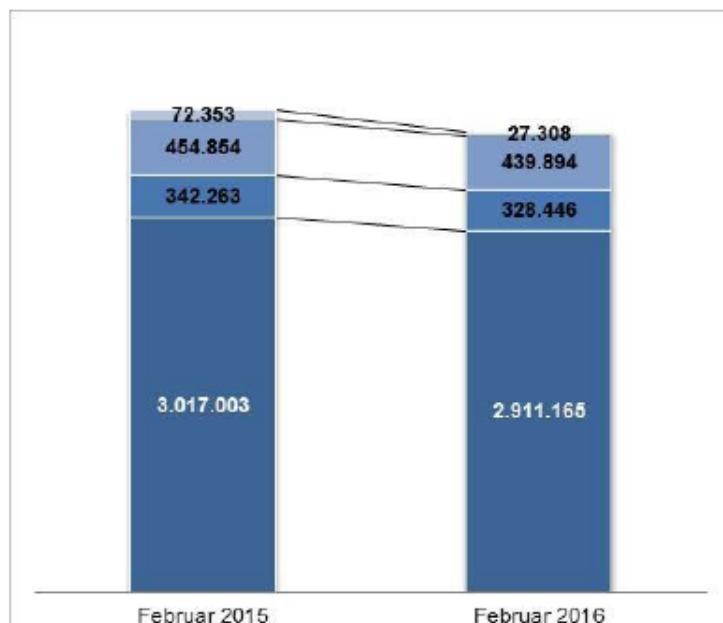
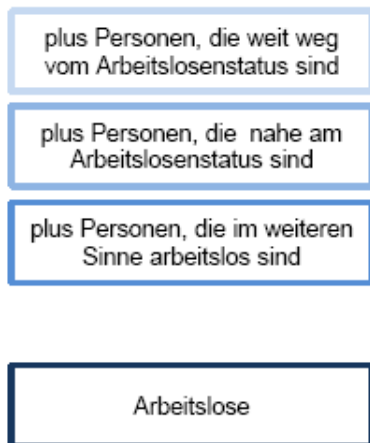


Quelle: Statistisches Bundesamt (ZwSt Bonn), 2014

Umfassende Arbeitsmarktstatistik Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung

Deutschland
Februar 2016

Mit der Arbeitslosenzahl wird ein Großteil der Personen abgebildet, die beschäftigungslos sind, Arbeit suchen und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Andere beschäftigungslose arbeitssuchende Personen oder Personen, die schon einen Weg in subventionierte Beschäftigung gefunden haben, werden ergänzend im gestuften Konzept der Unterbeschäftigung ausgewiesen.



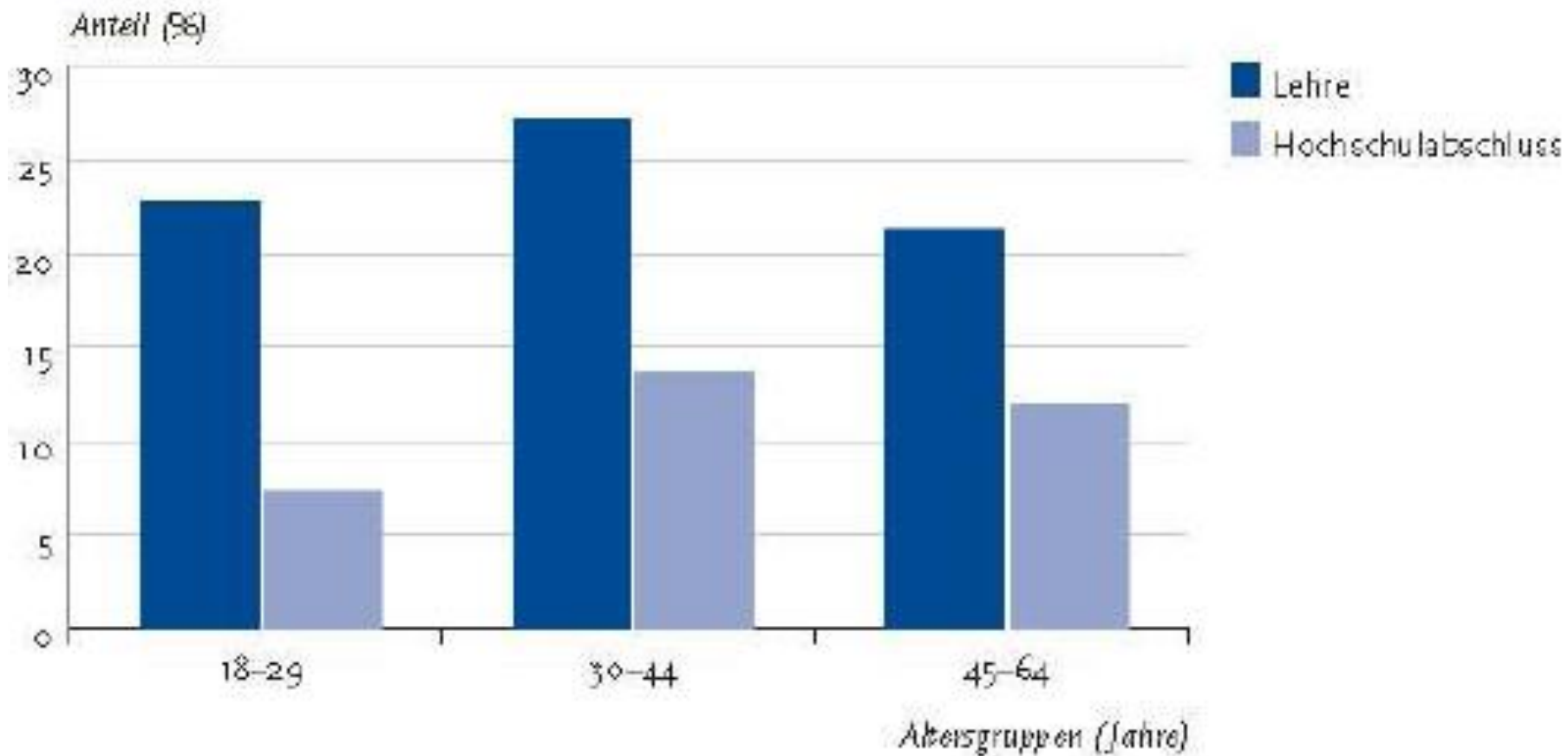
Unterbeschäftigung insgesamt
3.706.813;
179.660 weniger als im
Vorjahresmonat (-4,6%)

Unterbeschäftigung
liegt um
795.648
über der Zahl der Arbeitslosen

Arbeitslosigkeit insgesamt
2.911.165;
105.838 weniger als im
Vorjahresmonat (-3,5%)

Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit nach Qualifikation und Alter bei vollzeiterwerbstätigen Männern (Anteile in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [38]



Was wissen wir über belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen?

Wir wissen aus der Herz-Kreislaufforschung:¹

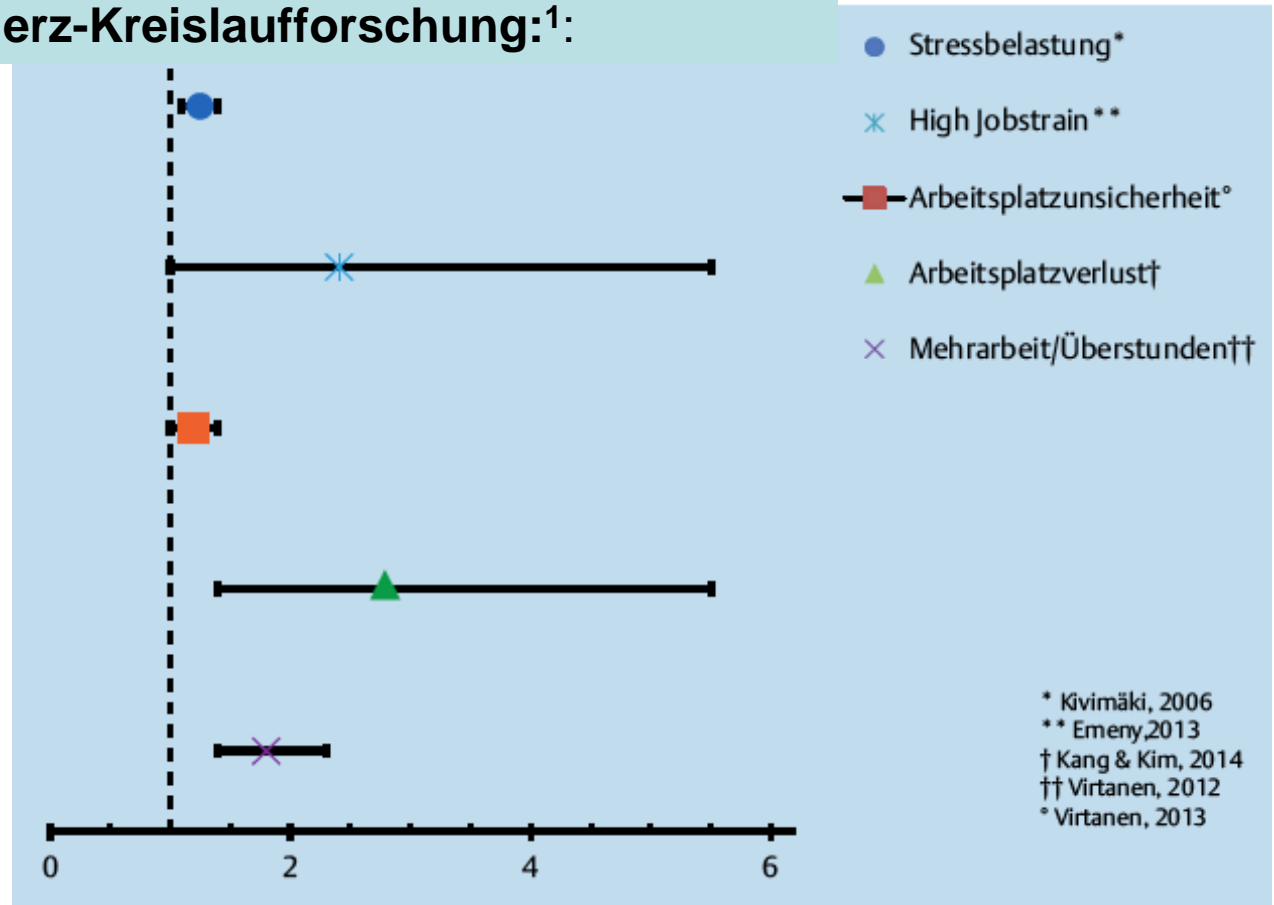


Abb. 1 Einfluss von arbeitsplatzbezogenen mentalen Stressbelastungen auf das KHK-Risiko
Ergebnisse aus Metaanalysen und Studien.

Was wissen wir über belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen?

**Zentrale psychoneurophysiologische Vermittlungswege, über die
aversive Stressbedingungen am Arbeitsplatz zu
pathologischen Veränderungen im Körper führen:**

- **Autonomes Nervensystem** (stressinduzierter vagaler Kontrollverlust, Forschungsergebnisse widersprüchlich)
- **Endokrines System (Cortisol-awakening response ^{↑ 1})**
- **Immunologisches System (erhöhte Entzündungsantwort ^{2,3})**

**Aversive Synergismen durch Akkumulation weiterer
psychosozialer Risikofaktoren (wie andauernde familiäre
Konflikte) sind wahrscheinlich.**

Faktoren für ein erhöhtes Suizidrisiko

Psychische Erkrankungen

- depressive Episode
- bipolare affektive Störung (bevorzugt in depressiven oder gemischten Episoden)
- Schizophrenie
- Anorexie
- Störungen durch Konsum von Alkohol
- andere Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen
- Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline-PS)
- Komorbidität von Achse-I- und/oder Achse-II-Störungen

Körperliche Erkrankungen

- Erkrankungen des Nervensystems (Multiple Sklerose, Morbus Huntington, Verletzungen des Gehirns oder der Wirbelsäule, Anfallsleiden, u. a.)
- Krebserkrankungen
- HIV/AIDS
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen
- Hämodialyse-pflichtige Niereninsuffizienz
- Systemischer Lupus erythematodes
- Chronische Schmerzsyndrome
- Funktionseinschränkungen

Suizidideen/suizidales Verhalten

- ✓ Suizidideen (gegenwärtig oder früher)
- ✓ Suizidpläne (gegenwärtig oder früher)
- ✓ Suizidversuche (incl. unter- od. abgebrochener)
- ✓ Suizidabsichten
- ✓ Letalität der (geplanten) Suizidmethode

Psychosoziale Faktoren

- aktuelles Fehlen sozialer Unterstützung (einschließlich Alleinleben)
- **Arbeitslosigkeit**
- Verschlechterung des sozioökonomischen Status
- schlechte familiäre Beziehungen
- Häusliche Gewalt (assoziiert mit einer erhöhten Rate von Suizidversuchen, keine Evidenz für erhöhte Suizidrate)
- kürzlich belastende Lebensereignisse

Kindheitstraumata

- sexueller Missbrauch
- körperlicher Missbrauch

Genetische und familiäre Einflüsse

- Suizide in der Familienanamnese (insbesondere bei Angehörigen ersten Grades)
- psychische Erkrankungen einschließlich Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen in der Familienanamnese

Arbeitslosigkeit

Kontrollierte psychologische Autopsiestudien:

Risikofaktor für Suizid:

OR = 2,8 bis OR = 16,4¹⁻⁶

auch nach Adjustierung für Achse I-Störungen²

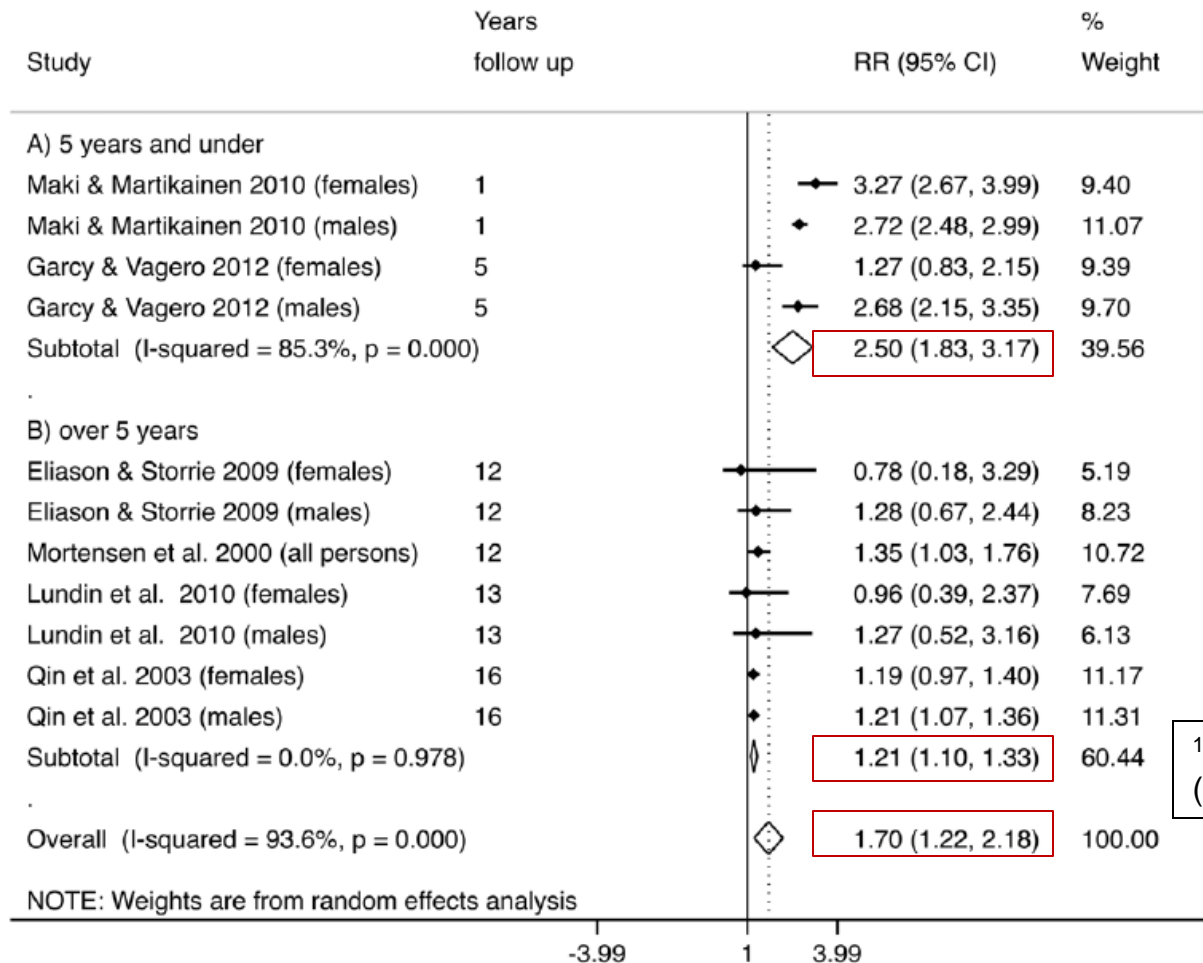
Kohortenstudien:

Suizidrisiko 2- bis 4-fach erhöht⁷⁻¹³

Aggregierte Studien:

kein eindeutiger Zusammenhang zwischen
Arbeitslosenrate und Suizidrate

Dauer der Arbeitslosigkeit und Suizidrisiko: *Zusammenhang?*¹



¹Milner et al. 2013
(Metaanalyse)

Zusammenhang „Krankmeldung“, Arbeitslosigkeit und Suizid – Männer¹

Table 3 – Association between unemployment in 1992, sickness absence in 1990–1991, age, socio-economic position in 1990, unemployment in 1990–1991 and suicide in 1994–1995 in men. Crude and adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI).

	Suicide (n = 171)									
	Crude		Model 1		Model 2		Model 3		Full model	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Unemployed 1992–1993 (days)</i>										
0 (n = 134)	1	–	1	–	1	–	1	–	1	–
1–90 (n = 8)	1.74	0.85–3.56	1.86	0.90–3.85	1.47	0.72–3.03	1.76	0.86–3.61	1.49	0.72–3.09
>90 (n = 29)	2.07	1.39–3.10	2.16	1.38–3.38	1.51	1.00–2.29	2.00	1.33–3.02	1.54	0.98–2.42
<i>Sickness absence 1990–1991 (days)</i>										
0–15 (n = 65)	1	–			1	–			1	–
16–34 (n = 39)	2.37	1.59–3.52			2.39	1.60–3.56			2.35	1.57–3.52
35–62 (n = 27)	3.54	2.26–5.55			3.49	2.21–5.49			3.42	2.15–5.44
>62 (n = 40)	4.78	3.23–7.09			4.51	3.01–6.77			4.41	2.86–6.74
<i>Socio-economic position 1990</i>										
USW (n = 29)	1.96	1.11–3.47					1.97	1.11–3.50	1.22	0.68–2.21
SW (n = 33)	2.31	1.32–4.02					2.23	1.27–3.92	1.48	0.83–2.63
ANM (n = 20)	1.97	1.06–3.66					2.01	1.08–3.75	1.66	0.89–3.11
NMI (n = 34)	1.75	1.01–3.04					1.77	1.02–3.08	1.60	0.92–2.79
HNM (n = 20)	1	–					1	–	1	–
E + F (n = 10)	2.02	0.95–4.32					2.01	0.94–4.29	1.61	0.75–3.45
NC (n = 25)	2.33	1.30–4.20					2.30	1.27–4.18	1.59	0.86–2.93
<i>Employed 1990–1991</i>										
Yes (n = 158)	1	–	1	–					1	–
No (n = 13)	1.68	0.95–2.96	1.10	0.58–2.07					0.90	0.48–1.68

Crude: adjusted for age.

Model 1: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and unemployment in 1990–1991.

Model 2: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and sickness absence.

Model 3: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and socio-economic position.

Full model: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age, unemployment in 1990–1991, sickness absence and socio-economic position.

USW, unskilled workers; SW, skilled workers; ANM, assistant non-manual employees; NMI, non-manual employees at intermediate level; NMH, non-manual employees at higher level; E + F, entrepreneurs and farmers; NC, individuals not classified into a socio-economic group as no occupation was reported.

¹Lundin et al. 2012

Zusammenhang „Krankmeldung“, Arbeitslosigkeit und Suizid – Frauen¹

Table 4 – Association between unemployment in 1992, sickness absence in 1990–1991, age, socio-economic position in 1990, unemployment in 1990–1991 and suicide in 1994–1995 in women. Crude and adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI).

	Suicide (n = 78)									
	Crude		Model 1		Model 2		Model 3		Full model	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Unemployed 1992–1993 (days)</i>										
0 (n = 62)	1	–	1	–	1	–	1	–	1	–
1–90 (n = 7)	2.68	1.23–5.85	2.10	0.91–4.85	2.36	1.07–5.20	2.69	1.22–5.94	1.84	0.80–4.23
>90 (n = 9)	1.78	0.88–3.58	1.16	0.51–2.63	1.25	0.62–2.55	1.72	0.85–3.51	0.85	0.38–1.90
<i>Sickness absence 1990–1991 (days)</i>										
0–15 (n = 18)	1	–			1	–			1	–
16–34 (n = 12)	1.47	0.71–3.05			1.51	0.73–3.15			1.48	0.71–3.09
35–62 (n = 7)	1.57	0.66–3.76			1.65	0.69–3.97			1.57	0.65–3.78
>62 (n = 41)	9.14	5.25–15.91			9.70	5.52–17.07			8.68	4.86–15.49
<i>Socio-economic position in 1990</i>										
USW (n = 24)	3.09	1.26–7.56					3.17	1.29–7.78	1.92	0.77–4.78
SW (n = 5)	1.32	0.40–4.32					1.35	0.41–4.45	0.90	0.27–2.97
ANM (n = 18)	1.59	0.63–4.01					1.58	0.63–3.99	1.35	0.53–3.41
NM (n = 13)	1.33	0.51–3.50					1.36	0.52–3.58	1.21	0.46–3.18
HNM (n = 16)	1	–					1	–	1	–
E + F (n = 3)	3.03	0.76–12.10					3.03	0.76–12.11	2.36	0.59–9.48
NC (n = 9)	2.45	0.87–6.88					2.39	0.84–6.81	1.39	0.48–4.02
<i>Employed in 1990–1991</i>										
Yes (n = 67)	1	–	1	–					1	–
No (n = 11)	3.54	1.87–6.70	3.12	1.44–6.75					2.54	1.19–5.45

Crude: adjusted for age.

Model 1: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and unemployment in 1990–1991.

Model 2: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and sickness absence.

Model 3: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age and socio-economic position.

Full model: multivariable model including unemployment in 1992–1993, age, unemployment in 1990–1991, sickness absence and socio-economic position.

USW, unskilled workers; SW, skilled workers; ANM, assistant non-manual employees; NMI, non-manual employees at intermediate level; NMH, non-manual employees at higher level; E + F, entrepreneurs and farmers; NC, individuals not classified into a socio-economic group as no occupation was reported.

¹Lundin et al. 2012

Niedriger beruflicher Status

Kontrollierte psychologische Autopsiestudien:

OR = 3,6¹ bzw. OR = 3,4²,
(aber nicht nach Adjustierung für Achse I-Störungen²)

Kohortenstudien:

Kein Zusammenhang mit Suizid^{3,4}

neuere Studie^{5,11,12}: erhöhtes Suizidrisiko, z. B.:

Männer	SRR	95%CI
alle	1	
angelernt	1,19	1,10–1,28
ungelernt	1,44	1,28-1,61
Keine Berufsausbildung	2,52	2,19-2,89

Querschnittsstudien:

Männer: erhöhte Suizidraten, hingegen Männer in gehobenen Positionen erniedrigte Suizidraten⁶⁻¹⁰

Sozioökonomischer Status bei jungen Erwachsenen¹

Table 3 Population Attributable Fraction (PAF%) for mental disorders and socio-economic status associated with suicide (young adults aged 18–34 years), 2003–2008, New South Wales (Australia)

	% controls exposed	Odds ratio (95%CI)	PAF% (95%CI)
Males			
Substance use disorder			
No	82.4	1.00	
Yes	17.6	2.62 (1.11-6.15)	27.9 (11.5-41.2)
Affective disorder			
No	88.2	1.00	
Yes	11.8	2.80 (1.10-7.14)	25.4 (11.0-37.4)
Anxiety disorder			
No	97.1	1.00	
Yes	2.9	4.13 (0.85-20.22)	11.7 (5.6-17.5)
Socio-economic status			
High	29.0	1.00	
Mid	36.0	1.58 (0.61-4.09)	
Low	35.0	3.08 (1.21-7.82)	46.1 (3.8-69.8)
Females			
Substance use disorder			
No	90.5	1.00	
Yes	9.5	1.12 (0.17-7.58)	3.4 (-66.0-43.8)
Affective disorder			
No	89.2	1.00	
Yes	10.8	1.28 (0.15-11.08)	8.3 (-86.7-55.0)
Anxiety disorder			
No	95.9	1.00	
Yes	4.1	43.55 (2.56-741.34)	30.1 (28.0-32.0)
Socio-economic status			
High	25.3	1.00	
Mid	28.1	0.88 (0.08-10.00)	
Low	46.6	5.18 (0.68-39.59)	58.1 (-29.1-86.4)

OR= 1.00 (Referent group).

Soldier suicides spike to highest level since 1993

■ The Army says it has about 230 counselors in Iraq and Afghanistan

By LOLITA C. BALDOR
ASSOCIATED PRESS

WASHINGTON — The number of U.S. Army soldiers who took their own lives increased last year to the highest total since 1993, despite a growing effort by the Army to detect and prevent suicides.

WIDE RANGE

The suicide rate for the Army has fluctuated over the past 25 years:

■ **20 years:** A high of 15.8 suicides per 100,000 soldiers was recorded in 1985, with a low of 9.1 per 100,000 in 2001.

■ **2005:** Last year's rate of 13 suicides per 100,000 is the highest since 1993, when the Army recorded 90 suicides at a rate of 14.2 per 100,000.

Berufsgruppen

- ***Kohortenstudien: erhöhte Suizidrisiken für¹⁻⁹:***
 - weibliches Flugbegleitpersonal
 - Bergwerksarbeiter
 - Geschäftsleute
 - Berufssoldaten*
 - im Verkauf Tätige
 - Ärzte* (aber: Ärztinnen wohl erhöhtes Suizidrisiko)
 - Krankenpflegepersonal
 - Bauern*

Vermindertes Suizidrisiko^{6,8,10-11}:

- Feuerwehrleute
- Polizisten*
- Manager und Banker

* Ergebnisse in der Regel nicht eindeutig; ¹Ballard et al. 2002, ²Kposowa 1999, ³Frank et al. 2000, ⁴Kelly und Bunting 1998, ⁵Hawton et al. 2011, ⁶Baris et al. 2001, ⁷Aasland et al. 2011, ⁸Skegg et al. 2010, ⁹Schernhammer und Colditz 2004, ¹⁰Tiesman et al. 2015, ¹¹Milner et al. 2013

Risikofaktoren für Suizid bei Krankenschwestern mit besonders hohem Suizidrisiko¹:

- o Gegenwärtige psychische Erkrankung (OR = 68,5)
- o Persönlichkeitsstörung (OR = 32,0)
- o Selbstverletzung (OR = 58,5)
- o Verschiedene soziale Faktoren, z. B.
 ≥ 2 Umzüge in den letzten 5 Jahren
 (OR = 6,4)

¹Hawton et al. 2002

Zusammenhang zwischen Beschäftigung, psychischen Erkrankungen, Partnerschaft und Suizid

Logistic regression analysis of association between work circumstances, Axis I disorders, personality disorders, cohabiting, and suicide (Backstep-WALD).

	OR (95 % CI)
Unemployed	16.8 (3.7–77.0)
Retired	2.3 (1.1–4.5)
Homemaker	5.3 (1.3–21.7)
Axis I disorder	13.2 (6.1–28.9)
Personality disorder	4.8 (2.6–8.9)
Not cohabiting	3.0 (1.6–5.6)

OR: adjusted for sex and age groups; variables included in the analysis: employment status, axis I disorders, personality disorders, and partnership.

Schneider et al. 2011

Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und Suizid (nur arbeitende Bevölkerung)

Association of psychosocial factors at work and suicide (only [self-]employed).

	Median [quartiles]		OR (95% CI)	OR (95% CI)*	OR (95% CI) **
	Control persons	Suicides			
Variety of work (1 = very varied work to 6 = very monotonous)	2 [1; 3]	3 [2; 4.5]	1.9 (1.4-2.5)	1.5 (1.1-2.0)	1.5 (1.1-2.0)
Interestingness of work ((1 = very interesting to 6 = very boring)	2 [1; 3]	3 [1; 4.25]	1.8 (1.3-2.3)	1.3 (1.0-1.8)	1.3 (0.9-1.8)
Satisfaction with superiors (1 = very satisfied to 6 = very dissatisfied)	2 [2; 3]	3 [1.5; 5]	1.3 (1.0-1.7)	1.1 (0.8-1.5)	1.1 (0.8-1.5)
No superiors(= 0) included in analysis	2 [1; 3]	2 [1; 5]	1.2 (1.0-1.6)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.4)
Satisfaction with colleagues (1 = very satisfied to 6 = very dissatisfied)	2 [1; 2]	2 [1; 3]	1.5 (1.0-2.1)	1.2 (0.8-1.8)	1.2 (0.8-1.9)
No colleagues included in analysis	2 [1; 2]	2 [1; 3]	1.5 (1.0-2.0)	1.2 (0.8-1.8)	1.3 (0.8-1.9)
Psychic strain through contact with clients (1 = very little to 6 = very much)	2 [1; 3]	2.5 [1; 4]	1.3 (0.9-1.7)	1.1 (0.7-1.6)	1.1 (0.7-1.6)
No clients included in analysis	0 [0; 3]	1 [1; 4]	1.5 (1.2-1.9)	1.6 (1.2-2.1)	1.6 (1.2-2.1)
Time pressure (1 = very little to 6 = very much)	3 [2; 5]	3 [1; 5]	1.0 (0.8-1.2)	0.9 (0.7-1.2)	0.9 (0.7-1.2)
Responsibility (1 = very little to 6 = very much)	2 [1; 3]	4 [1; 5]	1.6 (1.2-2.0)	1.4 (1.1-1.8)	1.4 (1.1-1.8)

OR: adjusted for sex and age groups; *additionally adjusted for axis I and personality disorders; ** additionally adjusted for axis I disorders, personality disorders and status of cohabitation; the ordinal values (1 to 6) for the psychosocial factors were included as continuous variables in the logistic regression model. The stated OR gives the risk elevation per one point increase of a single psychosocial factor.

Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und schwierigen Arbeitsbedingungen mit Suizidmortalität

Association of job strain and adverse working conditions with suicide mortality assessed by Cox regression (n = 6817).

	Cases/non-cases	Model 1 HR (95% CI) p value	Model 2 HR (95% CI) p value
Adverse chronobiological/physical working conditions:			
Low or intermediate	8/4217	ref.	ref.
High	20/2572	3.28 (1.43–7.54) 0.005	2.73 (1.16–6.42) 0.022
Adverse psychosocial working conditions:			
Low or intermediate	11/4017	ref.	ref.
High	17/2772	1.63 (0.75–3.53) 0.220	1.67 (0.76–3.68) 0.200
Job strain:			
Low or intermediate	19/4486	ref.	ref.
High	9/2303	0.99 (0.45–2.20) 0.987	0.82 (0.36–1.84) 0.624

Model 1: adjusted for age, sex and survey.

Model 2: adjusted for age, sex, survey, living alone, low educational level, smoking, high alcohol consumption, obesity, and depressed mood.

High alcohol consumption (n = 5), obesity (n = 52) and depressed mood (n = 427) have missing values which were included as own category in the Cox regression, estimates not shown.

Arbeitsplatzbedingte Risiken für Suizid

Japan : arbeitsbedingter Suizid als soziales Phänomen schon seit den späten 1980er Jahren bekannt (eigenständiger Fachterminus: „Karōshi“ (jap. 過労死) = Suizid infolge von Überlastung am Arbeitsplatz, „Tod durch Überarbeitung“, „Sterben für die Firma“)

Frankreich: 4% der ca. 11 000 Suizidfälle pro Jahr werden auf Arbeitsüberlastung zurückgeführt

USA: Von 2003 bis 2010: 1719 arbeitsplatzbedingte Suizide: Suizidraten waren höher bei Männern (2,7 pro 1 000 000 Arbeitnehmer) als bei Frauen (0,2) und jenen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren (2,4)¹

Deutschland: keine Statistiken

Ursachen??

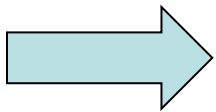
Im gegenwärtigen Kontext neuer Formen der Arbeitsorganisation (z. B. Zielvereinbarungen, Qualitätsmanagement, Evaluierung von Leistung) wird als zentraler Überlastungsfaktor die Isolation von Kollegen diskutiert, weil mögliche Freiräume zur Kompensation von Rückständen verbraucht werden.

➔ Die Beschäftigten sind somit auf eine permanente Mobilisierung ihrer individuellen psychischen und intellektuellen Ressourcen angewiesen, die nach Dejours weit in die Sphären privater Beziehungen hineinreichen. Viele Beschäftigte haben daher auch erhebliche Schwierigkeiten, sich nach der Arbeit zu regenerieren.

Gerät der Arbeitnehmer schließlich an die Grenzen der Belastbarkeit, ist das Suizidrisiko besonders hoch.

Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz¹

- Ausbildung und Training des einzelnen Mitarbeiters wie auch der Führungsebene um das Wissen über Suizid und dessen Risikofaktoren
- Unterstützen eines sozialen Netzwerkes unter den Angestellten
- Kooperation von internen und externen Ressourcen, z. B. durch enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und/oder Spezialisten
- Screening nach und Hilfsangebote für Risikopersonen
- Erschweren des Zugangs zu Suizidmitteln.



Es bedarf weiterer Forschung, um berufsspezifische Risikofaktoren zu verstehen und Programme zu entwickeln, die in die Arbeitswelt integriert werden könnten.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Suizidraten (pro 100000)

Akademisches Lehrkrankenhaus

(letzte verfügbare Zahlen, Stand: 2012, 100 Länder, WHO)

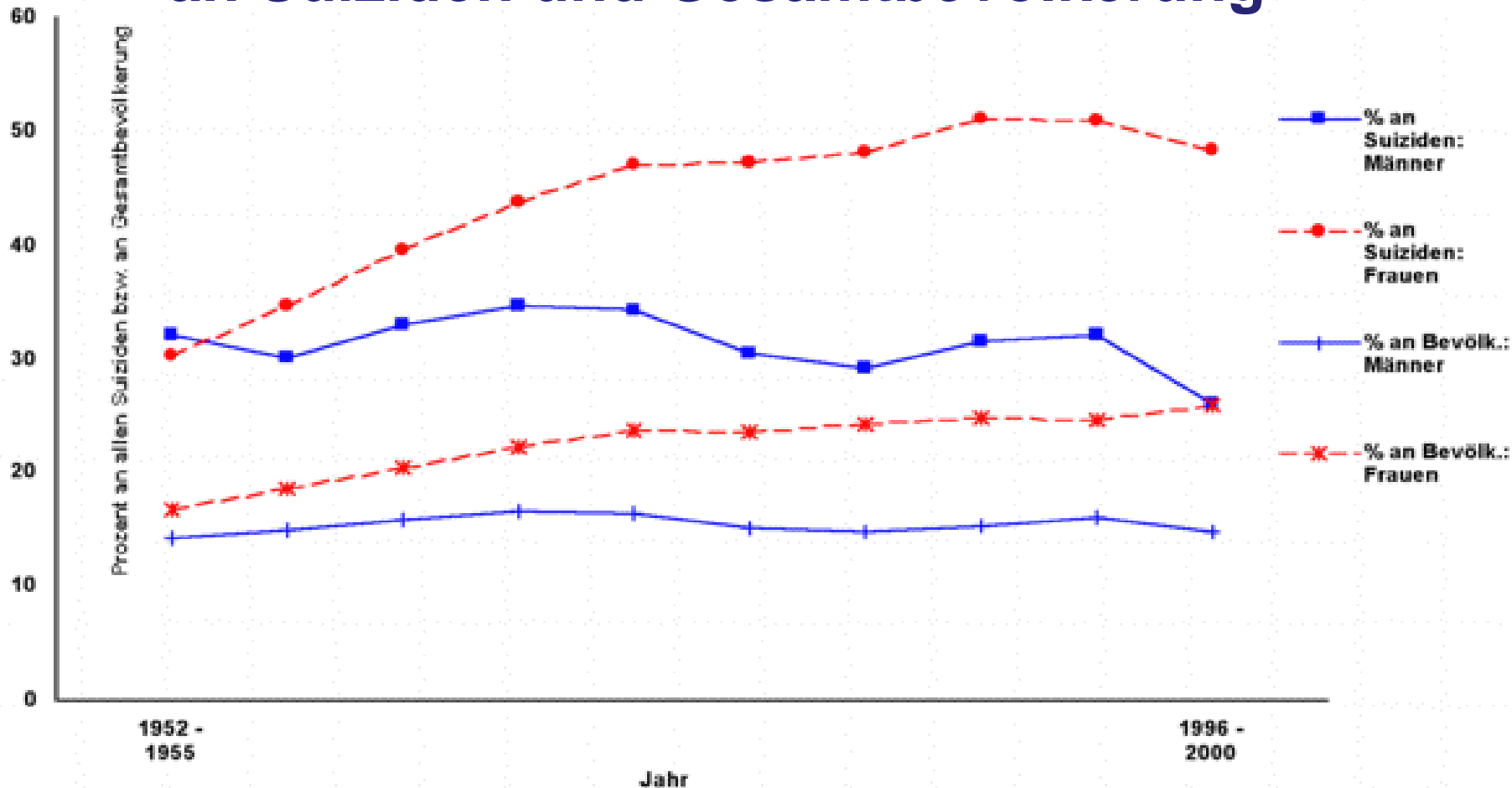
LVR-Klinikverbund



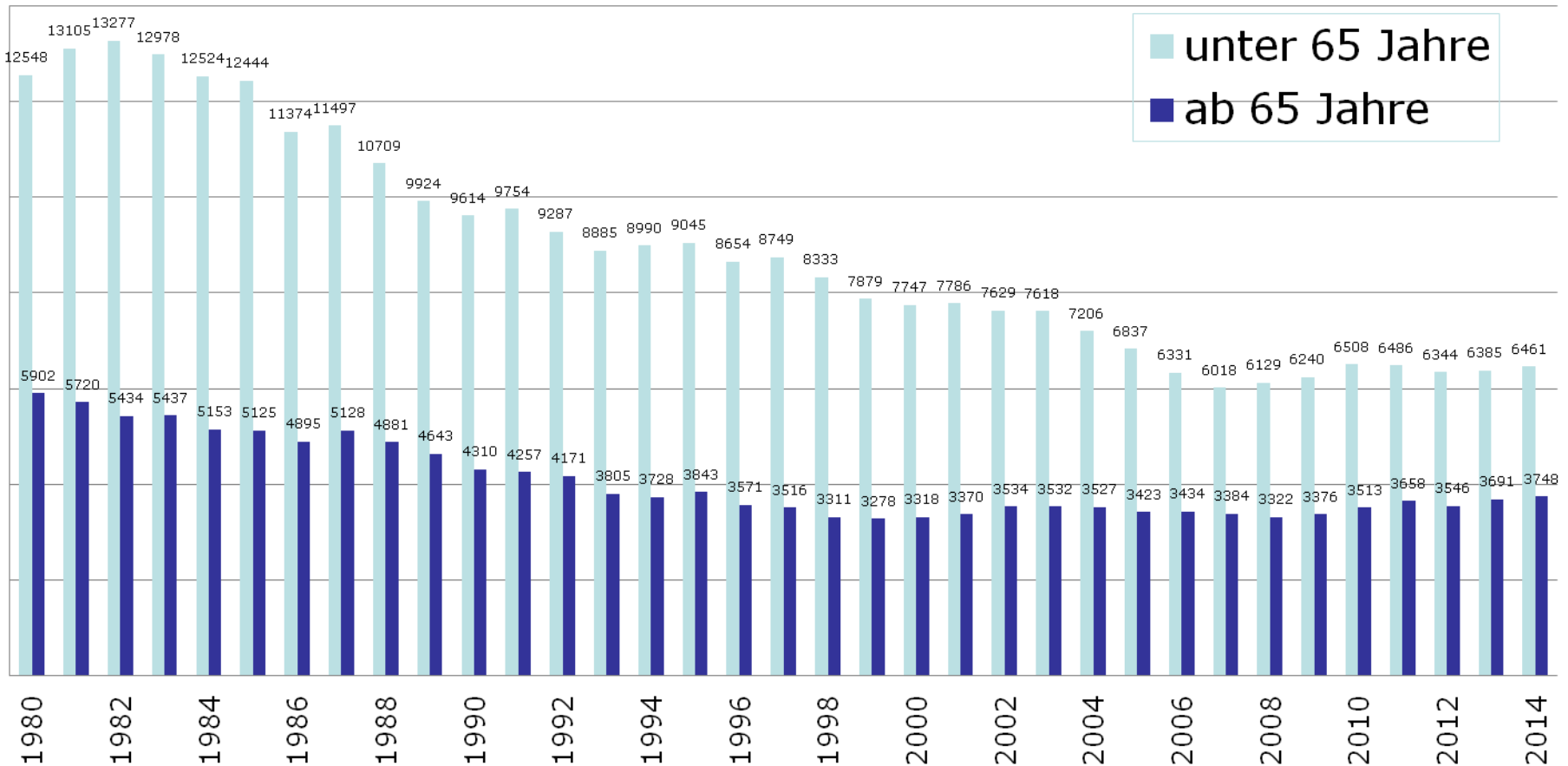
Qualität für Menschen

Land	Jahr	Männer	Frauen	Rate pro 100 000
Litauen	09	61,3	10,4	34,1
Korea	09	39,9	22,1	31,0
Russische Föderation	06	53,9	9,5	30,1
Weißrussland	09	49,6	9,8	28,4
Guyana	06	39,0	13,4	26,4
Kasachstan	08	43,0	9,4	25,6
Ungarn	09	40,0	10,6	24,6
Japan	09	36,2	13,2	24,4
Lettland	09	40,0	8,2	22,9
Slowenien	09	34,6	9,4	21,9
Ukraine	09	37,8	7,0	21,2
Belgien	05	28,8	10,3	19,4
Finnland	09	29,0	10,0	19,3
Serbien	09	28,1	10,0	18,8
Estland	08	30,6	7,3	18,1

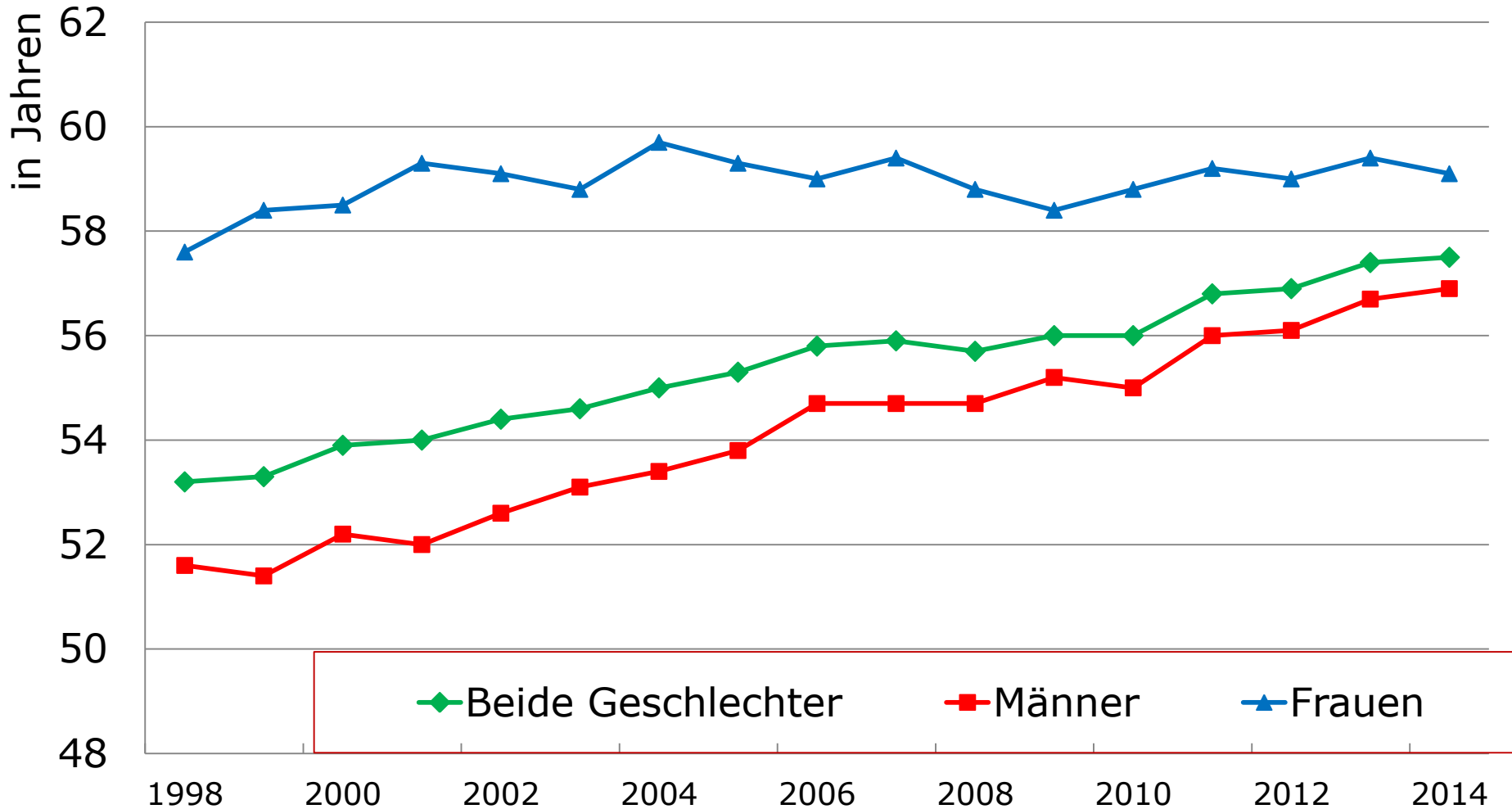
Prozentuale Zunahme der über 60-Jährigen an Suiziden und Gesamtbevölkerung



Zahl der Suizide bei ab 65-Jährigen und unter 65-Jährigen



Durchschnittliches Sterbealter durch Suizid in Deutschland von 1998 bis 2014

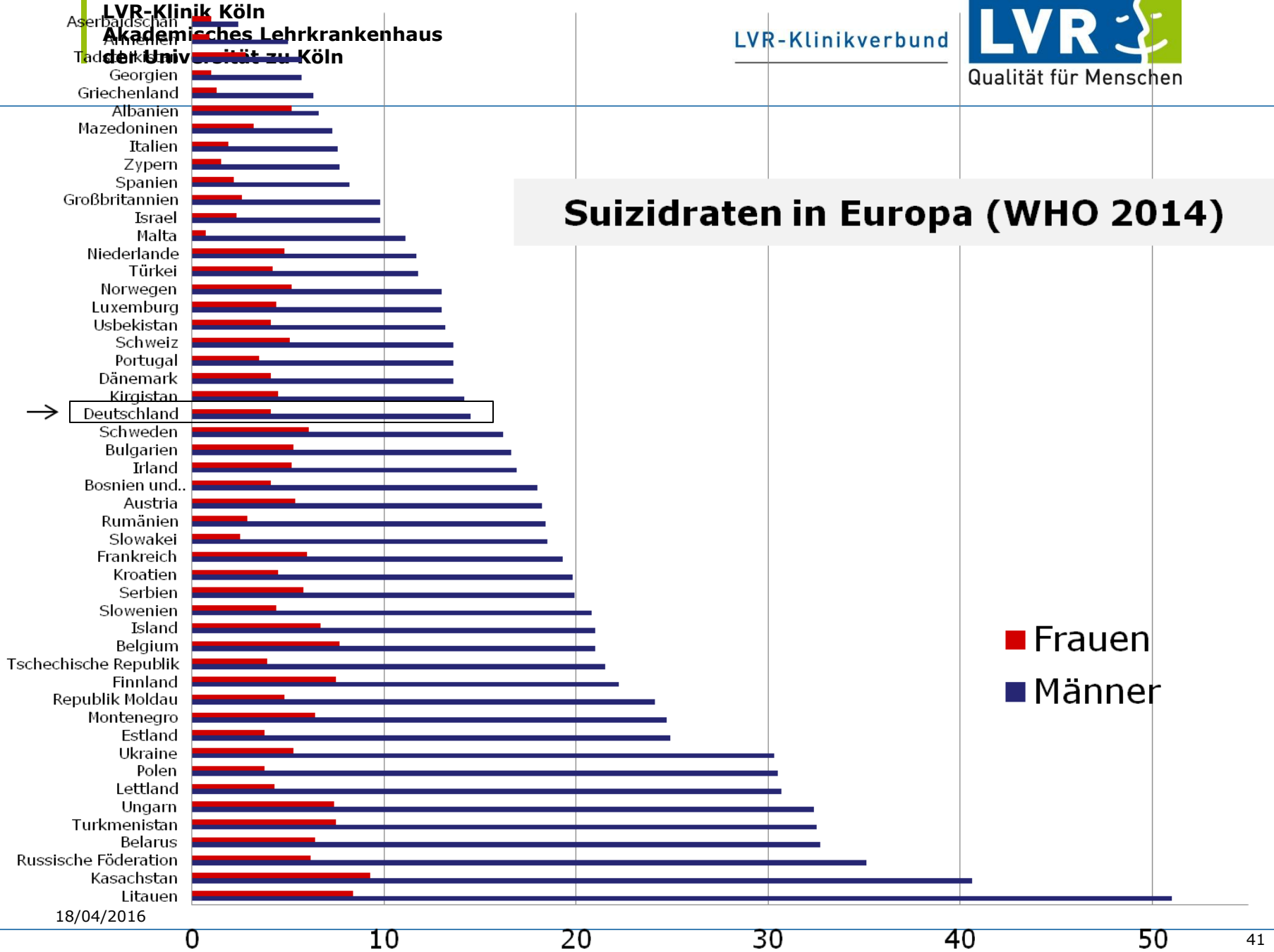


Suizide im Alter von über 60 Jahren (Deutschland 2013)

	Absolute Zahlen		Suizidraten ¹	
	Bevölkerung	davon 60+Jährige	Bevölkerung	60+Jährige
Insgesamt	10076	4487 44,53 %	12,49	20,50
Männer	7449	3201 42,97 %	18,88	32,67
Frauen	2627	1286 48,95 %	6,38	10,57

¹ Suizide/100 000 Einw. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2015)

Suizidraten in Europa (WHO 2014)



■ Frauen
 ■ Männer

Was wissen wir über belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen?

Wir wissen z. B. aus der Herz-Kreislaufforschung:

Belastende psychosoziale Arbeitsbedingungen:

- **Arbeitsstress (= Ungleichgewicht von hohen Anforderungen und beruflicher Verausgabung bei gleichzeitig geringen Entscheidungsmöglichkeiten oder Gratifikationen)**
- **Arbeitsplatzunsicherheit (z. B. befristete Arbeitsverhältnisse)**
- **Arbeitsplatzverlust**
- **Überforderung durch Mehrarbeit und Überstunden**

Zentrale psychoneurophysiologische Vermittlungswege, über die aversive Stressbedingungen am Arbeitsplatz zu pathologischen Veränderungen im Körper führen:

- **Autonomes Nervensystem**
- **Endokrines System**
- **Immunologisches System**

Aversive Synergismen durch Akkumulation weiterer psychosozialer Risikofaktoren (wie andauernde familiäre Konflikte) sind wahrscheinlich.