

# Sachbericht

## Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E)

Dipl.-Psych. Mareike Dreier

Julia Ludwig, M.Sc.

Dr. phil. Johanna Baumgardt, M.Sc.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Martin Härter

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörg Dirmaier

Prof. Dr. phil. Olaf von dem Knesebeck, M.A.

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Bock

Dr. phil. Dipl. Psych. Sarah Liebherz

**Zuwendungsempfänger:**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; Insitut für Medizinische Soziologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Laufzeit des Vorhabens:**

01.10.2017 – 31.12.2020

**Berichtszeitraum:**

01.10.2017 – 30.06.2021

**Förderkennzeichen:**

ZMV11-2517FSB117

## Titel und Verantwortliche

**Titel:** Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E)

**Förderkennzeichen:** ZMVI1-2517FSB117

**Leitung:** Dr. phil. Dipl.-Psych. Sarah Liebherz, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-57969, Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: s.liebherz@uke.de

### Projektmitarbeitende:

- Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Martin Härter (Co-Projektleitung), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Direktor des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-52978, Fax: 040 / 7410-54965, E-Mail: m.haerter@uke.de
- Dipl.-Psych. Mareike Dreier (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410 - 52869, Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: m.dreier@uke.de
- Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörg Dirmaier, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W26, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-59137, Fax: 040 / 7410-54940, E-Mail: dirmaier@uke.de
- Julia Ludwig, M.Sc. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-54514, Fax: 040 / 7410 - 54934, E-Mail: j.ludwig@uke.de
- Prof. Dr. phil. Olaf von dem Knesebeck, M.A., Zentrum für Psychosoziale Medizin, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410-57849, Fax: 040 / 7410-54934, E-Mail: o.knesebeck@uke.de
- Dr. phil. Johanna Baumgardt, M.Sc. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410 - 58933, Fax: 040 / 7410 - 55455, E-Mail: j.baumgardt@uke.de (bis 09/20), aktuelle Kontaktdaten: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin-Kreuzberg, Tel: 030 / 13022-6047, E-Mail: johanna.baumgardt@vivantes.de.
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Bock, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Tel: 040 / 7410 - 53226, Fax: 040 / 7410- 55455, E-Mail: bock@uke.de bzw. thomaswbock@t-online.de

**Laufzeit:** 01.10.2017 bis 31.12.2020

**Fördersumme:** 391.580,00 €

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
2.1 Zielsetzung und Vorgehensweise .....	6
<b>3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik</b> .....	<b>9</b>
3.1 Methodische Vorgehensweise bei der Bevölkerungsbefragung.....	9
Teilziel 1a und 1b.....	10
3.2 Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen.....	11
Teilziel 2a .....	11
Teilziel 2b .....	12
3.3 Methodische Vorgehensweise bei der Evaluation der interaktiven Online-Intervention .....	14
Teilziel 3a und 3b.....	14
Teilziel 3c .....	15
<b>4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan</b> .....	<b>19</b>
4.1 Meilensteine 1a und 1b.....	19
4.2 Meilensteine 2a und 2b.....	19
4.3 Meilensteine 3a, 3b und 3c.....	19
<b>5 Ergebnisse</b> .....	<b>20</b>
5.1 Befragung zu Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung.....	20
5.2 Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen.....	25
Teilziel 2a .....	25
Teilziel 2b .....	26
5.3 Evaluation der interaktiven Online-Intervention .....	28
Teilziel 3a und 3b.....	28
Teilziel 3c .....	29
Überblick über die projektbezogenen und weiteren Ziele .....	32
<b>6 Gender Mainstreaming Aspekte</b> .....	<b>35</b>
<b>7 Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung</b> .....	<b>36</b>
<b>8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse</b> .....	<b>38</b>
<b>9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)</b> .....	<b>39</b>
<b>10 Publikationsverzeichnis</b> .....	<b>40</b>
<b>11 Literatur</b> .....	<b>41</b>
<b>12 Anlagen</b> .....	<b>45</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablauf der Evaluation der interaktiven Online-Intervention. ....	15
Tabelle 2: Wahre und falsche Aussagen über Suizidalität und der Anteil richtiger Antworten in der Bevölkerungsbefragung (N=2.002).....	24
Tabelle 3: Erfahrung mit Suizidalität, die in den Video-Erfahrungsberichten der Online-Intervention geteilt wurde. ....	26
Tabelle 4: Inhaltsübersicht der Online-Intervention 8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid. ....	27
Tabelle 5: Verteilung auf Pfade der Online-Intervention anhand der Suizidbetroffenheit sowie Completion-Rate. ....	29
Tabelle 6: Gründe für bzw. gegen eine Weiterempfehlung der Online-Intervention aus Sicht der Teilnehmenden zu t <sub>1</sub> . ....	30
Tabelle 7: Zitate der Follow-up Telefoninterviews zur qualitativen Evaluation der Online-Intervention (N=16).....	31
Tabelle 8: Publikationsplan der Prä-Post- und Follow-up-Ergebnisse der Online-Intervention. ....	32
Tabelle 10: Ergänzungen zum Projektantrag. ....	32

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Übersicht über den Projektablauf. Diese Abbildung wurde im Rahmen des Studienprotokolls<sup>23</sup> in einer englischsprachigen Fachzeitschrift publiziert. ....</i>	9
<i>Abbildung 3: Annahmen über mögliche Ursachen von Suizidgedanken (N=2.002). ....</i>	21
<i>Abbildung 4: Einschätzung der Befragten zur Behandelbarkeit von Suizidgedanken (N=2.002). ....</i>	21
<i>Abbildung 5: Emotionale Reaktionen gegenüber Personen mit Suizidgedanken (N=2.002). ....</i>	22
<i>Abbildung 6: Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit Suizidgedanken (N=2.002). ....</i>	23
<i>Abbildung 7: Zustimmung beziehungsweise Ablehnung gegenüber suizidspezifischer Stereotypen (N=2.002). ....</i>	25

## 1 Zusammenfassung

Weltweit sterben jährlich über 800.000 Menschen durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche wird etwa 10-20-mal höher geschätzt. Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte sind von einem Suizid (bzw. Suizidversuch) betroffen, auch noch lange nachdem sich die nahestehende Person das Leben genommen hat.<sup>1</sup> Meist erfolgen Suizide vor dem Hintergrund einer psychischen Störung.<sup>2,3</sup> Es stehen evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen und Hilfsmöglichkeiten in suizidalen Krisen<sup>4</sup> zur Verfügung, doch Angst vor Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und unzureichende Informationen können dazu führen, dass betroffene Personen weniger Hilfsmöglichkeiten in Anspruch nehmen, Suizidalität geheim halten und sich selbst abwerten.<sup>5-9</sup> E-Mental-Health-Interventionen sind eine Möglichkeit, niederschwellig viele Personen zu erreichen, die keinen klassischen Zugang zur Versorgung finden. Bislang gibt es im Bereich der Suizidprävention im E-Mental-Health-Bereich wenige Studien, daher setzte das Projekt „*Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung (4E)*“ hier an.

**Ziel 1: Befragung zu Wissen und Einstellungen bzgl. Suizidalität in der Bevölkerung:** Um vor der Entwicklung der E-Mental-Health-Interventionen Wissenslücken und Stigmatisierungstendenzen in der Bevölkerung zu identifizieren, wurde eine repräsentative, deutschlandweite Telefonbefragung durchgeführt. Es konnten bei der Befragung mit N=2.002 teilnehmenden Personen *Wissenslücken* (z.B. ältere Männer als besonders gefährdete Gruppe) und *Stigmatisierungstendenzen* (z.B. Menschen mit Suizidgedanken als „willensschwach“ wahrzunehmen) entdeckt werden und bei der Erstellung der E-Mental-Health-Interventionen adressiert werden.

**Ziel 2: Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen:** Das entwickelte *Fact Sheet zu Suizidalität*, ein *Selbsttest zur Einschätzung der eigenen Symptomatik und Hilfsmöglichkeiten in psychischen Krisen* sind auf dem E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* veröffentlicht worden. Die Entwicklung der *Online-Intervention* basierte auf der Bevölkerungsbefragung (Ziel 1), einem australischen Suizidpräventionsprojekt („*The Ripple Effect*“) und erfolgte evidenzbasiert und trialogisch, gemeinsam mit einer Betroffenen- und Angehörigen-gruppe, die für das Projekt gegründet wurde. Die interaktive Online-Intervention „*8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid*“ (<https://8leben.psychnet.de/>) besteht aus *Informationstexten zu Suizidalität, kognitiv-behavioralen Selbsthilfestrategien zum Umgang mit eigener Suizidalität bzw. Suizidalität oder Suizid von Angehörigen* und *Video-Erfahrungsberichten*. In den Erfahrungsberichten beschreiben Betroffene den eigenen Umgang mit Suizidalität bzw. mit einem Suizid und verweisen auf Hilfsmöglichkeiten. Fokus der Online-Intervention lag darauf, Hoffnung zum Weiterleben zu vermitteln und zu zeigen, dass und wie man über das Thema Suizidalität und Suizid sprechen kann.

**Ziel 3: Evaluation einer interaktiven Online-Intervention:** Die Online-Intervention wurde in einem *Sequential Explanatory Mixed-Methods-Design* mit insgesamt drei Messzeitpunkten evaluiert. Trotz eines etwas kürzeren Erhebungszeitraums und der Komplexität der Online-Intervention, die unbegleitet angeboten wurde, konnten die geplante Stichprobe zur Evaluation der Intervention erreicht bzw. sogar etwas übertroffen werden (N=802 zum Messzeitpunkt  $t_0$  vor Durchführung der Intervention; N=268 zum Messzeitpunkt  $t_1$  nach Durchführung der Intervention). Aus unserer Sicht deutet dies auf ein *großes Interesse* am häufig tabuisierten Thema Suizidalität und Suizid hin sowie auf den *Bedarf eines qualitätsgesicherten und niederschweligen Angebots zur Online-Suizidprävention*. Die Ergebnisse der Evaluation werden in Publikationen dargestellt (aktuell in Bearbeitung) und diskutiert. In ersten Auswertungen zeigten sich erwartungsgemäße Ergebnisse hinsichtlich der *Veränderung des Wissens über Suizidalität, der Selbststigmatisierung und Selbstwirksamkeitserwartung*, mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können. Bei der wahrgenommenen Fremdstigmatisierung zeigten sich hingegen in vorläufigen Auswertungen keine Veränderungen.

## 2 Einleitung

Jedes Jahr sterben weltweit rund 800.000 Menschen durch Suizid.<sup>1,10</sup> Im Jahr 2016 entspricht dies einer altersstandardisierten Rate von 10,5 auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Europa war im Jahr 2016 mit einer Rate von 12,9 nach Südostasien (13,4) die Region mit der zweithöchsten Rate weltweit; in Deutschland lag die altersstandardisierte Rate 2016 bei 9,1, wobei ein erheblicher Unterschied zwischen Männern (13,6) und Frauen (4,8) bestand.<sup>10</sup> Ungefähr 30 Menschen nehmen sich jeden Tag in Deutschland das Leben,<sup>11</sup> die Zahl der Suizidversuche ist erheblich höher (600 pro Tag).<sup>12</sup> Die Mehrheit dieser Todesfälle erfolgt in den westlichen Industrieländern vor dem Hintergrund einer psychischen Störung, wobei insbesondere affektiven Störungen eine zentrale Rolle zukommt. Diese liegen bei ca. der Hälfte aller vollendeten Suizide in der Krankheitsgeschichte vor.<sup>2,13</sup>

Menschen mit psychischen Störungen könnten wirksam behandelt werden, doch Angst vor Stigmatisierung, fehlende Angebote und ungenügende Informationen verhindern oft, dass Hilfe in Anspruch genommen wird.<sup>14</sup> Von den ca. 16 Millionen erwachsenen Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern, die in einem Jahr an einer psychischen Störung leiden, erhalten nur 36% eine Behandlung; bei nur 10% kann von einer adäquaten Behandlung ausgegangen werden.<sup>15</sup>

Menschen, die keinen klassischen Zugang zur Versorgung finden können oder wollen, sollten barrierefreie Möglichkeiten angeboten werden, sich über die eigene Problematik zu informieren und diese durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz besser zu bewältigen. Das US National Institute of Mental Health<sup>16</sup> hat zum Beispiel die Entwicklung innovativer Behandlungsansätze empfohlen, die sowohl weniger Kosten verursachen als auch einer großen Population zugänglich sind. Mit der mittlerweile großen Verbreitung moderner Kommunikationstechnologien (2019/2020 nutzen 86% der Bevölkerung Deutschlands das Internet)<sup>17</sup> ergeben sich neue Möglichkeiten, die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen zu verbessern. So zeigt eine aktuelle Übersichtsarbeit, dass die Nutzung neuer Medien (z. B. Internet) auch bei psychischen Störungen wirksam im Hinblick auf eine Verbesserung des Therapieerfolgs sein kann.<sup>18</sup> Internetbasierte Anwendungen können helfen, sich über psychische Krankheiten zu informieren, das Ausmaß der eigenen Betroffenheit abzuschätzen, lokale Behandlungsangebote zu finden und sich auf Kontakte mit Behandlerinnen oder Behandlern vorzubereiten. Selbsthilfeprogramme können darüber hinaus signifikant zur Besserung der Symptomatik beitragen, beispielsweise für Depressionen existieren mittlerweile einige Selbsthilfeprogramme.<sup>19,20</sup>

Bezüglich Suizidalität können Aufklärungskampagnen helfen, Stigmatisierung zu reduzieren und die Offenheit gegenüber Hilfsangeboten zu fördern, wie die Ergebnisse des Suizidpräventionsprogramms OSPI-Europe<sup>21</sup> zeigen. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu Suizidpräventionsstrategien<sup>4</sup> konnte zudem Evidenz für die Wirksamkeit von der Restriktion zu Zugangsmethoden, für Aufklärungskampagnen in Schulen, für spezifische psychopharmakologische und psychotherapeutische Verfahren sowie für die Nachsorge von Betroffenen mit Suizidversuchen belegen. Zu anderen Ansätzen, wie beispielsweise E-Mental-Health-Ansätzen, liegen bislang noch zu wenige Studien vor, um deren Wirksamkeit insgesamt zu beurteilen.

### 2.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Im geplanten Projekt sollten E-Mental-Health-Interventionen zur Verbesserung des Wissens und zur Reduktion von Stigmatisierung von Suizidalität entwickelt und evaluiert werden. Zielgruppe der Intervention waren Menschen mit Suizidgedanken oder –versuchen in der Vorgeschichte, deren Angehörige sowie allgemein an der Thematik Interessierte.

Die Interventionen sollten in das bereits etablierte, evidenzbasierte E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* integriert werden und folgende Module umfassen:

- a) *Evidenzbasierte Gesundheitsinformation* (sog. „Fact Sheet“) zum Thema Suizidalität (Prävalenz, Ursachen, Diagnostik, Interventionen für Betroffene und Angehörige)
- b) *Selbsttest* zu depressiven Störungen (PHQ-9)<sup>22</sup> inkl. Item zu Suizidgedanken
- c) Eine *interaktive Online-Intervention* mit Erfahrungsberichten (Videos und Postkartenbotschaften) zur Verbesserung des Wissens über Suizidalität sowie zur Reduktion von Selbst-Stigmatisierung und wahrgenommener Fremd-Stigmatisierung
- d) *Informationen zu regionalen Hilfsangeboten* bei schweren psychischen bzw. suizidalen Krisen

Folgende Ziele und Teilziele wurden definiert:

*Ziel 1: Befragung zu Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung*

- **Teilziel 1a:** Erhebung des Wissens in der Bevölkerung über Ursachen, Anzeichen, Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten bei Suizidalität
- **Teilziel 1b:** Erhebung der Einstellungen in der Bevölkerung zu suizidgefährdeten Menschen (Stigma)
- **Teilziel 1c:** Ableitung der Konsequenzen aus den Erhebungsergebnissen für die E-Mental-Health-Interventionen

*Ziel 2: Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen*

- **Teilziel 2a:** Erstellung und Live-Schaltung einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation zum Thema Suizidalität sowie Informationen zu Hilfsangeboten auf *psychnet.de* sowie Anpassung und Live-Schaltung des Selbsttests
- **Teilziel 2b:** Erstellung, technische Umsetzung und Live-Schaltung einer interaktiven Online-Intervention

*Ziel 3: Evaluation der interaktiven Online-Intervention*

- **Teilziel 3a:** Abschluss der Gewinnung von Teilnehmenden und Prä-Post-Erhebung
- **Teilziel 3b:** Gewinnung der Stichprobe für die qualitative Nachbefragung (Follow-up) und Durchführung von halbstrukturierten Interviews per Telefon
- **Teilziel 3c:** Auswertung und Publikation der Ergebnisse

## 2.2 Projektstruktur

Das Gesamtvorhaben wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe umgesetzt:

Dr. Sarah Liebherz, Dipl. Psych., Psychologische Psychotherapeutin (Projektleiterin, Projektkoordination), UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Dipl. Psych., Arzt und Psychologischer Psychotherapeut (Co-Projektleitung, klinische Projektunterstützung), UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Dipl. Psych. Mareike Dreier, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Doktorandin im Projekt), UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

PD Dr. Jörg Dirmaier, Dipl. Psych. und Psychologischer Psychotherapeut (Experte in E-Mental-Health), UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Julia Ludwig, M. Sc., Gesundheitswissenschaftlerin (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Doktorandin im Projekt), UKE, Institut für Medizinische Soziologie

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, M. A., Soziologe (Koordination der Bevölkerungsbefragung), UKE, Institut für Medizinische Soziologie

Dr. Johanna Baumgardt, Sozialwissenschaftlerin (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Unterstützung der Erstellung von Videos mit Erfahrungsberichten), UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Bock, Dipl. Psych. und Psychologischer Psychotherapeut (Unterstützung der Erstellung von Videos mit Erfahrungsberichten), UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Mitglieder des trialogischen Vereins *Irre menschlich Hamburg e.V.* (Betroffenen und Angehörigengruppe)

Prof. Susan Brumby (Beratung des Projekts), National Centre for Farmer Health, Western District Health Service & Deakin University, Australien

Dr. Alison Kennedy (Beratung des Projekts), National Centre for Farmer Health, Western District Health Service & Deakin University, Australien

### 3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

In Abbildung 1 ist eine Übersicht über den gesamten Projektablauf dargestellt, gegliedert nach den drei Zielen des Projekts.

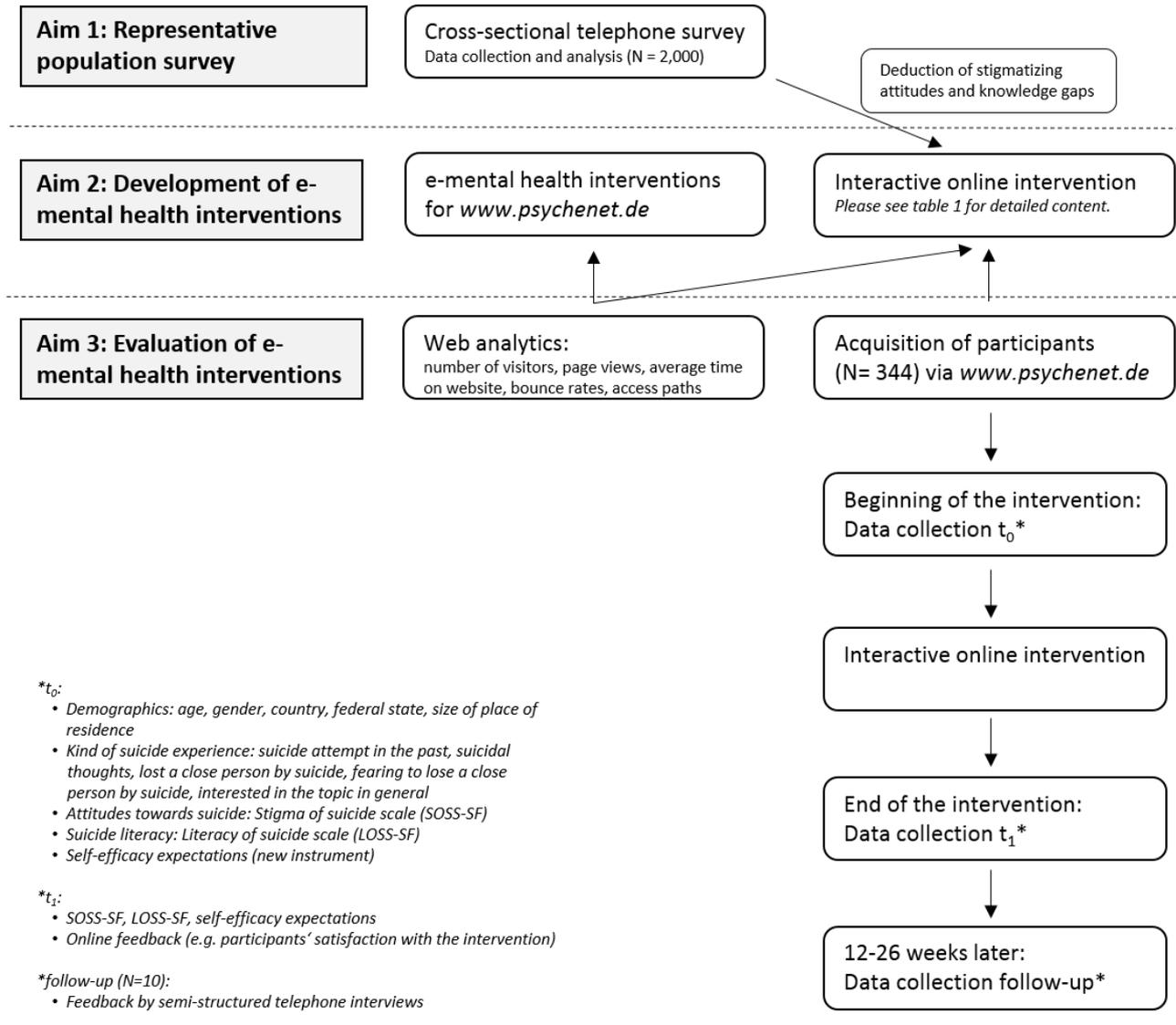


Abbildung 1: Übersicht über den Projektablauf.

Diese Abbildung wurde im Rahmen des Studienprotokolls<sup>23</sup> in einer englischsprachigen Fachzeitschrift publiziert.

Die Erhebungs- und Auswertungsmethodik wird im Folgenden für die Teilziele getrennt beschrieben.

#### 3.1 Methodische Vorgehensweise bei der Bevölkerungsbefragung

Das im Projektantrag beschriebene „Ziel 1: Befragung zu Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung“ gliedert sich in drei Teilziele:

- **Teilziel 1a:** Erhebung des Wissens in der Bevölkerung über Ursachen, Anzeichen, Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten bei Suizidalität
- **Teilziel 1b:** Erhebung der Einstellungen in der Bevölkerung gegenüber suizidgefährdeten Menschen (Stigma)

- **Teilziel 1c:** Ableitung der Konsequenzen aus den Erhebungsergebnissen für die E-Mental-Health-Interventionen

### Teilziel 1a und 1b

Mithilfe eines computergestützten telefonischen Verfahrens (CATI) wurden einerseits *suizid-spezifisches Wissen* und andererseits *Einstellungen gegenüber Menschen mit Suizidgedanken* in der erwachsenen Bevölkerung (18 Jahre und älter) in Deutschland erfragt. Die Befragung wurde telefonisch vom Sozialforschungsinstitut USUMA (Berlin) durchgeführt, mit dem das Projektteam bereits erfolgreich diverse Projekte realisiert hat.<sup>24-27</sup>

Zu Beginn der Befragung wurden kurze *Fallgeschichten* (so genannte Vignetten) über Personen mit Suizidgedanken eingesetzt. Die Vignetten variierten nach *Alter* (junge vs. alte Person), *Geschlecht* (weiblich vs. männlich) und *Krisensituation* (Anzeichen einer Depression vs. Krebsdiagnose), wobei jeder beziehungsweise jedem Befragten eine Vignette per Zufall zugeordnet wurde.

Die Vignetten wurden innerhalb des Projektteams entwickelt und mit Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Betroffenen diskutiert. Sie wurden von einer erfahrenen Sprecherin eingesprochen und aufgenommen, um die Reliabilität zu erhöhen und mögliche Interviewereffekte zu minimieren.

Im Anschluss an die Vignette folgten die Fragen zu Wissen und Einstellungen (Stigma) in der Bevölkerung.

Die Stichprobe ist repräsentativ für die Wohnbevölkerung in Deutschland im Alter ab 18 Jahren. Um dies zu erreichen, wurde zunächst eine *bevölkerungsproportionale Telefonstichprobe* im Untersuchungsgebiet geschichtet gezogen. Diese Stichprobe bildet bei Festnetzanschlüssen den Zugang zu den Haushalten, die Mobilfunkanschlüsse werden als Personenstichprobe angesehen.

Für Interviews in Haushalten mit mehreren Zielpersonen wurde eine Zufallsauswahl der Zielperson über den *Schwedenschlüssel* (Kish-Selection-Grid) realisiert. Bei dieser Methode wurde die Auswahl der Befragungsperson nach Aufnahme aller im Haushalt lebenden Zielpersonen programmtechnisch und unabhängig von Interviewerentscheidungen über ein Zufallsverfahren realisiert.

Zur Sicherung der Repräsentativität wurden die Gesamtinterviews bevölkerungsrepräsentativ gewichtet. Durch das zugrundeliegende mehrstufige Stichprobendesign wurde gewährleistet, dass jeder Haushalt, in dem Zielpersonen leben, mit der gleichen Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe gelangen kann. Ist der Haushalt ausgewählt, so haben Personen in größeren Haushalten eine kleinere Auswahlwahrscheinlichkeit als Personen in kleinen Haushalten. Dieser Effekt muss durch eine Designgewichtung ausgeglichen werden. Durch Nonresponse kann es zudem zu einer Verzerrung der Verteilung verschiedener Merkmale gegenüber der Grundgesamtheit kommen. Diese wurde durch eine Anpassungsgewichtung z. B. über Region, Alter und Geschlecht mit den Zielzahlen der aktuellen Bevölkerungszahlen ausgeglichen.

Insgesamt haben  $N=2.002$  Personen an der Befragung teilgenommen, was einer *Antwortquote* von 47,3% entspricht. Zu Beginn des Interviews wurden die Teilnehmenden über Nutzen der Studie aufgeklärt sowie über die ausschließlich zweckgebundene und anonyme Verwendung ihrer Daten (Informed Consent). Ein Vergleich mit der offiziellen Statistik zeigte,<sup>28,29</sup> dass die Verteilung der demografischen Charakteristika Geschlecht, Alter oder Bildung *nicht signifikant* von der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung abweicht.

Die Fragebogeninhalte umfassten Instrumente zur *Messung der Selbstabgrenzung* zur in der Vignette beschriebenen Person (Zustimmung zur Aussage „Ich würde in dieser Situation ähnlich denken und fühlen.“), zur *Ursachenzuschreibung suizidaler Gedanken*, zu *Behandlungsmöglichkeiten suizidaler Gedanken*, zu

emotionalen Reaktionen gegenüber einer Person mit Suizidgedanken und zum Wunsch nach sozialer Distanz. Weiterhin wurde die deutsche Übersetzung der *Literacy of Suicide Scale, Short Form (LOSS-SF)*<sup>30</sup> genutzt, welche *suizidspezifisches Wissen* abfragt sowie die *Stigma of Suicide Scale, Short-Form (SOSS-SF)*,<sup>31</sup> die Zustimmung zu *Stereotypen gegenüber suizidalen Personen* abfragt. Beide Skalen stammen aus Australien und wurden von zwei verantwortlichen Mitarbeiterinnen aus dem Projekt unabhängig voneinander ins Deutsche übersetzt. Die Übersetzungen wurden im Anschluss mit der Projektleitung diskutiert und abgestimmt sowie von einer englischen Muttersprachlerin rückübersetzt. Abweichungen wurden dann von den drei Mitarbeiterinnen nochmals diskutiert und adaptiert.

Am Ende der Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, Angaben zu soziodemografischen Variablen zu machen.

Nachdem die Befragung abgeschlossen war, wurden die Daten deskriptiv für die Online-Intervention ausgewertet und sollen 08/2021 auf der Internetseite von *psychnet.de* laienverständlich für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung gestellt werden ([Projekte - psychnet.de](#)). Zusätzlich galten diese Daten als Grundlage für die Erstellung der Online-Materialien. In den Online-Materialien wurden gefundene Wissenslücken sowie Vorurteile und Stereotype gegenüber suizidalen Personen direkt adressiert.

Weiterhin wurden die Ergebnisse aus der Befragung in den drei Publikationen für das Promotionsprojekt von Julia Ludwig verwertet. Das methodische Vorgehen der jeweiligen Fragestellungen ist in den entsprechenden Publikationen dargestellt.<sup>28,29,32</sup>

### 3.2 Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen

Das im Projektantrag beschriebene „Ziel 2: Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen“ gliedert sich in zwei Teilziele:

- **Teilziel 2a:** Erstellung und Live-Schaltung einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation zum Thema Suizidalität sowie Informationen zu Hilfsangeboten auf *psychnet.de* und Anpassung und Live-Schaltung des Selbsttests
- **Teilziel 2b:** Erstellung, technische Umsetzung und Live-Schaltung einer interaktiven Online-Intervention

#### Teilziel 2a

Das Vorgehen zur Entwicklung der evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, welche im Rahmen eines sogenannten Fact Sheets auf *psychnet.de* zur Verfügung gestellt wurde, entsprach internationalen und nationalen Qualitätskriterien zur Erstellung von (webbasierten) Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen (Manual „Gute Praxis Gesundheitsinformation“,<sup>33</sup> [www.discern.org.uk](http://www.discern.org.uk), <https://www.healthonnet.org>, <http://ipdas.ohri.ca>). Auf Basis dieser Standards wurde im Rahmen von *psychnet.de* das „[Methodenpapier zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen](#)“ erstellt und für die Entwicklung der Gesundheitsinformationen genutzt. Im Rahmen dieses Projekts wurde daher wie folgt vorgegangen:

- Als fachliche *Quellen* wurden einerseits die S3-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“<sup>34</sup> sowie andererseits die NICE-Leitlinie „Self-harm in over 8s: long-term management (CG133)“<sup>35</sup> herangezogen. Es erfolgte zusätzlich eine Recherche zu aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten in Literatur- und Zitierdatenbanken. Eine Zusammenstellung der verwendeten Quellen findet sich in Anlage A2.

- Eine *Betroffenen und Angehörigenbeteiligung* erfolgte beim Entstehungsprozess sowie bei der Evaluation durch Zusammenarbeit mit einer trialogischen Organisation.
- Die *Nutzertestung der Gesundheitsinformationen* erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen bei der Testung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.<sup>36</sup>
- *Aktualisierung*: Die erstellten Informationen erhalten einen Vermerk zum Erstellungsdatum und zum Datum der nächsten geplanten Überarbeitung. Alle Informationen werden mindestens einmal jährlich auf Aktualität geprüft und bei Bedarf überarbeitet. Das Factsheet zu Suizidalität wurde bisher zweimal aktualisiert. Die interaktive Online-Intervention wird derzeit aktualisiert.
- *Interessenneutralität*: Alle an der Erstellung von Gesundheitsinformationen beteiligten Personen wurden darauf hingewiesen, dass sie nur die Interessen der Organisationen vertreten dürfen, die sie als Vertretung entsandt haben. Die beteiligten Personen und deren Qualifikation wurden auf dem Fact Sheet genannt.
- Als *externe Expertin* war Dr. Ute Lewitzka, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (Universität Leipzig), beteiligt.
- Sowohl die beteiligte externe Expertin als auch die Betroffenen- und Angehörigenvertretungen beurteilten die erstellten Materialien in einem strukturierten *Peer-Review-Prozess* mit dem Ziel, ein hinreichendes Einverständnis aus verschiedenen Perspektiven mit den entwickelten Inhalten zu erreichen.

Der *Selbsttest zu depressiven Störungen (PHQ-9)*<sup>22</sup> inkl. Item zu Suizidgedanken zur Einschätzung eigener Suizidalität wurde unter Berücksichtigung der Normstichprobe<sup>37</sup> angepasst. Ein Hinweis im Falle von vorliegenden Suizidgedanken zu entsprechenden Notfallnummern wurde eingerichtet. Der Test ist unter [De-pression - psychnet.de](http://depression-psychnet.de) verfügbar.

### Teilziel 2b

Zur Erstellung, technischer Umsetzung und Live-Schaltung der interaktiven Online-Intervention inklusive Video-Erfahrungsberichten und Postkartenbotschaften von Betroffenen, Angehörigen sowie Expertinnen und Experten wurde das australische Projekt *The Ripple Effect*<sup>38,39</sup> übersetzt, kulturell und inhaltlich adaptiert sowie eine trialogische Betroffenen- und Angehörigengruppe gegründet.

#### *Zusammenarbeit mit dem australischen Projektteam The Ripple Effect*

Die interaktive Online-Intervention wurde auf Basis des bereits bestehenden australischen Projekts *The Ripple Effect*<sup>40,41</sup> entwickelt, d.h. übersetzt sowie kulturell und inhaltlich adaptiert. Der ursprüngliche Fokus auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (männliche Landwirte) wurde verändert, da die interaktive Online-Intervention möglichst viele Bevölkerungsgruppen ansprechen sollte. Eine Beratung bei der Entwicklung erfolgte durch die Projektleitung von *The Ripple Effect*. Da sowohl für die Entwicklung als auch für die Evaluation der interaktiven Online-Intervention die Vorarbeiten und Erfahrungen von *The Ripple Effect* intensiv genutzt werden sollten, erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit dem australischen Team. Zusätzlich zu einem regelmäßigen Austausch per Skype zur Klärung kleinerer Fragen wurde ein mehrtägiger Workshop in Hamburg mit dem Team von *The Ripple Effect* vom 19.-21.06.2018 durchgeführt. Dieser diente der Weitergabe der Expertise vom australischen an das deutsche Projektteam. Das heißt, es erfolgte eine detaillierte Vorstellung des *Entwicklungsprozesses* (z.B. Gewinnung der beteiligten Betroffenen und Angehörigen, Quellen für die Hintergrundinformation, Prozess bei der Auswahl der Inhalte), der *Inhalte*, der *technischen Umsetzung*, der *Gewinnungsstrategie für teilnehmende Personen*, des *Evaluationskonzepts* und der ersten Projektergebnisse. Es wurde das Konzept und die Inhalte des Portals *psychnet.de* vom deutschen

Projektteam vorgestellt, um die Integration und Übertragbarkeit der Inhalte von *The Ripple Effect* zu prüfen. Die Übertragbarkeit von Entwicklungsprozess, Inhalten, technischer Umsetzung und Evaluationskonzept wurde gemeinsam diskutiert. Dies schloss auch die Diskussion der kulturellen Besonderheiten ein.

#### *Evidenzbasierung*

Die evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, welche im Rahmen des Fact Sheets auf *psychnet.de* zur Verfügung gestellt wurden (siehe Teilziel 2a) und die interaktive Online-Intervention wurden unter Berücksichtigung des „[Methodenpapiers zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen](#)“ erstellt. Die Intervention wurde ebenfalls an nationalen<sup>34</sup> und internationalen Leitlinien<sup>42</sup> sowie zusätzlich unter Berücksichtigung von Leitlinien zur Berichterstattung über Suizid<sup>43</sup> erstellt. Die Intervention basiert zudem auf der bereits bestehenden Online-Intervention *The Ripple Effect* (siehe Zusammenarbeit mit dem australischen Projektteam *The Ripple Effect*) und wurde mit standardisierten Instrumenten (SOSS-SF<sup>31</sup>, LOSS-SF<sup>30</sup>, Distress-Thermometer<sup>44</sup>) sowie neu entwickelten Instrumenten evaluiert. In der telefonischen Bevölkerungsbefragung (siehe 3.1) wurde die deutsche Version des SOSS-SF an einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland psychometrisch überprüft.<sup>29</sup> Auch für das Instrument LOSS-SF stehen Ergebnisse aus der repräsentativen Stichprobe zur Verfügung.<sup>32</sup> Die Bevölkerungsbefragung gab zudem Hinweise auf Wissenslücken und Stigmatisierungstendenzen der Allgemeinbevölkerung, die in der Online-Intervention adressiert wurden. So lehnten etwa zwei Drittel der Befragten die Aussage ab, dass sie in der beschriebenen Situation ähnlich denken und fühlen würden.<sup>45</sup> Die Befragten zeigten eher weniger Wissen in Bezug auf Risikofaktoren und Anzeichen von Suizidalität.<sup>46</sup> Diese Bereiche wurden beide in der Online-Intervention in den Kapiteln 3 und 4 adressiert.

#### *Dialogische Entwicklung mit einer Betroffenen- und Angehörigengruppe*

Zur Erstellung der E-Mental-Health-Interventionen wurden *Betroffene* (Personen mit Suizidgedanken oder Suizidversuchen) sowie *Angehörige* (Personen, die eine nahestehende Person durch Suizid verloren haben und Personen, die sich um eine nahestehende, suizidale Person sorgen) miteinbezogen. Für die Arbeitsgruppenmitglieder gab es vier Möglichkeiten sich an der Interventionsentwicklung zu beteiligen, die flexibel kombiniert werden konnten. Arbeitsgruppenmitglieder konnten sich beteiligen

- (1) an der Entwicklung von Konzept, Struktur, Inhalt und Gestaltung der Online-Intervention,
- (2) beim strukturierten Review-Prozesses der Textmaterialien der Intervention,
- (3) als Protagonistin oder Protagonist bei der Erstellung der persönlichen Video- oder schriftlichen Erfahrungsberichte und
- (4) bei der Erstellung von kurzen „digitalen Postkartenbotschaften“, die von den Teilnehmenden der Online-Intervention gelesen werden können.

Die Gewinnung erfolgte über den dialogischen Verein *Irre menschlich Hamburg e.V.*<sup>47</sup> Betroffene und Angehörige konnten sich freiwillig melden, nachdem ihnen das Projekt ausführlich vorgestellt worden war. Die Nutzertestung der Gesundheitsinformationen erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen bei der Testung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die beteiligten Betroffenen- und Angehörigen waren mindestens 18 Jahre alt. Sie erhielten schriftliche Informationen zur Projektbeteiligung. Der psychische Zustand wurde von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie den Teilnehmenden selbst als ausreichend stabil für eine Teilnahme eingeschätzt und sie unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Sie hatten jederzeit das Recht, ihre Projektbeteiligung (inkl. Bereitstellung ihres Video- und Textmaterials) zu widerrufen.

### Technische Umsetzung der interaktiven Intervention

Die technische Umsetzung sowie die Gestaltung des Designs erfolgten durch die Webdesign-Agentur STILWAECHTER (<https://stilwaechter.de/>), welche auch das Portal *psychnet.de* betreut. Die trialogische Betroffenen- und Angehörigengruppe, die Gruppe der Wissenschaftlerinnen sowie Kolleginnen und Kollegen des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie prüften die Online-Intervention vor Live-Schaltung in zwei Testdurchläufen hinsichtlich Nutzungserlebnis, inhaltlicher und technischer Auffälligkeiten bzw. Fehler.

### 3.3 Methodische Vorgehensweise bei der Evaluation der interaktiven Online-Intervention

Das im Projektantrag beschriebene „Ziel 3: *Evaluation der interaktiven Online-Intervention*“ gliedert sich in drei Teilziele:

- **Teilziel 3a:** Abschluss der Gewinnung von Teilnehmenden und Prä-Post-Erhebung
- **Teilziel 3b:** Gewinnung der Stichprobe für die qualitative Nachbefragung (Follow-up) und Durchführung von halbstrukturierten Interviews per Telefon
- **Teilziel 3c:** Auswertung und Publikation der Ergebnisse

Die in Teilziel 3a, 3b und 3c genannten Evaluationsschritte beziehen sich ausschließlich auf die interaktive Online-Intervention.

#### Teilziel 3a und 3b

Die Gewinnung von Teilnehmenden für die Studie zur interaktiven, kostenfreien Online-Intervention (<https://8leben.psychnet.de/>) erfolgte von Dezember 2019 bis August 2020 über verschiedene Wege.

Dazu gehörten:

- *Teaser* in verschiedenen Bereichen des *psychnet*-Portals (z.B. auf störungsspezifischen Fact Sheets, Selbsttests, im News-Bereich) sowie ein Pop-Up-Hinweis auf der Startseite.
- *Information zur Studie per E-Mail* an verschiedene Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Bitte um Verbreitung des Links zur Studien-Website, u.a. über UKE-interne E-Mail-Verteiler (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Institut für Medizinische Soziologie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), E-Mail-Verteiler des Förderschwerpunkts „Suizidprävention“ des Bundesgesundheitsministeriums, E-Mail-Verteiler des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit, Verteiler des Mitglieder-Newsletters der DGPPN, Landespsychotherapeutenkammern und Aus- und Weiterbildungsinstitute für psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Stiftungen (Robert-Enke-Stiftung, Stiftung Deutsche Depressionshilfe), Selbsthilfeorganisationen (AGUS e.V., VEID e.V., Depressionsliga e.V.) und Vereine (z.B. Freunde fürs Leben).
- *Posts mit Informationen zur Studie* in Foren und anderen sozialen Medien, die sich mit dem Thema Suizidalität beschäftigten, wie z.B. Facebook-Gruppen, die sich mit Trauer nach Suizid beschäftigten oder einem Depressionsselfhilfeforum.
- *Auslegen von Postern, Postkarten und Aushängen* (z.B. in Supermärkten, Arztpraxen und psychiatrischen Einrichtungen in Hamburg und Berlin) mit Hinweis zur Studie.
- Eine *Pressemeldung des UKE* informierte über die Suche nach Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern.
- Es erfolgte eine *Suchmaschinenoptimierung* für die Webseiten der Online-Intervention vor dem Login-Bereich (z.B. Optimierung von Google Snippets).

Für die Gewinnung von Teilnehmenden für die qualitative Nachbefragung (Follow-up) und Durchführung von halbstrukturierten Interviews per Telefon wurde am Ende der Online-Intervention ein Hinweis einge-

fügt. Interessierte an einer telefonischen Befragung zur Intervention konnten ihre Kontaktdaten hinterlassen und wurden dann ca. 12 Wochen nach Abschluss der Online-Intervention kontaktiert und erhielten weitere schriftliche Studieninformationen zum telefonischen Follow-up. Sie wurden bei weiterem Interesse an einem Telefoninterview zur Online-Intervention gebeten, eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Nachbefragung zu unterschreiben. Wurde diese zurückgesendet, erfolgte die Vereinbarung eines telefonischen Interviewtermins.

### Teilziel 3c

#### Webanalyse

Mit dem *Webanalyse-Tool MATOMO* (<https://matomo.org/>) wurden Nutzungsstatistiken für alle bereitgestellten E-Mental-Health-Interventionen (Fact Sheet, Selbsttest, interaktive Online-Intervention, Informationen über Hilfsangebote) erhoben (z.B. Anzahl Besucherinnen und Besucher, Verweildauer, Absprungrate, Seitenansichten einzelner Seiten, Zugangswege).

#### Studiendesign

Die Evaluation der interaktiven Online-Intervention orientierte sich am Projekt *The Ripple Effect*.<sup>40</sup> Es wurde ein *Sequential Explanatory Mixed-Methods-Design mit insgesamt drei Messzeitpunkten* realisiert (siehe *Tabelle 1*). Zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) wurden zu Beginn der interaktiven Online-Intervention *soziodemographische Daten*, die *Art der Betroffenheit von Suizidalität* sowie *Einstellungen (SOSS-SF)* und *Wissen zu Suizidalität (LOSS-SF)*, *Selbstwirksamkeitserwartung* mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können (SWE) und *Distress* (Messung mittels Distress-Thermometer<sup>44</sup>) als Prä-Messung erhoben. Zum Ende der Intervention ( $t_1$ ) erfolgte die Post-Messung (Abstand zur Prä-Messung variabel, je nach individueller Bearbeitungszeit), SOSS-SF, LOSS-SF, SWE und Distress-Thermometer wurden erneut eingesetzt. Außerdem erfolgte nach der Durchführung der Online-Intervention eine *Beurteilung des Inhalts der Online-Intervention* durch die teilnehmenden Personen (z.B. zur Zufriedenheit mit der Intervention und zu hilfreichen Elementen der Intervention) anhand einer 5-stufigen Likert-Skala. Neben der quantitativen Befragung gab es die Möglichkeit, in Freitextfeldern *Feedback zur Online-Intervention* zu geben. Zu einem dritten Messzeitpunkt (Follow-up; 12-26 Wochen nach Abschluss der Intervention) erfolgten *Follow-up-Telefoninterviews* mit Teilnehmenden, die sich bereiterklärt hatten, an einem halbstrukturierten Telefoninterview teilzunehmen.

*Tabelle 1: Ablauf der Evaluation der interaktiven Online-Intervention.*

<b>Gewinnung von Teilnehmenden</b> von Dezember 2019 bis August 2020
<b>Erhebung <math>t_0</math></b> Kapitel 1: Demografie, Art der Betroffenheit von Suizidalität Kapitel 2: Stigmatisierung, Wissen, Selbstwirksamkeitserwartung, Distress
<b>Durchführung des Online-Programms</b> Kapitel 3-7 (Dauer 1,5 bis 5 Stunden; Pausen möglich)
<b>Erhebung <math>t_1</math></b> Kapitel 8: Stigmatisierung, Wissen, Selbstwirksamkeitserwartung, Distress, Zufriedenheit, hilfreiche Elemente
<b>Follow-up-Interview (telefonisch)</b> 12-26 Wochen nach $t_1$ : Zufriedenheit, hilfreiche Elemente, User experience

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung (erstmaliger Einsatz dieser Intervention im deutschsprachigen Raum) und des Ziels, die Intervention komplett und kostenfrei für alle Interessierten

anzubieten, wurde – analog zum Projekt *The Ripple Effect* – zu diesem Zeitpunkt auf ein randomisiert-kontrolliertes Design verzichtet. Die Veränderung von Stigma und Wissen im Verlauf der Intervention sollte wie im australischen Projekt mit einem Prä-Post-Design überprüft werden. Zusätzliche qualitative Informationen (z.B. individuelle Erfahrungen mit der Intervention) wurden in Freitextfeldern sowie im Rahmen eines Follow-up Interviews erfasst.

#### *Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der interaktiven Online-Intervention*

Zielgruppe waren *Erwachsene* ( $\geq 18$  Jahre), die als *Betroffene* oder *Angehörige* Erfahrungen mit dem Thema Suizidalität gemacht haben. Andere Interessierte konnten ebenfalls teilnehmen. Die eigene Erfahrung mit dem Thema wurde zu Beginn der Intervention erfragt und bei der Auswertung berücksichtigt. Je nach Art der Betroffenheit wurden die Teilnehmenden einem von fünf Interventionspfaden zugeordnet, die Inhalte und die Auswahl der angezeigten Erfahrungsberichte variierten dementsprechend leicht:

- Pfad 1: Selbst betroffen durch Suizidgedanken
- Pfad 2: Selbst betroffen durch einen oder mehrere Suizidversuche
- Pfad 3: Als angehörige Person betroffen durch den Verlust einer nahestehenden Person durch Suizid
- Pfad 4: Als angehörige Person betroffen durch die Sorge um eine nahestehende, suizidale Person
- Pfad 5: Allgemein an der Thematik Suizidalität interessiert, z.B. durch die Arbeit in einem Gesundheitsberuf

Voraussetzung für die Teilnahme an der Intervention war ein Internetzugang. Da die Materialien in deutscher Sprache vorlagen, war ein Ausschlusskriterium das Nichtbeherrschen der deutschen Sprache.

#### *Stichprobenkalkulation*

In Anlehnung an *The Ripple Effect* wurde eine konservative Powerkalkulation vorgenommen (doppelte Messung wurde nicht einbezogen). Für die Identifikation einer *Effektstärke* von  $d = 0,20$ ,<sup>40</sup> die nach den Konventionen von Cohen<sup>48</sup> einem *kleinen Effekt* entspricht, mit einer Power von 0,80 und einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  (abhängiger t-Test, Alpha-Adjustierung für zwei Endpunkte: SOSS-SF und LOSS-SF) war eine Stichprobengröße von  $N = 241$  notwendig. Unter Annahme eines Dropouts von 30% wurde daher zu  $t_0$  (Beginn der Intervention) eine Stichprobe von mindestens  $N = 344$  angestrebt.

#### *Zielgrößen / Messinstrumente*

##### Primäre Endpunkte

*Reduzierung der Stigmatisierung von Suizidalität und Verbesserung von Wissen über Suizidalität*; quantitativ gemessen (Prä-Post-Messung: vor und nach Durchführung der Online-Intervention) mit den Instrumenten SOSS-SF<sup>31</sup> und LOSS-SF<sup>30</sup>.

Analog zum Projekt *The Ripple Effect* wurde die SOSS-SF für Betroffene von Suizidalität zu beiden Messzeitpunkten zweifach eingeschätzt: Es wurde einerseits erhoben, wie man sich aufgrund seiner Suizidalität selbst bewertet (Selbst-Stigmatisierung); andererseits wurde eingeschätzt, wie andere über suizidale Menschen denken (wahrgenommene Fremd-Stigmatisierung). Für Angehörige und Interessierte (Pfad 3-5) wurde hierbei jeweils nur die wahrgenommene Fremd-Stigmatisierung erhoben.

##### Sekundäre Endpunkte

Die *Selbstwirksamkeitserwartung*, mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können, wurde anhand eines *selbst entwickelten Instruments* erhoben, das auf der Theorie Banduras<sup>49</sup> basiert und sich an einem Leitfaden zur Erstellung von entsprechenden Instrumenten orientiert.<sup>50</sup> Das Instrument wurde von der trialogischen Betroffenen- und Angehörigengruppe begutachtet (Think-Aloud-Methode) und anschlie-

ßend als Paper-Pencil-Version bei N=269 Personen in einem Pretest in einem Convenience Sample eingesetzt, um die psychometrischen Eigenschaften vor dem Einsatz in der interaktiven Online-Intervention zu prüfen. Das entwickelte Instrument zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung, mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können, umfasst sechs bzw. sieben Items (SWE-6 bzw. SWE-7, siehe Anlage A3) und setzt eine Intervallskala von 0 bis 10 ein, die im horizontalen Format visuell dargestellt wird. Der Eingangsstimulus lautet „Wie sehr trauen Sie sich heute Folgendes zu? Nutzen Sie bitte die Skala von 0 ("Traue ich mir überhaupt nicht zu") bis 10 ("Traue ich mir voll und ganz zu.")“. Itembeispiele sind: „*Ich traue mir zu, über Verhaltensweisen zu sprechen, die mir langfristig nicht guttun (z.B. zu viel oder zu wenig schlafen oder essen, zu viel arbeiten, Alkohol- /Drogenkonsum).*“ oder „*Ich traue mir zu, professionelle Unterstützung (z.B. Arzt/Ärztin, Psychotherapeut:in) aufzusuchen, wenn ich diese benötige.*“ (siehe auch Anlage A3)

Um die allgemeine Belastung zu erfassen, wurde das *Distress-Thermometer* (adaptiert nach dem Instrument von Mehnert et al.<sup>44</sup>) zum Prä- ( $t_0$ ) und Post-Messzeitpunkt ( $t_1$ ) eingesetzt.

Die *Zufriedenheit mit der Intervention* nach Abschluss der Intervention ( $t_1$ ) wurde quantitativ mittels 5-stufiger Likert-Skala („stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ bzw. „überhaupt nicht hilfreich“ bis „sehr hilfreich“) erhoben sowie qualitativ mittels Freitextantworten gemessen. Die Bereiche umfassten:

- **Wissen über Suizidalität und Stigmatisierung** (Bsp.: „*Durch meine Teilnahme am Programm „8 Leben - Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ kenne ich die Risikofaktoren und Schutzfaktoren von Suizidalität besser.*“)
- **Fertigkeiten** (Bsp. „*Durch meine Teilnahme am Programm „8 Leben - Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ kann ich besser mit anderen über Erfahrungen mit Suizid sprechen.*“)
- **Hilfreiche Elemente der Intervention** („*Bitte bewerten Sie, wie hilfreich Sie die einzelnen Elemente von „8 Leben“ fanden: Video-Erfahrungsberichte von Menschen, die Erfahrung mit Suizid haben, oder „Was war am Programm „8 Leben“ am hilfreichsten/am wenigsten hilfreich für Sie?“* mit optionalem Freitextfeld
- **Zufriedenheit mit der Länge des Programms**
- **Auskunft zu Einstellungen bzw. Erfahrungen bzgl. Suizid/Suizidalität in der Intervention** („*Dies war das erste Mal, dass ich meine Einstellungen zum Thema Suizid und/oder Erfahrungen mit Suizid geteilt habe.*“; Antwortmöglichkeit: Ja / Nein; falls Nein: *Wo haben Sie bereits über Ihre Erfahrung gesprochen?“*)
- **Weiterempfehlung des Programms** („*Würden Sie das Programm „8 Leben“ weiterempfehlen? Bitte begründen Sie warum.*“).

Zusätzlich zur Messung der Zufriedenheit unmittelbar nach der Online-Intervention wurden in halbstrukturierten Follow-up-Interviews (in Anlehnung an Kennedy et al.<sup>40</sup>) mit freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern 12-26 Wochen nach Abschluss der Intervention *hilfreiche Strategien zur Reduktion von Stigmatisierung* und zur *Verbesserung des Wissens sowie Erfahrungen mit der Teilnahme an der Online-Intervention* erhoben.<sup>40</sup> Bei der Entwicklung der Follow-up-Interview-Leitfäden sowie der Auswertung unterstützte uns die Qualitative-Methoden-Expertin Dr. Nadine Pohontsch (UKE). Themenbereiche des Interview-Leitfadens (siehe Anlage A4), der nach Helfferich<sup>51</sup> erstellt wurde, waren

- a) *Gründe* für die Teilnahme an der Online-Intervention,
- b) *Erfahrungen* mit der Nutzung der Online-Intervention,
- c) *Veränderungen* nach der Interventionsteilnahme,
- d) *Bewertung* der Online-Intervention und

e) *Berücksichtigung* verschiedener Stigmatisierungs-Erfahrungen in der Intervention.

Basierend auf Kuckartz<sup>52</sup> wurde eine *strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* computergestützt mit MAXQDA 20 durchgeführt. Das qualitative Datenmaterial wurde anhand des ausdifferenzierten Kategoriensystems unabhängig voneinander von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen codiert (MD: psychologisch ausgebildet und klinisch tätig, JB: sozialwissenschaftlich ausgebildet, als Angehörige von Suizid betroffenen). Hauptkategorien und Subkategorien wurden sowohl induktiv als auch deduktiv abgeleitet.

Im Rahmen einer Masterarbeit werden zusätzlich die digitalen Postkartenbotschaften aller Teilnehmenden aus Kapitel 4 („Meine Geschichte“) qualitativ mit der thematischen Inhaltsanalyse nach Braun und Clarke<sup>53</sup> untersucht mit der Fragestellung: „Von Betroffenen für Betroffene: Welche Umgangsmöglichkeiten mit Suizidalität übermitteln betroffene Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Intervention anderen Betroffenen?“

#### *Statistische Auswertung*

Für die Prä-Post-Vergleiche (Skalen SOSS-SF,<sup>31</sup> LOSS-SF<sup>30</sup> und SWE) wurden *lineare gemischte Modelle (Mixed Model)* eingesetzt (Skalen sind intervallskaliert). Bei fehlenden Werten in der SOSS-SF, LOSS-SF und SWE zu  $t_1$  wurden fehlende Werte imputiert (Methode: restricted maximum likelihood). Für alle Analysen galt  $\alpha \leq 0,05$  als Grenzwert für statistische Signifikanz. Um eine alpha-Fehler-Kumulierung zu vermeiden und fehlenden Werten zu begegnen, wurde die statistische Auswertungsmethode nachträglich optimiert (lineare gemischte Modelle statt t-Tests für abhängige Stichproben<sup>23</sup>). Folgende Variablen wurden in Subgruppen- oder Regressionsanalysen berücksichtigt: *Alter, Geschlecht, Art der Erfahrung mit Suizidalität* (betroffen, angehörig, interessiert). Die Zufriedenheit mit der Intervention und der Aufenthaltsdauer wurde deskriptiv ausgewertet. Die Auswertungen erfolgen mit IBM SPSS 25 und R.

## 4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Ziele des Projektes konnten realisiert und die anvisierten Meilensteine erreicht werden. Diese waren:

- Meilenstein 1a: Fertigstellung des Fragebogens für die Bevölkerungsbefragung
- Meilenstein 1b: Abschluss der Auswertung und Interpretation der Bevölkerungsbefragung
- Meilenstein 2a: Erstellung und Live-Schaltung des Fact-Sheets, des ergänzten Selbsttests und der Übersicht zu regionalen Hilfsangeboten auf *psychnet.de*
- Meilenstein 2b: Fertigstellung der interaktiven Online-Intervention inkl. Videos und Postkartenmotiven
- Meilenstein 3a: Abschluss der Rekrutierung von Teilnehmenden und Prä-Post-Erhebung
- Meilenstein 3b: Abschluss der Follow-up-Interviews
- Meilenstein 3c: Abschluss der Auswertung

### 4.1 Meilensteine 1a und 1b

Die Meilensteine 1a und 1b sind dem Teilziel 1 „Durchführung & Auswertung der telefonischen Bevölkerungsbefragung“ zuzuordnen und wurden beide wie geplant erreicht. Ausführlichere Auswertungen der Studienergebnisse folgten ab 09/2018 im Rahmen des kumulativen Promotionsvorhabens von Julia Ludwig (siehe Kapitel 12, Publikationsverzeichnis).

### 4.2 Meilensteine 2a und 2b

Die Meilensteine 2a und 2b sind dem Teilziel 2 „Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen“ zuzuordnen. Meilenstein 2a (Erstellung und Live-Schaltung des Fact-Sheets, des ergänzten Selbsttests und der Übersicht zu regionalen Hilfsangeboten auf *psychnet.de*) wurde wie geplant erreicht, wobei aus inhaltlichen Überlegungen der Selbsttest erst mit Live-Schaltung der interaktiven Online-Intervention umgesetzt wurde, da somit bei vorliegender Suizidalität ein Verweis auf die interaktive Online-Intervention möglich war. Meilenstein 2b wurde am 19.12.19 mit Live-Schaltung der interaktiven Online-Intervention erreicht; es kam hierbei zu einer Abweichung vom Meilensteinplan (Quartal 04/19 statt 01/19), da die beauftragte Agentur die technische Umsetzung des komplexen Designs der Intervention nicht termingerecht erledigen konnte. Die vorherige inhaltliche Prüfung und Überarbeitung der interaktiven Online-Intervention erfolgte zeit- und aufgabengerecht.

### 4.3 Meilensteine 3a, 3b und 3c

Die Meilensteine 3a, 3b und 3c sind dem Teilprojekt 3 „Evaluation der interaktiven Online-Intervention“ zuzuordnen. Meilenstein 3a und 3b wurden erreicht, wobei es zu einer zeitlichen Verzögerung aufgrund der verzögerten Live-Schaltung (Meilenstein 2b) kam. Es konnten sowohl für die Prä-Post-Erhebung als auch die Follow-up-Interviews etwas mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen werden als in der Stichprobenkalkulation bzw. Studienplanung anvisiert. Meilenstein 3c ist zum Zeitpunkt des Sachberichts in Bearbeitung, jedoch nicht final abgeschlossen. Ausführlichere Auswertungen und Publikation der Studienergebnisse folgten ab 09/2020 im Rahmen des kumulativen Promotionsprojekts von Mareike Dreier. Die Publikation der Ergebnisse wird voraussichtlich Mitte 2022 abgeschlossen sein, die entsprechenden Publikationen werden nachgereicht.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Befragung zu Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung

Im Folgenden werden *deskriptive Ergebnisse aus der Bevölkerungsbefragung* beschrieben. Ergebnisse weiterführender Analysen können den Publikationen aus dem Promotionsvorhaben von Frau Julia Ludwig entnommen werden (siehe Punkt 10 Publikationsverzeichnis<sup>28,29,32</sup>).

Insgesamt haben *2.002 erwachsene Personen* (18 Jahre oder älter) aus ganz Deutschland an der Befragung teilgenommen. Davon waren 979 (49%) Teilnehmer männlich und 1.023 (51%) weiblich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 18 und 93 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 50 Jahre. Die Stichprobe repräsentiert die Allgemeinbevölkerung in Deutschland hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht und Schulbildung gut.<sup>54</sup>

Zu Beginn der Befragung wurden kurze Fallgeschichten (Vignetten) über Personen mit Suizidgedanken eingesetzt. Die Vignetten variierten nach Alter (junge vs. alte Person), Geschlecht (weiblich vs. männlich) und Krisensituation (Anzeichen einer Depression vs. Krebsdiagnose), wobei jeder und jedem Befragten eine Vignette per Zufall zugeordnet wurde.

Nachdem die Befragten die Fallgeschichte gehört haben, wurden sie gefragt, inwieweit sie der folgenden Aussage zustimmen würden: *„Ich würde in dieser Situation ähnlich denken und fühlen.“* Zwei Drittel lehnen die Aussage eher ab (66% stimme gar nicht oder eher nicht zu), wohingegen etwa ein Drittel der Zusage eher oder voll und ganz zustimmte (32%).

Im Anschluss sollten die Befragten beurteilen, inwiefern sie mögliche *Ursachen von Suizidgedanken* für zutreffend halten oder nicht. Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten der Zustimmung beziehungsweise Ablehnung zu den möglichen Ursachen. Dabei handelt es sich um äußere Risikofaktoren (z.B. mangelnde Unterstützung durch Familie und Freunde, Schwierigkeiten beim Zugang zu Hilfsangeboten), persönliche Risikofaktoren (z.B. Suizide in der Familie) und Art der Krisensituation (z.B. psychische Vorerkrankung: Depressionen; körperliche Vorerkrankung: Krebsdiagnose).

Die „Willensschwäche“ ist keine Ursache von Suizidgedanken, sondern ein Vorurteil gegenüber Menschen mit Suizidgedanken. Dennoch stimmten 44% der Befragten dieser möglichen Ursache eher oder voll und ganz zu.

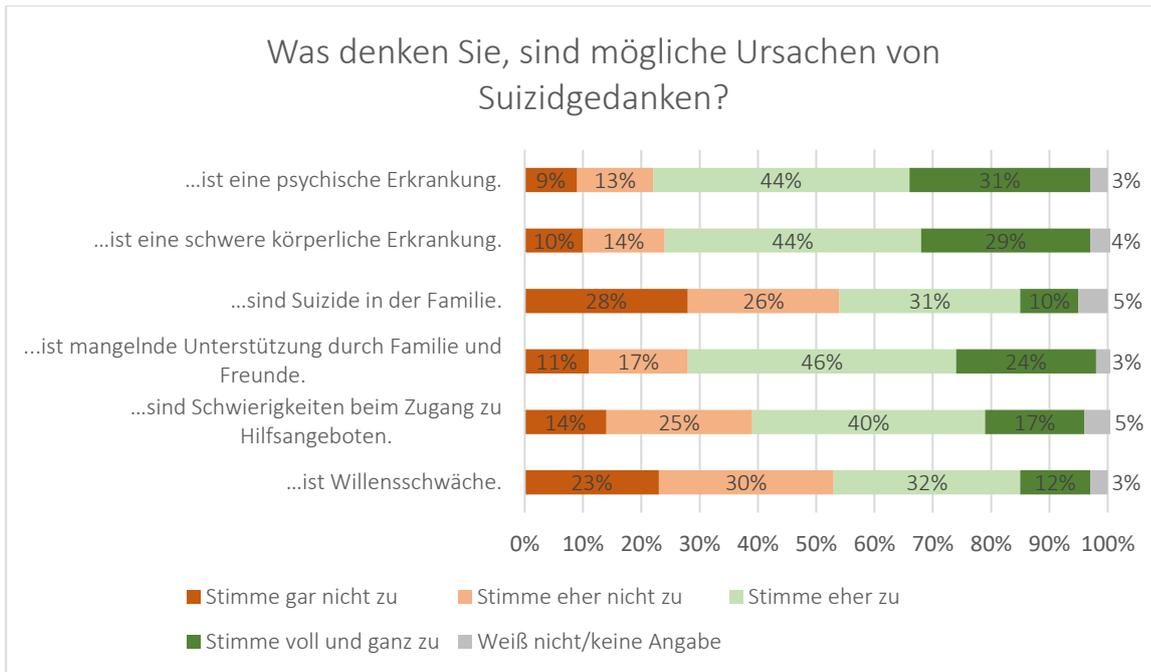


Abbildung 2: Annahmen über mögliche Ursachen von Suizidgedanken (N=2.002).

Die Befragten wurden gebeten, einzuschätzen, wie gut man die in der Fallgeschichte beschriebenen Suizidgedanken behandeln kann. Die Mehrheit der Befragten (72%) gab an, dass man Suizidgedanken gut oder sogar sehr gut behandeln kann (siehe Abbildung 3).

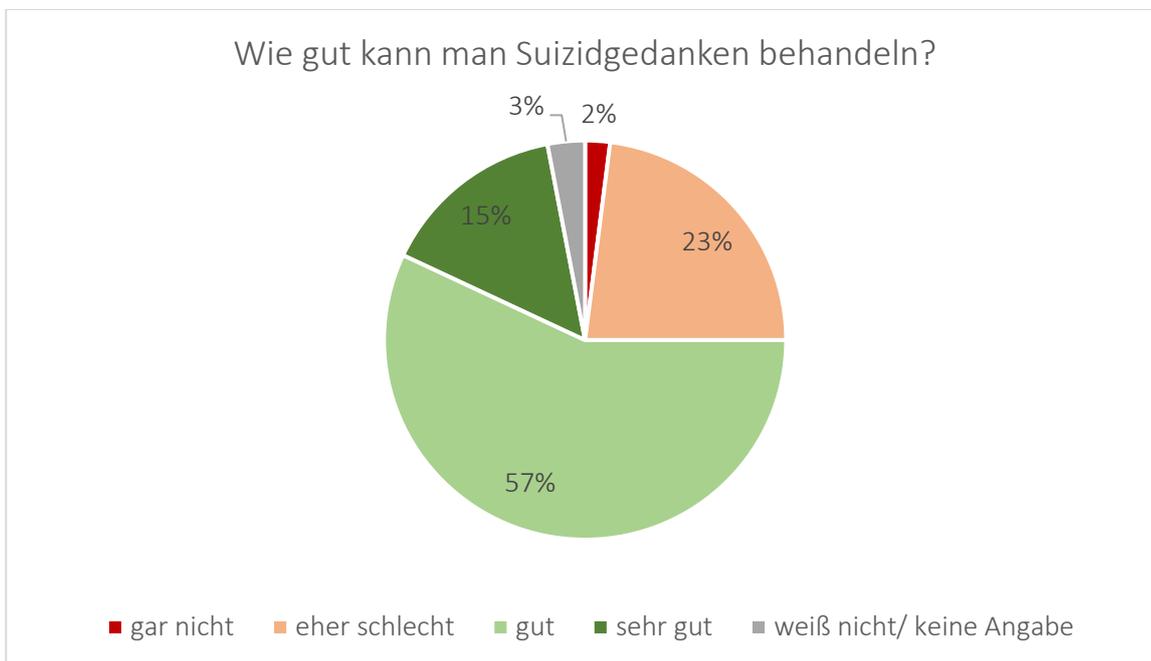


Abbildung 3: Einschätzung der Befragten zur Behandelbarkeit von Suizidgedanken (N=2.002).

Im Anschluss wurden die Befragten gebeten, verschiedene *Behandlungsmöglichkeiten* beziehungsweise *Hilfsangebote* hinsichtlich der *Wirksamkeit zu bewerten*. Die Befragten hielten Psychotherapie, die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, ein Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt oder mit einer nahestehenden Person für wirksame Methoden, um Suizidgedanken entgegenzuwirken. Als eher weniger wirksame Maßnahme wurden Hilfsangebote im Internet eingeschätzt.

Verschiedene Aussagen zu emotionalen Reaktionen gegenüber der Person in der Fallgeschichte wurden den Befragten vorgelegt. Die Befragten gaben auf einer Skala ihre Zustimmung zu den Aussagen an. Am häufigsten wurde eher *positiven Reaktionen* (z.B. „Ich verspüre für sie oder ihn Sympathie“) zugestimmt. *Angstreaktionen* (z.B. „Ich fühle mich unbehaglich“) wurden eher abgelehnt und *Ärgerreaktionen* (z.B. „Sie bzw. Er löst bei mir Unverständnis aus“) wurden am stärksten abgelehnt (siehe Abbildung 4).

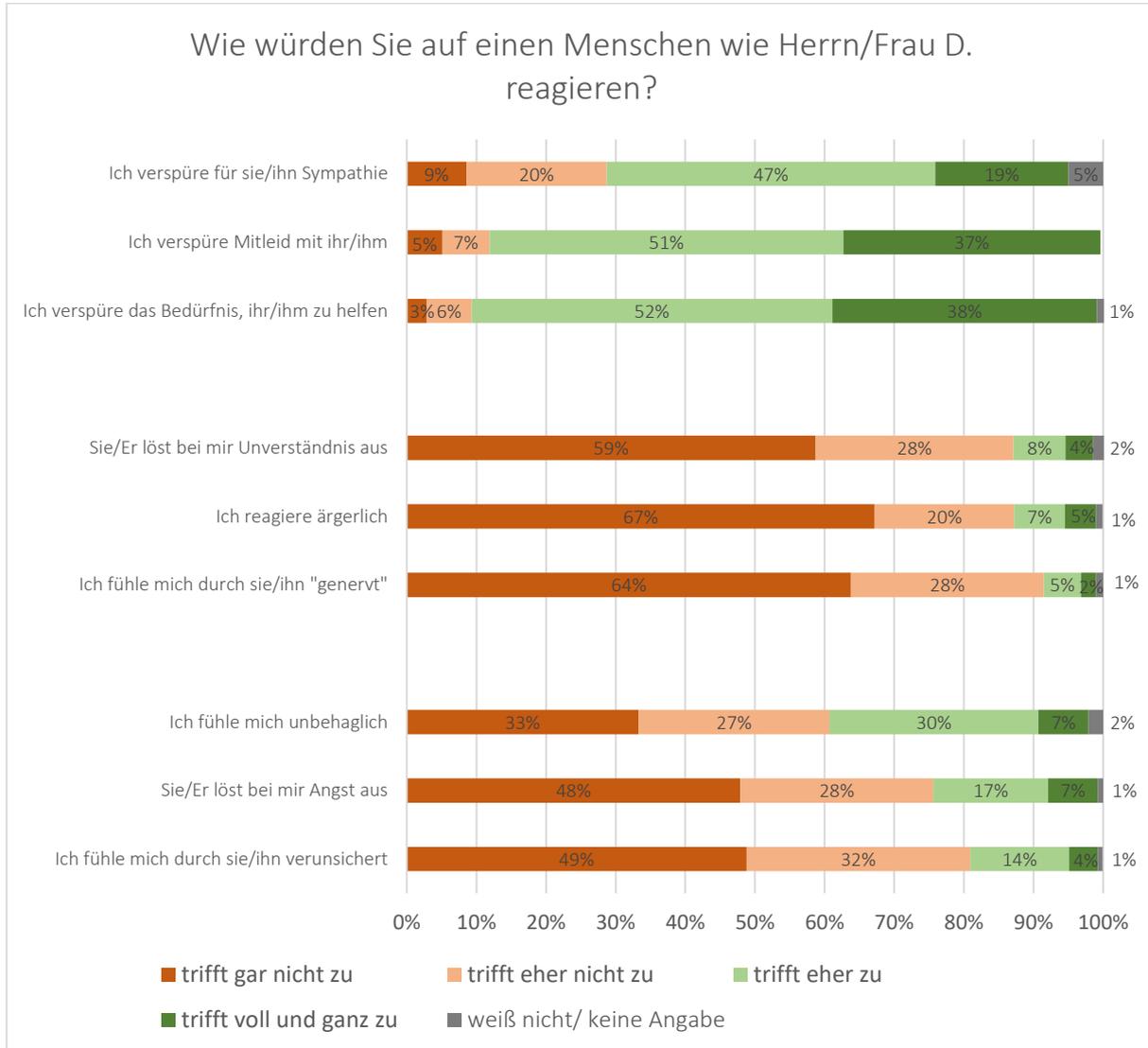


Abbildung 4: Emotionale Reaktionen gegenüber Personen mit Suizidgedanken (N=2.002).

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, inwiefern sie jemanden mit Suizidgedanken (wie in der Fallgeschichte beschrieben) *in verschiedenen Alltagssituationen akzeptieren* würden. Die Befragten würden jemanden eher als Nachbarin beziehungsweise Nachbarn oder Arbeitskollegin beziehungsweise Arbeitskollegen akzeptieren und eher weniger als Person, die Kinder betreut oder Untermieterin beziehungsweise Untermieter ist (siehe Abbildung 5).

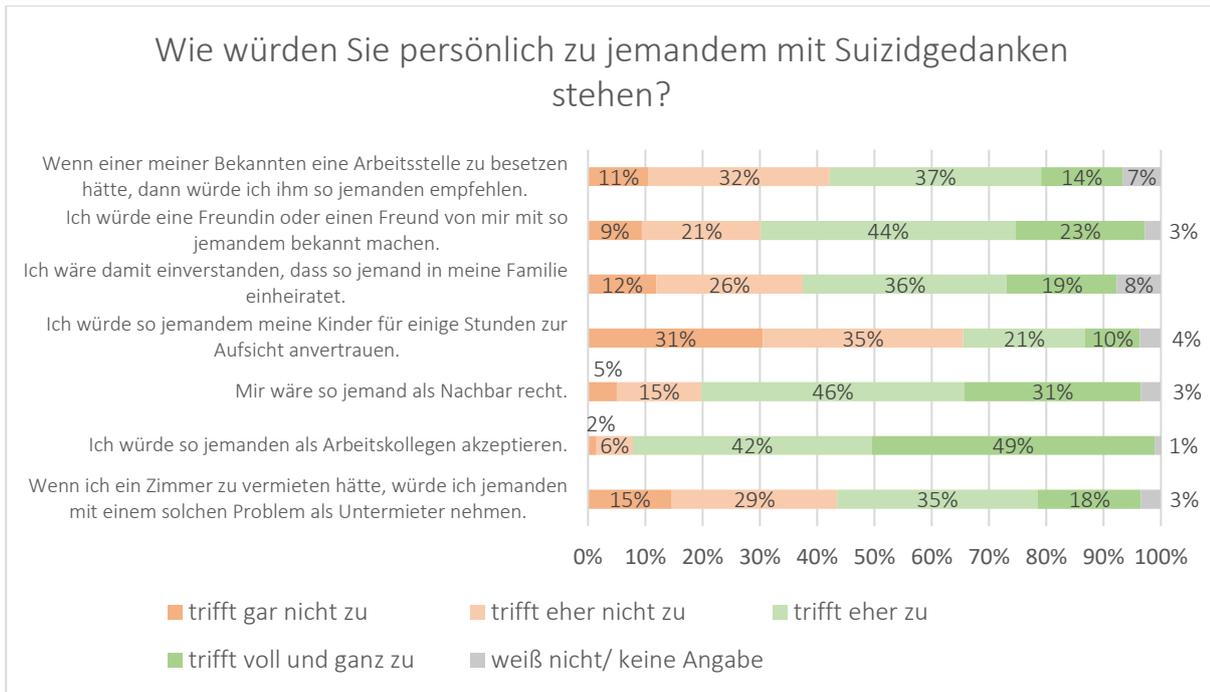


Abbildung 5: Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit Suizidgedanken (N=2.002).

Um das Wissen der Befragten zu suizidspezifischen Themen zu erfassen und somit mögliche Wissenslücken aufzudecken, sollten die Befragten einschätzen, ob verschiedene allgemeine Aussagen über Suizidalität wahr oder falsch sind. Tabelle 2 gibt einen Überblick über den Anteil der befragten Personen, die die Aussagen richtig beantwortet haben. Ein Großteil der Befragten wusste, dass eine Psychiaterin oder Psychiater beziehungsweise eine Psychologin oder Psychologe helfen kann, jemanden von einem Suizid abzuhalten. Dass Depressionen Suizidgedanken begünstigen, wussten fast alle Befragten. Nur gut ein Drittel der Befragten wusste hingegen, dass Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, an Suizid zu sterben als Frauen und nur ein knappes Viertel wusste, dass ältere Männer das höchste Suizidrisiko haben.

Tabelle 2: Wahre und falsche Aussagen über Suizidalität und der Anteil richtiger Antworten in der Bevölkerungsbefragung (N=2.002).

<b>Wahre Aussagen über Suizid</b>	<b>Richtig beantwortet</b>
Zu einem Psychiater oder einem Psychologen zu gehen, kann helfen, jemanden von einem Suizid abzuhalten.	92%
Das Suizidrisiko ist bei depressiv erkrankten Menschen sehr viel höher als in der Allgemeinbevölkerung.	92%
Das Suizidrisiko ist bei Menschen mit einer Krebserkrankung sehr viel höher als in der Allgemeinbevölkerung.	54%
Menschen, die einen Suizid planen, können sich schnell umentscheiden.	50%
Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Suizid.	42%
Männer haben eine höhere Wahrscheinlichkeit an Suizid zu sterben als Frauen.	37%
Das höchste Suizidrisiko haben ältere Männer.	22%
<b>Falsche Aussagen über Suizid</b>	<b>Richtig beantwortet</b>
Menschen, die an Suizid denken, sollten anderen nicht davon erzählen.	86%
Über Suizid zu sprechen, verstärkt immer das Risiko eines Suizids.	83%
Die meisten Menschen, die sich selbst umbringen, sind psychotisch.	65%
Eine suizidale Person wird immer suizidgefährdet bleiben und immer Suizidgedanken hegen.	63%
Jeder, der sich selbst umbringt, wäre von einem Psychiater als depressiv diagnostiziert worden.	60%
Sehr wenige Menschen denken an Suizid.	58%
Alle Menschen, die einen Suizidversuch begehen, planen diesen Versuch im Voraus.	49%
Menschen, die über Suizid reden, bringen sich selten um.	45%

Im Anschluss wurden die Befragten gebeten, Eigenschaften von Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, zu bewerten. Diese Aussagen bezogen sich nicht mehr auf die beschriebenen Personen aus der Fallgeschichte, sondern auf suizidale Personen im Allgemeinen. Wenig Zustimmung zeigten die Befragten dabei gegenüber Eigenschaften, wie z.B. „erbärmlich“, „peinlich“ oder „dumm“. Mehr Zustimmung äußerten die Befragten bei Eigenschaften, wie „isoliert“, „verloren“ oder „einsam“ (siehe Abbildung 6).

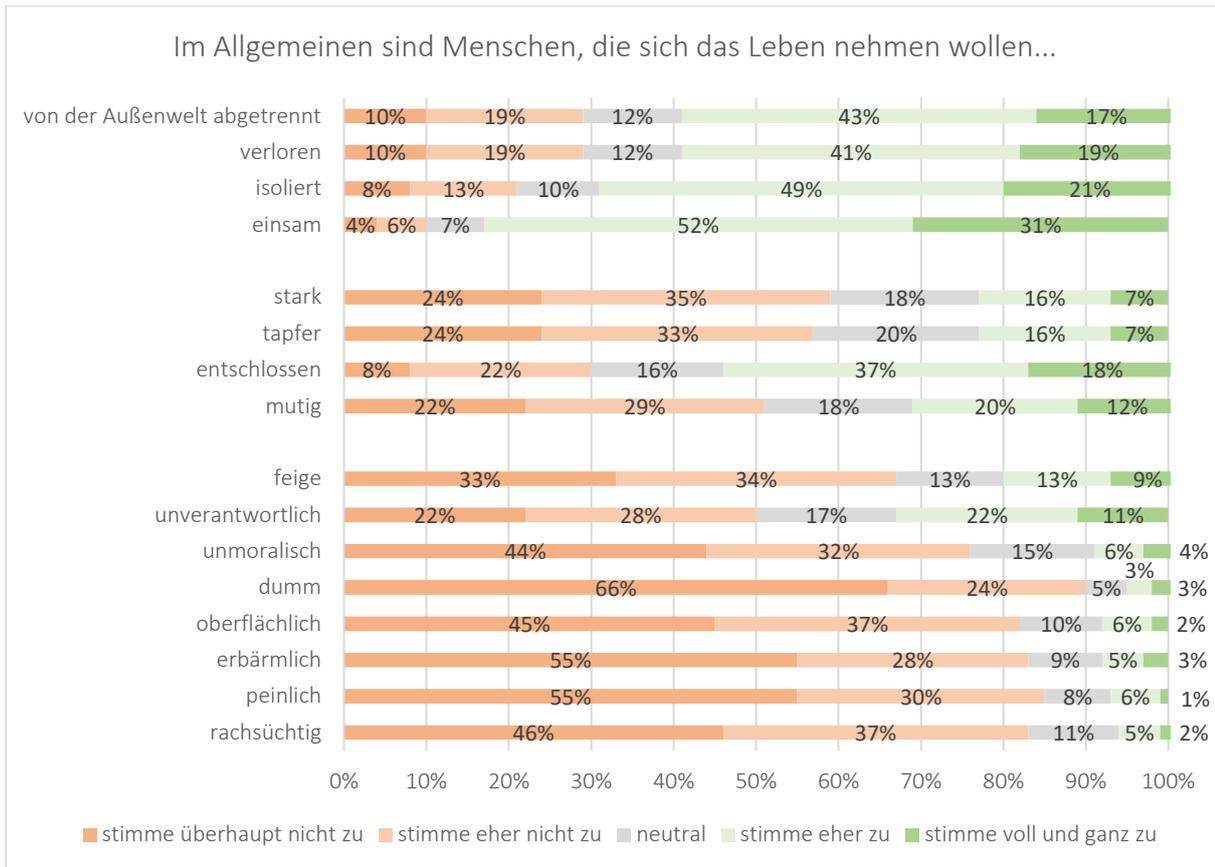


Abbildung 6: Zustimmung beziehungsweise Ablehnung gegenüber suizidspezifischer Stereotypen (N=2.002).

Zum Ende der Befragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, ob sie bereits selbst Suizidgedanken hatten. 590 Personen (30%) gaben an, schon einmal von Suizidgedanken betroffen gewesen zu sein, von diesen waren 183 Personen (31%) deshalb in Behandlung. Im Anschluss wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, ob sie jemanden kennen, der bereits Suizidgedanken hatte/hat oder durch Suizid verstorben ist. 1.252 Personen (63%) bejahten diese Frage.

## 5.2 Erstellung von E-Mental-Health-Interventionen

### Teilziel 2a

Die *evidenzbasierte Gesundheitsinformation* zum Thema Suizidalität (sog. „Fact Sheet“) wurde online unter <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/suizidalitaet.html> zur Verfügung gestellt. Das Fact Sheet zu Suizidalität verzeichnete seit der Live-Schaltung im August 2018 bis Juni 2021 insgesamt 73.274 singuläre Aufrufe (eindeutige Seitenansichten, d.h. mehrmalige Seitenbesuche an einem Tag wurden nur einmal gezählt).

*Informationen zu Hilfsangeboten* wurden unter [Schnelle Hilfe - psychenet.de](https://www.psychenet.de) und [Soforthilfe - psychenet.de](https://www.psychenet.de) zur Verfügung gestellt, u.a. wurden spezifische psychiatrische Angebote für verschiedene Bundesländer genannt.

Der *Selbsttest zu depressiven Beschwerden PHQ-9<sup>55</sup>* wurde um das Item zu Suizidgedanken ergänzt, vorher waren nur acht Items online, da das Item zu Suizidgedanken ausgespart wurde. Ein Hinweis im Falle von vorliegenden Suizidgedanken zu entsprechenden Notfallnummern wurde eingerichtet. Der Test gibt Nutzerinnen und Nutzern eine Rückmeldung hinsichtlich des Schweregrads einer möglichen depressiven Störung aufgrund ihrer Selbstauskunft (leicht, mittelgradig, schwer). Nutzerinnen und Nutzer erhalten eben-

falls eine graphische Rückmeldung ihres Ergebnisses im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland.<sup>37</sup> Bei vorliegenden depressiven Beschwerden wurde im Testergebnis darauf verwiesen, sich ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Der Selbsttest ist unter <https://psychenet.de/de/selbst-tests/depression.html> verfügbar. Mittels des Webanalyse Tools MATOMO konnte ermittelt werden, dass der ergänzte Selbsttest zwischen der Live-Schaltung im Januar 2020 bis Juni 2021 insgesamt 182.838 Mal (eindeutige Seitenansichten) genutzt wurde.

### Teilziel 2b

#### *Zusammenarbeit mit dem australischen Projektteam The Ripple Effect*

In einem mehrtägigen Workshop in Hamburg vom 19.-21.06.2018 mit den australischen Wissenschaftlerinnen Alison Kennedy und Susan Brumby, die federführend die Online-Intervention *The Ripple Effect* entwickelt haben, konnten Wissen und Expertise weitergegeben werden. Die enge Zusammenarbeit mit dem australischen Team (über den persönlich stattfindenden Workshop, per Videokonferenz und per E-Mail) wurde forciert, um bei der Entwicklung und Evaluierung der interaktiven Online-Intervention auf deren Grundlagen und Erfahrungen aufzubauen (z.B. hinsichtlich Entwicklung der Inhalte, Erreichen der Zielgruppe und Evaluation, siehe auch Punkt 3.2).

#### *Trialogische Betroffenen- und Angehörigengruppe*

Nach dem ersten Treffen der trialogischen Arbeitsgruppe (N=12) entschieden sich zwei Personen aus Zeitgründen gegen eine weitere Projektteilnahme. Die Arbeitsgruppe bestand aus insgesamt *zehn Personen* (nFrauen= 6, nMänner= 3, ndivers=1) im Alter von 19-73 Jahren, die *verschiedene Erfahrungen mit Suizidalität bzw. Suizid* hatten. Auch hinsichtlich des Arbeitsstatus (nStudierende= 1, nAngestellte= 4, nErwerbslose= 1, nVorruhestand=2, nRentnerin, Rentner= 2) und des Berufs (z.B. Lehrerin, Arzt, LKW-Fahrer, Sekretärin, Disponent, ohne Berufsausbildung, Sozialwissenschaftlerin) war die Gruppe heterogen. Bis zur Fertigstellung der Online-Intervention fanden insgesamt *12 Arbeitsgruppentreffen* statt, die von wissenschaftlich und klinisch tätigen Personen des Projekts moderiert und koordiniert wurden. Für die interaktive Online-Intervention erarbeitete die Arbeitsgruppe ein Konzept basierend auf der australischen Intervention, das für eine breitere Zielgruppe adaptiert und inhaltlich erweitert wurde. Die Texte, die für die Intervention erstellt wurden (Verweis auf externe Hilfsangebote, Wissen über Suizid und Suizidalität, Suizidversuche verstehen, Stigmatisierung und Tabu, Irrtümer über Suizid, Strategien zum Umgang mit Suizidalität, Ziele setzen) durchliefen ein schriftliches und mündliches Review-Verfahren mit beteiligten Betroffenen und Angehörigen aus der Arbeitsgruppe, das im Juli 2018 abgeschlossen wurde. Alle beteiligten Expertinnen und Experten des Projektteams haben die Texte geprüft. Die Videos mit Erfahrungsberichten zu Suizidalität wurden mit sechs Betroffenen und zwei Angehörigen im Herbst 2018 erstellt (siehe Tabelle 3) nachdem der Fokus der Videos in den Arbeitsgruppentreffen vorbereitet wurde.

*Tabelle 3: Erfahrung mit Suizidalität, die in den Video-Erfahrungsberichten der Online-Intervention geteilt wurde.*

Altersgruppe, Geschlecht	Erfahrung mit Suizidalität bzw. Suizid
70-80 Jahre, männlich	Einmaliger Suizidversuch nach einem Verkehrsunfall
60-70 Jahre, weiblich	Einmaliger Suizidversuch im frühen Erwachsenenalter nach einer Trennung
20-30 Jahre, männlich	Suizidgedanken in einer depressiven Episode
40-50 Jahre, weiblich	Wiederkehrende Suizidgedanken
50-60 Jahre, weiblich	Wiederkehrende Suizidgedanken in Krisen
40-50 Jahre, divers	Chronische Suizidalität mit Suizidversuchen

50-60 Jahre, männlich	Verlust der Mutter durch Suizid
30-40 Jahre, weiblich	Verlust des Vaters durch Suizid

Eine weitere Beteiligte der Arbeitsgruppe, die sich um eine nahestehende suizidale Person sorgt, hat aus ihrer Sicht einen Erfahrungsbericht zu Suizidalität geschrieben. Ein Arbeitsgruppenmitglied hat sich gegen einen Erfahrungsbericht (Video- oder Textform) entschieden. Alle zehn AG-Mitglieder haben sich an der Erstellung von *Postkartenbotschaften* beteiligt. Als laienverständlicher Name für die Online-Intervention entschieden sich die Arbeitsgruppe und die Projektmitarbeitenden für „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“. Zudem wurde der laienverständlichere Titel „Online-Programm“ statt „Online-Intervention“ genutzt. Zur Programmierung der Intervention wurde ein *Konzept mit fünf Hauptpfaden*, je nach Art der Betroffenheit mit Suizidalität (siehe oben), entwickelt, sodass es fünf verschiedene Interventionsvarianten gab. Im November 2018 startete die Ausarbeitung des Designs der Online-Intervention. In Tabelle 4 findet sich ein Kurzüberblick der Inhalte der interaktiven Online-Intervention, die im Dezember 2019 live geschaltet wurde.

Tabelle 4: Inhaltsübersicht der Online-Intervention 8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid.

<b>Kapitel 01</b>  ÜBER MICH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demographie (Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Größe des Wohnorts)</li> <li>- Eigene Erfahrung mit Suizidalität bzw. Suizid</li> </ul>
<b>Kapitel 02</b>  MEINE GEDANKEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Literacy of Suicide Scale</i><sup>30</sup> (Wissen bzgl. Suizidalität)</li> <li>- <i>Stigma of Suicide Scale</i><sup>31</sup> (Stigmatisierung bzgl. Suizid)</li> <li>- <i>Distress</i><sup>44</sup></li> <li>- Selbstwirksamkeitserwartung, mit belastenden Situationen umgehen zu können</li> </ul>
<b>Kapitel 03</b>  MEIN WISSEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoedukation: Wissen über Suizidalität (z.B. Definition, Häufigkeit, Kontinuumsannahme von Suizidalität, Ursachen, Risikofaktoren, Warnsignale)</li> </ul>
<b>Kapitel 04</b>  MEINE GESCHICHTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Video-Erfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen</li> <li>- Stigmatisierung von Suizidalität und Tabu</li> <li>- Irrtümer über Suizidalität</li> <li>- Möglichkeit, eigene Erfahrung mit Suizidalität bzw. Suizid anonym mitzuteilen</li> </ul>
<b>Kapitel 05</b>  MEINE BEWÄLTIGUNG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategien zum Umgang bzw. zur Vorbeugung von Suizidalität auf Verhaltens-, Körper-, Kognitions-, und Emotionsebene</li> <li>- Einführung des Konzepts Notfallplan bei Suizidalität</li> </ul>
<b>Kapitel 06</b>  AUSTAUSCH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategien zur Kommunikation über Suizidalität mit unterschiedlichen Personengruppen (Familie, Freundinnen und Freunde, Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)</li> <li>- Reflexion zur Offenlegung von Suizidalität und Suizid</li> </ul>

<p>Kapitel 07</p> <p>MEINE ZIELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziele setzen nach SMART-Kriterien bzgl. der vorgestellten Strategien</li> <li>- Möglichkeit, eigenes Ziel zu setzen</li> </ul>
<p>Kapitel 08</p> <p>FEEDBACK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Literacy of Suicide Scale</i><sup>30</sup> (Wissen bzgl. Suizidalität), <i>Stigma of Suicide Scale</i><sup>31</sup> (Stigmatisierung bzgl. Suizid), <i>Distress</i><sup>44</sup>. Selbstwirksamkeitserwartung, mit belastenden Situationen umgehen zu können</li> <li>- Feedback (Zufriedenheit, hilfreiche Elemente)</li> </ul>

In den Kapiteln 3-7 der Online-Intervention sind jeweils mehrere kurze Videosequenzen von Betroffenen von Suizidalität bzw. Angehörigen enthalten, die über ihre Erfahrungen mit Suizidalität berichten, u.a. was ihnen im Umgang mit Suizidalität bzw. dem Suizid einer nahestehenden Person geholfen hat. Der Fokus der Interviews lag u.a. darauf, Hoffnung zu vermitteln, zu zeigen, wie man über das Thema Suizidalität und Suizid sprechen kann und Unterstützungsmöglichkeiten in Krisen aufzuzeigen.

In einer im Mai 2021 eingereichten wissenschaftlichen Arbeit (Titel: „Development of an online suicide prevention program involving people with lived experience: ideas and challenges“ in der Zeitschrift „Research Involvement and Engagement“) wurde die Entwicklung der Online-Intervention unter dem Aspekt der Einbeziehung der Betroffenen- und Angehörigenarbeitsgruppe beschrieben.<sup>56</sup> Dazu wurden die Themen, die in Arbeitsgruppen-Treffen zur Entwicklung der Intervention diskutiert wurden, zusammengefasst sowie Ergebnisse der Textreviews zu Informationen über Suizidalität und die Erstellung der Videoerfahrungsberichte beschrieben. Zusammenfassend zeigte sich, dass die Einbeziehung von Menschen, die selbst von Suizidalität betroffen sind oder als Angehörige betroffen sind, für Forschungsprojekte möglich und bereichernd ist und auch für die Beteiligten selbst empowernd sein kann, wenngleich der Prozess emotional herausfordernd sein kann. Die Betroffenen- und Angehörigen-Arbeitsgruppe ist Mitautorin der eingereichten Publikation.

### 5.3 Evaluation der interaktiven Online-Intervention

#### Teilziel 3a und 3b

Die Website zur interaktiven Online-Intervention verzeichnete während der Live-Schaltung vom 19.12.19 bis zum 31.08.20 insgesamt 7.369 *singuläre Aufrufe* (eindeutige Seitenansichten, d.h. mehrmalige Seitenbesuche an einem Tag wurden nur einmal gezählt). 827 *Personen* registrierten sich in der Studie zur Online-Intervention, 802 *Personen* füllten die *Baseline-Erhebung* zu  $t_0$  vollständig aus, 268 *Personen* die *Post-Erhebung* zu  $t_1$ . Damit wurde das Rekrutierungsziel von  $N=242$  erreicht bzw. sogar übertroffen, wobei der Drop-out zwischen  $t_0$  und  $t_1$  deutlich höher war als bei der Stichprobenkalkulation angenommen. Es konnten 16 *Personen* für ein Follow-up-Telefoninterview zur Online-Intervention gewonnen werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Studie abgeschlossen haben ( $N=268$ ), gaben zu etwa einem Drittel an, über *psychnet.de* auf die Studie aufmerksam geworden zu sein, etwa 20% über eine Suchmaschine. Etwa 20% gaben an, über die Empfehlung von Freundinnen oder Freunden, Familienangehörigen oder Bekannten auf die Studie aufmerksam gemacht worden zu sein, ca. 10% über Hinweise in sozialen Medien, ca. 10% über eine andere Website, die sich mit dem Thema Suizid beschäftigt, 3% über einen Hinweis aus einer Selbsthilfegruppe, ca. 2% über einen Hinweis in einer Zeitung und ca. 5% über einen anderen Weg.

### Teilziel 3c

In der Baseline-Erhebung (N=827) der interaktiven Online-Intervention gaben 78,2% der Teilnehmenden an, weiblich zu sein (19,1% männlich, 2,7% divers). Der Altersdurchschnitt betrug 36,5 Jahre (SD 13,6, Spannweite 18-79 Jahre). 37% der Teilnehmenden gaben an, einen Hochschulabschluss zu haben, 35% (Fach)hochschulreife, 18% Mittlere Reife und 4% Hauptschulabschluss.

33,4 % der Teilnehmenden, die die Baseline-Erhebung ( $t_0$ ) abgeschlossen haben, führten die Online-Intervention durch und schlossen die Post-Messung vollständig ab (N=268). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass rund zwei Drittel der Teilnehmenden die Studie nicht abgeschlossen haben (Dropout).

Von denjenigen Teilnehmenden, die die Online-Intervention und Studie abgeschlossen haben, gaben rund zwei Drittel an, selbst von Suizidalität betroffen zu sein (Suizidgedanken: 38,1%; Suizidversuch: 24,6%), 20,5 % waren allgemein am Thema Suizidalität interessiert; 10,4% gaben an, eine nahestehende Person durch Suizid verloren zu haben und 6,3% gaben an, sich um eine nahestehende suizidale Person zu sorgen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Verteilung auf Pfade der Online-Intervention anhand der Suizidbetroffenheit sowie Completion-Rate.

Pfad der Online-Intervention	Art der Betroffenheit <sup>1</sup>	Studienregistrierung N (%)	Baseline-Erhebung $t_0$ N (%)	Post-Erhebung $t_1$ N (%)	Completion-Rate <sup>2</sup>
Pfad 1	Suizidgedanken	337 (40,7)	330 (41,1)	102 (38,1)	30,9%
Pfad 2	Suizidversuch	180 (21,8)	177 (22,1)	66 (24,6)	37,3%
Pfad 3	Verlust durch Suizid	107 (12,9)	104 (13,0)	28 (10,4)	26,9%
Pfad 4	Sorge um nahestehende suizidale Person	56 (6,8)	53 (6,6)	17 (6,3)	32,1%
Pfad 5	Interessiert, anders betroffen	147 (17,8)	138 (17,2)	55 (20,5)	39,9%
<b>Alle Pfade</b>	<b>Total</b>	<b>827 (100,0)</b>	<b>802 (100,0)</b>	<b>268 (100,0)</b>	<b>33,4%</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup>Anhand der Art der Betroffenheit von Suizidalität, die zu Beginn der Online-Intervention standardisiert mit einem Item als Selbstbericht erfragt wurde, wurden die Teilnehmenden einer der fünf Interventionsvarianten (Pfad 1-5) zugewiesen; <sup>2</sup>Anteil der Teilnehmenden, die die Post-Erhebung  $t_1$  vollständig ausfüllten im Verhältnis zu den Teilnehmenden, die die Baseline-Erhebung  $t_0$  vollständig ausfüllten.

Unmittelbar nach Abschluss der Online-Intervention zu  $t_1$  zeigten sich die meisten Teilnehmenden zufrieden mit der Online-Intervention. 89,6% gaben an, dass sie die Intervention weiterempfehlen würden. In Tabelle 6 sind auszugsweise Gründe für eine Weiterempfehlung aufgeführt, die Teilnehmende der Intervention im Freitextfeld mitteilten. Insgesamt nutzten N=177 Teilnehmende (66,0%) der N=268 Completer der Intervention das Freitextfeld.

Tabelle 6: Gründe für bzw. gegen eine Weiterempfehlung der Online-Intervention aus Sicht der Teilnehmenden zu t<sub>1</sub>.

<p><b>Würden Sie „8 Leben“ weiterempfehlen? Bitte begründen Sie warum. Ja, weil:</b> (insgesamt 163 Antworten)</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Damit mehr Menschen über das Thema Bescheid wissen</li> <li>2. Betroffene, bekommen Tipps von anderen Betroffenen, was glaube ich (auch für mich früher) sehr hilfreich ist und nochmal mehr motiviert werde, sich Hilfe zu suchen und suizidale Zeiten einfach zu überstehen.</li> <li>3. Fachliche Hintergründe um Suizid; In eigener Geschwindigkeit durchführbar; Variabilität in Teilen des Programms ist gegeben; Gute Durchleuchtung von mehreren Seiten mit Hinweisen wie man selber Tätig werden kann wenn man einen Suizid erlebt hat in seinem Umfeld</li> <li>4. Weil anderen Menschen damit geholfen werden könnte.</li> <li>5. das Programm ist übersichtlich und angenehm gestaltet, man wird gut "durchgelotst", alles ist verständlich geschrieben, aber trotzdem auf Augenhöhe</li> <li>6. „sehr komplexe Aufarbeitung des Themas, authentisch, detailliert, neutral informierend.“</li> <li>7. Es gibt viele verschiedene hilfreiche Aspekte. Ein einzelnes Kapitel oder eine kleine Bemerkung in einem Video kann schon etwas sein, das jemandem helfen würde. Mir haben gleich mehrere Sachen geholfen, angefangen mit der Postkarte, eben auch scheinbar kleinere Vorschläge in den Videos und insbesondere der Teil über Gedanken.</li> <li>8. Es hilft recht gut, da man keinen direkten Kontakt benötigt, aber trotzdem das Gefühl hat, etwas Belastendes loszuwerden. Und man erfährt sehr plastisch und real etwas darüber, wie andere den Kampf mit sich selbst bewältigen. Das Programm ist so angenehm unaufgeregt, nicht pseudowissenschaftlich, wie so vieles im Netz und, ganz wichtig zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Stelle.</li> <li>9. Es erleichtert, zu erfahren, dass und wie andere Menschen ihre Erfahrungen mit Suizidgedanken gemacht haben, und es hilft, zu erfahren, wie sie damit umgegangen sind oder umgehen, um meinen eigenen Umgang damit zu finden.</li> <li>10. Das Programm erklärt und klärt auf über das Thema Suizidalität, wie ich es zuvor nirgends lesen konnte. Dadurch konnten Vorurteile abgebaut werden, ich habe einiges besser verstanden und kann die Hilfestellungen für mich gut umsetzen. Vielen Dank dafür!</li> <li>11. Damit sich mehr Menschen mit dem Thema auseinandersetzen und auch in sich hineinhören. Ich fürchte, viele bekommen nicht die Hilfe, die sie brauchen oder suchen sie nicht einmal.</li> <li>12. Man sollte mehr darüber sprechen</li> <li>13. Es ist gut über ein solches Thema zu sprechen, anstatt es totzuschweigen. Es hilft, besser mit dem Thema umzugehen und Betroffenen zu helfen.</li> <li>14. Es hilft, belastende Erlebnisse anzusprechen und dadurch zu verarbeiten. Wäre schön, wenn die Webseite weiterhin besteht, dass sie noch anderen Menschen hilft.</li> <li>15. Weil es recht interessant ist.</li> <li>16. Es war sehr informativ</li> <li>17. Es kann Außenstehenden evtl. helfen, anders mit dem Thema und den Betroffenen umzugehen. Betroffene können lernen, mit ihren Gedanken und Gefühlen besser umzugehen, sie einzuschätzen und sich rechtzeitig Hilfe zu holen.</li> <li>18. Für Menschen, die sich eher wenig mit dem Thema auseinandergesetzt haben, bei eigener oder "fremd"-Betroffenheit bietet es sehr viele hilfreiche Anregungen. Für mich selber hätte es damals wahrscheinlich einfach mal in Worte gefasst, was ich in mir erlebt habe und ich könnte mir vorstellen, dass es unterstützend ist. Die "Tipps" kann ich heute gut annehmen, hätten mich damals in meiner akuten Phase aber nur wütend gemacht</li> <li>19. Das Thema wird durch das Programm umfassend und verständlich dargestellt.</li> <li>20. weil es eine Möglichkeit ist, sich damit nicht so allein gelassen zu fühlen</li> <li>21. Besonders durch die Erfahrungsberichte bekommt das Thema so etwas Greifbares und man kann sich gut einfinden - sehr hilfreich für Menschen, die selbst labil sind, aber auch für professionelle Helfer!</li> <li>22. Es werde viele Facetten beleuchtet, sehr informativ und auch persönlich durch die Videobeiträge aus Betroffenen Sicht. Außerdem hilfreich durch Selbstreflexion und therapeutische Ansätze zur persönlichen Umsetzung.</li> <li>23. Man kann erfahren, dass andere ähnliche Gedanken und Gefühle haben, die man glaubt, nur für sich alleine zu haben. Man erfährt andererseits aber auch, dass andere noch mit ganz anderen Problemen kämpfen, die man vielleicht selber nicht hat. Auch Mitgefühl mit anderen Menschen ist sehr hilfreich, weil man das Kreisen um sich selbst überwinden kann.</li> <li>24. sehr interessant, informativ und spannend. Es gibt einem den Einblick "Hinter die Kulissen" und es werden viele Themen thematisiert, mit denen man sich vorher noch nie beschäftigt hat. Sehr sehr gutes Programm wirklich! Ich würde sie meinen zukünftigen Klienten weiterempfehlen!</li> <li>25. Gute Balance von Information und Interaktion.</li> </ol>

**Würden Sie „8 Leben“ weiterempfehlen? Bitte begründen Sie warum. Nein, weil:**
  
**(insgesamt 14 Antworten)**

1. Ich kenne niemanden der sich mit dem Thema auseinandersetzt.
2. Keine Leute im Bekanntenkreis, die dies benötigen könnten.
3. Es wäre schön, wenn man mehr eigene Erfahrungen und Erkenntnisse hätte teilen können. Man sollte nicht immer davon ausgehen, dass jeder Suizidgefährdete über keine Intelligenz verfügt. Aber es freut mich, wenn es Menschen hilft.
4. Zu allgemein, zu einseitig
5. Zu plakativ
6. Ganz nett, aber nichts was man als Betroffener eh schon weiß. Ich habe mehr Fragen erwartet und nicht so viele Informationen zum Lesen.

Hinweis: Vorläufiger Auszug der Ergebnisse; insgesamt nutzen N=177 Teilnehmende der N=268 Completer das Freitextfeld.

Eine detaillierte Auswertung der Freitextantworten erfolgt und eine Publikation der Ergebnisse ist geplant (siehe auch Tabelle 8).

In der qualitativen telefonischen Nachbefragung (Follow-up) wurden 16 Teilnehmende telefonisch interviewt, 12-26 Wochen nachdem sie die Online-Intervention abgeschlossen hatten. Die qualitative Auswertung nach Kuckartz<sup>52</sup> (inkl. Erstellung eines Kategoriensystem und zweite Codierung durch eine Peer-Forscherin) und Veröffentlichung der Arbeit sind aktuell in Vorbereitung. Als vorläufige Auswertung sind im Folgenden beispielhaft einige Zitate von Interviewteilnehmenden zu Follow-up bzgl. der Bewertung der interaktiven Online-Intervention „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ dargestellt:

Tabelle 7: Zitate der Follow-up Telefoninterviews zur qualitativen Evaluation der Online-Intervention (N=16).

1. „Grundsätzlich finde ich es einfach eine gute Sache. Also grundsätzlich (lacht etwas) dachte ich, wow das ist richtig gut, das ist glaube ich ein richtig gutes Projekt (.) so um einfach mit dem Thema umzugehen, um es rauszuholen aus der dunklen Ecke.“ [I2, Interessierte]
2. „Wie gesagt, ich finde es eigentlich eine coole Idee und ich glaube auch, dass im heutigen Zeitalter mit den sozialen Medien ein Weg ist, wo man Leute vielleicht auch erreichen kann oder weil es auch einfach unkompliziert abrufbar ist für viele. Deswegen finde ich es eben umso wichtiger, dass da, sinnvoll aufbereitet, eben so Themen wie Suizidalität angegangen werden.“ [I15, Verlust durch Suizid]
3. Interviewerin: „Was würden Sie sagen, was Ihnen so noch geholfen hat oder so am meisten geholfen hat im Programm?“ Teilnehmer:in: (atmet tiefer aus) ah, das ist schwierig zu sagen, also insgesamt das Programm, mehr mit diesem Thema beschäftigen, zu sehen, dass man nicht alleine da ist und solche Probleme hat, zu sehen, dass es auch Lösungen dafür gibt und dass man es halt eben auch wirklich ansprechen muss und auch kann und darf, damit man Hilfe bekommt. Das insgesamt alles, das war schon sehr, sehr hilfreich. [I12, Suizidgedanken]
4. „Für mich war es auch gut zu lesen, dass es im Prinzip vielen anderen genauso geht, wie mir und dass es halt eben tatsächlich Menschen auch gab, die so mutig waren und kleine Videos von sich haben machen lassen und über dieses Thema sprechen“ [I12, Suizidgedanken]
5. „(...) finde ich das sehr gut umgesetzt, also diese Mischung aus Erfahrungsberichten, wo man einfach ein Gesicht und einen Menschen vor sich hat, der was erzählt und was eher Textbasiertes finde ich ziemlich gut, weil das auch verschiedene Leute anspricht, die so oder so irgendwie besser was aufnehmen. [I4, Suizidgedanken]
6. „(.) Also es fällt mir eigentlich gar nichts ein, das ist zu beanstanden wäre am Programm. Ich finde, es ist toll gemacht worden“ [I13, Suizidversuch]
7. Interviewerin: „Fällt Ihnen denn sonst noch was ein, was offen geblieben ist?“ Teilnehmer:in: „Nein, eigentlich nicht. Ich kann auch nochmal rückmelden, ich fand es sehr gut, also es hat mir wirklich, also was heißt Spaß gemacht, aber ich fand es wirklich sehr gut, dass es sowas gibt auch. Ich find, dass es wirklich, also man merkt, dass da sehr viel Arbeit hinter steckt und es sehr aufwändig gemacht ist, auch mal mit so kleinen, völlig verschiedenen Farben und so. Ich fand, das war wirklich gut gemacht so und ich finde es gut, dass es sowas gibt. Ich glaube, wenn ich jetzt irgendwie Leute hab, dann werde ich das auch mal weiterempfehlen, die Webseite vielleicht mal durchzusehen und durchzuarbeiten so, genau.“ [I11, Interessierte]
8. Interviewerin: „Hat das Programm für Sie noch eine Rolle gespielt, nachdem Sie es beendet haben, also wie war das für Sie, nachdem Sie das genutzt haben, nachdem es beendet war, hat sich da was verändert?“ Teilnehmer:in: „Ja, es

*hat insofern ja eine Rolle gespielt, weil es die Dinge in Gang gesetzt hat. Es hat ganz klar verdeutlicht, dass jetzt was passieren muss, weil sonst rutschen wir alle weiter ab und ja, dass auch ich was verändern muss, wenn ich am Leben bleiben will oder halt eben, wenn ich meinen Kindern dem Trauma aussetzen will, dass sie mich verlieren.“ [15, Suizidgedanken]*

Hinweis: Vorläufiger Auszug der Ergebnisse.

Insgesamt wurde die Intervention positiv von Teilnehmenden aufgenommen und als hilfreich bewertet, was sich aus Rückmeldungen der Teilnehmenden zu t<sub>1</sub> sowohl in quantitativen Bewertungen als auch qualitativ in Freitexten sowie in den Follow-up-Interviews zeigte. Ausführliche Auswertungen der Studienergebnisse und die Publikation der Ergebnisse sind zum Zeitpunkt der Abgabe des Sachberichts noch in Bearbeitung. Dabei sollen die Drop-Outs zur Post-Erhebung durch die Verwendung linearer gemischter Modelle statistisch berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Prä-Post-Erhebung hinsichtlich primärer und sekundärer Outcomes sowie der Follow-up-Erhebung sollen, wie in Tabelle 8 dargestellt, wissenschaftlich in einschlägigen, englischsprachigen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht werden:

Tabelle 8: Publikationsplan der Prä-Post- und Follow-up-Ergebnisse der Online-Intervention.

Messzeitpunkt	Arbeitstitel der Publikation	Zieljournal
Prä-Post	Evaluation of an online intervention to reduce stigmatization of suicidality: A pre-post study (in Bearbeitung, Veröffentlichung anvisiert im 1. Quartal 2022).	Suicide and Life-Threatening Behavior
Follow-up	Qualitative evaluation of an online suicide prevention program regarding goal achievement, suggestions for improvement, possible effective elements: Results from sixteen Follow-up telephone interviews (in Bearbeitung, Veröffentlichung anvisiert im 1. Quartal 2022).	BMC Psychiatry oder Suicide and Life-Threatening Behavior oder DEATH STUDIES (Taylor & Francis)

### Überblick über die projektbezogenen und weiteren Ziele

Im Vergleich zum Projektantrag wurden über die definierten Ziele hinaus verschiedene Ergänzungen vorgenommen (Details siehe *Tabelle 9*).

Tabelle 9: Ergänzungen zum Projektantrag.

Projektziele	Ergänzungen zum Projektantrag
<b>Ziel 1: Befragung zu Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen des Dissertationsvorhabens von Julia Ludwig wurden anhand des Datensatzes der repräsentativen telefonischen Bevölkerungsbefragung (N=2.002) zusätzliche Fragestellungen hinsichtlich des Wissens und der Stigmatisierung von Suizidalität in der deutschen Bevölkerung beantwortet und publiziert.</li> <li>- Es fand eine psychometrische Überprüfung eines in die deutsche Sprache übersetzten Instruments (SOSS-SF) zur Erfassung von Stigmatisierung von Suizidalität statt.</li> </ul>
<b>Ziel 2: Erstellung von E-Mental-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusätzlich zur kulturellen Adaptation der australischen Intervention <i>The Ripple Effect</i> wurden thematisch passende kognitiv-behaviorale Strate-</li> </ul>

<p><b>Health-Interventionen</b></p>	<p>gien, dazugehörige Arbeitsblätter, das Konzept eines Notfallplans bei Suizidalität, ein kurzer theoretischer Input zu Stigmatisierung, Suizidalität als Kontinuum, Vor- und Nachteile der Offenlegung von Suizidalität als neue Kapitel „Meine Bewältigung“ (Kapitel 5) und „Austausch“ (Kapitel 6) ergänzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde zusätzlich eine wissenschaftliche Publikation zum Entstehungsprozess der Online-Intervention gemeinsam mit der trialogischen Betroffenen- und Angehörigengruppe erstellt. Dazu wurde eine summative Evaluation drei Jahre nach Projektstart zum Entwicklungsprozess durchgeführt. Anders als beim australischen Projekt <i>The Ripple Effect</i> war die trialogische Arbeitsgruppe während der gesamten Entwicklungszeit der Online-Intervention beteiligt.</li> </ul>
<p><b>Ziel 3: Evaluation der interaktiven Online-Intervention</b></p>	<p>Prä-Post:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen des Dissertationsvorhabens von Mareike Dreier wurde ein zusätzliches Erhebungsinstrument zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung, mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können, neu entwickelt und psychometrisch an einer Stichprobe (N=269) unabhängig von der Prä-Post-Stichprobe überprüft. Mit dem neu entwickelten Instrument soll eine weitere Fragestellung hinsichtlich der Online-Intervention beantwortet werden (Inwieweit ändert sich die Selbstwirksamkeitserwartung, mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können im Verlauf der Teilnahme an der Online-Intervention?)</li> <li>- Es wurden trotz des hohen Drop-Outs etwas mehr Teilnehmende zum Post-Messzeitpunkt gewonnen als vorgesehen (268 zu Post statt 241), wobei nicht von einer Überrekrutierung auszugehen ist.</li> <li>- Um statistisch einer alpha-Fehler-Kumulierung vorzubeugen und die fehlenden Werte adäquat zu berücksichtigen, wurde die statistische Auswertungsmethode optimiert (Verwendung gemischter Modelle statt t-Test für abhängige Stichproben).</li> </ul> <p>Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statt zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Intervention (wie im Antrag vorgesehen) wurden unter Verwendung einer Maximum-Variation-Sampling-Methode sechzehn Teilnehmende zu Follow-up befragt. Ziel bei dieser Samplingstrategie ist es, eine möglichst große Heterogenität zu erreichen.</li> <li>- Die Auswertung der halbstrukturierten Interviews, die zu Follow-up geführt worden sind, werden zusätzlich zur Auswertung durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin von einer Wissenschaftlerin und Peer-Forscherin ausgewertet und codiert, um die Intersubjektivität zu erhöhen.</li> <li>- Es werden zusätzlich Fragen zu möglichen Wirkmechanismen der interaktiven Online-Intervention qualitativ ausgewertet.</li> <li>- Die Follow-up-Interviews sowie das Kategoriensystem wurden zweimal in einem interdisziplinären qualitativen Methodenseminar zur Verbesserung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit vorgestellt und diskutiert.</li> </ul> <p>Zusätzliche qualitative Auswertungen der digitalen Postkartenbotschaften:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen einer Masterarbeit erfolgt eine qualitative Auswertung der digitalen Postkartenbotschaft der Intervention (siehe Punkt 3.3 - Teilziel 3c).</li> </ul>
--	--

## 6 Gender Mainstreaming Aspekte

In diesem Projektvorhaben fanden Gender-Mainstreaming-Aspekte bei allen Teilzielen Berücksichtigung. Genderspezifische Aspekte der Thematik (insbesondere der deutlich höhere Männeranteil bei vollendeten Suiziden und der höhere Frauenanteil bei Suizidversuchen) wurden in den erstellten Informationsmaterialien aufgegriffen. Sowohl im Projektteam als auch in der trialogischen Arbeitsgruppe mit Betroffenen und Angehörigen befinden sich Personen unterschiedlicher Geschlechter ( $n_{\text{weiblich}}=6$ ,  $n_{\text{männlich}}=3$ ,  $n_{\text{divers}}=1$ ). Erfahrungsberichte wurden dementsprechend auch von unterschiedlichen Personen erstellt und können dann passend für die jeweiligen Nutzerinnen beziehungsweise Nutzer ausgewählt werden. Unter dem Aspekt „Stigmatisierung“ wurde in der interaktiven Online-Intervention auch das Thema „Suizidalität und Geschlechtsidentität“ aufgegriffen. Es wurde bei Erstellung der Textmaterialien der Online-Intervention durchgehend auf eine inkludierende Sprache geachtet.

## 7 Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Die im Antrag definierten Ziele und Teilziele konnten erreicht werden. Die wissenschaftlichen Publikationen zu Prä-Post und Follow-up (Teilziel 3c) sind aktuell in Vorbereitung. Die geplanten Rekrutierungszahlen wurden in allen Teilzielen erreicht bzw. sogar übertroffen. Es wurden weitere, über die Projektziele hinausgehende Aspekte in verschiedenen wissenschaftlichen Abschlussarbeiten bearbeitet und publiziert (siehe Tabelle 9).

In der Bevölkerungsbefragung konnten *Wissenslücken* (z.B. ältere Männer als besonders gefährdete Gruppe) und *Stigmatisierungstendenzen* (z.B. Menschen mit Suizidgedanken als „willensschwach“ wahrzunehmen) entdeckt werden. Diese wurden in der Online-Intervention adressiert. In den authentischen *Video-Erfahrungsberichten* verwiesen Betroffene auf Hilfsmöglichkeiten, beschrieben den eigenen Umgang mit Suizidalität, zeigten persönliche Erfahrungen zur Überwindung von suizidalen Krisen auf und machten Mut zum Weiterleben. Die dialogische Entwicklung der Online-Intervention ist eine Besonderheit dieses Projekts. Als besonders hilfreiche Strategie zur Gewinnung von Teilnehmenden erwies sich das gut etablierte E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* mit ca. 120.000 Besuchen pro Monat<sup>57</sup>, ein Blogbeitrag und Social-Media Posting des Vereins *Freunde fürs Leben e.V.* (ca. 17.000 Abonnentinnen und Abonennten), die Verbesserung der Auffindbarkeit der Website durch Suchmaschinenoptimierung sowie der Hinweis auf die Intervention durch verschiedene Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, z.B. auch durch den Verein *Irre menschlich Hamburg e.V.* Vor allem Frauen zwischen 30 und 40 Jahren in Großstädten mit (Fach)hochschulabschluss nahmen an der Intervention teil. Zwei Drittel der Teilnehmenden waren Personen, die selbst von Suizidalität betroffen waren (Pfad 1 und 2). Trotz eines etwas kürzeren Erhebungszeitraums (8,5 Monate statt geplanter 12 Monate) und der Komplexität der Online-Intervention, die unbegleitet angeboten wurde, konnten ausreichend Teilnehmende zur Evaluation der Intervention gewonnen werden. Aus unserer Sicht deutet dies sowohl auf ein großes Interesse an der häufig tabuisierten Thematik Suizidalität und Suizid hin als auch auf den Bedarf eines qualitätsgesicherten und niederschweligen Angebots zu diesem Thema. Ähnliche Angebote fehlen in Deutschland aktuell vermutlich auch aufgrund der Tabuisierung von Suizidalität und der Sensibilität des Themas. Nutzen und Risiken müssen bei dieser möglicherweise gefährdeten Gruppe besonders intensiv abgewogen werden. In dieser Intervention wurde dies mit dem durchgängig sichtbaren Verweis auf verfügbare Hilfsangebote adressiert. Dabei wird sowohl auf Soforthilfen wie Notaufnahmen von Krankenhäusern und Telefonseelsorge als auch auf Krisenanlaufstellen (Hilfe innerhalb weniger Tage notwendig) und längerfristige Angebote (z.B. Psychotherapie, Beratungsstellen, Peer-Beratung) verwiesen. Da mit der entwickelten Online-Intervention wissenschaftlich basierte Informationen zur Verfügung gestellt werden und die Intervention Hoffnung vermitteln und ermutigen soll, sich Unterstützung zu suchen, kann diese klar als suizidpräventiv eingeordnet werden, wie auch die beispielhaften Zitate der Teilnehmenden zeigen (siehe 5.3 Evaluation der interaktiven Online-Intervention bzw. Tabelle 6 und Tabelle 7).

Die Ergebnisse der Evaluation werden in künftigen Publikationen dargestellt und diskutiert. In vorläufigen Auswertungen zeigte sich erwartungsgemäß eine Tendenz zur Steigerung des Wissens nach der Intervention sowie eine Abnahme der Selbststigmatisierung und Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung mit psychisch belastenden Situationen umgehen zu können. Aus offenen Rückmeldungen und Telefoninterviews geht hervor, dass die meisten Teilnehmenden die Intervention als hilfreiches, abwechslungsreiches und vielschichtiges Angebot empfanden, das das komplexe Thema Suizidalität bzw. Suizid von vielen Seiten beleuchtet, vor allem durch die authentischen Video-Erfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen und so für den Umgang mit Suizidalität sensibilisiert und Hilfsmöglichkeiten aufweist.

Im Projekt 4E konnten alle Ziele und Teilziele erreicht werden.

## 8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Verbreitung der Projektergebnisse erfolgte kontinuierlich, siehe auch Abschnitt 10 Publikationsverzeichnis.

- Vorstellung des Projekts beim Satellitensymposium Suizidprävention, 30.10.19, Dresden
- Vorstellung des Projekts beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 10.-12.10.2018, Berlin
- Vorstellung des Projekts bei der 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, 13.-15.10.2017, Hamburg
- Ankündigung des Online-Programms auf der Internetseite von *psychnet.de*
- Vorstellung des Online-Programms „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ und erste Ergebnisse beim Treffen deutschsprachiger Sozialpsychiaterinnen und Sozialpsychiater, 05.03.2020, Palma de Mallorca
- Ergebnisdarstellung aus der telefonischen Bevölkerungsbefragung zu Wissen und Einstellungen zu Suizidalität und trialogische Entwicklung von E-Mental-Health-Interventionen beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 10.-12.10.2018, Berlin
- Ergebnisdarstellung aus der telefonischen Bevölkerungsbefragung auf der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), 26.-28.09.18, Leipzig
- Geplant ist weiterhin eine Ergebnisdarstellung aus der telefonischen Bevölkerungsbefragung auf der gemeinsamen Jahrestagung der DGMS und der DGMP im September 2021

Die schriftliche Verbreitung der Projektergebnisse kann dem Publikationsverzeichnis entnommen werden.

Die Arbeitsgruppe erhielt den *Antistigma-Preis 2020 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)* für die im Rahmen des Projekts entwickelte interaktive Online-Intervention „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ gemeinsam mit zwei weiteren trialogischen Projekten des Vereins *Irre menschlich Hamburg e.V.*

Das Fact Sheet zu Suizidalität, die Informationen zu Hilfsangeboten sowie der erweiterte Selbsttest werden zukünftig weiterhin online und kostenlos auf dem E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* angeboten. Auch die interaktive Online-Intervention wurde online und kostenlos angeboten. Eine Verstetigung der Online-Intervention ist in Vorbereitung; sie soll weiterhin kostenlos angeboten werden.

Links zu den im Projekt entwickelten Online-Angeboten:

- Fact Sheet Suizidalität: <https://www.psychnet.de/de/psychische-gesundheit/themen/suizidalitaet.html>
- Selbsttest Depression inkl. Item zu Suizidalität: <https://www.psychnet.de/de/selbsttests/depression.html>
- Hilfemöglichkeiten:
  - Soforthilfe: <https://www.psychnet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/soforthilfe.html>
  - Schnelle Hilfe: <https://psychnet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe.html>
  - Überblick psychiatrische Versorgung nach Bundesländern: <https://www.psychnet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/soforthilfe.html?view=page&layout=index&id=263>
- Interaktive Online-Intervention: <https://8leben.psychnet.de/>
- Beschreibung des Projekt: [Projekte - psychnet.de](https://www.psychnet.de/projekte)

## 9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

Das Fact Sheet zu Suizidalität, die Informationen zu Hilfsangeboten sowie der erweiterte Selbsttest werden weiterhin auf dem E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* angeboten. Auch die Literacy of Suicide Scale (LOSS-SF) soll auf dem E-Mental-Health-Portal *psychnet.de* als interaktives Quiz eingebunden werden, bei dem Interessierte Aussagen zum suizidspezifischen Wissen mit „wahr“ oder „falsch“ beantworten können. Im Anschluss sollen Aufklärungstexte für mehr Wissen in der Bevölkerung sorgen.

Die interaktive Online-Intervention „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ soll ebenfalls weiterhin zur Verfügung stehen. Aktuell werden für diese Verstetigungspläne verschiedene Optionen gemeinsam mit der Betroffenen- und Angehörigen-Arbeitsgruppe des trialogischen Vereins *Irre menschlich Hamburg e.V.* sowie der gesamten Arbeitsgruppe aus den beteiligten Institutionen geprüft. Die Mitglieder der trialogischen Arbeitsgruppe würden sich eine Fortführung der Online-Intervention wünschen und sich weiterhin im Rahmen des Projekts engagieren. Weiterhin ist eine geschützte Variante des Programmes (mit Login) gewünscht.

Nach Ende der 3-jährigen Projektförderungsphase durch das Bundesministerium für Gesundheit im Dezember 2020 entstehen bezüglich der Verstetigung verschiedene Herausforderungen - sowohl finanziell als auch technisch und personell. Ein Konzept für eine Verstetigung wird derzeit erstellt.

Die Ergebnisse der Evaluation sollen bei der Verstetigung einbezogen werden. Inhaltlich zeigte sich bislang eine große Zufriedenheit mit dem Programm, so dass voraussichtlich nur wenige Inhalte adaptiert werden müssen. Die ausführliche Fragebogenbatterie soll geändert bzw. gekürzt werden, wenn das Programm nicht im Rahmen einer Studie weiterläuft. Die dafür erforderlichen technischen Anpassungen werden derzeit geprüft. Auch wird geprüft, wie personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden können, um einerseits die Anpassungen für die Verstetigung und andererseits die dauerhafte Pflege und Betreuung des Programms zu gewährleisten.

## 10 Publikationsverzeichnis

Im Folgenden sind die im Projekt entstandenen Publikationen dargestellt, gegliedert in Zeitschriftenbeiträge und Kongressbeiträge.

### Zeitschriftenbeiträge

- Dreier M, Ludwig J, Härter M, von dem Knesebeck O, Baumgardt J, Bock T, Dirmaier J, Kennedy A, Brumby S, Liebherz S. Development and evaluation of e-mental-health interventions to reduce stigmatization of suicidality. *BMC Psychiatry*: 2019, DOI: 10.1186/s12888-019-2137-0.
- Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Public stigma towards persons with suicidal thoughts – do age, sex and pre-existing illness of affected persons matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior*: 2020, DOI: 10.1111/sltb.12629.
- Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Die Stigma of Suicide Scale: Psychometrische Überprüfung der deutschen Kurzversion (SOSS-SF-D). *Psychiatrische Praxis*: 2020, DOI: 10.1055/a-1145-3992.
- Baumgardt J, Dreier M, Liebherz S. Suizidalität und Depressionen: Hintergründe, Anzeichen, Umgang, Prävention. *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie*: 2020, 38. Jg, S.29-32.
- Ludwig J, Dreier M, Liebherz S, Härter M, von dem Knesebeck O. Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*: 2021, DOI: 10.1080/09638237.2021.1875421.
- Dreier M, Baumgardt J, Bock T, Härter M, The 8 Lives Team & Liebherz S. Development of an online suicide prevention program involving people with lived experience: ideas and challenges. *Research Involvement and Engagement*: Under Review.
- Dreier, M, Ludwig, J, Baumgardt, J, Härter, M, von dem Knesebeck, O, Bock, T, & Liebherz, S „8 Leben - Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ - Entwicklung einer Online-Intervention zur Reduzierung von Suizidstigma. *Bundesgesundheitsblatt Themenheft "Suizide und Suizidprävention"*: In Vorbereitung.

### Kongressbeiträge

- Dreier M, Ludwig J, Baumgardt J, Härter M, von dem Knesebeck O, Bock T, Liebherz S. Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E): Vorstellung des Online-Programms „8 Leben – Erfahrungsberichte und Wissenswertes zum Thema Suizid“ und erste Ergebnisse. *Treffen deutschsprachiger Sozialpsychiater:innen*, 05.03.2020, Palma de Mallorca
- Dreier M, Ludwig J, Baumgardt J, Härter M, von dem Knesebeck O, Bock T, Liebherz S. Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E): Entwicklung der Online-Intervention, *Satellitensymposium Suizidprävention*, 30.10.19, Dresden
- Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Stigma - eine soziale Dimension von Erkrankungen – Suizidalität und Stigma. *Gemeinsame Jahrestagung Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.*, 26.-28.09.18, Leipzig
- Dreier M, Ludwig J, Härter M, von dem Knesebeck O, Baumgardt J, Bock T, Dirmaier J, Liebherz S. Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E). *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung*, 10.-12.10.2018, Berlin
- Liebherz S. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu Wissen und Einstellungen zu Suizidalität und trialogische Entwicklung von E-Mental-Health-Interventionen. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung*, 10.-12.10.2018, Berlin

- Liebherz S, von dem Knesebeck O, Bock T, Dirmaier J, Härter M. Entwicklung und Evaluation von E-Mental-Health-Interventionen zur Entstigmatisierung von Suizidalität (4E). *45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention*, 13.-15.10.2017, Hamburg

#### Qualifikationsarbeit im Rahmen des M.Sc. Psychologie-Studiums an der TU Dresden

- Böhm, Melida „Von Betroffenen für Betroffene: Welche Umgangsmöglichkeiten mit Suizidalität übermitteln betroffene Teilnehmer:innen der Online-Intervention anderen Betroffenen?“ (in Ausarbeitung). Betreuung durch Prof. Susanne Knappe (TU Dresden), Dr. Sarah Liebherz und Dipl.-Psych. Mareike Dreier (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

#### Promotionsvorhaben im Rahmen des PhD-Programms für „Nicht-Medizinerinnen und Nicht-Mediziner“ der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

- Ludwig, Julia „Knowledge and attitudes towards suicidality in the German population“ (in Ausarbeitung). Betreuung durch Prof. Olaf von dem Knesebeck, Prof. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) und Prof. Georg Schomerus (Universitätsklinikum Leipzig).
- Dreier, Mareike „Entwicklung und Evaluation einer interaktiven Online-Intervention zur Entstigmatisierung von Suizidalität“ (in Ausarbeitung). Betreuung durch Prof. Martin Härter, Prof. Olaf von dem Knesebeck, Prof. Bernd Löwe und Dr. Sarah Liebherz (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

## 11 Literatur

1. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33(3):395-405.
3. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2004;25(4):147-155.
4. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-659.
5. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(1):50-61.
6. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*. 2014;219(3):525-530.
7. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27.
8. Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;59(7):614-625.
9. Oexle N, Ajdacic-Gross V, Kilian R, et al. Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(1):53-60.
10. World Health Organization. *Suicide in the world. Global Health Estimates*. Geneva World Health Organization; 2019.
11. Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Metho-den/Todesursachenstatistik.html>. Published 2015. Accessed 05 July, 2018.
12. Weltgesundheitsorganisation. *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. Leipzig: Weltgesundheitsorganisation; 2016.

13. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
14. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):261-268.
15. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34(4):597-611.
16. Hollon SD, Munoz RF, Barlow DH, et al. Psychosocial Intervention Development for the Prevention and Treatment of Depression: Promoting Innovation and Increasing Access. *Biological Psychiatry*. 2002;52(6):610-630.
17. Initiative D21. D21-Digital-Index. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft <http://initiatived21.de/app/uploads/2017/01/studie-d21-digital-index-2016.pdf>. Published 2016. Accessed June 15, 2017.
18. Gibbons MC, Wilson RF, Samal L, et al. *Impact of Consumer Health Informatics Applications. Evidence Report/Technology Assessment No. 188*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.
19. Meyer B, Berger T, Caspar F, Beevers CG, Andersson G, Weiss M. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2009;11(2):e15.
20. Christensen H, Griffiths K, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2004;328(7434):265-268a.
21. Kohls E, Coppens E, Hug J, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of affective disorders*. 2017;217:252-259.
22. Löwe B, Spitzer R, Zipfel S, Herzog W. *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Manual und Testunterlagen*. Karlsruhe: Pfizer; 2002.
23. Dreier M, Ludwig J, Härter M, et al. Development and evaluation of e-mental health interventions to reduce stigmatization of suicidality – a study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):152.
24. Makowski AC, Mnich EE, Angermeyer MC, Löwe B, von dem Knesebeck O. Sex differences in attitudes towards females with eating disorders. *Eating Behaviors*. 2015;16:78-83.
25. Makowski AC, Mnich EE, Angermeyer MC, von dem Knesebeck O. Continuum beliefs in the stigma process regarding persons with schizophrenia and depression: results of path analyses. *PeerJ*. 2016;4:e2360.
26. von dem Knesebeck O, Mnich E, Daubmann A, et al. Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012;48(5):775-782.
27. Mnich E, Makowski AC, Lambert M, Angermeyer MC, von dem Knesebeck O. Beliefs about depression-do affliction and treatment experience matter? Results of a population survey from Germany. *Journal of affective disorders*. 2014;164:28-32.
28. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Public Stigma Toward Persons with Suicidal Thoughts—Do Age, Sex, and Medical Condition of Affected Persons Matter? 2020;50(3):631-642.
29. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Die Stigma of Suicide Scale: psychometrische Überprüfung der deutschen Kurzversion (SOSS-SF-D) [The Stigma of Suicide Scale: Psychometric Validation of the German Short Version (SOSS-SF-D)]. *Psychiatrische Praxis*. 2020;47.
30. Callear AL, Batterham PJ, Trias A, Christensen H. The Literacy of Suicide Scale - Development, Validation, and Application. *Crisis*. 2021:1-6.
31. Batterham PJ, Callear AL, Christensen H. The stigma of suicide scale. Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*. 2013;34(1):13-21.
32. Ludwig J, Dreier M, Liebherz S, Härter M, von dem Knesebeck O. Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*. 2021:ahead of print.

33. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. *Gute Praxis Gesundheitsinformation, Version 2.0.* Berlin 2016.
34. DGPPN, BÄK, KBV, et al. *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung; 2. Auflage. Version 5.* 2015.
35. NICE. *Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. Clinical guideline.* National Institute for Health and Care Excellence; 2004.
36. Seidel G, Hirschberg I, Kreusel I, Dierks ML. Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). [https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/public\\_health/downloads/KursbeschrMar2011/NutzertestungAbschlussberichtIQWiG\\_16\\_12.pdf](https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/public_health/downloads/KursbeschrMar2011/NutzertestungAbschlussberichtIQWiG_16_12.pdf). Published 2010. Accessed June 12, 2017.
37. Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E. Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(5):551-555.
38. Kennedy A, Versace V, Brumby S. Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1204.
39. Davies S, Naik PC, Lee AS. Depression, suicide, and the national service framework. *BMJ.* 2001;322(7301):1500-1501.
40. Kennedy AJ, Versace VL, Brumby SA. Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1204.
41. Gould MS, Velting D, Kleinman M, Lucas C, Thomas JG, Chung M. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2004;43(9):1124-1133.
42. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Self-harm in over 8s: long-term management. Clinical guideline.* London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011.
43. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals, update 2017.* Geneva: World Health Organization; 2017.
44. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.* 2006;54(3):213-223.
45. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Public Stigma Toward Persons with Suicidal Thoughts—Do Age, Sex, and Medical Condition of Affected Persons Matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2020;50(3):631-642.
46. Ludwig J, Dreier M, Liebherz S, Härter M, von dem Knesebeck O. Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health.* 2021:1-7.
47. Bock T, Urban A, Schulz G, Sielaff G, Kuby A, Mahlke C. "Irre menschlich Hamburg" – An Example of a Bottom-Up Project. In: Gaebel W, Roessler W, Sartorius N, eds. *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* 2017:469-483.
48. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin.* 1992;112(1):155-159.
49. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.* 1977;84(2):191-215.
50. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: *Self-efficacy beliefs of adolescents.* 2006:307-337.
51. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten.* Vol 4. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
52. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* . Vol 4. Auflage 2018.
53. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101.
54. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2017. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch.html>. Published 2018. Accessed 04.05.2019.

55. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*. 2004;81(1):61-66.
56. Dreier M, Baumgardt J, Bock T, Härter M, The 8 Lives Team, Liebherz S. Development of an online suicide prevention program involving people with lived experience: ideas and challenges. *Research Involvement and Engagement*. Under Review.
57. Köhnen M, Dreier M, Freuck J, Härter M, Dirmaier J. Akzeptanz und Nutzung einer Website mit Gesundheitsinformationen zu psychischen Erkrankungen – [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de). *Psychiatrische Praxis*. In Press.

## 12 Anlagen

Folgende Anlagen sind dem Sachbericht als jeweils getrenntes Dokument beigefügt:

- A1: Anlage Finanzierungsplan 4E
- A2: Quellenangaben E-Mental-Health-Interventionen
- A3: Fragebogenitems des neu entwickelten Instruments SWE-6 bzw. SWE-7
- A4: Leitfaden der Follow-up-Telefoninterviews 4E