

neuro aktuell



LA-MED
2014



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial		
„Mondpreise“ bei Arzneimittel-Innovationen?	3	
Ausbildung		
Medizinstudierende im Praktischen Jahr zwischen Recht und Praxis: „Auch mal Nein sagen“	9	
Kommentare		
Ex Bavaria lux	10	
Zwangsstörungen – Neue Leitlinie der DGPPN vorgestellt	12	
Neuro-Forschung		
THS gegen therapieresistente Depressionen – Ergebnisse erster Studien sind vielversprechend	13	
Kartierung der Grenzen zwischen Amygdala und Hippocampus	13	
Cannabinoide machen hungrig	14	
Je zuversichtlicher der Patient, desto stärker die Placebowirkung	14	
Neuro-Praxis		
DGN aktualisiert S3-Leitlinie – Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke	16	
Einnahmetreue – Was unsere Patienten bewegt	22	
Hygiene in der Arztpraxis – Tipps für die Desinfektion	22	
Morbus Parkinson		
Automatisierte Ganganalyse beim Parkinson-Syndrom	24	
Neuro-Quiz		
Wie soll man bei Verdacht auf Kindesmisshandlung vorgehen?	27	
Spastik		
Therapie nach Schlaganfall – Botulinumtoxin bei der Fußspastik	28	
Demenz		
Endothelschutz durch Ginkgo biloba Spezialextrakt EGb 761® und körperliche Aktivität	31	
Psychiatrie		
Anhedonie – das vergessene Symptom	33	
Schizophrenie		
Kognitive Remediation in der Schizophrenie-Behandlung – Stellenwert und aktueller Stand	34	
Für Sie gelesen	38	
Essstörungen		
Wege aus der Magersucht: Neue Therapiestudie	42	
News	44	
Neuro-Marginal		
Harry Stack Sullivan – Seine Bedeutung für die gegenwärtige Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse	51	
Forum	53	
Zuletzt		
Millionen Nachkommen – Was das Y-Chromosom über die Abstammung verrät	55	
Impressum	55	

Umgang mit akuter Suizidalität bei Depression

Kristina Ritter, Wien

Das Thema Suizidalität ist selbst für professionelle Helfer wie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Ärzte für Allgemeinmedizin, Psychologen, Psychotherapeuten und Pflegepersonal mit vielen Ängsten verbunden. Einerseits fürchtet man sich davor, etwas Falsches zu sagen oder zu tun, was den Betroffenen erst recht in seinen Lebenszweifeln bestärken könnte, andererseits besteht häufig große Unsicherheit über die rechtlichen Konsequenzen, die sich ergeben könnten, falls sich ein Patient, der zuvor darüber bereits gesprochen hat, auch tatsächlich das Leben nimmt. Im Folgenden soll eine Einführung in die Suizidologie gegeben werden. Schwerpunkte sind dabei die korrekte Risikoeinschätzung anhand von Stadienmodellen und das situationsgerechte Risikomanagement suizidaler Krisen.

Fortsetzung auf Seite 3

Automatisierte Ganganalyse
beim Parkinson-Syndrom
Seite 24 bis 27

Ausgabe 5
Juni 2015

„Mondpreise“ bei Arzneimittel-Innovationen?

Sehr geehrte Frau Kollegin,

sehr geehrter Herr Kollege,

es scheint mittlerweile zum guten Ton zu gehören, sich im Gesundheitswesen kritisch vor allem zur Pharmaindustrie zu äußern, besonders zu deren „Mondpreisen“ für Arzneimittel-Innovationen.

Um die Krankenkassen vor hohen Ausgaben für sogenannte Scheininnovationen zu schützen, trat 2011 bekanntlich das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) in Kraft. Seitdem müssen die Pharmaunternehmen bei der Einführung neuer Medikamente nachweisen, dass die Neuentwicklungen für Patienten mehr bringen als die bereits auf dem Markt befindlichen Mittel. Nur dann können die Unternehmen hohe Preise von den Kassen verlangen. Der AMNOG-Report der DAK-Gesundheit, in welchem der Gesundheitsökonom Wolfgang Greiner eine Bilanz der ersten vier Jahre zog, analysierte Berichte zu 58 Wirkstoffen, die in insgesamt 64 Verfahren bewertet wurden. Als wesentliches Fazit stellt er fest, dass nur jedes zweite Medikament einen höheren Nutzen als das bereits etablierte Mittel verspricht.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Gremium im Gesundheitswesen: Sogar nur jedes fünfte neue Arzneimittel habe im Vergleich zu auf dem Markt befindlichen Medikamenten einen deutlichen Zusatznutzen für die Patienten. Dennoch werden von der AMNOG als Scheininnovationen eingestufte Medikamente in großem Umfang verordnet.

Kritiker befürchteten, dass AMNOG zu Versorgungsengpässen führen könnte. Können sich Kassen und Pharmaunternehmen nämlich nicht auf einen Preis für ein neues Medikament einigen, und bleiben auch Verhandlungen vor einer Schiedsstelle erfolglos, kann der Hersteller das Mittel wieder vom deutschen Markt nehmen. Dies war im Untersuchungszeitraum bei jedem vierten Medikament der Fall. Ein Ersatz wäre bisher aber problemlos möglich gewesen.

Wenn man allerdings die Gesamtkosten im Gesundheitswesen in Betracht zieht, darf in der Gegenrechnung nicht außer Betracht bleiben, worauf Ende Februar 2015 Frank Schöning von der Geschäftsleitung von Bayer Vital aufmerksam machte, etwa dass Arzneimittel wesentlich Folgekosten in anderen Sozialversicherungsbereichen sparen können. Auch hätten die Arzneimittelunternehmen 2014 eine „noch nie dagewesene Bilanz“ gezeigt: 49 Medikamente mit neuen Wirkstoffen seien zugelassen worden. Arzneimittel seien keine Kostentreiber, sondern führten eben auch zu Einsparungen zugunsten von Renten- und Pflege-

kassen. Der Begriff „Mondpreis“ sei wohl eher politisch motiviert. So seien Arzneimittel heute 14 % preiswerter als im Jahr 2000, während im gleichen Zeitraum die Preise für Güter des privaten Konsums um 23 % stiegen. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtkosten der GKV liege seit 2009 konstant an dritter Stelle.

Ob man eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen zuerst mit den Arzneimittelpreisen in Zusammenhang sehen muss, erscheint dann doch sehr fraglich. In der Vergangenheit ebenfalls zu berücksichtigende Mengenausweitungen dürften eher auf unserer Demografie und einer ständig besseren Versorgung beruhen. Wollen wir den Fortbestand unserer hervorragenden medizinischen Versorgung sichern, dürfen wir nicht auf Arzneimittel zum Nulltarif hoffen.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Umgang mit akuter Suizidalität bei Depression

Definitionen (Begriffsbestimmungen)

Suizidalität ist keine psychische Erkrankung, sondern kann als seelischer Zustand verstanden werden, in dem Gedanken, Impulse und Handlungen anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen. Dabei unterscheidet man Suizidversuche von parasuizidalen Handlungen.

Als Suizidversuche werden nach Seyfried (1995) alle Handlungen oder Unterlassungen bezeichnet „die zwar den eigenen Tod direkt oder indirekt bezwecken, jedoch nicht herbeiführen.“

Als Parasuizidalität definiert man Handlungen mit nicht tödlichem Ausgang, die aus autoaggressivem Verhalten resultieren, d. h. selbstzugefügten Verletzungen oder bewussten Überdosierungen von Medikamenten, die aber nicht auf eine Beendigung des eigenen Lebens abzielen.

Der Suizid (lateinisch *suicidium*, aus *sue* = seiner/selbst und *caedere* = töten) ist eine beabsichtigte Beendigung des eigenen Lebens. Dies kann durch eine aktive Handlung oder eine passive Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen (zum Beispiel die Einnahme von lebensnotwendigen Medikamenten) geschehen. Statt Suizid werden auch Begriffe wie Selbsttötung, Selbstmord oder Freitod verwendet, die schon auf die unterschiedlichen philosophisch-ethischen Sichtweisen und Wertungen dieses Themas hinweisen. ▶

Suizidhäufigkeiten

Die Suizidraten variieren deutlich von Nation zu Nation und von Kultur zu Kultur, bleiben aber oft innerhalb einer Region über einen relativ langen Zeitraum hinweg konstant (Ritter et al. 2011). Allgemein kann man festhalten, dass Suizide bis zum zehnten Lebensjahr nur äußerst selten vorkommen. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist der Tod durch Suizid bereits weltweit die vierthäufigste Todesursache, bei der Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen bereits die zweithäufigste Todesursache. Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich die Suizidhäufigkeit, sowohl für Männer als auch für Frauen, deutlich. Männer weisen weltweit (mit Ausnahme von China) eine höhere Suizidrate als Frauen auf. Dafür findet sich fast regelhaft eine deutlich höhere Rate von Suizidversuchen bei Frauen als bei Männern. Ab dem 60. Lebensjahr kommt es für beide Geschlechter nochmals zu einer deutlichen Zunahme von Suizidalität, ab dem 70. Lebensjahr zu einer weiteren Steigerung von vollzogenen Suiziden. Vor allem ältere, allein lebende Männer sind davon betroffen. Depressive Störungen weisen im Vergleich mit anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen die deutlich höchsten Suizidraten auf.

Risikoindikatoren für suizidales Verhalten

In Anlehnung an Eink und Haltenhof (2007) gilt es im Folgenden, einige bekannte Risikofaktoren für das Auftreten von suizidaler Verhaltensweisen darzustellen. Prinzipiell sind allein lebende, vereinsamte oder isolierte Menschen eher gefährdet, suizidales Verhalten zu entwickeln als Menschen in Partnerschaften. Ältere Männer zeigen einen höheren suizidalen Gefährdungsgrad, aber auch Arbeitslosigkeit und schwere oder multiple Traumata erhöhen das Suizidrisiko deutlich. Bei den psychischen Erkrankungen sind es neben den depressiven Störungen auch schizophrene Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Die genannten psychischen Störungen können auch als komorbide Erkrankungen auftreten, die suizidale Gefährdung erhöht sich mit der Anzahl an komorbiden Störungen (als Beispiel: männliche Person mit narzisstischer Persönlichkeitsstruktur, Alkoholabhängigkeit und depressiv-ängstlichem Zustandsbild). Zu beachten sind auch Suizidversuche in der Anamnese sowie Suizide im näheren Umfeld des Betroffenen und Suizidankündigungen. Die oft zitierte Metapher: „Hunde die bellen, beißen nicht“ trifft in diesem Fall absolut nicht zu. Gehäuftes Ankündigen von Suizid geht auch mit einem real erhöhten Suizidrisiko einher. Beeinträchtigende körperliche Erkrankungen, wie etwa infauste Karzinome, AIDS oder Epilepsie zeigen ebenfalls eine erhöhte Korrelation mit Suizid. Bei den akuten Lebensereignissen dominieren Verlusterlebnisse wie plötzliche Todesfälle von Familienmitgliedern und Lebenspartnern sowie auch Trennungen als Auslöser für suizidales Verhalten.

Unterschätzt wird für gewöhnlich die Suizidalität vereinsamter Menschen, besonders älterer Personen oder Menschen mit deutlich einschränkenden Erkrankungen im Alltag, deren geliebtes Haustier verstorben ist. Über diese Ereignisse wird oftmals nicht spontan berichtet oder vom Ansprechpartner nicht ausreichend ernst genommen, dabei haben Haustiere oft eine Partnerfunktion für diese Menschen und sind dann häufig das einzige Motiv, am Leben zu bleiben.

Die Suizidankündigung

Aus Untersuchungen wissen wir (Ritter et al. 2002), dass fast alle gefährdeten Personen ihre Suizidabsichten zu irgendeinem Zeitpunkt ankündigen. Dies geschieht oft durch indirekte sprachliche Hinweise wie: „...das werde ich dann eh nicht mehr erleben“, „...es wird ohnehin niemanden auffallen, wenn ich nicht mehr da bin“, „...es gibt auch einen anderen Weg“ oder „...ich habe alle meine Sachen schon weggegeben, ich brauche sie ja bald nicht mehr“. Diese Aussagen sind immer in einem Gesamtkontext zu betrachten und auf jeden Fall als ein Kommunikationsangebot zu bewerten. Die Sorge, Patienten zu verärgern oder gar erst auf die Idee zu bringen sich umbringen zu wollen, ist völlig unbegründet. Ein authentisches besorgtes Nachfragen wird vom Patienten fast immer als positives wohlwollendes Interesse wahrgenommen und fördert das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung. Gerade Ärzte für Allgemeinmedizin sind laut unseren Untersuchungen (Ritter et al. 2002) häufige Adressaten für indirekte Suizidankündigungen. Zumeist werden suizidale Äußerungen ungefähr einen Monat vor vollzogenem Suizid gegenüber dem Arzt getätigt. Die suizidale Person macht allerdings häufig nicht nur in der Arztpraxis die Erfahrung, dass niemand ihr Leiden wahr- bzw. ernstnimmt. Auch Angehörige oder Bekannte reagieren zunächst mit beschwichtigenden Worten. Dies führt zu einem zunehmenden Rückzug des Betroffenen, in der Folge gelegentlich auch zu aggressiv geäußerten direkten Suizidandrohungen, die im Umfeld als erpresserisch empfunden werden und die zwischenmenschlichen Beziehungen noch zusätzlich negativ färben. Die bis dahin noch bestehende Ambivalenz dem Suizid gegenüber kippt nun vermehrt in den Entschluss sich das Leben zu nehmen (*Teufelskreis der Kommunikation* in Anlehnung an Bründel 2004).

Um das Ausmaß der suizidalen Gefährdung eines Patienten festzustellen, muss neben den bekannten Risikoindikatoren (alleinlebend, Diagnose des Patienten u. a.) auch der Grad der suizidalen Einengung eingeschätzt werden. Dies gelingt nur durch ein offenes Gespräch über die Suizidgedanken und die aktuelle Lebenssituation sowie die (äußeren) Suizidmotive des Betroffenen. Hier ist es oft hilfreich, Fragen aus dem Erhebungsbogen zur Abschätzung der Suizidalität von Pöldinger und Haenel (1968; Tabelle) sowie das Modell des Prä-suizidalen Syndroms von Erwin Ringel (1953) im Kopf zu haben. ▶

Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja
Häufig?	ja
Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?	ja
Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen wollen?	ja
Haben Sie Vorkehrungen getroffen?	ja
Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen?	ja
Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja
Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja
Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	ja
Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	ja
Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Verwandten, Bekannten, Freunden?	ja
Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht?	nein
Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?	nein
Wohnen Sie in Ihrer Wohnung in einer Wohngemeinschaft mit Familienmitgliedern oder Bekannten?	nein
Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?	nein
Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	nein

Tabelle: Fragebogen zur Abschätzung der Suizidalität (nach Pöldinger/ Haenel 1968)

Ringel beschreibt in seinem Modell die Entwicklung einer progredienten Suizidalität, die sich in drei wesentlichen Bereichen vollzieht:

1. Eine zunehmende Einengung der suizidalen Person in den persönlichen Möglichkeiten (situativ, dynamisch, zwischenmenschlich und wertespezifisch),
2. Frustration und Aggression gegen die eigene Person und
3. Suizidphantasien (bis zu konkreten Plänen).

Als Faustregel kann gelten: Je konkreter die Pläne und Vorbereitungen für den Suizid sind, desto geringer ist die Distanzierungsfähigkeit des Patienten gegenüber den suizidalen Impulsen, und je geringer die Bereitschaft des Betroffenen das Angebot professioneller Hilfe anzunehmen ist, desto größer ist das aktuelle Suizidrisiko.

Neben der sich langsam über Tage oder Wochen bis Monate entwickelnden suizidalen Einengung gibt es auch eine eher affektiv-impulsive Suizidalität. Diese ist meist in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verwurzelt (narzisstische Persönlichkeitsstörung bei massiver Kränkung, dependente Persönlichkeit bei plötzlichem Verlusterlebnis) oder mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung verbunden (akut psychotischer Patient mit imperativen Stimmen u. ä.) und deutlich schwieriger einzuschätzen. Deshalb empfiehlt sich hier im Zweifelsfall an die Möglichkeit einer stationären Aufnahme zu denken.

Besonderheiten von Suizidalität bei depressiven Störungen

Alle bisher beschriebenen Risikofaktoren treten zumeist nicht isoliert auf, sondern in unterschiedlichen Konstellationen. So finden sich gerade bei Patienten mit depressiven Erkrankungen zumeist auch weitere komorbide Störungen wie Abhängigkeitserkrankungen, somatische Erkrankungen oder eine problematische Persönlichkeitsakzentuierung, die immer einen multimodalen Behandlungsansatz verlangen. Die klinische Psychopathologie der Depressionen kann sehr unterschiedlich gestaltet sein, eine Gemeinsamkeit liegt aber zumeist in der kognitiven Einengung. Die „kognitive Triade“ nach Beck (1975) zeigt sich bei fast allen depressiven Störungsbildern: eine negative Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft. Typische kognitive Fehler und Verzerrungen sind hier willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Abstraktionen, Übergeneralisierungen, Personalisierungen, Magnifizierungen, moralisch-absolutistisches Denken und unpräzises Beschreiben. Auf der affektiven Ebene findet man Gefühle der Leere und Abgestumpftheit ebenso wie überdauernde unerträgliche seelische Schmerzen. Der Antrieb ist häufig gehemmt, der Patient kann aber auch unter einer starken inneren Unruhe bis hin zu Agitation leiden. Gehäuft treten Schuldgefühle auf, die sich unter Umständen zu einem Schuldwahn entwickeln können. Andere depressionstypische Wahnthemen sind Verarmungswahn, Versündigungswahn und hypochondrischer Wahn. In der Interaktion können die Patienten von gehemmt-wortkarg bis zu jammernd-fordernd-anklagend imponieren. Beim Arzt bzw. Therapeuten entstehen oft selbst starke Gegenübertragungsphänomene wie Aggressionen gegen den Patienten, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung und Energielosigkeit.

Protektive Faktoren gegenüber Suizidalität

Neben den Risikofaktoren für Suizidalität gibt es auch Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten. Gute Freunde bzw. eine wichtige enge Bezugsperson, die als unterstützend erlebt wird, gute familiäre Beziehungen (Eltern, Kinder, Partnerschaft), hohe Religiosität, geringe Tendenz zu Schuldgefühlen, ein hoher Grad an „Meaningfulness“ (u. a. eine Haltung, Lebenssituationen als Herausforderung zu akzeptieren, neugierige Grundhaltung dem Leben gegenüber, persönliche Sinnhaftigkeit) sowie eine insgesamt reife Persönlichkeitsstruktur (gute Reflexionsfähigkeit, realistisches Selbstbild, Humor, adäquate Bewältigungsmechanismen, ausreichende Impulskontrolle u. ä.) stehen den suizidalen Impulsen entgegen.

Ärztlich-therapeutische Voraussetzungen zum professionellen Umgang mit suizidalen Patienten

Dorrmann (1998) hat einen Selbstbewertungsfragebogen für Psychotherapeuten entworfen. Dieser umfasst Fragen über persönlichkeitspezifische Ängste ebenso wie zu Ängsten, bezogen auf die eigene therapeutische Kompetenz. Dieser selbstreflexive Ansatz ist auch gut

für Ärzte anwendbar. Als wesentliche persönlichkeitspezifische Ängste gelten grundsätzliche Befangenheiten über die Themen Tod und Sterben zu sprechen, Vermeidung des Themas aufgrund eigener Suizidalität, Scheu den Klienten möglicherweise mit dessen „Versagen im Leben“ zu konfrontieren, religiöse Unsicherheiten, Ängste vor aggressivem Verhalten des Patienten und Befürchtungen, den eigenen Sinn im Leben hinterfragen zu müssen. Ängste, die sich auf die therapeutische Kompetenz beziehen, sind: Angst vor Fehleinschätzungen und rechtlichen Konsequenzen, Angst den Patienten erst auf suizidale Ideen zu bringen, Angst vor mangelnder Empathie, Angst davor, keine angemessene Sprache zu finden, Angst, nicht zu wissen, was man mit den Informationen machen soll.

Nach Dorrman ist folgende Grundhaltung des Arztes wichtig: „Man kann letztlich niemanden daran hindern, sich umzubringen. Wer es wirklich tun will, wird immer eine Möglichkeiten finden.“ Diese Haltung entspricht nicht nur der Realität, sondern hat auch für die Psychohygiene des Arztes/Therapeuten einen bedeutenden Stellenwert. Neben allen Versuchen, einen Patienten in seiner suizidalen Ambivalenz für das Weiterleben zu gewinnen, ist es doch auch wichtig, ihm genug Freiraum und Autonomie einzugestehen, um offen über seine Suizidalität zu sprechen und einen selbstbestimmten Entscheidungsprozess entwickeln zu können.

Strategien der Krisenintervention

Der Beginn einer guten Krisenintervention ist vor allem das offene Gespräch über die aktuelle Lebenssituation des Patienten, seine Suizidgedanken und negativen Gefühle, das Zeigen von wohlwollendem Interesse an der Person des Patienten und dem Ernstnehmen seiner Probleme. Dies führt zumeist bereits zu einer deutlichen Entlastung des Klienten, der merkt, dass der Arzt ihm zuhören kann, ohne in Panik zu verfallen oder ihn rasch mit Beschwichtigungen loswerden zu wollen. Je sicherer der Arzt selbst ist, desto eher schafft er es auch, dem Patienten zu vermitteln, dass er dessen aktuelles Leid zwar verstehen kann, aber dass er auch weiß, dass es einen anderen Weg aus der belastenden Situation heraus gibt als den Suizid. Falls der Patient eine depressive Symptomatik beschreibt, ist es hilfreich, ihm diese im Sinne einer Psychoedukation zu erklären und als behandelbar zu vermitteln. Die Einbindung hilfreicher weiterer Personen (andere professionelle Helfer, sozial unterstützende Personen aus dem persönlichen Umfeld des Patienten) ist ein zentrales Element bei der Überbrückung schwieriger Lebenssituationen. Wesentlich ist neben der Behandlung der Risikofaktoren der Suizidalität vor allem die Stärkung protektiver Faktoren.

Am Beginn steht dabei die Frage, was den Patienten bisher vom Suizid abgehalten hat. Ebenso wichtig kann die Frage sein, wieso der Patient gerade jetzt plant sich das Leben zu nehmen. Eine Arbeit mit Persönlichkeitsteilen („Ein Teil von Ihnen will sich das Leben nehmen, ein anderer scheint aber noch nicht

davon überzeugt zu sein und sitzt immerhin hier, um mit mir darüber zu reden“) kann hilfreich sein. Hin und wieder kann es auch nützlich sein, ein eher konfrontatives Gespräch mit Patienten zu führen. Dies sollte man allerdings nur bei ausreichender Erfahrung im Umgang mit Patienten in Krisensituationen machen. Auf keinen Fall sollte der Arzt sich zu bagatellisierenden Aussagen im Sinne von leeren Floskeln („Alles wird wieder gut“, „So schlimm ist das doch gar nicht.“ u. ä.) hinreißen lassen. Zur eigenen rechtlichen Absicherung sollte auf alle Fälle die Einschätzung der Suizidalität des Patienten sowie die weiterführenden Vereinbarungen mit dem Patienten dekursiert werden. Ein engmaschigerer Kontakt, das Einbinden weiterer Personen in die Betreuung oder Behandlung des Patienten oder die Vereinbarung einer stationären Aufnahme sollte nachvollziehbar dokumentiert werden.

Stationäre Aufnahme bei suizidalen Krisen

Folgende Konstellationen erfordern zumeist eine stationäre Aufnahme:

- ▶ Gefahr eines Mitnahmesuizids (kleine Kinder, Ehepartner)
- ▶ Auftreten einer psychotischen Symptomatik mit Suizidalität
- ▶ Plötzliche radikale Lebensveränderung einer Person mit Suizidalität (Unfall mit Todesfolgen, verursacht durch den Betroffenen, mit darauf folgenden schweren Schuldgefühlen, eigene schwere körperliche Beeinträchtigungen als Unfallfolge, Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Erkrankung, plötzlicher Verlust einer wesentlichen Bezugsperson)
- ▶ Krisenbedingtes Hochrisikoverhalten der suizidalen Person, wodurch diese selbst, aber auch Unbeteiligte gefährdet sind
- ▶ Desolate soziale Situation
- ▶ Fehlende ambulante Unterstützung
- ▶ Herausnahme aus einem akuten Konfliktfeld
- ▶ Ausdrücklicher Wunsch eines suizidalen Patienten

Wenn der Patient gesprächsbereit ist, kann man zumeist mit ihm gemeinsam die Sinnhaftigkeit einer vorübergehenden stationären Aufnahme besprechen und diese veranlassen. Bei akuter Suizidgefahr und uneinsichtigem Patienten (beispielsweise bei akuter Psychose) ist gegebenenfalls eine unfreiwillige Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz mit Verständigung des Amtsarztes und der Polizei zu veranlassen.

Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt herrscht in allen therapeutischen Schulen ein Konsens, dass nicht jeder Suizid verhindert werden kann. Für den Patienten ist es wichtig, offen über seine Suizidgedanken und Suizidgefühle sprechen zu können, ohne sich vom Arzt bzw. Therapeuten eingeengt oder unter Druck gesetzt zu fühlen. Es muss klar vermittelt werden, dass der Arzt dem Patienten zwar wohlwollend helfen will, sich vom Suizid zu distanzieren, dass es aber letztlich immer die persönliche Freiheit und Entscheidung des Betroffenen ist,

diese Hilfe anzunehmen oder abzulehnen. Ausnahmefälle sind Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung (z. B. „imperative Stimmen befehlen den Sprung aus dem Fenster, um die Welt zu retten“) nicht mehr einsichts- oder steuerungsfähig und damit akut selbst- oder fremdgefährdend sind. Dann muss möglichst rasch – auch gegen den Willen des Patienten – gehandelt werden.

Für den Arzt ist es wichtig, sich selbst von Allmacht- und Rettungsfantasien zu befreien und die eigenen Ängste und Hemmungen im Umgang mit den Tabuthemen Tod und Suizid zu kennen. Die ärztliche Ethik gebietet, kranke Menschen zu behandeln und Leben zu retten, aber bekannter Weise ist dies eben nur begrenzt möglich – ein Aspekt, der in die Ausbildung der angehenden Ärzte sicherlich nur mangelhaft einfließt und zu wenig reflektiert wird. Dieser Umstand trägt unter anderem dazu bei, dass wir auch bei Menschen in helfenden psychosozialen Berufen, vor allem bei bestimmten Facharzttrichtungen, mit erhöhten Suizidraten zu kämpfen haben. Für „den Helfer“ selbst ist es oftmals am allerschwierigsten, für sich Hilfe zu suchen und anzunehmen. Eine gezielte Schulung der angehenden Ärzte über Tabuthemen wie den „Umgang mit suizidalen Patienten“ und eigene Reflexionsmöglichkeiten zu diesen Themen wäre sicherlich für Ärzte – wie auch für deren Patienten – ein wesentlicher Beitrag zur Suizidprävention.

Literatur beim Verlag

Dr. phil. Dr. med. univ. Kristina Ritter
Institut für Suchtdiagnostik
Modecenterstraße 16 / 4 OG · A-1030 Wien
E-Mail: kristina.ritter1@inode.at
