

Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt: Resultate der WHO/EURO-Multizenter-Studie

Characteristics of suicide attempts among Turkish immigrants living in Basel-City: Results from the WHO/ EURO-Multicentre Study

Bettina Brückner^{1*}, Flavio Muheim^{1*}, Pascal Berger², Anita Riecher-Rössler¹

¹Psychiatrische Universitätspoliklinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken
Basel

²Psychiatrische Privatpraxis, Friedensgasse 51, 4056 Basel

* BB und FM teilen sich die gemeinsame Erstautorenschaft (in alphabetische Reihenfolge)

* Both authors contributed equally to this work (listed in alphabetical order)

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Chefärztin
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Psychiatrische Universitätspoliklinik/
Allgemeine Psychiatrie ambulant
c/o Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
Tel.: +41 61 265 51 14
Fax: +41 61 265 45 99
anita.riecher@upkbs.ch

Gegenstand und Ziel: Es gibt zahlreiche Hinweise für Unterschiede im suizidalen Verhalten zwischen türkischen Migranten und der einheimischen Bevölkerung. Bisherige Studien basierten ihre Analysen auf nicht-repräsentativen Daten und zeigten zum Teil methodische Probleme. Deshalb wurde das suizidale Verhalten von türkischen Migranten im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt auf methodisch zuverlässiger Basis untersucht.

Material und Methoden: In den Jahren 2003 und 2004 wurden im Rahmen der WHO/EURO-Multizenter-Studie alle über 15-jährigen Einwohner des Kantons Basel-Stadt erfasst, die wegen eines Suizidversuchs (SV) medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Daten türkischer und Schweizer Patienten wurden verglichen.

Ergebnisse: Die SV-Rate der türkischen Migranten war im Durchschnitt über alle Altersgruppen 2,7-mal höher als diejenige der Schweizer. Frauen zeigten doppelt so hohe Raten wie Männer. Die mit Abstand höchsten Raten fanden sich bei jungen Frauen, insbesondere bei jungen türkischen Migrantinnen. Migranten litten häufiger an Störungen der ICD-10-Kategorie F4, v.a. Anpassungsstörungen, und verwendeten häufiger Medikamente, insbesondere Analgetika.

Schlussfolgerungen: In der Prävention ist ein Fokus besonders auf junge türkische Frauen und MigrantInnen mit Anpassungsstörungen zu legen.

Klinische Relevanz: Bei der Medikamentenabgabe, insbesondere bei Analgetika, sollte auf möglichst geringe Toxizität und kleine Packungsgrößen geachtet werden. Dies ist insbesondere auch bei frei verkäuflichen Medikamenten zu beachten.

Schlüsselwörter: WHO/EURO-Multizenter-Studie - Suizidversuche - türkische Migranten - Analgetika - Geschlechtsunterschiede

Objective: Some evidence suggests that suicidal behaviour of Turkish migrants differs from the native population's suicidal behaviour. Most studies which have been conducted, however, have not based their analyses on representative populations; moreover, they partly suffer from methodical shortcomings. We have therefore analysed the suicidal behaviour of Turkish migrants in comparison to that of native Swiss citizens of Basel, Switzerland, using sound methodology.

Materials and Methods: In 2003 and 2004 in the framework of the WHO/EURO-Multicentre Study we investigated all inhabitants of the canton BaselCity over 15 years of age who got medical help subsequent to an attempt of suicide. Data of Swiss and Turkish patients were compared.

Results: The suicide attempt rate among Turkish migrants was on average over all age groups 2.7 times higher than in Swiss citizens. The rate of women was twice as high as that of men. Young females showed the highest rates. Migrants suffered more often from disorders of the ICD-10-category F4 - especially stress-related disorders - and more often used medication overdoses - particularly analgesics.

Conclusions: Preventative efforts should concentrate especially on young Turkish females and migrants suffering from stress-related disorders.

Clinical Relevance: When prescribing medication, especially analgesics, lowest toxicity and smallest packaged quantity should be aimed at. The same is true for "over the counter" availability of medication.

Keywords: WHO/EURO-Multicentre Study on Parasuicide - suicide attempts - Turkish migrants - analgesics - gender differences

Einleitung

Türkische Migranten machten 2003 und 2004 in Basel-Stadt 4% der Gesamtbevölkerung und 15% aller Ausländer aus (3,30) und gehörten zu den drei grössten Ausländergruppen (4). Die Forschung über Suizidversuche (SV) unter türkischen Migranten in Europa ist nicht sehr umfangreich und oftmals ausgewählten Themen gewidmet. Frühere Arbeiten aus unserer Arbeitsgruppe zeigten, dass türkische Migranten in Basel eine höhere SV-Rate aufwiesen als die einheimische Bevölkerung, allerdings ohne die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen genauer zu analysieren (2). Yilmaz und Riecher-Rössler beschrieben Unterschiede in Bezug auf die SV-Methode zwischen den Gruppen auf der Basis einer Teil-Population, die klinische Hilfe gesucht hatte (36). Ziel der vorliegenden Arbeit war, auf Basis sämtlicher Einwohner des Kantons, die wegen eines SV medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, das suizidale Verhalten von türkischen Migranten im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung im Kanton Basel-Stadt bezüglich Alter, Geschlecht, Methode, vorgängige SV und Diagnosen psychischer Störungen genauer zu untersuchen.

Material und Methodik

Von Januar 2003 bis Dezember 2004 nahm Basel-Stadt an der WHO/EURO-Multizenter-Studie teil, die sich der systematischen Erfassung suizidalen Verhaltens widmet. Aufbau, Ziele, verwendete Definitionen und Methodik wurden ausführlich von Schmidtke et al. beschrieben (28,29). Alle über 15-jährigen Personen der Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt, die einen SV unternahmen und mit dem Gesundheitswesen in Kontakt kamen, wurden

erfasst. Sämtliche somatischen und psychiatrischen Akutspitäler im Einzugsgebiet sowie die niedergelassenen Internisten, Allgemeinpraktiker und Psychiater wurden regelmässig angefragt, ob sie Patienten nach SV betreut hatten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit SV, die in Basel-Stadt behandelt wurden, hier aber nicht ihren Wohnsitz hatten. Wie eine Begleitstudie zeigte, konnten in der Studie schätzungsweise 90% aller behandelten SV erfasst werden (1).

Die Meldung der suizidalen Handlungen erfolgte mittels des in der WHO/EURO-Multizenter-Studie verwendeten standardisierten und anonymisierten Dokumentationsbogens. Er enthielt klinische und soziodemographische Angaben (Zeitpunkt des SV, Einweisungsumstände, Behandlungsmassnahmen, SV-Methode, Art des SV, Diagnose nach ICD-10, frühere suizidale Handlungen, Alter, Geschlecht, Geburtsland, Staatsangehörigkeit sowie Daten zu Zivilstand, Wohnsituation, Ausbildung und Arbeitstätigkeit, 28,29). Wurde ein Patient in mehreren Institutionen behandelt, so wurde dieser als Doppelmeldung identifiziert und in der Datenbank nur einmal als Fall gezählt.

Im Dokumentationsbogen wurden Geburtsland und Nationalität, nicht aber Doppelbürgerschaft erfasst. Als „türkischer Migrant“ wurde gezählt, wer als Geburtsland *oder* Staatsangehörigkeit „Türkei“, als „Schweizer“, wer als Geburtsland *und* Staatsangehörigkeit „Schweiz“ angab. Dagegen waren die Basis-Populationsdaten, die von den kantonalen und Bundesbehörden zur Berechnung der Raten/100'000 Einwohner bezogen wurden, nur nach Staatszugehörigkeit unterteilt. Die Begriffsdefinition der Behörden und unserer Studie waren somit nicht völlig identisch; da aber laut Volkszählung

2000 nur 9% der türkischstämmigen Migranten einen Schweizer Pass besitzen, erscheint uns die verwendete Operationalisierung legitim.

Bis zu vier SV-Methoden wurden nach ICD-10-X-Codes dokumentiert und als Mehrfachnennungen verrechnet (9). Die Methoden wurden gemäss den folgenden Kategorien zusammengefasst: „Medikamente“(X60-64), „Alkohol“(X65), „Gase/Chemikalien“(X66-X69), „Ersticken/Ertrinken“(X70-X71), „Feuerwaffen“(X72-X74), „Schneiden“(X78-X79), „Sprung (Tiefe/Fahrzeug)“(X80-X81), „Anderes“(X75-X77, X82-X84). Die Medikamenten-intoxikationen wurden genauer untersucht. Pro Fall wurden maximal drei Substanzen (d.h. die ersten drei Nennungen) gezählt. Bei der Auswertung der Methoden sowie der Medikamente wurde als Beobachtungs- und Zähleinheit jeweils die einzelne Methode oder das einzelne Medikament gewählt, weshalb Mehrfachnennungen nicht zu einer Überschreitung von 100% führten. Da Analgetika und Benzodiazepine die beiden häufigsten Substanzklassen darstellten, wurden die Intoxikationsfälle zusätzlich einer der vier folgenden Kategorien zugeordnet: a) Fälle, in denen Analgetika (und evtl. andere Substanzen, aber keine Benzodiazepine), b) Fälle, in denen Benzodiazepine (und evtl. andere Substanzen, aber keine Analgetika), c) Fälle, in denen Analgetika und Benzodiazepine (und evtl. weitere Substanzen) und d) Fälle, in denen weder Analgetika noch Benzodiazepine eingenommen wurden. Die Diagnosen psychischer Störungen wurden als Erst- und Zweitdiagnosen ausgewiesen (9).

Für die Berechnung der SV-Raten/100'000 Einwohner wurden die Durchschnitte der SV- und der Grundbevölkerungszahlen der beiden Erhebungsjahre kalkuliert. Für die statistische Beurteilung der verschiedenen SV-Ratenverhältnisse (türkische Migranten vs. Schweizer, Frauen vs.

Männer, jüngere vs. ältere Personen) wurde ein Poisson-Regressionsmodell verwendet, welches die SV-Raten als Funktion von „Alter“, „Geschlecht“ und „Geburtsland“ beschrieb und gleichzeitig die statistische Signifikanz dieser verschiedenen Determinanten der SV-Rate lieferte (zitiert als χ^2 , df, p). Für die statistischen Gruppenvergleiche der Variablen „Methoden“, „Medikamente“ und „Diagnosen“ wurden Chi-Quadrat-Tests (zitiert als χ^2 , df, p) und exakte Fischer-Tests (zitiert als p) berechnet (SPSS Version 15). Das Signifikanzniveau lag bei $\alpha=0,05$, für Trends bei $\alpha=0,1$.

Ergebnisse

Fälle, Personen, SV-Raten, Geschlechts- und Altersverteilung

Die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt ist städtisch und umfasste im Mittel in den Jahren 2003/2004 165'025 über 15-jährige Einwohner, davon 118'390 Schweizer Bürger und 6001 türkische Migranten (24).

Im Studiengebiet begingen 46 **Migranten** 56 SV und 225 **Schweizer** 291 SV. Die SV-Rate der Migranten war mit 467/100'000 signifikant höher als diejenige der Schweizer mit 131/100'000 ($\chi^2=15,03$, df=1, $p\leq 0,001$).

Die **Geschlechtsverteilung** war bei den Migranten 20 (36%) Männer zu 36 (64%) Frauen, bei den Schweizern 81 (28%) Männer zu 210 (72%) Frauen. Die SV-Rate war in beiden Gruppen bei den Frauen im Durchschnitt über alle Altersgruppen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern ($\chi^2=15,71$ df=1, $p\leq 0,001$).

Zudem deckte das Poisson-Regressionsmodell auch einen signifikanten Alterseffekt auf: Pro fünf Altersjahre veränderte sich die SV-Rate im

Durchschnitt um den Faktor 0.86, entsprechend einer 14%-igen Abnahme ($\chi^2=28,34$, $df=1$, $p\leq 0,001$).

Schliesslich wurden auch mögliche Interaktionen der drei Einflussfaktoren geprüft. Dabei zeigte sich, dass die SV-Rate bei den Frauen mit dem Alter signifikant stärker abnahm als bei den Männern, der Geschlechtsunterschied also mit zunehmendem Alter geringer wurde. Andererseits gab es keine Anhaltspunkte für eine Interaktion zwischen dem Faktor „Geburtsland“ und den Faktoren „Alter“ und „Geschlecht“.

Die Migrantinnen zeigten die höchsten SV-Raten in der Alterskategorie 15-24 (1051/100'000) und einen zweiten Gipfel in der Alterskategorie 35-39 (1118/100'000). Bei den männlichen Migranten fanden sich bezüglich der Raten in den Altersgruppen weniger grosse Unterschiede. Bei den Schweizerinnen fanden sich die höchsten SV-Raten unter den 20-29-Jährigen (545/100'000). Eine zweigipflige Verteilung mit höchsten Raten in den Gruppen 20-24 (147/100'000) und 30-39 (155/100'000) war in der Kategorie der Schweizer Männer zu finden.

Tabelle 1 enthält eine detaillierte Auflistung der SV-Raten beider Gruppen nach Geschlecht und Alterskategorie.

- Tabelle 1 etwa hier -

Suizidversuchsmethoden

Migranten wandten in 74,5% der Fälle nur *eine* und in 25,5% zwei Methoden an; zu mehr als zwei Methoden griff kein Migrant. Schweizer benutzten in 67,5% der Fälle *eine* Methode, in 27,9% zwei und in 4,5% mehr als zwei Methoden.

Die verwendeten Methoden sind in **Tabelle 2** wiedergegeben: In beiden Gruppen und bei beiden Geschlechtern wurden am häufigsten Medikamente genommen.

- Tabelle 2 etwa hier -

Eine genauere Aufschlüsselung der Art der **Medikamenteneinnahmen** zeigte, dass die türkischen Migranten etwa gleich häufig entweder nur *ein* Medikament (n=21) oder zwei oder mehrere Stoffe (n=23) einnahmen. Dagegen nahmen Schweizer häufiger nur eine Substanz ein (123 vs. 73 Fälle; $p \leq 0,1$).

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Medikamente. Auffallend war der hohe Anteil von Analgetika bei den Migranten, welcher fast denjenigen der Benzodiazepine erreichte. Die Schweizer griffen dagegen deutlich häufiger zu Benzodiazepinen. Unter den eingenommenen Analgetika waren Paracetamolpräparate bei den Migranten mit knapp 40%, bei den Schweizern mit knapp 25% vertreten.

- Tabelle 3 etwa hier -

Bezüglich des Verhältnisses von Analgetika- zu Benzodiazepinintoxikationen fanden sich folgende signifikanten Gruppenunterschiede ($\chi^2=9,09$, $df=3$, $p \leq 0,05$): Die Schweizer verwendeten mit 49% vs. 12% 4-mal häufiger Benzodiazepine (ohne Analgetika) als Analgetika (ohne Benzodiazepine), bei den Migranten dagegen war das Verhältnis beinahe 1:1 (25% vs. 23%). Etwa

gleich häufig kamen in beiden Gruppen Fälle vor, bei denen sowohl Analgetika als auch Benzodiazepine eingenommen wurden (Schweizer 4%, Migranten 5%). Die Migranten (48%) verwendeten häufiger als die Schweizer (35%) keine der beiden Substanzklassen.

Wiederholte Suizidversuche

56% der Migranten und 66% der Schweizer mit einem SV hatten davor schon einmal eine suizidale Handlung ausgeführt ($p=0,205$). Die früheren SV hatten bei den Migranten in 52%, bei den Schweizern in 60% der Fälle innerhalb der letzten zwölf Monate stattgefunden.

Diagnosen

Die **Erstdiagnosen** sind in **Tabelle 4** dargestellt. Am häufigsten waren in beiden Populationen affektive Störungen (ICD-10 F3). Es fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Populationen für die Gruppen F2 (schizophrener Formenkreis), F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen): Einer von neun Schweizern, aber kein Migrant erhielt eine Diagnose der Gruppe F2 ($p\leq 0,05$). Etwa zwei von fünf Migranten, aber nur etwa einer von sieben Schweizern litt unter einer Störung aus dem Bereich F4 ($p\leq 0,001$). Die genaue Aufschlüsselung zeigte, dass bis auf einen einzigen Schweizer, der an einer somatoformen Störung litt, alle Patienten Anpassungsstörungen aufwiesen. Etwa jeder vierte Schweizer erhielt eine Diagnose aus dem Bereich F6, aber nur einer von 18 Migranten ($p\leq 0,001$).

Die am häufigsten gestellten **Zweitdiagnosen** kamen aus der Gruppe der Suchterkrankungen F1 (Migranten: 15%, Schweizer: 23%).

- Tabelle 4 etwa hier -

Diskussion

Einflussfaktoren für Suizidversuche

Folgende Hauptbefunde für die drei Variablen „**Geburtsland**“, „**Geschlecht**“ und „**Alter**“ ergaben sich aus unserer Studie: a) Bei türkischen Migranten war die SV-Rate im Durchschnitt über alle Altersgruppen 2,7-Mal höher als bei den Schweizern, b) bei den Frauen war generell die SV-Rate im Durchschnitt über alle Altersgruppen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern, c) die SV-Rate nahm pro fünf Altersjahre im Durchschnitt um jeweils 14% ab (bei den Frauen war dieser Effekt stärker ausgeprägt als bei den Männern).

Vergleichsweise hohe SV-Raten türkischer Migranten in Basel-Stadt zeigten auch Yilmaz und Riecher-Rössler (36). Ebenso konnten Grube et al. (12) zeigen, dass SV bei Migranten gegenüber Deutschen signifikant erhöht waren. In anderen Untersuchungen wurde allerdings festgestellt, dass sich die SV-**Häufigkeit** von Migranten mit zunehmender Aufenthaltslänge der SV-Rate des Aufnahmelandes anglich (23). Da in unserer Studie die Aufenthaltslänge im Aufnahmeland nicht erfasst wurde, kann dieser Punkt durch unsere Studie weder bestätigt noch widerlegt werden.

Die SV-Raten der türkischen Migranten in Basel waren damit gegenüber Raten von Türken im Heimatland deutlich erhöht. So beschrieben Devrimci-Özguven (7) und Sayil (26) im Rahmen der WHO/EURO-Multizenter-Studie in Mamak/Ankara zwischen 1998 und 2001 Raten, die um mindestens ein sechsfaches niedriger liegen. Übereinstimmend damit stellten diverse Autoren fest, dass Suizidraten von Migranten höher sind als die Raten im

Herkunftsland(5,10,17). Eine mögliche Erklärung hierzu ist, dass verschiedene psychosoziale Faktoren, wie z.B. Migrationsstress, das Suizidalitätsrisiko erhöhen (36).

Der zweite Hauptbefund bezog sich auf die Variable „Geschlecht“ und zeigte, dass Frauen gegenüber Männern, unabhängig von Alter und Herkunft, eine doppelt so hohe SV-Rate aufwiesen. Eine im Vergleich zu Männern höhere SV-Rate von Frauen ist ein seit langem bekanntes Phänomen, das im Gegensatz zu der höheren Rate vollendeter Suizide bei Männern steht (11,25).

Schliesslich zeigte sich mit zunehmendem Alter eine Abnahme der SV-Rate. Hierbei handelt es sich ebenfalls um einen Befund, der konsistent ist mit anderen Studien, etwa der WHO/EURO-Multizenter-Studie (20).

In Basel wurden bei beiden Nationalitäten am häufigsten **Diagnosen** aus dem affektiven Bereich (F3) gefunden. Dies stimmt mit Befunden aus der Türkei überein. Hier zeigten 28.5% respektive 23.4% der befragten Suizidversucher depressive Störungen (22,31). Häufiger als bei unseren Migranten waren in der Türkei Diagnosen aus dem Bereich der Suchterkrankungen F1 (26%); von Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen F4 wurde dort, im Gegensatz zu unseren Ergebnissen, nicht berichtet (31). Dies mag mit mehr traumatisierenden Erlebnissen und grösseren Belastungen durch den Migrations- und Akkulturationsprozess zusammenhängen (6), was auch den Unterschied zwischen Schweizern und Migranten bezüglich Diagnosen der Gruppe F4 erklären würde. In Übereinstimmung mit unseren Befunden berichtete Yilmaz, dass bei türkischen Migranten in psychiatrischer Behandlung besonders häufig Anpassungsstörungen diagnostiziert wurden

(34). Er erklärte dies damit, dass insbesondere Frauen, die aus der Türkei stammen, nur in Notsituationen ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen, da die Hilfsangebote nicht bekannt sind oder die zugrunde liegenden psychischen Probleme nicht anerkannt werden, bis es zu einer akuten Dekompensation kommt. Löhr et al. konnten für Würzburg ebenfalls nachweisen, dass junge türkische Frauen besonders gefährdet waren und am häufigsten unter Anpassungsstörungen litten. Erwähnt werden mögliche spezifische kulturelle Ursachen (z.B. Zwangsverheiratung junger türkischer Frauen in Deutschland) als Erklärung (19), detailliertere Erläuterungen hierzu fehlen aber. In einer qualitativen Studie zu Einflussfaktoren der Suizidalität sind wir in Basel gerade dabei, diese Frage empirisch genauer zu untersuchen.

Der Befund, dass in unserer Stichprobe keine Migranten mit einer schizophreniformen Störung gefunden wurden, bedarf weiterer Untersuchungen. Kinzie (15) konnte zwar ebenfalls nachweisen, dass Migranten weniger häufig Psychosen aufwiesen als die einheimische Bevölkerung, allerdings ist der wissenschaftlich kontroverse Diskurs über diese Fragestellung nicht abgeschlossen (z.B. 14).

Suizidversuchsmethoden

Die Erfassung mehrerer **Methoden** und Medikamente pro SV erlaubte uns eine genaue Aufschlüsselung. Der Vergleich zu anderen Studien ist allerdings limitiert, da Mehrfachnennungen zu einer relativen Untergewichtung der jeweiligen Medikamenten-/Methodengruppe führten. So zeigten etwa unsere Daten, dass die türkischen Migranten häufiger als die

Schweizer Medikamente wählten. Dies steht in scheinbarem Gegensatz zu Resultaten von Yilmaz und Riecher-Rössler, die diesbezüglich keinen Unterschied feststellten (36). Dieser Unterschied in den Resultaten kann daran liegen, dass in unserer Arbeit nicht nur *eine*, nämlich die Hauptmethode, sondern bis zu vier Methoden erfasst wurden. Die Häufigkeitsverteilung der Methoden entsprach den Resultaten von Yilmaz und Riecher-Rössler (36,37) und Resultaten aus der WHO/EURO-Multizenter-Studie (20,21,26,27).

Verschiedentlich ist diskutiert worden, dass Benzodiazepine bei SV die am häufigsten verwendete **Medikamentengruppe** sind (21). Vor diesem Hintergrund war auffallend, dass die Migranten unserer Studie Analgetika gleich häufig wie Benzodiazepine einnahmen, was sich mit der Studie von Yilmaz und Riecher-Rössler deckte (36,37). Diese brachten den hohen Anteil an Analgetika in Verbindung mit deren leichter Zugänglichkeit. Ausserdem stellten sie die Frage, ob bei Migranten häufiger psychosomatische Symptome auftreten, die eine Analgetika-Rezeptur bewirken. Bei türkischen Migranten mit depressiven Erkrankungen wurden häufiger Somatisierungen gefunden als bei Briten oder Deutschen, was ein Grund für vermehrten Schmerzmittelgebrauch unter türkischen psychiatrischen Patienten sein könnte (8,32). Zudem wäre zu diskutieren, ob Analgetika eine grössere Akzeptanz oder Bedeutung im türkischen Kulturkreis haben. Auch in der Türkei wurden für SV bei beiden Geschlechtern häufiger Analgetika als Benzodiazepine verwendet (7). Die Methodenwahl könnte daher durch den kulturellen Hintergrund mit beeinflusst werden.

Zusammenfassend gab es unseres Wissens bisher in der Schweiz keine systematischen epidemiologischen Veröffentlichungen über SV in der

Gesamtbevölkerung eines geographisch klar umgrenzten Gebietes, die türkische Migranten berücksichtigte. Yilmaz und Riecher-Rössler (36) beschrieben in einer früheren Arbeit über SV unter türkischen Migranten in Basel-Stadt einen längeren Erhebungszeitraum; sie konnten aber nur die SV erfassen, die im Universitätsspital Basel (Hauptspital des Kantons) behandelt wurden. In unserer Studie wurden zusätzlich Fälle von ausserhalb des Universitätsspitals erfasst (48% aller Fälle). Wir haben in unserer jetzigen Studie repräsentative Daten eines ganzen Einzugsgebiets erhoben, was bevölkerungsbezogene Aussagen erlaubt und den Resultaten eine höhere Aussagekraft gibt. Ein weiterer **Vorteil** der vorliegenden Studie ist, dass sie im Rahmen der WHO/EURO-Multizenter-Studie durchgeführt werden konnte, die europaweit durch eine einheitliche Definition suizidaler Handlungen, gemeinsame Dokumentationsbögen und gleiche methodische Vorgehensweise vergleichbare Daten über SV erfasste. Wir können somit aussagekräftige Vergleiche ziehen mit europaweiten Resultaten sowie mit Ergebnissen aus der Türkei.

Die Studie ist dadurch **limitiert**, dass die in der Studie verwendeten Operationalisierungen von „Türken“ und „Schweizern“ nicht ganz identisch waren mit denjenigen der Behörden, sodass die Berechnung bevölkerungsbezogener Daten eine leichte Unschärfe aufweisen könnte.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass weitere Forschung im Bereich von Suizidversuchen und auch von vollendeten Suiziden mit Fokussierung auf transkulturelle Fragen nötig ist. Insbesondere sind weitere Studien mit klar definiertem Einzugsgebiet, aber längerer Erfassungsdauer und vertieften Analysen der Einflussfaktoren wünschenswert.

Klinische Relevanz

Migranten aus der Türkei stellen im Kanton Basel-Stadt eine besonders gefährdete Population für SV dar. Bei Migranten wie Schweizern ist angesichts der hohen Zahl von Wiederholungsfällen ein grosses Gewicht auf Sekundärprävention zu legen, besonders im ersten Jahr nach einem SV. Die Behandlung psychischer Erkrankungen, insbesondere von affektiven Störungen, ist von grösster Wichtigkeit (13). Bei den Migranten ist zudem grosses Gewicht zu legen auf die Behandlung von Anpassungsstörungen. Die Verschreibungspraxis und Verfügbarkeit von Medikamenten hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf Suizidversuche (21). Packungsgrösse und Dosierung von frei erhältlichen sowie verschriebenen Medikamenten sollten so gering wie möglich gehalten werden, und bei den türkischen Migranten sollte dies besonders auch bei der Abgabe von Analgetika bedacht werden. Analgetika mit hoher Toxizität wie Paracetamol sollten gerade bei dieser Gruppe möglichst zurückhaltend verschrieben bzw. abgegeben werden.

Danksagung

Wir danken Herrn Dr. C. Schindler, Senior Statistiker und leitender Wissenschaftler am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel, für die statistische Beratung.

Literaturverzeichnis

- 1 Baer C. Häufigkeit von Suizidversuchen im Kanton Basel-Stadt, Analyse der Vollständigkeit der Patientenerfassung im Rahmen der WHO/EURO- und Nationalfonds-Studien. Master-Thesis zur Erlangung des Master of Public Health der Universität Basel, Bern und Zürich; 2006.
- 2 Berger P, Eichhorn M, Riecher-Rössler A. Suicide attempts in Basel (Switzerland) 2003-2004. Oral presentation at the 13th AEP Congress (Association of European Psychiatrists), Munich, Germany. Abstractbook; 2005; 20(1): 197.
- 3 Bundesamt für Migration. Zentrales Ausländerregister ZAR: Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nach Wohnkanton, Ausländergruppe, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer, in der Schweiz geboren und Geschlecht, 2003 und 2004. Erhalten am 14. April 2008.
- 4 Bundesamt für Statistik, Homepage. Ständige ausländische Wohnbevölkerung nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Kanton, 2003 und 2004. Heruntergeladen am 5. August 2008. <http://www.bfs.admin.ch>
- 5 Burvill PW. Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychol Med*; 1998; 28: 201-208.
- 6 Calliess IT, Machleidt W, Ziegenbein M, Haltenhof H. Migration und Suizidalität – Zum Verständnis suizidaler Krisen: Kulturwandel, Migrationsprozess und therapeutische Implikationen. *Nervenheilkunde*; 2007; 26: 487-491.
- 7 Devrimci-Özguven H, Sayill. Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*; 2003; 48(5): 324-329.
- 8 Diefenbacher A, Heim G. Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosom Med*; 1994; 56(6): 551-556.
- 9 Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber; 2008.
- 10 Ferrada-Noli M. A cross-cultural breakdown of Swedish suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 108-116.
- 11 Gerisch B, Lindner R. Die suizidale Frau. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J. (Hrsg). Frauengesundheit – Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. 2005. München: Elsevier GmbH.
- 12 Grube M. Suizidversuche von Migranten in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt*; 2004; 75: 681-687.
- 13 Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006 Sep;36(9):1225-1233. Epub 2006 May 17.
- 14 Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 May;39(5):350-357.
- 15 Kinzie JD. Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry*; 2006; 43(4):577-591.
- 16 Kliewer E. Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States. *J Aust Popul Assoc*; 1991; 8(2): 111-128.
- 17 Kliewer EV, Ward RH. Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. *Am J Epidemiol*; 1988; 127(3): 640-653.
- 18 Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen, Pilotstudie der Arbeitsgruppe "Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*; 2008; 79: 328-339.
- 19 Löhr C, Schmidtke A, Wohner J, Sell R. Epidemiologie suizidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe*; 2006; 33 (4).171-176.
- 20 Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, DeLeo D, Haring C, Hawton K, Kerkhof A, Lönnqvist J, Querejeta I, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Temesvary B, Wasserman D. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2000; 35: 156-163.
- 21 Michel K, Knecht C, Kohler I, Sturzenegger M. Suizidversuche in der Agglomeration Bern. *Schweiz Med Wschr*; 1991; 121: 1133-1139.

- 22 Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*; 2009; 30(2): 90-93.
- 23 Ponizovsky AM, Ritsner MS, Modai I. Suicidal ideation and suicide attempts among immigrant adolescents from the former Soviet Union to Israel. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatr*; 1999; 38: 1433-1441.
- 24 Razum O, Zeeb H. Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Nervenarzt*; 2004; 75: 1092-1098.
- 25 Riecher-Rössler A. Psychisch kranke Frauen. Einige diagnostische und therapeutische Besonderheiten. *Die Psychiatrie*. 2009; 1: 36-41.
- 26 Sayil I, Devrimci-Özguven H. Suicidal Behaviour in Turkey. In: Schmidtke A, Bille-Brahe A, DeLeo D, Kerkhof A (Hrsg). *Suicidal Behaviour in Europe, Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Cambridge, Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 225-232.
- 27 Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C, Waeber V, Michel K. Suicidal Behaviour in Switzerland. In: Schmidtke A, Bille-Brahe A, DeLeo D, Kerkhof A (Hrsg). *Suicidal Behaviour in Europe, Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Cambridge, Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 157-163.
- 28 Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Löhr C, Weinacker B, et al. Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters in Europe. In: Schmidtke A, Bille-Brahe A, DeLeo D, Kerkhof A (Hrsg). *Suicidal Behaviour in Europe, Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Cambridge, Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 29-43.
- 29 Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*; 1996; 93: 327-338.
- 30 Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt. Einwohnerdatei, 2003 und 2004. Erhalten am 29. November 2005.
- 31 Tüzün B, Polat O, Vatansever S, Elmas I. Questioning the psycho-socio-cultural factors that contribute to the cases of suicide attempts: an investigation. *Forensic Sci Int*; 2000; 113: 297-301.
- 32 Ulusahin A, Basoglu M, Paykel ES. A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 1994; 29(1): 31-39.
- 33 Westman J, Hasselström J, Johansson SE, Sundquist J. The influences of place and birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people. *Arch Gen Psychiatry*; 2003; 60: 409-416.
- 34 Yilmaz AT. Turkish immigrants in ambulatory psychiatric treatment. *Schweiz Rundsch Med Prax*; 1997; 86(21): 895-898.
- 35 Yilmaz AT, Bategay R. Gewalt in der Partnerschaft bei Immigrantinnen aus der Türkei. *Nervenarzt*; 1997; 68: 884-887.
- 36 Yilmaz AT, Riecher-Rössler A. Attempted suicide in immigrants from Turkey living in Basel-City, Switzerland. A comparison with Swiss suicide attempters. Submitted.
- 37 Yilmaz TA, Riecher-Rössler A. Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. *Neuropsychiatr*; 2008; 22(3): 1-7.

Tabelle 1

*Suizidversuchsraten pro 100'000 Einwohner bei Türken und Schweizern, -
nach Geschlecht und Alterskategorien*

Alter	Türken			Schweizer		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
15-19	958	360	649	253	18	138
20-24	1143	439	783	530	147	353
25-29	557	374	458	559	40	298
30-34	390	0	196	207	162	184
35-39	1118	418	745	187	148	167
40-44	318	370	347	211	74	144
45-49	418	329	368	164	23	97
50-54	550	234	379	53	84	67
55-59	0	0	0	63	24	45
60-64	0	694	410	32	40	35
65-69	0	0	0	66	62	64
70-74	0	0	0	31	62	43
75-79	0	0	0	31	124	65
80+	0	0	0	61	71	64
Total	646	311	467	172	81	131

Tabelle 2

Suizidversuchsmethoden der Türken und Schweizer in %, - nach Geschlecht

Suizidversuchsmethode (ICD-10 X-Codes)	Türken			Schweizer		Gesamt
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	
Medikamente (X60-X64)	84,1	64,0	76,8	64,2	46,4	59,1
Alkohol (X65)	4,5	16,0	8,7	12,8	15,2	13,5
Gase/Chemikalien (X66-X69)	2,3	4,0	2,9	0,7	2,7	1,3
Ersticken/Ertrinken (X70-X71)	4,5	0,0	2,9	3,5	8,9	5,1
Feuerwaffen (X72-X74)	0,0	4,0	1,5	0,0	0,9	0,3
Schneiden (X78-X79)	4,5	4,0	4,3	13,8	15,2	14,2
Sprung in Tiefe/ vor Fahrzeug (X80-X81)	0,0	8,0	2,9	3,9	8,0	5,1
Anderes (X75-X77, X82-X84)	0,0	0,0	0,0	1,1	2,7	1,5

Anmerkung: Bis zu vier Methoden wurden dokumentiert, in der Analyse als Mehrfachnennungen verrechnet und nach X-Code-Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 3

Eingenommene Medikamente von Türken und Schweizern in %, - nach Geschlecht

Medikamente	Türken			Schweizer		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Analgetika	25,0	11,5	20,3	13,3	14,7	13,6
Benzodiazepine	20,8	23,1	21,6	39,4	51,5	42,2
Neuroleptika	10,4	3,8	8,1	15,5	11,8	14,6
Trizyklische Antidepressiva	8,3	7,7	8,1	8,0	2,9	6,8
Nicht-Trizyklische Antidepressiva	8,3	26,9	14,9	7,1	4,4	6,5
Antiepileptika	2,1	3,8	2,7	4,4	1,5	3,7
Antitussiva	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	5,8
Andere	22,9	23,1	23,0	3,1	8,8	4,4
Fehlend Angaben	2,1	0,0	1,4	1,8	4,4	2,4

Anmerkung: Bis zu drei Substanzen pro Fall wurden dokumentiert, bei mehreren Substanzen derselben Untergruppe gingen Mehrfachnennungen ein, Beobachtungseinheit: Medikamentenklasse.

Tabelle 4

*Erstdiagnosen nach ICD-10 bei Türken (N = 56) und Schweizern (N = 291) in
%, - nach Geschlecht*

Erstdiagnose	Türken			Schweizer		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
F1 Suchterkrankungen	0,0	20,0	7,3	8,3	18,8	11,2
F2 Schizophrener Formenkreis	0,0	0,0	0,0	7,8	20,0	11,2
F3 Affektive Störungen	51,4	40,0	47,3	30,6	42,5	33,9
F4 Neurot., Belastungs- und somat. Stör.	45,7	25,0	38,2	14,6	11,3	13,6
F5 Störungen mit körperlichen Faktoren	0,0	5,0	1,8	1,0	0,0	0,7
F6 Persönlichkeitsstörungen	2,9	10,0	5,5	35,4	6,3	27,3
Andere	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,0
Keine	0,0	0,0	0,0	1,0	1,3	1,0