

Patientengespräche über Suizidgedanken fallen vielen Ärztinnen und Ärzten nicht leicht. Ein Fragebogen soll dabei unterstützen.

© ALEXSOKOLOV / GETTY IMAGES / ISTOCK

Forschen für die Praxis: Suizidprävention soll leichter werden

Ist dieser Patient suizidgefährdet? Diese Frage wird sich mancher Hausarzt schon gestellt haben. Den Patienten darauf anzusprechen, könnte mit einem speziell entwickelten Fragebogen etwas einfacher werden. Die Psychologin Carolin Haas entwickelt ihn – gemeinsam mit Hausärzten.

**Das Interview führte
Elisabeth Kerler**

Carolin Haas, warum entwickeln Sie einen Fragebogen zur Suizidprävention in Hausarztpraxen?

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine besondere Rolle ein, wenn es um Suizidprävention geht. Gerade im ländlichen Raum und für ältere Personen sind Hausärztinnen und Hausärzte die erste und oft auch einzige Anlaufstelle.

Internationale Studien haben ergeben, dass knapp jeder Zweite, der einen Suizid begangen hat, in den vier Wochen davor Kontakt zur Primärversorgung gesucht hat. Deswegen sehe ich da eine sehr große Chance. Außerdem passen die Fra-

gebögen für die Psychotherapie und Psychologie einfach nicht so richtig für Hausärztinnen und Hausärzte.

Wenn so viele Menschen, die sich selbst töten, noch zur Hausärztin, zum Hausarzt gehen – könnten da nicht mehr Suizide verhindert werden? Ist da einfach nicht mehr zu machen?

Das Problem ist, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten das Thema von sich aus kaum zur Sprache bringen. Wer aber nachfragt, wird überrascht sein, wie viele Patientinnen und Patienten antworten: „Ja, Tatsache, ich hatte in den letzten zwei Wochen Suizidgedanken.“ Es gibt deutsche Studien, die zeigen: Jeder zehnte Patient im Wartezimmer hat sich in den vergangenen

zwei Wochen vor dem Arztbesuch mit dem Thema Suizidalität auseinandergesetzt oder hatte Suizidgedanken.

Und da wollen Sie ansetzen?

Genau: Unser Fragebogen soll Hausärztinnen und Hausärzte dabei unterstützen, das Thema Suizid leichter anzusprechen. Bei einem Gespräch über Selbsttötung werden viele auch unsicher, manche überfordert es auch. Der Fragebogen kann da ein Gesprächsleitfaden sein.

Das wäre dann ein Angebot. Aber denken Sie, dass das Hilfsmittel genutzt wird? Letztendlich ist es ja eine weitere Aufgabe im vollen Praxisalltag.

Das hoffen wir – und deswegen arbeiten wir von Anfang an eng mit Hausärztinnen und Hausärzten zusammen: Was braucht es für die allgemeinmedizinischen Heuristiken? Oder gibt es etwas zum Aufbau, das wir berücksichtigen sollten? Da haben Hausärztinnen und Hausärzte geantwortet: Das Gespräch sollte so positiv, wie bei dem Thema eben möglich, beginnen und enden.

Das haben wir dann so umgesetzt, dass eine Frage wie „Wie zufrieden sind Sie aktuell mit ihrem Leben?“ am Anfang des Fragebogens steht. In der Mitte haben wir die eher schwer verdaulichen Fragen eingebettet und am Ende kommen Fragen dazu, was die Patientin, den Patienten im Leben hält.

Damit haben Hausärztinnen und Hausärzte auch einen guten Anknüpfungspunkt für das weitere Gespräch, etwa, wie diese Aspekte wieder wichtiger werden können. Unser Ziel ist ja ein praktischer, kurzer Fragebogen, der gut in den Praxisalltag passt.

Kommen Hausärztinnen und Hausärzte auch später noch zu Wort?

Ja, auf jeden Fall! Wir fragen sie auch: Wie anwendbar ist der Fragebogen in der Praxis? Wie verständlich sind die einzelnen Fragen?

Vielen ist leichte Sprache wichtig, deswegen bieten wir zum Beispiel als Alternative zu „Suizid“ auch „Selbsttötung“ an, „Selbstmord“ ist ja sehr stigmatisierend.

Das haben uns auch Patienten gesagt, die wir befragt haben. Wie sie auf den Fragebogen reagierten, beeinflusst ja auch, ob Hausärzte das Werkzeug tatsächlich benutzen.

Und wie reagieren Patientinnen und Patienten?

Viele haben zurückgemeldet: Ich fühle mich ernstgenommen. Ich bin erleichtert, dass das Thema einen Raum haben darf, kein Tabu ist und ich es mit meinem Hausarzt offen besprechen kann. Entgegen der Vermutung, mit dem Thema muteten wir den Patientinnen und Patienten zu viel zu, entlastet es sie sogar.

Was decken Sie mit dem Fragebogen ab?

Die Anamnese, etwa: Gab es schon Suizidversuche in der Vergangenheit? Auch wenn ein Suizidversuch schon zwanzig Jahre zurückliegt, ist das sehr wichtig – denn das ist der beste Prädiktor dafür, ob es noch einmal passiert. Damit klären wir auch das basal erhöhte Suizidrisiko ab, also die Risikofaktoren, die als Indikator auf die ganze Lebensgeschichte bezogen wichtig sind.

Dann haben wir Fragen zur akuten Suizidalität: Welche Gedanken hat sich eine Person dazu gemacht und hat sie vielleicht Vorkehrungen getroffen?

Und dann ist da natürlich unsere Neuerung, die mir besonders wichtig ist: Die Fragen zu den protektiven Aspekten, sogenannte „Schutzfaktoren“, die Gründe, die eine Person von einem Suizidversuch abhalten und, wie gesagt, Ansatzpunkte für das weitere Gespräch bieten.

Das klingt nach einer etwas längeren Angelegenheit. Wie umfangreich ist die aktuelle Version des Fragebogens?

Diese Version ist recht lang mit 17 Fragen. Wir wollen ihn aber kürzen, im Idealfall haben wir am Ende weniger als zehn Fragen. Allerdings hängt das auch von den Ergebnissen ab. Es kann sein, dass sich Suizidalität aufgrund der Komplexität nicht zusammenfassen lässt.

Und Ihre erste Einschätzung dazu?

Nachdem die ersten Fragebögen jetzt ja wieder zurückgekommen sind, schätze ich ganz grob, dass wir eventuell die akute Suizidalität nicht so differenziert abfragen müssen,



Carolin Haas,
M.Sc. Psychologie und
praktizierende Psychologin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
am Institut für Allgemeinmedizin
des LMU-Klinikums München
und des DFG-geförderten
POKAL-Graduiertenkollegs

Kontakt zum Projekt unter:
c.haas@med.uni-muenchen.de

wie wir es derzeit tun. Wir haben bisher aber erst ein Viertel der Daten gesammelt.

Wie lange wollen Sie denn noch Daten erheben?

Unser aktueller Plan ist: Bis Ende 2023 erheben wir die Daten. Dabei kooperieren wir mit 43 Hausärztinnen und Hausärzten, mit neun psychologischen bzw. ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten, sowie zwei Tageskliniken und der geschützten psychiatrischen Station des LMU-Klinikums.

Anfang 2024 wollen wir dann mit der statistischen Analyse starten. Dabei vergleichen wir auch die Antwortmuster aus den verschiedenen Settings und versuchen daraus Erkenntnisse für die Hausarztpraxis abzuleiten. Wir validieren den Fragebogen also an sämtlichen suizidalen Patienten und optimieren ihn dann für die Hausarztpraxis.

Was machen denn die Primärversorger mit dem Ergebnis des Fragebogens?

Unsere Hoffnung ist, aus dem Vergleich Empfehlungen ableiten zu können, etwa bei welchen Antworten vielleicht eine besondere Vorsicht oder eine Überweisung gut wäre. Es ist ja wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte nicht zurückbleiben mit der Unklarheit: „Jetzt kenne ich das Ergebnis, aber was fange ich damit an?“

Allerdings ist das Ziel des Fragebogens ja die Suizidprävention, nicht die Suizidprädiktion. Wir haben keine Garantie, mit dem Fragebogen suizidales Verhalten vorherzusagen. Unser Ziel besteht ja vor allem darin, Gespräche über die

Suizidalität zu ermöglichen und zu erleichtern.

Wie können die Kollegen den Fragebogen denn am schnellsten bekommen?

Wir suchen auch immer noch Kolleginnen und Kollegen aus der Primärversorgung, Psychotherapie oder Psychiatrie für die Validierung. Wer mitmachen will, kann sich gerne bei mir melden. Dann senden wir etwa drei – wenn gewünscht auch mehr – Fragebogen-Sets zu.

Und was machen die Kollegen dann damit?

Die Kooperationspartner händigen sie nach einem Aufklärungsgespräch zur Studienteilnahme den Patientinnen und Patienten mit depressiven Symptomen aus. In etwa einer halben Stunde können Patienten die Fragebögen-Sets selbstständig ausfüllen. Nur die Antworten sollten dann nachbesprochen werden.

Für die Kooperationspartner gibt es auch eine Aufwandsentschädigung, die Patienten bekommen einen Gutschein als Dankeschön.

Ich nehme an, Sie haben weitere Pläne für den Fragebogen...

Sicher, im Herbst 2024 wollen wir den Fragebogen fertig haben. Vorher wollen wir ihn nach statistischen Gesichtspunkten optimieren und Interviews mit den teilnehmenden Praxen führen, um zu sehen: Was kann noch verbessert werden? Ab Herbst 2024 wollen wir ihn für eine weitere Studie zu Diagnostik und Therapie einsetzen.

**Vielen Dank für das Gespräch,
Carolin Haas!**