



Initiative Deutscher  
Forschungspraxennetze  
DESAM-ForNet

## Forschungspreis 2022

„Appetizer Research“

Lust auf Forschung in der hausärztlichen Praxis

**Kategorie:**

Neue Werkzeuge für die Praxis

**Titel der Einreichung:**

Suizidalitätsdiagnostik in der Primärversorgung

**Titel der Einreichung in Leichter Sprache:**

Forscher planen einen Fragebogen.

Der Fragebogen ist für Patient und Hausarzt.

Der Fragebogen hilft, zu erkennen:

- Hat der Patient Selbstmord-Gedanken?
- Besteht Gefahr für einen Selbstmord-Versuch?

**Name(n) der Einreichenden:**

M.Sc.-Psych. Carolin Haas

PD Dr. Karoline Lukaschek

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

## Wörterbuch

Suizid

Suizid-Versuch /  
Selbst-Mord-Versuch

Suizid-Gedanken /  
Selbst-Mord-Gedanken

Depression

## Wörter-Buch

Suizid ist ein anderes Wort für  
Selbst-Mord.

Jemand versucht, Selbst-Mord zu  
begehen.

Viele Menschen sterben dadurch.  
Jemand plant, Selbst-Mord zu  
begehen.  
Oder denkt: Ich will nicht mehr  
leben.

Depression ist eine Krankheit der  
Psyche.

Menschen mit Depression:

- Fühlen sich nieder-geschlagen  
und ohne Hoffnung
- Spüren kein Interesse und  
keine Freude mehr
- haben ein erhöhtes Risiko  
für Selbst-Mord

## Hintergrund

Seit den 1980er Jahren ist die Anzahl der Suizide in Deutschland um etwa die Hälfte zurückgegangen und lag im Jahr 2020 bei 9206.

Die Zahl der Suizidversuche ist jedoch nach Schätzung der WHO 10-20 Mal höher einzustufen. Es werden außerdem hohe Dunkelziffern im Bereich von 10-30% vermutet.

Die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken liegt in der europäischen Allgemeinbevölkerung bei 7,8%, wobei eine depressive Erkrankung den wichtigsten Risikofaktor beim Übergang von Suizidgedanken zum Suizidversuch darstellt.

Die Punktprävalenz der Depression liegt bei 7,2% und bei über 75-Jährigen sogar bei 17,1%. Die Prävalenzen von Suizidalität und Depression sind allerdings in der hausärztlichen Praxis im Vergleich zur

## Hintergrund-Informationen

Menschen in Deutschland sterben durch Selbst-Mord:

- Früher etwa 20 Tausend pro Jahr
- Heute etwa 10 Tausend pro Jahr

Die Welt-Gesundheits-Organisation sagt:

- Noch viel mehr Menschen machen einen Selbst-Mord-Versuch.
- Oft wird das gar nicht bemerkt.

Selbst-Mord-Gedanken sind häufig. 1 von 10 Menschen hat irgendwann einmal im Leben Selbst-Mord-Gedanken.

Vor allem Menschen mit Depression.

Viele Menschen in Deutschland haben eine Depression.

Vor allem Menschen über 75 Jahre. Depression erhöht das Risiko für Selbst-Mord.

In der Arzt-Praxis gibt es besonders viele Patienten mit

- Depression
- Risiko für Selbst-Mord

Allgemeinbevölkerung nochmal deutlich erhöht. Auch die Suizidrate nimmt im Alter stetig zu.

Die Allgemeinmedizin nimmt aufgrund des hausärztlichen Vertrauensverhältnisses eine zentrale Rolle in der Depressionsversorgung und damit auch in der Suizidprävention ein.

Die Hälfte der diagnostizierten Personen mit Depression wird ausschließlich allgemeinmedizinisch versorgt, und nur ein Fünftel fachspezifisch überwiesen.

Der Großteil aller Menschen mit Depression erhält eine Behandlung unter hausärztlicher Beteiligung.

Grundsätzlich kann die Allgemeinmedizin als zentrale Schnittstelle leichte und mittelschwere Depressionen behandeln, sollte jedoch z.B. bei einer schweren depressiven Störung mit akuter Suizidalität

Viele Menschen vertrauen ihrem Haus-Arzt.

Sie können ihrem Haus-Arzt alles sagen.

Viele Menschen mit Depression werden allein vom Haus-Arzt behandelt.

Menschen mit einer leichten oder mittel-schweren Depression können gut vom Haus-Arzt behandelt werden.

Menschen mit schwerer Depression brauchen Hilfe vom Fach-Arzt.

Menschen mit schwerer Depression sind in Gefahr, Selbst-Mord zu begehen.

Es ist wichtig, dass der Haus-Arzt

- die Gefahr für Selbst-Mord erkennt
- Hilfe organisieren kann

fachspezifisches Personal hinzuziehen.

Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Menschen, die Suizid begehen, in den vier Wochen vor ihrem Tod noch Kontakt zur Primärversorgung hatten. Gleichzeitig berichten Hilfesuchende dem Allgemein- arzt vergleichsweise selten eigeninitiativ von Suizid- gedanken. Die regelmäßige aktive Exploration von Suizidalität von Seiten des Hausarztes sollte daher aufgrund des 30-fach erhöhten Risikos bei Patientinnen und Patienten mit Depression im Vergleich zur Allgemein- bevölkerung besondere Aufmerksamkeit erhalten. Hausärzte tragen damit als erste Ansprechpersonen eine besondere Verantwortung, Suizidalität rechtzeitig zu erkennen und partizipativ eine adäquate (interne oder externe) Behandlung in die Wege zu leiten.

Studien zeigen:

Vor einem Selbst-Mord-Versuch gehen viele Menschen nochmal zum Haus-Arzt.

Dabei erzählen die Menschen aber nicht: Ich plane Selbst-Mord.

Sie sagen nichts.

Außer, man fragt extra nach.

Darum muss der Haus-Arzt extra nachfragen.

Nur so wird die Gefahr für Selbst-Mord entdeckt.

Viele Menschen reden zuerst mit ihrem Haus-Arzt.

Dadurch hat der Haus-Arzt besondere Verantwortung. Er kann besonders gut erkennen: Gibt es Gefahr für Selbst-Mord?

## Forschungsrational

Dieses wichtige Vorhaben stellt jedoch aufgrund der zeitlich knappen Ressourcen in der hausärztlichen Praxis eine Herausforderung dar. Die internationale Testtheorie bietet bereits eine Vielzahl an englischsprachige Verfahren zur Suizidalitätsdiagnostik, wobei nur wenige im Deutschen validiert sind. Entwickelt wurden diese Instrumente jedoch primär für den Einsatz im psychiatrischen Kontext. Die Allgemeinmedizin bedient sich jedoch anderen Heuristiken als psychiatrische Fachärzte oder Psychotherapeuten, bei denen der Einsatz von umfangreichen Fragebögen oder Tests zur Diagnostik und die Frage nach Suizidalität zur Alltagsroutine gehört. Die meisten Instrumente sind zu umfangreich.

## Warum forscht man dazu?

Ein Haus-Arzt muss sehr viele Patienten behandeln.

Über Selbst-Mord sprechen ist schwer.

Unter Zeit-Druck ist das besonders schwer.

Um die Gefahr für Selbst-Mord zu erkennen, gibt es viele Tests und Frage-Bögen. Das Problem mit diesen Tests und Frage-Bögen ist:

- Die meisten sind auf Englisch. Man weiß nicht, ob sie auf Deutsch funktionieren.
- Die meisten sind für das Kranken-Haus und haben viel Text.  
Das funktioniert in der Praxis nicht.

Der PHQ-9 stellt hierbei wiederum ein gut akzeptiertes und vielfach eingesetztes Screening-Instrument für psychischen Erkrankungen dar.

Ergänzend hierzu soll ein Instrument entwickelt werden, das dem Hausarzt eine zuverlässige Möglichkeit bietet das Suizidrisiko seines Patienten mittels 4-6 Items zu prüfen und als regelmäßige Verlaufskontrolle und Entscheidungshilfe bzgl. der Weiterbehandlung dienen kann.

Lukaschek et al. (2021) zeigten in einer systematischen Übersichtsarbeit verschiedene Suizid-Screener auf, die für den Gebrauch in der Allgemeinmedizin aufgrund der Kürze geeignet sein könnten. Neben den einzelnen Aspekten der Suizidalität (Gedanken, Pläne, Versuche), die im Screening Betrachtung

Eine Ausnahme ist der Frage-Bogen PHQ-9.

Dieser Frage-Bogen wird ziemlich oft benutzt.

Aber für die Arzt-Praxis ist dieser Frage-Bogen immer noch zu lang.

Die Forscher wollen deshalb einen neuen Frage-Bogen entwickeln.

Damit soll der Haus-Arzt gut erkennen können:

- Besteht Gefahr für Selbst-Mord?

Wenn derselbe Patient den Frage-Bogen mehrmals benutzt, soll man erkennen:

- Ist die Krankheit schlechter geworden?
- Muss mehr Hilfe organisiert werden?

Einige Leute haben zusammen geforscht:

Welche Tests und Frage-Bögen gibt es, um die Gefahr für Selbst-Mord zu erkennen?

finden, stellte die Arbeitsgruppe um Tobias Teismann den moderierenden Effekt von „Positiv Mental Health“ (PMH) zwischen Depression und Suizidgedanken, sowie Suizidgedanken und Suizidversuchen fest mit der Empfehlung mehr auf protektive Aspekte bei Suizidalität einzugehen. Der englischsprachige P4-Screener vereint den Anspruch an eine geringe Itemanzahl, sowie der präventiven Frage nach Gründen, die einen vom Suizid abhalten. Dieser Kurz-Screener wurde bereits in Vorarbeiten am Institut für Allgemeinmedizin ins Deutsche übersetzt und validiert. Der Fragebogen zeigte jedoch Limitationen auf in Bezug auf Psychometrie, Anwendung und Wortlaut. Es wird daher der Bedarf gesehen unter Einbezug der Zielpopulation (Hausärzte und

Welche Tests und Frage-Bögen funktionieren?

Vor allem in der Arzt-Praxis?

In der Arzt-Praxis muss der Frage-Bogen kurz sein.

Die Forscher haben eine neue Sicht. Früher hat man nur gefragt: Was ist die Gefahr?

Heute fragt man auch:

Welchen Schutz gibt es?

Das ist nämlich auch wichtig.

Es gibt einen Frage-Bogen in englischer Sprache.

Dieser heißt: „P4-Screener“.

Der Kurz-Frage-Bogen:

- hat wenige Fragen
- fragt nach dem Schutz vor Selbst-Mord

Der Kurz-Frage-Bogen wurde auf Deutsch ausprobiert.

Dabei gab es Probleme:

- die Anwendung hat nicht gut funktioniert
- die Leute haben die Wörter nicht verstanden

Patienten) bei der Itemauswahl, sowie in Anlehnung an das P4-Konzept, ein neues deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der akuten Suizidalität explizit für den Einsatz in der Hausarztpraxis zu entwickeln.

## **Studiendesign und Methodik**

In einer prospektiven Studie soll ein neuer Suizid-Fragebogen mit minimaler Itemanzahl faktoranalytisch konzipiert werden, der als ersten Ansatzpunkt für Intervention auch Items zu protektiven „Gründen, die von einem Suizid abhalten“ für die Hausärzte bereithält und psychometrisch im Vergleich mit den umfassenderen Goldstandards (BSS - Beck Skala Suizidalität, BRFL - Brief Reasons for Living) ebenfalls ausreichend abschneidet.

- der Frage-Bogen hat die Gefahr für Selbstmord nicht gut erkannt

Deshalb ist eine Über-Arbeitung notwendig.

Dabei machen Haus-Ärzte und Patienten mit.

Damit der neue Frage-Bogen gut wird.

## **Wie soll geforscht werden?**

Die Forscher planen eine Studie. Dabei soll ein neuer Frage-Bogen entwickelt werden.

Der Frage-Bogen soll:

- die Gefahr für Selbst-Mord gut erkennen
- in der Arzt-Praxis gut einsetzbar sein

Um zu beweisen, dass der neue Frage-Bogen gut funktioniert, gibt es einen Vergleich: mit anerkannten Frage-Bögen.

Der neue Frage-Bogen soll ebenso gut sein.

Des Weiteren sollen bis zum Vorliegen evidenter Cut-Off-Werte klinische Empfehlungen auf Basis der Fragebogen-Scores entwickelt werden, was die Weiterversorgung nach dem Screening der Patienten sicherstellt.

Somit soll das Instrument sowohl als Entscheidungshilfe als auch Verlaufskontrolle im allgemeinmedizinischen Setting eingesetzt werden können.

Das zeitliche Kriterium der Items lässt zudem eine Unterscheidung zwischen anamnestischer Einmalerhebung des basal erhöhten Risikos (z.B. Suizid in Familienanamnese) und einer regelmäßigen Kontrolle der aktuellen Suizidalität (z.B. Suizidgedanken der letzten vier Wochen) zu.

Die Möglichkeit feinere Veränderungstendenzen wahrzunehmen als bei einem dichotomen Antwortformat (vgl.

Wenn man den Frage-Bogen ausfüllt, kommt eine Zahl heraus.

Mit Hilfe der Studie soll es dann Sicherheit geben, was diese Zahl bedeutet.

Damit der Haus-Arzt besser entscheiden kann, welche Hilfe nötig ist.

Wenn derselbe Patient den Frage-Bogen mehrmals ausfüllt, entstehen neue Informationen:

- Gibt es Veränderungen?
- Wird es besser oder schlechter?

Auch das kann bei Entscheidungen helfen.

Der neue Frage-Bogen erkennt Veränderungen besonders gut. Dadurch erkennt er die Gefahr von Selbst-Mord noch sicherer.

Die Studie erfasst auch:

- Ist der Frage-Bogen gut auszufüllen?
- Ist der Frage-Bogen gut einsetzbar?

Haus-Ärzte und Patienten werden gefragt.

P4) kommt dem Anspruch einer höheren Patientensicherheit entgegen. Einheitliche und standardisierte Antwort- und Zeitformate sollen eine Handhabung erleichtern und die Nutzungsakzeptanz bei Hausärzten erhöhen. Letzteres soll ebenfalls bei Ärzten und Patienten erfragt werden.

Die Studie wird sich in mehrere Erhebungszeitpunkte unterteilen:

#### Kognitive Pretests

Zunächst soll unsere bisher entwickelte lange Fragebogenversion unter Einbezug von zehn Hausärzten und zehn Patienten im Rahmen eines kognitiven Pretests geprüft und exploriert werden. Die transkribierten Äußerungen und Anmerkungen der Zielpopulation werden iterativ in der Itemauswahl -und Anpassung berücksichtigt. - Damit wird eine hohe Inhaltsvalidität sichergestellt.

Die Studie ist in mehrere Phasen aufgeteilt.

#### 1. Erster Vor-Test mit langem Fragebogen

→ Verbesserung des langen Fragebogens

#### 2. Zweiter Vor-Test mit langem Fragebogen

→ Erstellung des Kurz-Frage-Bogens

#### 3. Haupt-Test mit Kurz-Frage-Bogen

→ Verbesserung des Kurz-Frage-Bogens

#### 1. Erster Vor-Test mit langem Fragebogen:

Hier machen mit:

- 10 Haus-Ärzte
- 10 Patienten

Die Forscher fragen: Was ist eure Meinung?

Die Forscher schreiben alles auf.

Damit erstellen die Forscher eine neue Version des langen Frage-Bogens.

## Pilotierung

Die verbesserte lange Fragebogenversion des kognitiven Pretests wird im nächsten Durchlauf an 250-400 Patienten mit Depression (PHQ > 10 oder Suizidalitätitem bejaht) in 50 Hausarztpraxen getestet. Die Patienten werden von den Hausärzten durch unseren Fragebogen standardisiert zu ihrer Suizidalität interviewt. Ferner werden als Referenz zwei Goldstandards (BSS & BRFL) von den Patienten ausgefüllt, die der Ermittlung der konvergenten Konstruktvalidität dienen. Die erhobenen Daten der Pilotierung sollen helfen anschließend mithilfe einer exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalyse den Fragebogen auf unsere hypothetische Faktorenstruktur zu prüfen: Motivation (passive / aktive Gedanken, Pläne),

## 2. Zweiter Vor-Test mit langem Fragebogen

Nun ist der verbesserte lange Fragebogen im Test.

Hier machen mit:

- 50 Haus-Ärzte
- bis zu 400 Patienten mit Depression

Zusätzlich füllen die Patienten aus:

- Zwei anerkannte Frage-Bögen

Dadurch können die Forscher ermitteln:

Wie können wir die Fragen sinnvoll verändern?

Der neue Frage-Bogen soll genauso sicher Selbst-Mord-Gefahr erkennen. Und dabei weniger Text haben.

Die Forscher versuchen, die Menge an Fragen auf dem Frage-Bogen zu reduzieren.

Es sollen zum Schluss nur noch 4-6 Fragen übrig bleiben.

Präparation (Handlungen & Versuche), Protektive Faktoren (Aspekte aus BRFL & PMH).

Durch Analyse der Itemtrennschärfe und Itemschwierigkeit sollen die Skalen maximal reduziert werden, bei hinreichenden internen Konsistenzen der einzelnen Faktoren.

Wünschenswert wäre eine Reduktion des gesamten Fragebogens auf 4-6 Items.

### Hauptuntersuchung

Die neue Item-reduzierte Kurzversion des Suizidfragebogens wird in einem weiteren Durchlauf erneut an der o.g. Stichprobe getestet und zusätzlich zu den bisherigen Referenzfragebögen des ersten Durchlaufs noch gegenüber einem anderen Kurzinventar (SBQ-R) auf konvergente Konstruktvalidität geprüft.

Ferner wird die Akzeptanz des Instruments mittels eines Fragebogens bei Patienten

### 3. Haupt-Test mit Kurz-Fragebogen

Nun ist der neue Kurz-Fragebogen im Test.

Hier machen mit:

- 50 Hausärzte
- bis zu 400 Patienten mit Depression

Zusätzlich füllen die Patienten aus:

- Zwei anerkannte Frage-Bögen
- Einen anderen Kurz-Fragebogen

Zusätzlich füllen die Patienten und die Hausärzte noch einen Frage-Bogen aus:

- Wie findet Ihr den neuen Kurz-Fragebogen?

Mit diesen Informationen wollen die Forscher den neuen Kurz-Fragebogen noch weiter verbessern.

und Ärzten evaluiert. Die Fragen orientieren sich dabei an der Evaluation des PHQ-D. Es soll zudem ein psychometrischer Vergleich stattfinden zwischen unserem neu entwickelten Fragebogen und dem zuvor validierten P4. Die Studie befindet sich momentan noch in der Konzeptionsphase. Die Einreichung des Ethikantrags ist noch bis Ende des Jahres 2021 geplant, die hausärztliche Rekrutierung soll Anfang 2022 starten. Das Promotionsprojekt soll bis Ende 2024 umgesetzt werden und ist in das Graduiertenkolleg „POKAL“ eingebettet mit dem übergeordneten Ziel die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten nachhaltig zu verbessern.

Gerade planen die Forscher die Studie.

Erst muss die Ethik-Kommission ihr OK geben.

Dann werden Arzt-Praxen gesucht.

Mit dieser Studie schreibt jemand seine Doktor-Arbeit. Die Studie gehört zu einem Forschungs-Programm namens „POKAL“. Ziel ist: Bessere Versorgung für Patienten mit Depression in der Arzt-Praxis.

## **Informationen zu den Autorinnen:**

M.Sc.-Psych. Carolin Haas

Seit Oktober 2021 als Psychologin und Doktorandin im POKAL-Graduiertenkolleg am Institut für Allgemeinmedizin, zuvor Lehrbeauftragte an der Hochschule Fresenius für Ätiologie psychischer Störungen und differenzielle Persönlichkeitspsychologie, parallel seit Januar 2020 im Rahmen der Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (E-VT) in psychiatrischen, sowie psychosomatischen (Tages-)Kliniken tätig und momentan in der ambulanten Patientenversorgung in Praxisgemeinschaft bei München.

PD Dr. Karoline Lukaschek

Karoline Lukaschek ist habilitierte Epidemiologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin am Klinikum der LMU, sowie PI im POKAL-Graduiertenkolleg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen neben Themen mit Relevanz für die allgemeinmedizinische Versorgung psychisch kranker Patienten vor allem auf Aspekten der Suizidprävention. Prof. Dr. Jochen Gensichen Institutsdirektor und Professor für Allgemeinmedizin, sowie Sprecher des POKAL-Graduiertenkollegs.

## Suizidalitätsdiagnostik in der Primärversorgung

Carolin Haas<sup>1</sup> Jochen Gensichen<sup>1</sup> Karoline Lukaschek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>LMU Klinikum Institut für Allgemeinmedizin

### Wissenschaftlicher Hintergrund

Seit den 1980er Jahren ist die Anzahl der Suizide in Deutschland um etwa die Hälfte zurückgegangen und lag im Jahr 2020 bei 9206 [1]. Die Zahl der Suizidversuche ist jedoch nach Schätzung der WHO 10-20 Mal höher einzustufen [2]. Es werden außerdem hohe Dunkelziffern im Bereich von 10-30% vermutet [3]. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken liegt in der europäischen Allgemeinbevölkerung bei 7,8%, wobei eine depressive Erkrankung den wichtigsten Risikofaktor beim Übergang von Suizidgedanken zum Suizidversuch darstellt [4]. Die Punktprävalenz der Depression liegt bei 7,2% und bei über 75-Jährigen sogar bei 17,1% [5]. Die Prävalenzen von Suizidalität und Depression sind allerdings in der hausärztlichen Praxis im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nochmal deutlich erhöht [6] [7]. Auch die Suizidrate nimmt im Alter stetig zu [8] [9]. Die Allgemeinmedizin nimmt aufgrund des hausärztlichen Vertrauensverhältnisses eine zentrale Rolle in der Depressionsversorgung und damit auch in der Suizidprävention ein. Die Hälfte der diagnostizierten Personen mit Depression wird ausschließlich allgemeinmedizinisch versorgt, und nur ein Fünftel fachspezifisch überwiesen. Der Großteil aller Menschen mit Depression erhält eine Behandlung unter hausärztlicher Beteiligung [10]. Grundsätzlich kann die Allgemeinmedizin als zentrale Schnittstelle leichte und mittelschwere Depressionen behandeln, sollte jedoch z.B. bei einer schweren depressiven Störung mit akuter Suizidalität fachspezifisches Personal hinzuziehen [9]. Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Menschen, die Suizid begehen, in den vier Wochen vor ihrem Tod noch Kontakt zur Primärversorgung hatten [11] [12]. Gleichzeitig berichten Hilfesuchende dem Allgemeinarzt vergleichsweise selten eigeninitiativ von Suizidgedanken [13] [14]. Die regelmäßige aktive Exploration von Suizidalität von Seiten des Hausarztes sollte daher aufgrund des 30-fach erhöhten Risikos bei Patientinnen und Patienten mit Depression im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besondere Aufmerksamkeit erhalten [9]. Hausärzte tragen damit als erste Ansprechpersonen eine besondere Verantwortung, Suizidalität rechtzeitig zu erkennen und partizipativ eine adäquate (interne oder externe) Behandlung in die Wege zu leiten.

### Forschungsrational

Dieses wichtige Vorhaben stellt jedoch aufgrund der zeitlich knappen Ressourcen in der hausärztlichen Praxis eine Herausforderung dar. Die internationale Testtheorie bietet bereits eine Vielzahl an englischsprachige Verfahren zur Suizidalitätsdiagnostik, wobei nur wenige im Deutschen validiert sind [15]. Entwickelt wurden diese Instrumente jedoch primär für den Einsatz im psychiatrischen Kontext. Die Allgemeinmedizin bedient sich jedoch anderen Heuristiken als psychiatrische Fachärzte oder Psychotherapeuten, bei denen der Einsatz von umfangreichen Fragebögen oder Tests zur Diagnostik und die Frage nach Suizidalität zur Alltagsroutine gehört. Die meisten Instrumente sind zu umfangreich. Der PHQ-9 stellt hierbei wiederum ein gut akzeptiertes und vielfach eingesetztes Screening-Instrument für psychischen Erkrankungen dar [16]. Ergänzend hierzu soll ein Instrument entwickelt werden, das dem Hausarzt eine zuverlässige Möglichkeit bietet das Suizidrisiko seines Patienten mittels 4-6 Items zu prüfen und als regelmäßige Verlaufskontrolle und Entscheidungshilfe bzgl. der Weiterbehandlung dienen kann. Lukaschek et al. (2021) zeigten in einer systematischen Übersichtsarbeit verschiedene Suizid-Screener auf, die für den Gebrauch in der Allgemeinmedizin aufgrund der Kürze geeignet sein könnten [17]. Neben den einzelnen Aspekten der Suizidalität (Gedanken, Pläne, Versuche), die im Screening Betrachtung finden, stellte die Arbeitsgruppe um Tobias Teismann den moderierenden Effekt von „Positiv Mental Health“ (PMH) zwischen Depression und Suizidgedanken, sowie Suizidgedanken und Suizidversuchen fest mit der Empfehlung mehr auf protektive Aspekte bei Suizidalität einzugehen [18] [19]. Der englischsprachige P4-Screener vereint den Anspruch an eine geringe Itemanzahl, sowie der präventiven Frage nach Gründen, die einen vom Suizid abhalten [20]. Dieser Kurz-Screener wurde bereits in Vorarbeiten am Institut für Allgemeinmedizin ins Deutsche übersetzt und validiert [21]. Der Fragebogen zeigte jedoch Limitationen auf in Bezug auf Psychometrie, Anwendung und Wortlaut. Es wird daher der Bedarf gesehen unter Einbezug der Zielpopulation (Hausärzte und Patienten) bei der Itemauswahl, sowie in Anlehnung an das P4-Konzept, ein neues deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der akuten Suizidalität explizit für den Einsatz in der Hausarztpraxis zu entwickeln.

### Studiendesign & Methodik

#### Projektziele

In einer prospektiven Studie soll ein neuer Suizid-Fragebogen mit minimaler Itemanzahl faktoranalytisch konzipiert werden, der als ersten Ansatzpunkt für Intervention auch Items zu protektiven „Gründen, die von einem Suizid abhalten“ für die Hausärzte bereithält und psychometrisch im Vergleich mit den umfassenderen

Goldstandards (BSS – Beck Skala Suizidalität [22], BRFL – Brief Reasons for Living [23]) ebenfalls ausreichend abschneidet. Des Weiteren sollen bis zum Vorliegen evidenter Cut-Off-Werte klinische Empfehlungen auf Basis der Fragebogen-Scores entwickelt werden, was die Weiterversorgung nach dem Screening der Patienten sicherstellt. Somit soll das Instrument sowohl als Entscheidungshilfe als auch Verlaufskontrolle im allgemeinmedizinischen Setting eingesetzt werden können. Das zeitliche Kriterium der Items lässt zudem eine Unterscheidung zwischen anamnestischer Einmalerhebung des basal erhöhten Risikos (z.B. Suizid in Familienanamnese) und einer regelmäßigen Kontrolle der aktuellen Suizidalität (z.B. Suizidgedanken der letzten vier Wochen) zu. Die Möglichkeit feinere Veränderungstendenzen wahrzunehmen als bei einem dichotomen Antwortformat (vgl. P4 [20] [21]) kommt dem Anspruch einer höheren Patientensicherheit entgegen. Einheitliche und standardisierte Antwort- und Zeitformate sollen eine Handhabung erleichtern und die Nutzungsakzeptanz bei Hausärzten erhöhen. Letzteres soll ebenfalls bei Ärzten und Patienten erfragt werden.

Die Studie wird sich in mehrere Erhebungszeitpunkte unterteilen:

#### Kognitive Pretests

Zunächst soll unsere bisher entwickelte lange Fragebogenversion unter Einbezug von zehn Hausärzten und zehn Patienten im Rahmen eines kognitiven Pretests geprüft und exploriert werden. Die transkribierten Äußerungen und Anmerkungen der Zielpopulation werden iterativ in der Itemauswahl -und Anpassung berücksichtigt. Damit wird eine hohe Inhaltsvalidität sichergestellt.

#### Pilotierung

Die verbesserte lange Fragebogenversion des kognitiven Pretests wird im nächsten Durchlauf an 250-400 Patienten mit Depression (PHQ > 10 oder Suizidalitätitem bejaht) in 50 Hausarztpraxen getestet. Die Patienten werden von den Hausärzten durch unseren Fragebogen standardisiert zu ihrer Suizidalität interviewt. Ferner werden als Referenz zwei Goldstandards (BSS & BRFL) von den Patienten ausgefüllt, die der Ermittlung der konvergenten Konstruktvalidität dienen. Die erhobenen Daten der Pilotierung sollen helfen anschließend mithilfe einer exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalyse den Fragebogen auf unsere hypothetische Faktorenstruktur zu prüfen: Motivation (passive / aktive Gedanken, Pläne), Präparation (Handlungen & Versuche), Protektive Faktoren (Aspekte aus BRFL & PMH). Durch Analyse der Itemtrennschärfe und Itemschwierigkeit sollen die Skalen maximal reduziert werden, bei hinreichenden internen Konsistenzen der einzelnen Faktoren. Wünschenswert wäre eine Reduktion des gesamten Fragebogens auf 4-6 Items.

#### Hauptuntersuchung

Die neue Item-reduzierte Kurzversion des Suizidfragebogens wird in einem weiteren Durchlauf erneut an der o.g. Stichprobe getestet und zusätzlich zu den bisherigen Referenzfragebögen des ersten Durchlaufs noch gegenüber einem anderen Kurzinventar (SBQ-R) auf konvergente Konstruktvalidität geprüft. Ferner wird die Akzeptanz des Instruments mittels eines Fragebogens bei Patienten und Ärzten evaluiert. Die Fragen orientieren sich dabei an der Evaluation des PHQ-D [16] Es soll zudem ein psychometrischer Vergleich stattfinden zwischen unserem neu entwickelten Fragebogen und dem zuvor validierten P4 [21].

Die Studie befindet sich momentan noch in der Konzeptionsphase. Die Einreichung des Ethikantrags ist noch bis Ende des Jahres 2021 geplant, die hausärztliche Rekrutierung soll Anfang 2022 starten. Das Promotionsprojekt soll bis Ende 2024 umgesetzt werden und ist in das Graduiertenkolleg „POKAL“ eingebettet mit dem übergeordneten Ziel die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten nachhaltig zu verbessern.

#### Angaben zu den Einreichenden

M.Sc.-Psych. Carolin Haas

Seit Oktober 2021 als Psychologin und Doktorandin im POKAL-Graduiertenkolleg am Institut für Allgemeinmedizin, zuvor Lehrbeauftragte an der Hochschule Fresenius für Ätiologie psychischer Störungen und differenzielle Persönlichkeitspsychologie, parallel seit Januar 2020 im Rahmen der Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (E-VT) in psychiatrischen, sowie psychosomatischen (Tages-)Kliniken tätig und momentan in der ambulanten Patientenversorgung in Praxisgemeinschaft bei München.

PD Dr. Karoline Lukaschek

Karoline Lukaschek ist habilitierte Epidemiologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin am Klinikum der LMU, sowie PI im POKAL-Graduiertenkolleg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen neben Themen mit Relevanz für die allgemeinmedizinische Versorgung psychisch kranker Patienten vor allem auf Aspekten der Suizidprävention.

Prof. Dr. Jochen Gensichen

Institutsdirektor und Professor für Allgemeinmedizin, sowie Sprecher des POKAL-Graduiertenkollegs.

## Literatur

- [1] Destatis -Deutsches Bundesamt für Statistik (2021). *Todesursache Suizide*. [Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>].
- [2] Kessler, R., Ustun, T. B. (2010). *The WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press
- [3] Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [4] Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34.
- [5] Lippa, M., Sikorski, C., Luck, T., et al. (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 136(3), 212-21.
- [6] Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, W. W., Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337– 345.
- [7] Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H. U. (2002). Prävalenz, Erkennensund Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen: Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73, 651–658.
- [8] Lukaschek, K., Erazo, N., Baumert, J. & Ladwig, K.-H. (2012) Suicide Mortality in Comparison to Traffic Accidents and Homicides as Causes of Unnatural Death. An Analysis of 14,441 Cases in Germany in the Year 2010. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9, 924-931.
- [9] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2015). Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. [cited: 2021.11.25]. DOI: 10.6101/AZQ/000364. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de).
- [10] Trautmann, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., Venz, J., Rummel-Kluge, C., Heinz, I., Koburger, N., Schouler-Ocak, M., Wilbertz, T., Unger, H.-P., Walter, U., Hein, J., Hegerl, U., Lieb, R., Pfennig, A., Schmitt, J., Hoyer, J., Wittchen, H.-U., Bergmann, A. (2017). The treatment of depression in primary care— a cross-sectional epidemiological study. *Deutsches Ärzteblatt Int*, 114, 721–8.
- [11] Kammer, J., Rahman, M., Finnerty, M., Layman, D., Vega, K., Galfalvy, H., Labouliere, C., et al. (2021). Most Individuals Are Seen in Outpatient Medical Settings Prior to Intentional Self-Harm and Suicide Attempts Treated in a Hospital Setting. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48 (2), 306-319.
- [12] Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47 (1), 9–17.
- [13] Isometsa, E.T., Aro, H.M., Henriksson, M. M., Heikkinen, M.E., Lonnqvist, J.K. (1994) Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry*, 55(12), 523–527.
- [14] Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Hawton, K. (2003) General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract.*, 53(490), 365-70.
- [15] Teismann, T. & Dormann, W. (2014) *Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.
- [16] Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50, Heft 4, 171–181, Hogrefe Verlag Göttingen
- [17] Lukaschek, K., Frank, K., Halfter, K., Schneider, A. & Gensichen, J. (2021) Kurze Screener für Suizidalität in der Allgemeinmedizin. Eine systematische Übersichtsarbeit. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 163 (S6), 9–18.
- [18] Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H. & Margraf, J. (2018). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 1-7.
- [19] Brailovskaia, J., Forkmann, T., Glaesmer, H., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Juckel, G., Teismann, T. (2019). Positive mental health moderates the association between suicide ideation and suicide attempts. *J Affect Disord*, 245, 246-249.
- [20] Dube, P., Kurt, K., Bair, M.J., Theobald, D., Williams, L.S. (2010). The p4 screener: evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 12(6): e1-e8.
- [21] Schluessel, S., Halfter, K., Kroenke, K., Lukaschek, K. (shared last authorship) & Gensichen, J. (o.J.). Evaluation of the P4 suicidality screener in primary and specialized care in Germany. *Under Review. (unveröffentlichte Dissertation)*
- [22] Kliem, S. & Brähler, E. (2015a). *Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS)*. Frankfurt: Pearson
- [23] Cwik, J. C., Siegmann, P., Willutzki, U., Nyhuis, P., Wolter, M., Forkmann, T., Glaesmer, H., & Teismann, T. (2017). Brief reasons for living inventory: A psychometric investigation. *BMC Psychiatry*, 17, Article 358.