



Suizid in der Onkologie: Ein Thema?

© Peter Atkins/fotolia.com

Suizid in der Onkologie

Überlegungen und Handreichungen zum Thema Suizidalität

Bianca Senf, Christina Demmerle, Alf von Kries, Kerstin Lach, Ulrike Völkel, Petra Schulze-Pieper

Die Krebsdiagnose berührt alle Aspekte des menschlichen Daseins und kann auf jeder Ebene und zu jeder Zeit im Behandlungsverlauf, aber auch noch viele Jahre nach der Behandlung erhebliches Leiden hervorrufen. Dieses Leiden kann immer in eine krisenhafte Entwicklung münden, an deren Ende möglicherweise die Selbsttötung steht. Das Erkennen der oft hohen Belastung von Krebspatienten bietet gleichzeitig den Ansatzpunkt für eine erfolgreiche Prävention. Der aufmerksame Blick und die sorgsame Anamnese des behandelnden Arztes unter Berücksichtigung von Risikofaktoren können erste Hinweise auf die Selbsttötungsabsichten eines Patienten liefern.

So alltäglich das Thema „Suizidalität“ für Ärzte, Psychologen und Pflege im psychiatrischen Kontext ist, so paradox erscheint es der Mehrzahl der in der Onkologie tätigen Behandler. „Suizid“ in der Onkologie ruft in Anbetracht des allgegenwärtigen „Kampfes“ gegen den Krebs, des „Kampfes“ ums Überle-

ben eher ein Fragezeichen hervor. Die Selbsttötung im onkologischen Alltag bilde – so die Annahme vieler Kollegen – doch eher die Ausnahme. Hartnäckig hält sich der Mythos, dass man mit Fragen nach Suizidalität – ähnlich wie der nach psychischer Belastung – diese erst provoziere und man besser keine „schla-

fenden Hunde wecken“ solle. Die Annahme, dass Menschen, die Suizidgedanken äußern oder einen Suizid ankündigen, mit dem „bellenden Hund“ gleichzusetzen sind, der nicht beißt, hält sich ebenfalls konstant. Beide Annahmen sind erwiesenermaßen falsch [1]. In aller Regel kündigen (Krebs)Patienten – wenn auch

Infobox 1: Beispiele für Kontinuitätsannahmen von Suizidalität bei onkologischen Patienten

- Wunsch nach Ruhe oder Pause, auch als passiver Todeswunsch beschrieben:
„Ich halte diese Ungewissheit nicht länger aus, ich will nur noch meine Ruhe.“
- Suizidgedanken- und Ideen, die fluktuieren oder sich aufdrängen können, impulsiv-einschießend und/oder aber halluzinatorisch erlebt werden:
„Ich denke manchmal, dass ich einfach nicht mehr kann und nicht mehr will und dass ich es selbst in der Hand haben will, ob ich sterbe oder nicht.“
- Suizidpläne oder konkrete Vorbereitungen, die geäußert werden können oder aber auch nicht, einschließlich abgebrochener Suizidhandlungen:
„Ich hatte alles vorbereitet, die Tabletten hatte ich lange gesammelt und nachdem ich die ersten geschluckt hatte, verließ mich doch der Mut. Sich umzubringen ist schwerer, als ich gedacht habe.“
- Suizidale Handlungen:
„Wenn Sie diesen Brief von mir in den Händen halten, habe ich es getan. Ich habe mein Vorhaben wahr gemacht und das ist gut so für mich.“

meist nicht explizit – an, dass sie ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass reelle Chancen zur Suizidprävention gegeben sind.

Die Krebsdiagnose als kritisches Lebensereignis

„Ich kann es einfach nicht verwinden. All dieses ganze Gift in meinem Körper und keiner gibt mir ein Attest, dass ich jetzt krebsfrei bin“, so die Formulierung einer Patientin ein Jahr nach Beendigung ihrer Chemotherapie. Die Beschreibungen von Patienten – auch noch lange Zeit, nachdem die Krebsdiagnose gestellt wurde – ähneln sich und dokumentieren den Schock, in dem sich Patienten Wochen und Monate, manchmal auch Jahre lang befinden können. Emotionale Beeinträchtigungen lassen sich noch fünf Jahre nach der Krebsdiagnose feststellen [2]. Dabei steht die Angst, dass die Erkrankung fortschreitet, die Angst, an ihr sterben zu müssen, oft im Vordergrund.

Bereits die ersten Symptome oder der Verdacht auf eine Krebserkrankung lösen erheblichen emotionalen Druck bei den Patienten, aber auch in deren Umfeld aus. Die Betroffenen berichten fast immer von Schlafstörungen, Unruhe und einer meist diffusen Zukunftsangst. Die Krebsdiagnose hat vor allem dann, wenn ein fortgeschrittener Befund diagnostiziert wird, gravierende Folgen für den persönlichen, familiären, sozialen und beruflichen Bereich. Eine ganze Reihe von Untersuchungen dokumentiert mittlerweile den

hohen Grad an psychischer Belastung vor und nach der Diagnosestellung. Die am häufigsten auftretenden Probleme stellen depressive Reaktionen und Ängste dar. Diese Befunde sind sowohl national als auch international gut dokumentiert [3]. Häufig wird die Stärke der Belastung im klinischen Alltag nicht erkannt oder unterschätzt. Die Entwicklung oder krisenhafte Zuspitzung bis hin zu konkreten Suizidgedanken und/oder Handlungen bildet daher eine ernstzunehmende Komplikation innerhalb der onkologischen Behandlung.

Prävalenz von Suizidalität in der Onkologie

Krebspatienten sind, das zeigt die psychoonkologische Praxis, in den verschiedenen Phasen ihres Krankheitsverlaufs unterschiedlich vulnerabel. Kampfesgeist, ein gesteigertes Aktivitätsniveau und die Hoffnung, die Behandlung gut zu überstehen und die Krankheit zu „besiegen“ wechseln sich häufig ab mit Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, die suizidale Gedanken auslösen können. Zwischen dem Wunsch „nach Ruhe“ und der konkreten Tat finden sich allerdings viele Abstufungen (Infobox 1).

Suizidalität – sei es bei somatisch kranken oder gesunden Menschen – ist zu jeder Zeit unserer Menschheitsgeschichte ein schwieriges (Tabu)Thema gewesen. Dies, obgleich sich weltweit betrachtet im Schnitt alle 40 Sekunden ein Mensch das Leben nimmt und in Deutschland dreimal mehr Menschen

an Suizid denn im Rahmen eines Verkehrsunfalls sterben [4]. Insbesondere im onkologischen Bereich werden Suizide nicht oder nicht einheitlich erfasst. Zahlen kommen vor allem aus den USA: In einem Review zum Suizidrisiko von Krebspatienten wurden Studien aus PSYCINFO, MEDLINE, EMBASE und CINAHL zwischen 1988 und 2009 erfasst. 39 Artikel konnten nach kritischer Prüfung berücksichtigt werden. Das standardisierte Mortalitätsrisiko (SMR) lag je nach Studiendesign zwischen 1 und 11, wobei die Häufigkeit zwischen 1,4 und 2,5 beziffert wurde. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, mit einer onkologischen Erkrankung im Vergleich zu einer „gesunden“ Stichprobe durch Suizid zu sterben, signifikant erhöht ist. Der Anteil von nicht „psychiatrischen“ (z. B. depressiven) Krebspatienten mit Suizidgedanken beläuft sich in dem Review auf 0,8–71,4%, verglichen mit einer Rate von 1,1–19,8% in der Allgemeinbevölkerung. Die Dunkelziffer wird dabei ungleich höher eingeschätzt, da die Selbsttötung oft nicht von einem Unfall, von Mord oder einem „unerklärlichen Todesfall“ abzugrenzen ist [5].

Definition von Suizid in der Onkologie sowie Risikofaktoren

Unter Suizidalität können, so die Leitlinie zur unipolaren Depression, alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen verstanden werden, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen [6]. Wichtig ist vor dem Hintergrund dieser Definition, Suizidideen und Suizidwünsche immer als ein Symptom zu verstehen, hinter dem oft großes Leid und ein Problem stehen. Dies gilt insbesondere für onkologische und anderweitig schwer somatisch erkrankte Patienten. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem Konzept „Präsuizidales Syndrom“ zu, das der Psychiater Erwin Ringel beschrieben hat. Es ist gekennzeichnet durch:

- Einengung: Die Wahlmöglichkeiten im Leben werden immer weiter eingengt, bis letztlich nur der Suizid als

Tab. 1: Suizidraten je nach anatomischer Lokalisation des Malignoms

Lokalisation*	Anzahl Suizide	Anzahl Patienten	Überlebenszeit (Personenjahre)	Gesamt (Männer und Frauen)			Männer†			Frauen†		
				Suizidrate**	SMR ^{§§}	95 %-KI ^{§§}	Suizidrate**	SMR ^{§§}	95 %-KI ^{§§}	Suizidrate**	SMR ^{§§}	95 %-KI ^{§§}
Lunge und Bronchien	610	362.163	541.310	81,7	5,74	5,30-6,22	171,4	6,04	5,54-6,57	24,8	4,18	3,27-5,27
Magen	100	58.954	113.485	71,7	4,68	3,81-5,70	147,1	4,85	3,89-5,98	23,9	3,74	1,94-6,48
Mundhöhle und Pharynx	191	51.807	242.481	53,1	3,66	3,16-4,22	103,1	3,71	3,18-4,31	21,4	3,23	1,95-5,03
Larynx	100	24.524	147.142	46,8	2,83	2,31-3,44	88,4	2,83	2,29-3,46	20,3	2,84	1,04-6,06
Hodgkin-Lymphom	50	20.497	165.809	40,6	2,07	1,54-2,72	97,2	2,35	1,73-3,13	4,6	0,71	0,14-1,99
Niere	90	52.699	237.446	39,7	2,05	1,65-2,52	68,7	2,06	1,63-2,58	21,2	2,00	1,07-3,39
Schilddrüse	39	38.446	330.246	38,7	1,08	0,77-1,47	81,5	1,26	0,80-1,88	11,5	0,89	0,51-1,44
Nervensystem	38	44.151	135.497	35,8	2,33	1,65-3,20	63,3	2,13	1,42-3,08	18,3	3,17	1,52-5,76
Non-Hodgkin-Lymphom	156	98.475	406.503	35,1	2,24	1,90-2,62	65,8	2,26	1,88-2,69	15,7	2,16	1,47-3,06
Leukämien	77	75.438	271.126	30,1	1,86	1,47-2,32	52,1	1,75	1,34-2,25	16,1	2,45	1,40-3,96
Kolon/Rektum	524	317.951	1.529.946	29,1	1,90	1,74-2,07	60,2	2,03	1,85-2,23	9,4	1,39	1,10-1,74
Blase	256	97.441	591.281	25,2	1,73	1,52-1,95	49,5	1,74	1,53-1,98	9,8	1,55	0,92-2,44
Haut (ausschließlich Basalliom)	157	114.591	780.825	19,5	1,16	0,98-1,35	40,4	1,24	1,03-1,47	6,2	0,88	0,58-1,28
Testis	53	18.744	175.272	NA	NA		89,7	1,29	0,97-1,68	NA		
Prostata	976	364.460	1.946.650	NA	NA		40,7	1,56	1,47-1,66	NA		
Ovarien	44	53.434	238.961	NA	NA		NA	NA		18,9	2,47	1,79-3,31
Mamma	294	417.821	2.837.667	NA	NA		NA	NA		9,7	1,35	1,20-1,52
Zervix	198	158.969	1.777.803	NA	NA		NA	NA		9,1	1,70	1,47-1,95
Uterus	63	85.350	756.290	NA	NA		NA	NA		6,8	1,05	0,81-1,35
Alle Krebspatienten mit einem singulären Primärtumor	4.572	2.815.657	14.094.889	32,4	2,06	2,00-2,12	65,3	2,23	2,16-2,31	11,6	1,61	1,51-1,71
US-amerikanische Allgemeinbevölkerung				15,8	1,00	Referenz	29,2	1,00	Referenz	7,2	1,00	Referenz

Abkürzungen: SMR (standardisiertes Mortalitätsrisiko); NA (nicht anwendbar);

* Die Analyse war auf Tumorkategorien beschränkt, für die zumindest 100.000 Personenjahre vorliegen; † Pro 100.000 Personenjahre; ‡ Angepasst an die Alters-, Geschlechts- und ethnische Verteilung von Patienten mit einem singulären Primärtumor; § Referenzpopulation: US-amerikanische Allgemeinbevölkerung, 1969-2002; ¶ Geschlechtsspezifische Analyse, angepasst an Alters- und ethnische Verteilung bei Patienten mit einem singulären Primärtumor. (modifiziert nach Misno S et al. J Clin Oncol. 2008;26(29):4731-8)

Möglichkeit bleibt. Diese Einengung kann allein im Denken und Verhalten des Betroffenen begründet sein (Depression, Kontaktstörung), aber auch in der Realität, wenn beispielsweise durch Krankheits- oder Behandlungsfolgen ein Aufenthalt in der Öffentlichkeit ohne Stigmatisierung nicht mehr möglich ist.

- Aggressionsumkehr: Eine verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression, die sich früher oder später gegen den Betroffenen selbst richtet. Dies ist beispielsweise gegeben, wenn ein Patient ein Aufklärungsgespräch als so kränkend und zerstörend empfindet, dass er aus Wut auf den Arzt an Suizid denkt oder ihn ausführt.
- Suizidphantasien: Das Gefühl, der Realität nicht gewachsen zu sein, führt zu einer Flucht in die Irrealität. Der Betroffene baut sich eine Scheinwelt auf, in der Gedanken an den Tod und schließlich an Suizid eine immer größere Rolle spielen. So malen sich manche Patienten immer intensiver aus, dass sie den Angehörigen nur zur Last fallen und alle ohne sie „besser dran“ seien [6, 7].

Zu beachten ist hierbei, dass die beschriebenen Ausprägungen von Suizidalität keiner linearen Entwicklung entsprechen. Ein Krebspatient mit dem lang formulierten Wunsch nach „Ruhe“ kann plötzlich, ausgelöst durch eine weitere, möglicherweise „nur“ für ihn „schlechte Nachricht“, akut suizidal werden und einen Suizid begehen.

Auch der Patient, der seine lebensnotwendigen Medikamente nicht einnimmt und damit potenziell seinen Tod verursachen kann, ohne dass er diese finale Absicht intendiert, muss als „parasuizidal“ eingestuft werden. Krebspatienten erleben in aller Regel mit der Diagnosestellung, häufig auch in der Situation eines Progresses, das Gefühl des Kontrollverlustes. Die Aussagen von Krebspatienten: „Am liebsten würde ich aus dem Fenster springen“, „Am liebsten würde ich gar nicht mehr aufwachen“, „Das hat doch alles keinen Sinn mehr“, kennen die meisten Psychoonkologen. Den behandelnden Ärzten gegenüber werden diese Sätze seltener geäußert, sie werden aber dennoch gefühlt und gedacht. Gedanken an die Möglichkeit der Selbsttö-

tung können subjektiv das verlorene gegangene Gefühl von Kontrolle („Locus of Control“) zurückgeben im Sinne von: „Ich habe es selbst in der Hand“ (und nicht der Krebs).

Risikofaktoren für Suizidalität

Als Risikofaktoren für Suizidalität gelten zu 90% psychische Störungen [6]. Vor dem Hintergrund der hohen Rate an komorbiden Störungen bei Krebspatienten, allen voran der Depression, ist dies hoch bedeutsam [8]. Als spezifische Risikofaktoren für Krebspatienten fand man neben dem

- Alter (älter als 70 Jahre) und
- männlichen Geschlecht
- eine unzureichende Schmerzkontrolle,
- fortgeschrittenes Erkrankungsstadium,
- körperliche Einschränkungen sowie
- bestimmte Chemotherapeutika,
- fehlende soziale Unterstützung sowie
- der Eindruck, der Familie zur Last zu fallen.

Des Weiteren spielt die Tumorentität eine Rolle: Das höchste Suizidrisiko fand man bei Patienten mit Tumoren der Lunge oder Bronchien (SMR 5,74), Magenkarzinomen (SMR 4,68), Krebs der Mundhöhle und des Rachens (SMR 3,66) sowie des Kehlkopfes (SMR 2,83) (**Tab. 1**) [9].

Das standardisierte Mortalitätsrisiko war in den ersten fünf Jahren nach Diagnosestellung am höchsten und fiel über 15 Jahre ab. Es blieb jedoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung selbst bei vollständiger Genesung erhöht [9].

In einem systematischen Review zum Thema Suizid bei Patienten nach einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation fand man ein bis zu 15-fach erhöhtes Risiko für einen Suizid in Abhängigkeit von der psychischen Belastung. Auffällig war, dass die Patienten relativ jung, nämlich zwischen 40,9 und 53 Jahre alt waren [10].

Für den behandelnden Arzt besonders aufschlussreich und relevant: Auch die therapeutische Allianz und die Arzt-Patienten-Kommunikation erwiesen sich als belastbarer Faktor im Hinblick auf Suizidwünsche – eine schlechtere Kommunikation erhöhte das Risiko [11]. Ein Ergebnis aus Studien von Anna Robson und Kollegen sowie Erlend Hem

und Mitarbeitern ergab, dass das höchste Suizidrisiko für Patienten in den ersten drei Monaten nach Diagnose sowie zwischen dem 12. und 14. Monat besteht [5, 12].

Aus klinischer Erfahrung ist hinzuzufügen, dass insbesondere Patienten, die uns entweder durch sehr ruhiges, angepasstes Verhalten, oder aber, im Gegenteil, durch sehr auffälliges, forderndes Verhalten auffallen, gefährdet scheinen. Auch der Wunsch nach „Übertherapie“ sollte uns ein Warnzeichen sein. Darüber hinaus spielen die Einnahme von psychotropen Substanzen, aktuell oder in der Vergangenheit, sowie psychische Vorerkrankungen eine Rolle.

Die Interpretation der internationalen Studiendaten und insbesondere die Übertragung auf hiesige Verhältnisse sind allerdings schwierig. Sie reichen jedoch aus, einen aufmerksameren Blick auf unsere onkologischen Patienten und deren Ausmaß an Verzweiflung sowie deren Selbststeuerungsfähigkeit zu fordern, als es bisher üblich ist. Sie untermauern auch die Bedeutung eines psychosozialen Distress-Screenings im Routine-Alltag eines Akutkrankenhauses [13].

Eine Diagnostik von Suizidalität allein anhand einer Aufsummierung von Risikofaktoren kann allerdings nicht abgeleitet werden. Sie sollte jedoch immer zu einer Abklärung der psychischen Belastung und zur Abschätzung des suizidalen Risikos durch den kommunikationsschulierten Onkologen, den erfahrenen Psychoonkologen und/oder den Psychiater führen.

Wie kann Suizidalität in der Onkologie erfasst werden?

Vor dem Einsatz jedweder diagnostischer Überlegungen sollte zunächst die Entscheidung getroffen werden, das Thema „Suizidalität“ in der Onkologie als eine ernst zu nehmende Komplikation in der Behandlung von Krebspatienten in Betracht zu ziehen. Diese wichtige Voraussetzung bildet erfahrungsgemäß gerade im akutstationären Bereich schon die erste große Hürde. Sie ist gleichzeitig der erste Schritt in Richtung Suizidprävention.

Unabdingbar ist es unseres Erachtens, eine „Haltung“ zum Thema „Selbsttötung“ und explizit „Selbsttötung in der Onkologie“ zu entwickeln. Grundsätz-

lich gilt – und hier sind sich alle Kliniker einig, die sich mit der Thematik intensiver beschäftigt haben – dass nur die direkte und unaufgeregte Thematisierung eine valide Einschätzung akuter Suizidalität ermöglicht.

- Die Fragen sollten aktiv vom Behandler gestellt werden.
- Präzise sollten das Vorliegen und die Art der Suizidgedanken eruiert werden.
- Ferner sollte der Stand der Planung erfasst werden.
- Und schließlich sollten diese Informationen in Beziehung zu vorhandenen Ressourcen des Patienten gesetzt werden.

Welche Möglichkeiten der Erfassung bieten sich an?

Der Weg, wie man psychosoziale Belastung und Suizidalität erfasst, steht und fällt u. a. mit den Strukturbedingungen der Einrichtung. Die Entscheidung sollte pragmatisch erfolgen: Jede Erfassung psychosozialer Belastung und Suizidalität ist besser als keine Erfassung. Zu unterscheiden sind:

1. Die quantitative Erfassung von psychosozialer Belastung und Todeswünschen: Im klinischen Alltag eines Schwerpunktkrankenhauses oder einer Uniklinik scheint die quantitative Erfassung mittels Fragebögen nach klinischer Erfahrung die realistischste Methode zu sein. Diese Erfassung könnte in einem gestuften Prozess erfolgen:
 - Zunächst Erfassung von psychosozialen Distress (Übersicht der Verfahren unter www.dapo-ev.de/Qualitätsmanagement [14]) und
 - bei Werten über dem Cut-Off des verwendeten Instruments eine explizite Abklärung von Todeswünschen des Patienten durch einen erfahrenen Psychologen/Psychoonkologen oder Arzt.
2. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, eine direkte Frage nach dem Wunsch, sich das Leben zu nehmen oder tot zu sein, an die Belastungsskala anzufügen. Eine solche Frage könnte lauten: „Denken Sie manchmal daran, ihr Leben beenden zu wollen?“ Bei positivem Antwortverhalten müssen ebenfalls unmittelbar das Gespräch und die Einschätzung der Suizidalität erfolgen. Diese Fragen sind

Infobox 2: Überlegungen und Fragestellungen, wenn Suizidalität erwartet wird

1. Strukturbedingungen:

- Steht angemessen Zeit und Raum für dieses Gespräch zur Verfügung?
- Gibt es einen störungsfreien Raum für das Gespräch?
- Ist ein Telefon in unmittelbarer Nähe, um eine Notfallnummer (z. B. psychiatrischer Notdienst) anzuwählen zu können?
- Gibt es eine andere, informierte Person in der Nähe, auf die im Notfall zurückgegriffen werden kann?
- Ist eine dem Patienten vertraute Person in der Nähe, die nach dem Gespräch für ihn da sein und nach ihm schauen kann?
- Prinzipiell sollten diese Gespräche, falls möglich, nicht am Abend geführt werden oder am Wochenende, wenn erfahrungsgemäß wenig Personal zur Verfügung steht.

2. Prozessbedingungen:

- Liegt ausreichendes Wissen um potenzielle Suizidgefährdung und Suizid vor?
- Möchte/muss ich dieses Gespräch führen? In Kliniken mit Anbindung an die Psychiatrie kann man das Gespräch auch an die Kollegen „abgeben“. Dies muss jedoch gut überlegt werden, da man Patienten mit dieser Entscheidung auch „verlieren“ kann.
- Wenn das Gespräch stattfindet, ist zu klären, ob es allein geführt werden sollte oder mit einer zweiten, dem Patienten vertrauten Person. Auch hier gilt es abzuwägen, was für den betreffenden Patienten entlastender wirken wird. Hier hilft das behutsame und dabei klare Ansprechen.
- Die Chancen, die das Gespräch bietet, sollten gesehen werden können.

3. Hilfreiches für das Gespräch:

- Keine Wertung der Gefühle, weder positiv noch negativ.
- Ansprechen der Vermutung, dass der Betreffende sich mit Selbsttötungsabsichten beschäftigt.
- Besprechen von dem, was für den Patienten bisher nicht an- und aussprechbar war.
- Die aktuelle Suizidgefahr (Stadium) muss eingeschätzt werden: Seit wann haben Sie Suizidgedanken? Wer weiß davon? Wem haben Sie davon erzählt? (siehe **Infobox 1**)
- Die Abwehr des Patienten sollte respektiert und Grenzen nicht überschritten werden. Dennoch muss das Thema angesprochen und besprochen werden. In einer solchen Situation sollte man dem Patienten erklären, warum man über seine Situation sprechen muss.
- Das Verstehen der subjektiven Bedeutung dieses „Notsignals“ ist essentiell. Der Verzweiflung, aber auch der Hoffnung sollte Raum gegeben werden.
- Die individuelle Bedeutung der Suizidvorstellungen muss ergründet werden.
- Wichtig: Suizidgedanken sind noch keine Suizid-Absicht. Suizid-Absicht ist kein unwiderruflicher Entschluss (= Entlastung/Perspektive für den Therapeuten).
- Der Lebenswille und der Sterbewunsch sollten angesprochen werden.
- Eventuell auch an eine medikamentöse Therapie denken und diese besprechen. Das Verschreiben eines Antidepressivums ohne Gesprächsangebot ist nicht hilfreich und vermindert nicht die Suizidgefahr, da es den Patienten mit seiner Not allein lässt.
- Bei einem sog. Non-Suizidvertrag, der vor allem in psychotherapeutischen Praxen gebräuchlich ist, besteht die Gefahr, dass sich der Therapeut in falscher Sicherheit wähnt. Deshalb sollte man sich nicht ausschließlich auf einen solchen Vertrag verlassen.

In der Arbeit mit Suizidpatienten sollte es primär nicht darum gehen, wie man den Suizid verhindern kann, sondern darum, wie das Leben des Menschen wieder lebenswerter werden kann.

allerdings nicht nur für geschulte Ärzte ein schwieriges Unterfangen und sollten in entsprechenden Trainings geübt werden.

3. Die qualitative Erfassung von suizida-

len Gedanken: Das offene, explorative und empathisch geführte Gespräch (**Infobox 2**) über Todeswünsche ist die sinnvollste Diagnostik, wenn ein Patient dem Behandler schon sehr belastet

erscheint, selbst suizidale Gedanken äußert, andere von solchen Äußerungen berichten oder mehrere Risikofaktoren auf den Patienten zutreffen. Die offene Frage ermöglicht es dem Patienten, bedrängende Gedanken mitzuteilen und damit auch besprechbar zu machen. Eine definitorische Einordnung (siehe **Infobox 1**) kann dabei helfen, konkret zu beschreiben, welches Thema im Vordergrund steht.

Handlungsempfehlungen für das Gespräch und die klinische Praxis

Die Arbeitsgruppe des Arbeitskreises Psychoonkologen Hessen hat anhand ausführlicher Falldiskussionen und der recherchierten Daten Handreichungen zur Suizidprävention bei onkologischen Patienten zusammengestellt, die sich in der klinischen Praxis als hilfreich erwiesen haben (**Infobox 2**).

Jedes Gespräch sollte geleitet sein von der Haltung: Verstehen und nicht beurteilen oder bagatellisieren. Sie bildet die Grundlage des Arbeitsbündnisses, das eingegangen werden muss, um den Kontakt zum Patienten zu ermöglichen.

Für jede akute Suizidgefahr, wie beispielsweise die Situation, dass sich der Patient aus dem Fenster stürzen möchte, gelten die Ausführungen des StGB (§ 20; § 26; § 27; § 34; § 323) sowie das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG). Das heißt hier ist Gefahr im Verzug und die direkte Handlung (Einweisung) ist notwendig.

Insbesondere im Klinikalltag ist es äußerst hilfreich, wenn beispielsweise über Qualitätsmanagementprozesse geregelt ist, wie sich der Behandler verhalten sollte, wenn der Verdacht auf Suizidalität besteht. Dies gibt (Behandlungs-)Sicherheit und verhindert überstürzte und damit fast immer wenig hilfreiche Interventionen. Konkret bedeutet dies festzulegen, wer wann unter welcher Telefonnummer zu informieren ist, wer eingeschaltet werden sollte und wie dokumentiert werden muss. Auch sollte die Einschätzung der Suizidalität u. a. mit einem validierten Fragebogen erfolgen. Äußerst entlastend ist es, wenn man sich im Vorfeld mit entsprechenden Fachdiensten vernetzt, um rasch handlungsfähig zu sein:

— In der Klinik mit den Abteilungen Psychoonkologie sowie den psychiatrischen Abteilungen.

- Für niedergelassene Kollegen ist es ratsam, eine Kooperation mit einem Psychiater einzugehen, der im Ernstfall auch die stationäre Einweisung veranlassen kann.
- Qualitätszirkel, in denen die Themen Suizidalität, bilanzierter Selbstmord, der an den Arzt formulierte Wunsch, bei einem frühzeitigen Sterben behilflich zu sein, reflektiert werden, sollten obligatorisch sein.
- Eine Vernetzung mit Psychiatern, Nervenärzten, anderen diesbezüglich erfahrenen Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Sozialarbeitern, Seelsorgern ist prinzipiell hilfreich und entlastend.

Literatur

1. Teismann T, Dorrman W. Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Aus der Reihe »Fortschritte der Psychotherapie«. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2015. S. 32.
2. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res.* 2008;64(4):383-91.
3. Singer S et al. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr.* 2007;132(40):2071-6.
4. Chan M, Saxena S, Krug E. Preventing suicide: a global imperative. 1. Suicide, Attempted. 2. Suicide - prevention and control. 3. Suicidal Ideation. 4. National Health Programs. Luxemburg: World Health Organization; 2014.
5. Robson A et al. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology.* 2010;19(12):1250-8.
6. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression, unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). 2015, Langfassung, 2. Auflage, Version 3. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVLdepression-lang_2015.pdf. Abruf 15. 7. 2016.
7. Wolfersdorf M. Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog.* 2012;13(2):2-7.
8. Senf B. Psychosoziale Belastungen von Krebspatienten in akut-stationärer Behandlung. Eine Belastungsdiagnostik anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung. Unveröffentlichte Dissertation. Frankfurt/Main: Agaplesion. Markus Krankenhaus, Abteilung Psychoonkologie; 2009.
9. Misono S et al. Incidence of suicide in per-

sons with cancer [Suizidhäufigkeit bei Krebspatienten]. *J Clin Oncol.* 2008;26(29): 4731-8.

10. Hefner J et al. Suizidalität im klinischen Kontext hämatopoetischer Stammzelltransplantationen. Ein systematisches Review. *Onkologe.* 2016;22(7):488-92.
11. Trevino KM et al. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer.* 2014;120(15):2272-81.
12. Hem E et al. Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *J Clin Oncol.* 2004; 22(20):4209-16.
13. Senf B et al. Psychosocial distress in acute cancer patients assessed with an expert rating scale. *Support Care Cancer.* 2010;18(8): 957-65.
14. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psycho-soziale Onkologie e.V. <http://www.dapo-ev.de/index.php?id=13>

Autoren

Bianca Senf, Frankfurt/Main
Christina Demmerle, Mainz
Alf von Kries, Wiesbaden
Kerstin Lach, Darmstadt
Ulrike Völkel, Bad Soden-Salmünster
Petra Schulze-Pieper, Hofheim am Taunus

Die Autoren sind Mitglieder des Arbeitskreises Psychoonkologen Hessen. Die Arbeitsgruppe des Arbeitskreises Psychoonkologen Hessen hat sich in zahlreichen Arbeitstreffen anhand der Analyse von Fallvignetten und Literaturrecherchen mit dem Thema „Suizidalität onkologischer Patienten“, beschäftigt.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. med. Bianca Senf
Psychologische Leitung der
Abteilung Psychoonkologie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main
Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) Frankfurt/Main
Haus 14 b Raum 212 a
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/Main
Bianca.Senf@kgu.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS). ASORS im Internet: www.asors.de