Bessere Suizidprävention durch Konsiliarpsychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern

Leserbrief zu

Wolfersdorf M, Vogel R, Vogl R et al (2016) Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. Nervenarzt 87:474–482. doi:10.1007/s00115-016-0111-3

Der Beitrag von Wolfersdorf et al. gibt einen wunderbaren Überblick über die Suizidrate und Risikofaktoren von Suizidalität in psychiatrischen Kliniken, leider gingen die Autoren nicht auf die Versorgung suizidaler Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ohne Psychiatrie ein. Wie in dem Beitrag erwähnt, ist die Suizidrate in der Psychiatrie deutlich geringer als außerhalb der psychiatrischen Versorgung. Dies ist u. a. der Versorgung psychisch Kranker durch Experten zu verdanken, die immer ein Augenmerk auf eine potenzielle Suizidalität haben und entsprechend handeln. Ganz anders sieht es jedoch bei der Versorgung von Patienten außerhalb der psychiatrischen Kliniken aus: Viele Patienten erreichen den Facharzt für Psychiatrie aufgrund von Berührungängsten, Vorurteilen, Stigmatisierung und fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht gar nicht – unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung. Gerade ältere Patienten mit Depression und Suizidalität wenden sich aufgrund fehlender Krankheitseinsicht im psychischen Sinne nicht an das entsprechende Hilffsystem – dies bei deutlich höheren Suizidraten der älteren Population [1]. Weiterhin werden Patienten nach einem Suizidversuch nicht immer von einem Psychiater begutachtet, auch wenn Patienten aufgrund des Suizidversuchs z. B. auf einer

Intensivstation oder internistischen Aufnahmestation kurzzeitig aufgenommen werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn kein psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst verfügbar ist.

In Krankenhäusern mit entsprechendem Konsiliardienst kann die Ersteinschätzung, ob eine stationär-psychiatrische Intervention nötig ist, erfolgen. So konnten wir in einer retrospektiven Analyse in einem Zeitraum von einem Jahr auswerten, wie Patienten nach einem Suizidversuch in einem Allgemeinkrankenhaus versorgt wurden [2]: Die meisten Patienten wurden erstmals von dem Konsiliarpsychiater auf der internistischen Aufnahmestation oder Intensivstation gesehen. Bei fast 70 % der Patienten wurde eine Depression diagnostiziert. 30 % der Patienten unternahmen einen „harten“ Suizidversuch, 65 % mit „weichen“ Methoden. Dennoch konnten 31 % aller Suizidenten nach Konsil entlassen werden, während 43 % eine stationäre psychiatrische Intervention benötigten.

Somit bleibt festzuhalten, dass suizidale Patienten immer von einem Facharzt untersucht werden sollten und die Schwelle einer psychiatrischen Versorgung eher niedrig zu halten ist – insbesondere im Hinblick auf Suizidprävention. Andererseits ist nicht jeder Suizidversuch psychiatrisch behandlungsbedürftig. Diese Abwägung kann meines Erachtens nur durch einen Spezialisten erfolgen – dies sollte jedem Arzt bei der Versorgung von Patienten nach Suizidversuch bewusst sein, egal welcher Disziplin er/sie angehört. Die Allgemeinkrankenhäuser sind häufiger die ersten Einrichtungen, die mit suizidalen Patienten

in Kontakt kommen – eine psychiatrische Grundversorgung durch Konsiliarpsychiatrie ist insbesondere dort unabdingbar und trägt in hohem Maße zur Prävention von Suiziden bei.

Korrespondenzadresse

PD Dr. A. Quante

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Friedrich von Bodelschwingh-Klinik Landhausstrasse 33-35, 10717 Berlin, Deutschland
a.quante@fvbk.de

Interessenkonflikt. A. Quante gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Pajonk FG, D'Amelio R (2009) Suicide and suicidality in emergency medicine. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 44(11–12):720–727. doi:10.1055/s-0029-1242130
2. Tauch D, Winkel S, Quante A (2014) Psychiatric consultations and therapy recommendations following a suicide attempt in a general hospital and their associations with selected parameters in a 1-year period. *Int J Psychiatry Clin Pract* 18(2):118–124. doi:10.3109/13651501.2013.865756