S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität (AWMF-Registernummer: 038-028)

Haupteditor

Prof. Dr. Barbara Schneider, Prof. Dr. Andreas Reif, Prof. Dr. Katja Becker, Prof. Dr. Jochen Gensichen

dgppn

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Zielorientierung der Leitlinie: Einordnung der Evidenz suizidpräventiver Maßnahmen im ambulanten und stationären Setting und verbesserte Versorgung von suizidalen Menschen. Patientenzielgruppe: Erwachsene, Kinder/Jugendliche Adressaten: Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen Psycholog*innen, Ärzt*innen weiterer Fachrichtungen wie Allgemein- und Familienmedizin, Neurologie und Palliativmedizin, Apotheker*innen, Pfleger*innen in der ambulanten und stationären Behandlung

Kontakt

Prof. Dr. med. Andreas Reif
Universitätsklinikum Frankfurt, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt am Main
sekretariat.suizidalität@kgu.de
0049 221 8993 438
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028

Inhalt

Zusammenfassung der Empfehlungen 4
1. Erfassung und Diagnostik 12
2. Risikofaktoren 45
3. Psychotherapie 117
4. Pharmakotherapie 198
5. Andere Therapieverfahren 365
6. Versorgung 411
7. Universelle Prävention 482
8. Weitere Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention inkl. Postvention 512
9. Assistierter Suizid 539
Referenzen 545

Zusammenfassung der Empfehlungen

1. Erfassung und Diagnostik

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, **soll** ein professionelles Gespräch angeboten werden

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, **können** in Ergänzung zum professionellen Gespräch validierte Fragebögen/Ratingskalen/strukturierte Interviews zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten sowie zur Erfassung suizidassoziierter Konstrukte angeboten werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bei Personen, bei denen Fragebögen/ Ratingskalen/ strukturierten Interviews eingesetzt werden, **soll** eine darauf basierende Risikostratifizierung („hohes Risiko“ vs. „moderates Risiko“ vs. „niedriges Risiko“) nur in Kontext mit dem professionellen Gespräch genutzt werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität **sollen** auf suizidales Erleben und Verhalten proaktiv angesprochen werden (siehe Kapitel 2 Risikofaktoren)

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Um zu einer zuverlässigen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zu kommen, **sollen** mit Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität wiederholt Gespräche geführt werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Um zu einer zuverlässigen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zu kommen, **sollen** Aus-/Fort- und Weiterbildungen und (fallbasierte) Supervisionen durchgeführt werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Bei erwachsenen Personen mit erhärtetem Verdacht auf Suizidalität **sollten** An- und Zugehörige / Bezugspersonen / das soziale Umfeld zur zuverlässigen Einschätzung des suizidalen Erlebens und Verhaltens einbezogen werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Bei Minderjährigen **sollen** die sorgeberechtigte(n) Person(en) standardmäßig zur zuverlässigen Einschätzung des suizidalen Erlebens und Verhaltens und im Hinblick auf eine gute Nachsorge und Prophylaxe einbezogen werden.

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Bei Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität sowie Personen, bei denen sich der Verdacht bereits erhärtet hat, **soll** künstliche Intelligenz **nicht** anstelle des Standard of Care zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens genutzt werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Das Ansprechen von suizidalem Erleben und Verhalten erhöht das Suizidrisiko nicht. Patient*Innen mit Hinweis auf einen psychisch belasteten Zustand und/ oder Anhaltspunkten für eine mögliche Suizidalität bzw. mit krisenhaft erlebten Situationen **sollen** proaktiv auf suizidales Erleben und Verhalten angesprochen und ggf. mit ihnen darüber gesprochen werden.

2. Risikofaktoren

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht und Migration, sind wichtige Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Sozioökonomische Faktoren, wie beispielsweise Armut und Arbeitslosigkeit, sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Inhaftierung, insbesondere Untersuchungshaft, ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** beachtet werden.

Stark , Niedrig qualität der Evidenz

Wohnungslosigkeit ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** erfragt und beachtet werden.

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Das Wohnen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollte** erfragt und beachtet werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Nicht-heterosexuelle Orientierung und/oder die Zugehörigkeit zu einer geschlechtlichen Minderheit sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Ein früherer Suizidversuch ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** erfragt und beachtet werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizide in der Familie sind ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Einsamkeit und Isolation sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Traumatische Lebenserfahrungen sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Schwach , Sehr niedrig qualität der Evidenz

(Cyber-) Mobbing stellt einen Risikofaktor für Suizidalität dar und **sollte** erfragt und beachtet werden.

Information

Konsensbasiertes Statement: Biologische und genetische Risikofaktoren sind in der Pathophysiologie suizidalen Verhaltens von Bedeutung, allerdings für die klinische Praxis nicht individuell prädiktiv. Weitere Forschung ist daher notwendig.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Psychische Störungen, insbesondere affektive Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen, sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Somatische Erkrankungen (Details siehe Hintergrundtext) sind ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Religiosität und Spiritualität können ein protektiver Faktor für Suizidalität sein und **sollten** erfragt und beachtet werden. Forschung auf dem Gebiet der kulturellen Identität ist dringend notwendig.

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Impulsivität kann ein Risikofaktor für Suizidalität sein und **sollte** beachtet werden. Die Auswirkungen von weiteren Persönlichkeitsmerkmalen auf Suizidalität sind nicht ausreichend erforscht. Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

3. Psychotherapie

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter **soll** eine auf die Suizidalität fokussierte kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung **soll** eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) angeboten werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Jugendalter **soll** eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-A) angeboten werden. Für Kinder unter 14 Jahren besteht Forschungsbedarf.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung **soll** eine auf die Suizidalität fokussierte psychodynamische Psychotherapie (MBT, TFP) angeboten werden.

Für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter liegen nicht genügend Studien zur Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien vor, um eine evidenzbasierte Empfehlung abzugeben. Hier ist Forschung notwendig.

Die Wirkung von systemischer und/oder einer familienfokussierten Psychotherapie auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Die Wirkung von manualisierten Kurzinterventionen auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Konsentierte Empfehlung

Expertenkonsens: Bei mangelnder Verfügbarkeit von suizid-spezifischer Richtlinien-Psychotherapie **sollten** manualisierte Kurzinterventionen angeboten werden.

*Hinweis: Safety-Planning als Krisenintervention ist im Kapitel 6 Versorgung PICO-Frage 43 abgebildet.

Es kann keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung und Forschungstransfer für den deutschen Sprachraum notwendig.

Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung für oder gegen den Einsatz von suizid-spezifischer Gruppentherapie bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung notwendig.

Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung notwendig.

4. Pharmakotherapie

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Mittel-Langfristige Suizidalität:

Eine Behandlung mit Lithium **soll** für erwachsene Patient*innen mit erhöhtem Suizidrisiko im Rahmen einer bipolaren Störung zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden.

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Mittel - Langfristige Suizidalität:

Für suizidale Erwachsene mit einer unipolaren Depression **sollte** eine Behandlung mit Lithium angeboten werden.

Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine Evidenz vor.

Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Akute Suizidalität:

Forschungsbedarf: Die Wirkung von Lithium auf die *akute* Suizidalität bei bipolaren sowie unipolaren Störungen ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Mittel-Langfristige Suizidalität:

Neuer Vorschlag: Erwachsenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit erhöhtem Suizidrisiko **soll** eine Behandlung mit Clozapin zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden. Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.Mittel-Langfristige Suizidalität:

Erwachsenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit erhöhtem Suizidrisiko **sollte** eine Behandlung mit Clozapin zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden. Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.

Akute Suizidalität:

Die Wirkung von Antipsychotika auf die *akute* Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Alprazolam **soll nicht** bei akuter Suizidalität eingesetzt werden.

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Personen mit akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe **sollte** eine Behandlung mit Benzodiazepinen unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von möglichst unter 14 Tagen angeboten werden.Personen mit akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe **sollte** eine Behandlung mit Benzodiazepinen unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von möglichst unter 14 Tagen angeboten werden.

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Antidepressiva **können** bei suizidalen depressiven Patient*innen zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Bei suizidalen Patient*innen **soll** die Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden.

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität **sollen** Antidepressiva **nicht** eingesetzt werden.

Für die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (inkl. Monitoring) verweist die Leitliniengruppe auf Kapitel 4.4.7. der Leitlinie Unipolare Depressionen.

Information

Evidenzbasiertes Statement: Phasen, in denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht, sind Eindosierung, Aufdosierung sowie das Absetzen eines Antidepressivums.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bei Kindern und Jugendlichen **soll** eine sorgfältige und regelmäßige Kontrolle erfolgen, da sich unter der Behandlung mit SSRI ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und auch Suizidversuche zeigte.

Eine Behandlung mit Ketamin/ Esketamin **kann** für erwachsene Patient*innen mit akuter Suizidalität im Rahmen einer Depression zur kurzfristigen Reduktion der Suizidalität angeboten werden.

Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Verweis auf die Empfehlung der Leitlinie ADHS:

Psychostimulantien (Methylphenidat, Amphetamin und dessen Derivate) **sollen** Patient*innen mit ADHS gemäß den Empfehlungen der LL ADHS angeboten werden.

5. Andere Therapieverfahren

Die Wirkung von telemedizinischen und digitalen Angeboten auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Die Akzeptanz von telemedizinischen Angeboten ist nachgewiesen, die Effektstärken auf Suizidalität sind jedoch unbekannt. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Psychosoziale Therapien **können** Patient*Innen mit Suizidalität angeboten werden.

Für die Wirkung von Ergotherapien, Bewegungstherapien, Tanztherapien, Physiotherapien ist keine ausreichende Evidenz vorhanden. Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Zur Sicherheit und Wirksamkeit komplementärer Therapieverfahren (tiergestützte Therapien, Yoga etc.) zur Verringerung der Suizidalität bei suizidalen Patient*Innen kann aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Erwachsene Patient*Innen mit Suizidalität im Kontext schwerer oder behandlungsresistenter Depressionen **soll** eine elektrokonvulsive Therapie angeboten werden.

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Neuer Vorschlag: Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation **sollte** erwachsenen Patient*innen mit suizidalem Verhalten im Kontext affektiver Erkrankungen angeboten werden. Im Jugendalter sind dazu noch Studien notwendig.

Die Wirkung von weiteren biologischen Verfahren (z.B: Lichttherapie) auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Konsentierte Empfehlung

Expertenkonsens: Suizidale Personen **sollten** flächendeckend Zugang zu Kriseninterventionsdiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozial-psychiatrischen Diensten erhalten. Auf diesem Gebiet ist begleitende Forschung notwendig.

Der Einfluss der Verbesserung der Verbesserung des Schlafs auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

6. Versorgung

Information

Evidenzbasiertes Statement: Die erste Woche und der erste Monat nach der Entlassung nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt sind Phasen mit erhöhtem Suizidrisiko.

Konsentierte Empfehlung

Neuer Vorschlag:

Konsensbasierte Empfehlung:

Niedrigschwellige, fachlich qualitätsgesicherte Suizidpräventionsangebote **sollen** für alle Personen zugänglich sein. Für einzelne niedrigschwellige Maßnahmen liegen Wirksamkeitsbelege vor; die Evidenzlage ist jedoch je nach Angebotsform, Zielgruppe und Endpunkt heterogen. Evidenzbasierte Maßnahmen **sollen** vorrangig eingesetzt werden. Für Maßnahmen, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit noch nicht hinreichend belegt sind, soll eine Begleitevaluation erfolgen. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich Zielgruppeneignung, möglicher unerwünschter Wirkungen und der Wirkung auf Suizidversuche und Suizide.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasierte Empfehlung:

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Nachuntersuchung und Folgebehandlung von Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, **soll** kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung, organisiert und durchgeführt werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, **sollen** unmittelbar kontaktiert werden.

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Patient*Innen mit Suizidalität **sollte** eine kollaborative Versorgung/ Intervention angeboten werden.

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Hausärzt*innen und (Fach-)Ärzt*innen ohne psychiatrische Fachausbildung **sollten** Schulungen hinsichtlich Suizidprävention und im Umgang mit suizidalen Patient*innen angeboten werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Konsenbasiert: Stationäre Versorgung von suizidalen Patient*innen soll nach Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden erfolgen und wenn möglich auf Grund einer partizipativen Entscheidungsfindung getroffen werden. Forschung ist notwendig.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Safety-Planning Interventionen **sollen** erwachsenen Patient*innen nach einem Suizidversuch angeboten werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Safety-Planning Interventionen **sollen** Kindern und Jugendlichen nach einem Suizidversuch angeboten werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Sowohl in der medizinischen Notfallversorgung wie auch in der psychosozialen Krisenversorgung **sollen** Angebote und Kompetenzen der Suizidprävention verfügbar sein.

7. Universelle Prävention

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Verfügbarkeitsreduzierende Maßnahmen wie beispielsweise die Erschwerung der Möglichkeit sich mit giftigen Gasen das Leben zu nehmen, Erschwerung des Zugangs zu Pestiziden, kleinere Packungsgrößen von bestimmten Arzneimittelgruppen, Gesetze zur Reglementierung des Erwerbs und des Besitzes von Schusswaffen sowie Vorschriften zur sicheren Aufbewahrung von Schusswaffen sind wirksame Maßnahmen, um die Suizidrate zu senken und **sollen** umgesetzt werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bauliche Risikobereiche in Kliniken und “High Risk Places” wie Brücken, Hochhäuser, Bahngleise oder Klippen **sollen** durch geeignete Barrieren zum Beispiel durch vertikale Barrieren oder horizontale Schutznetze gesichert werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: In “High Risk Places” **sollen** Hinweise auf Notfalltelefone und KrisenInterventionsdienste angebracht werden. Darüber hinaus **sollen** bauliche präventive Maßnahmen in Kliniken schon im Planungsstadium oder durch Nachrüstung älterer Gebäude angewendet werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Kliniken **sollen** zur Verbesserung der Suizidprävention ihre Daten zu stattgefundenen Kliniksuiziden an die zentrale Kliniksuiziderhebung melden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Medienberichte über Suizide können Nachfolgesuizide hervorrufen. Die bestehenden Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizide **sollen** verbreitet und angewendet werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit **sollten** durchgeführt und weiter beforscht werden, da es bislang keine hinreichende Evidenz für die Wirkungen der meisten medialen suizidpräventiven Maßnahmen gibt.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Zur Reduzierung von Suiziden bei älteren Menschen ist eine höhere gesellschaftliche Anerkennung von älteren Menschen notwendig. Ihre soziale Teilhabe an der Gesellschaft u.a. durch Bekämpfung der Altersarmut, barrierefreien Zugang zu psychosozialen Angeboten, zu Pflege und Gesundheitsversorgung **sollte** gefördert werden.

Suizidpräventive Maßnahmen in den sozialen Medien **können** ein- oder fortgeführt werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Universelle schulbasierte Suizidpräventionsprogramme **sollen** zur Verringerung der Suizidalität im Jugendalter flächendeckend angeboten werden.

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Evidenzbasierte Programme zur Verbesserung des sozialen Klimas an Schulen sowie zur Verringerung von Mobbing an Schulen **sollten** umfassend angeboten werden.

Zur Prävention von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen **können** psychosoziale Beratungsangebote eingesetzt werden.

Es gibt keine ausreichende Evidenz für die Verringerung von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen allein durch psychosoziale Beratungsangebote. Weitere Forschung ist notwendig.

8. Weitere Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention inkl. Postvention

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Wiederholte Gatekeeper Schulungen **sollten** zur Vermittlung des Wissens und zur gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Suizidalität bei Personengruppen eingesetzt werden, die häufig mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen.

Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Schwach , Niedrig qualität der Evidenz

Suizidalen Personen **sollten** flächendeckend Zugang zu einer ambulanten, aufsuchenden Versorgung erhalten. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Der Einfluss von Peer-Arbeit auf die Reduktion von Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Der Einfluss von Selbsthilfegruppen auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

In dem Bereich der Postvention ist Forschung, insbesondere für die vulnerable Gruppe der Kinder- und Jugendlichen, erforderlich, um zielgruppenspezifische Angebote entwickeln zu können.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: An- und Zugehörigen **sollte** nach einem Suizid eines nahestehenden Menschen Postvention für Erwachsene im Sinne von (psycho-)therapeutischen und psychosozialen Interventionen angeboten werden.

(z.B: Psychosoziale Notfallversorgung, Kriseninterventionen, Selbsthilfegruppen, Trauergruppen, individuelle Beratung durch Trauerberater/-begleiter, kirchliche Angebote und niedrigschwellige Online-Angebote).

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Postvention nach Patientensuizid **soll** für Behandelnde und Mitpatient*innen angeboten werden. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

9. Assistierter Suizid

Information

Evidenzbasiertes Statement: Es gibt Hinweise, dass die Zahl der Suizide durch die Legalisierung des assistierten Suizids nicht verringert wird. Es gibt Hinweise darauf, dass die Gesamtzahl der Suizide sowie die Zahl der assistierten Suizide durch die Legalisierung erhöht wird.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Personen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids **soll** proaktiv Hilfe und Beratung ohne Zielerwartung über ihre Anliegen, ihre Probleme und ihre Leiden angeboten werden.

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Ein Register zur verpflichtenden strukturierten Erfassung assistierter Suizide **soll** eingerichtet werden.

1. Erfassung und Diagnostik

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, **soll** ein professionelles Gespräch angeboten werden

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Pateint:innen
Intervention: strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu suizidalem Erleben, Verhalten
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidevorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	5,5 (CI 95% 3,9 — 7,9) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend	Der positive prädiktive Wert von Skalen für die Vorhersage von Suizid war 5.5 % (95% KI [3.9-7.9%], dies gibt die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen. [1]	Wahrscheinlichkeit an tatsächlich Suizid zu begehen bei einem positiven Testergebnis.(Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	35,9 (CI 95% 25,8 — 47,4) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen.	Für Selbstverletzung plus Suizid lag der positive prädiktive Wert bei 35.9% (95% KI [25.8-47.4%] (Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Modelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,7 (CI 95% 6,7 — 8,8) Basierend auf Daten von Patienten und 86 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Suizidvorhersage durch Suizidvorhersage-modelle betrug 7,7 (95 % KI 6,7-8,8) bei hoher Heterogenität zwischen den Studien. Maschinelles Lernen war mit einer nicht signifikant höheren Odds Ratio von 11.6 (95% CI 6.0–22.3) und klinisches Urteilsvermögen mit einer nicht signifikant niedrigeren Odds Ratio von (95% CI 2.1–10.9) verbunden (Corke et al., 2021). (Es wurden 102 Suizidvorhersage-modelle untersucht.)
Suizidvorhersage durch Risikomodelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,1 (CI 95% 4,2 — 12,2) Basierend auf Daten von 1.716 Patienten und 17 Studien. (Beobachtungsstudien)			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Studien, die Hochrisikomodelle für stationären Suizid berichteten, betrug 7,1 [95 % Konfidenzintervall (CI) 4,2-12,2]. Die Heterogenität zwischen den Studien bei den ORs war sehr hoch (Large et al., 2018).
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Moderat** Keine Angabe zur Zahl der Patient*Innen [2]	Die Sensitivität der Suizidrisikoscreeningtools der einzelnen Studien lag zwischen 50 % und 100 %, die Spezifität zwischen 58,8

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					% und 96 % (Lowry et al., 2024). (Keine Angabe zur Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch die Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala (Metaanalyse)	Odds ratio 3,39 (CI 95% 1,29 — 8,88) Basierend auf Daten von 2.559 Patienten und 4 Studien.			**Niedrig** Bewertungskriterien wurden nicht angegeben. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Für die Suizidvorhersage durch die Skala lag die gepoolte Sensitivität bei 0,80 [95% Konfidenzintervall (CI) 0,68-0,90], die gepoolte Spezifität bei 0,42 (95% CI 0,41-0,44) und die gepoolte diagnostische Odds Ratio bei 3,39 (95% CI 1,29-8,88) (McMillen et al., 2007). (Insgesamt 10 Studien, die eingeschlossen wurden. 4 Studien zur Suizidvorhersage.)
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben.	Es wurden drei Studien einbezogen, die auf Suizidgedanken untersuchten. Die meisten Screening-Instrumente wiesen eine Sensitivität und Spezifität von über 0,80 für mindestens einen angegebenen Cutoff-Wert auf. Allerdings gab es keine Replikation eines Instruments, und zwei der drei Studien umfassten nur drei Personen bzw. zwölf Personen mit Suizidgedanken oder einem sehr hohen Risiko gemäß den Referenzstandards (O'Connor et al., 2023).
Vorhersage von Suizidversuchen oder Selbstverletzung durch Skalen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Niedrig** Keine Angabe zu Anzahl der Patient*Innen. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für die Vorhersage von Selbstverletzung oder Suizidversuchen lag die Sensitivität der Skalen zwischen 6% (95% CI 5% bis 6%) und 97% (CI 95% 94% bis 98%). Der positive prädiktive Wert (PPV) reichte von 5 % (95 % CI 3 % bis 9 %) bis 84 % (95 % CI 80 % bis 87 %). Die diagnostische Odds Ratio reichte von 1,01 (95% CI 0,434 bis 2,5) bis 16,3 (95%CI 12,5 bis 21,4) (Quinlivan et al, 2016). (Keine Angabe zu Anzahl

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 38 Studien.			**Hoch**	Die meisten Instrumente zeigten einen minimalen Nutzen zur Erkennung oder zum Ausschluss eines Suizidrisikos mit einem Likelihood Ratio (LR) +≤ 2,0 und LR -≥ 0,5. Einige wenige Instrumente hatten einen hohen Nutzen für die Verbesserung der Risikoerkennung in der Notaufnahme, in stationären psychiatrischen Einrichtungen und in Gefängnissen, wenn die Patienten eine Punktzahl oberhalb des Grenzwertes (LR+ > 10) erreichten (Riblet et al., 2022). (Keine Angabe zu Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizid hatte die Beck Hopelessness Scale eine Sensitivität von 89 % (78-95) und eine Spezifität von 42 % (40-43) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die SAD PERSONS Scale eine Sensitivität von 15% (95% CI 8-24) und eine Spezifität von 97% (96-98) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die Manchester Self-Harm Rule (MSHR) eine Sensitivität von 97% (97-97) und eine Spezifität von 20% (20-21). ReACT, eine Abwandlung der MSHR, wies eine ähnlich

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					niedrige Spezifität auf, ebenso wie die Sodersjukhuset Self Harm Rule (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Suizidvorhersage durch Screenings (Systematischer Review)	Relatives Risiko -2,35 (CI 95% -4,06 — -0,65) Basierend auf Daten von 6.290 Patienten und 19 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf das Suizidrisiko berichteten keine Studien über direkte Vorteile des Screenings für die Gesundheitsergebnisse, und 2 RCTs (n = 2675) berichteten über keine Schäden durch das Screening. Eine Studie (n = 581) berichtete über eine Sensitivität des Screenings zwischen 0,87 und 0,91; die Spezifität betrug 0,60 (Viswanathan, et al. 2022).

1, 2. **Risiko für Bias: schwerwiegend.**

Referenzen

271. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. BJPsych open 2021;7(1):e26 Pubmed Journal

459. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(6):387-395 Pubmed Journal

460. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychological medicine 2018;48(7):1119-1127 Pubmed Journal

461. Lowry NJ, Goger P, Hands Ruz M, Ye F, Cha CB. Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

462. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychological medicine 2007;37(6):769-78 Pubmed

463. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2023;329(23):2068-2085 Pubmed Journal

464. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. BMJ open 2016;6(2):e009297 Pubmed Journal

465. Riblet NB, Matsunaga S, Lee Y, Young-Xu Y, Shiner B, Schnurr PP, et al. Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;84(1) Pubmed Journal

466. Runeson BO, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PloS one 2017;12(7):e0180292 Pubmed Journal

467. Viswanathan M, Wallace IF, Cook Middleton J, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children

and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2022;328(15):1543-1556 Pubmed Journal

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, **können** in Ergänzung zum professionellen Gespräch validierte Fragebögen/Ratingskalen/strukturierte Interviews zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten sowie zur Erfassung suizidassoziierter Konstrukte angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Pateint:innen
Intervention: strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu suizidalem Erleben, Verhalten
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidevorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	5,5 (CI 95% 3,9 — 7,9) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen. [1]	Der positive prädiktive Wert von Skalen für die Vorhersage von Suizid war 5.5 % (95% KI [3.9-7.9%], dies gibt die Wahrscheinlichkeit an tatsächlich Suizid zu begehen bei einem positiven Testergebnis.(Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	35,9 (CI 95% 25,8 — 47,4) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen.	Für Selbstverletzung plus Suizid lag der positive prädiktive Wert bei 35.9% (95% KI [25.8-47.4%] (Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Modelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,7 (CI 95% 6,7 — 8,8) Basierend auf Daten von Patienten und 86 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Suizidvorhersage durch Suizidvorhersage-modelle betrug 7,7 (95 % KI 6,7-8,8) bei hoher Heterogenität zwischen den Studien. Maschinelles Lernen war mit einer nicht signifikant höheren Odds Ratio von 11.6 (95% CI 6.0–22.3) und klinisches Urteilsvermögen mit einer nicht signifikant niedrigeren Odds Ratio von (95% CI 2.1–10.9) verbunden (Corke et al., 2021). (Es wurden 102 Suizidvorhersage-modelle untersucht.)
Suizidvorhersage durch Risikomodelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,1 (CI 95% 4,2 — 12,2) Basierend auf Daten von 1.716 Patienten und 17 Studien. (Beobachtungsstudien)			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Studien, die Hochrisikomodelle für stationären Suizid berichteten, betrug 7,1 [95 % Konfidenzintervall (CI) 4,2-12,2]. Die Heterogenität zwischen den Studien bei den ORs war sehr hoch (Large et al., 2018).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Moderat** Keine Angabe zur Zahl der Patient*Innen [2]	Die Sensitivität der Suizidrisikoscreeningtools der einzelnen Studien lag zwischen 50 % und 100 %, die Spezifität zwischen 58,8 % und 96 % (Lowry et al., 2024). (Keine Angabe zur Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch die Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala (Metaanalyse)	Odds ratio 3,39 (CI 95% 1,29 — 8,88) Basierend auf Daten von 2.559 Patienten und 4 Studien.			**Niedrig** Bewertungskriterien wurden nicht angegeben. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Für die Suizidvorhersage durch die Skala lag die gepoolte Sensitivität bei 0,80 [95% Konfidenzintervall (CI) 0,68-0,90], die gepoolte Spezifität bei 0,42 (95% CI 0,41-0,44) und die gepoolte diagnostische Odds Ratio bei 3,39 (95% CI 1,29-8,88) (McMillen et al., 2007). (Insgesamt 10 Studien, die eingeschlossen wurden. 4 Studien zur Suizidvorhersage.)
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben.	Es wurden drei Studien einbezogen, die auf Suizidgedanken untersuchten. Die meisten Screening-Instrumente wiesen eine Sensitivität und Spezifität von über 0,80 für mindestens einen angegebenen Cutoff-Wert auf. Allerdings gab es keine Replikation eines Instruments, und zwei der drei Studien umfassten nur drei Personen bzw. zwölf Personen mit Suizidgedanken oder einem sehr hohen Risiko gemäß den Referenzstandards (O'Connor et al., 2023).
Vorhersage von Suizidversuchen oder Selbstverletzung durch Skalen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Niedrig** Keine Angabe zu Anzahl der Patient*Innen. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für die Vorhersage von Selbstverletzung oder Suizidversuchen lag die Sensitivität der Skalen zwischen 6% (95% CI 5% bis 6%) und 97% (CI 95% 94% bis 98%). Der positive prädiktive Wert (PPV) reichte von 5 % (95 % CI 3 % bis 9 %) bis 84 % (95 % CI 80 % bis 87 %). Die diagnostische Odds Ratio

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					reichte von 1,01 (95% CI 0,434 bis 2,5) bis 16,3 (95%CI 12,5 bis 21,4) (Quinlivan et al, 2016). (Keine Angabe zu Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 38 Studien.			**Hoch**	Die meisten Instrumente zeigten einen minimalen Nutzen zur Erkennung oder zum Ausschluss eines Suizidrisikos mit einem Likelihood Ratio (LR) +≤ 2,0 und LR -≥ 0,5. Einige wenige Instrumente hatten einen hohen Nutzen für die Verbesserung der Risikoerkennung in der Notaufnahme, in stationären psychiatrischen Einrichtungen und in Gefängnissen, wenn die Patienten eine Punktzahl oberhalb des Grenzwertes (LR+ > 10) erreichten (Riblet et al., 2022). (Keine Angabe zu Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizid hatte die Beck Hopelessness Scale eine Sensitivität von 89 % (78-95) und eine Spezifität von 42 % (40-43) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die SAD PERSONS Scale eine Sensitivität von 15% (95% CI 8-24) und eine Spezifität von 97% (96-98) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente	Basierend auf Daten von			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die Manchester Self-Harm Rule

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)	Patienten und 5 Studien.				(MSHR) eine Sensitivität von 97% (97-97) und eine Spezifität von 20% (20-21). ReACT, eine Abwandlung der MSHR, wies eine ähnlich niedrige Spezifität auf, ebenso wie die Sodersjukhuset Self Harm Rule (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Suizidvorhersage durch Screenings (Systematischer Review)	Relatives Risiko -2,35 (CI 95% -4,06 — -0,65) Basierend auf Daten von 6.290 Patienten und 19 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf das Suizidrisiko berichteten keine Studien über direkte Vorteile des Screenings für die Gesundheitsergebnisse, und 2 RCTs (n = 2675) berichteten über keine Schäden durch das Screening. Eine Studie (n = 581) berichtete über eine Sensitivität des Screenings zwischen 0,87 und 0,91; die Spezifität betrug 0,60 (Viswanathan, et al. 2022).

1, 2. **Risiko für Bias: schwerwiegend.**

Referenzen

271. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. BJPsych open 2021;7(1):e26 Pubmed Journal

459. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(6):387-395 Pubmed Journal

460. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychological medicine 2018;48(7):1119-1127 Pubmed Journal

461. Lowry NJ, Goger P, Hands Ruz M, Ye F, Cha CB. Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

462. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychological medicine 2007;37(6):769-78 Pubmed

463. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2023;329(23):2068-2085 Pubmed Journal

464. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. BMJ open 2016;6(2):e009297 Pubmed Journal

465. Riblet NB, Matsunaga S, Lee Y, Young-Xu Y, Shiner B, Schnurr PP, et al. Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;84(1) Pubmed Journal

466. Runeson BO, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PloS one 2017;12(7):e0180292 Pubmed Journal

467. Viswanathan M, Wallace IF, Cook Middleton J, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2022;328(15):1543-1556 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bei Personen, bei denen Fragebögen/ Ratingskalen/ strukturierten Interviews eingesetzt werden, **soll** eine darauf basierende Risikostratifizierung („hohes Risiko“ vs. „moderates Risiko“ vs. „niedriges Risiko“) nur in Kontext mit dem professionellen Gespräch genutzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Pateint:innen
Intervention: strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu suizidalem Erleben, Verhalten
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidevorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	5,5 (CI 95% 3,9 — 7,9) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen. [1]	Der positive prädiktive Wert von Skalen für die Vorhersage von Suizid war 5.5 % (95% KI [3.9-7.9%], dies gibt die Wahrscheinlichkeit an tatsächlich Suizid zu begehen bei einem positiven Testergebnis.(Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Skalen (Metaanalyse)	35,9 (CI 95% 25,8 — 47,4) Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine Angabe zu der Anzahl der Patient*Innen.	Für Selbstverletzung plus Suizid lag der positive prädiktive Wert bei 35.9% (95% KI [25.8-47.4%] (Carter et al., 2017). (Keine Angabe zu der Anzahl der Patienten)
Suizidvorhersage durch Modelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,7 (CI 95% 6,7 — 8,8) Basierend auf Daten von Patienten und 86 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Suizidvorhersage durch Suizidvorhersage-modelle betrug 7,7 (95 % KI 6,7-8,8) bei hoher Heterogenität zwischen den Studien. Maschinelles Lernen war mit einer nicht signifikant höheren Odds Ratio von 11.6 (95% CI 6.0–22.3) und klinisches Urteilsvermögen mit einer nicht signifikant niedrigeren Odds Ratio von (95% CI 2.1–10.9) verbunden (Corke et al., 2021). (Es wurden 102 Suizidvorhersage-modelle untersucht.)
Suizidvorhersage durch Risikomodelle (Metaanalyse)	Odds ratio 7,1 (CI 95% 4,2 — 12,2) Basierend auf Daten von 1.716 Patienten und 17 Studien. (Beobachtungsstudien)			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio der Studien, die Hochrisikomodelle für stationären Suizid berichteten, betrug 7,1 [95 % Konfidenzintervall (CI) 4,2-12,2]. Die Heterogenität zwischen den Studien bei den ORs war sehr hoch (Large et al., 2018).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Moderat** Keine Angabe zur Zahl der Patient*Innen [2]	Die Sensitivität der Suizidrisikoscreeningtools der einzelnen Studien lag zwischen 50 % und 100 %, die Spezifität zwischen 58,8 % und 96 % (Lowry et al., 2024). (Keine Angabe zur Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch die Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala (Metaanalyse)	Odds ratio 3,39 (CI 95% 1,29 — 8,88) Basierend auf Daten von 2.559 Patienten und 4 Studien.			**Niedrig** Bewertungskriterien wurden nicht angegeben. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Für die Suizidvorhersage durch die Skala lag die gepoolte Sensitivität bei 0,80 [95% Konfidenzintervall (CI) 0,68-0,90], die gepoolte Spezifität bei 0,42 (95% CI 0,41-0,44) und die gepoolte diagnostische Odds Ratio bei 3,39 (95% CI 1,29-8,88) (McMillen et al., 2007). (Insgesamt 10 Studien, die eingeschlossen wurden. 4 Studien zur Suizidvorhersage.)
Suizidvorhersage durch Risikoscreening (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben.	Es wurden drei Studien einbezogen, die auf Suizidgedanken untersuchten. Die meisten Screening-Instrumente wiesen eine Sensitivität und Spezifität von über 0,80 für mindestens einen angegebenen Cutoff-Wert auf. Allerdings gab es keine Replikation eines Instruments, und zwei der drei Studien umfassten nur drei Personen bzw. zwölf Personen mit Suizidgedanken oder einem sehr hohen Risiko gemäß den Referenzstandards (O'Connor et al., 2023).
Vorhersage von Suizidversuchen oder Selbstverletzung durch Skalen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Niedrig** Keine Angabe zu Anzahl der Patient*Innen. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für die Vorhersage von Selbstverletzung oder Suizidversuchen lag die Sensitivität der Skalen zwischen 6% (95% CI 5% bis 6%) und 97% (CI 95% 94% bis 98%). Der positive prädiktive Wert (PPV) reichte von 5 % (95 % CI 3 % bis 9 %) bis 84 % (95 % CI 80 % bis 87 %). Die diagnostische Odds Ratio

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					reichte von 1,01 (95% CI 0,434 bis 2,5) bis 16,3 (95%CI 12,5 bis 21,4) (Quinlivan et al, 2016). (Keine Angabe zu Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 38 Studien.			**Hoch**	Die meisten Instrumente zeigten einen minimalen Nutzen zur Erkennung oder zum Ausschluss eines Suizidrisikos mit einem Likelihood Ratio (LR) +≤ 2,0 und LR -≥ 0,5. Einige wenige Instrumente hatten einen hohen Nutzen für die Verbesserung der Risikoerkennung in der Notaufnahme, in stationären psychiatrischen Einrichtungen und in Gefängnissen, wenn die Patienten eine Punktzahl oberhalb des Grenzwertes (LR+ > 10) erreichten (Riblet et al., 2022). (Keine Angabe zu Anzahl der Patienten.)
Suizidvorhersage durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizid hatte die Beck Hopelessness Scale eine Sensitivität von 89 % (78-95) und eine Spezifität von 42 % (40-43) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die SAD PERSONS Scale eine Sensitivität von 15% (95% CI 8-24) und eine Spezifität von 97% (96-98) (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Vorhersage von Suizidversuchen durch Instrumente	Basierend auf Daten von			Unbekannt	Für die Vorhersage von Suizidversuchen hatte die Manchester Self-Harm Rule

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu su	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)	Patienten und 5 Studien.				(MSHR) eine Sensitivität von 97% (97-97) und eine Spezifität von 20% (20-21). ReACT, eine Abwandlung der MSHR, wies eine ähnlich niedrige Spezifität auf, ebenso wie die Sodersjukhuset Self Harm Rule (Runeson et al., 2017). (21 Studien, die 15 Risikobewertungs-instrumente untersuchen, Metaanalyse zu 5 Instrumenten.)
Suizidvorhersage durch Screenings (Systematischer Review)	Relatives Risiko -2,35 (CI 95% -4,06 — -0,65) Basierend auf Daten von 6.290 Patienten und 19 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf das Suizidrisiko berichteten keine Studien über direkte Vorteile des Screenings für die Gesundheitsergebnisse, und 2 RCTs (n = 2675) berichteten über keine Schäden durch das Screening. Eine Studie (n = 581) berichtete über eine Sensitivität des Screenings zwischen 0,87 und 0,91; die Spezifität betrug 0,60 (Viswanathan, et al. 2022).

1, 2. **Risiko für Bias: schwerwiegend.**

Referenzen

271. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. BJPsych open 2021;7(1):e26 Pubmed Journal

459. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(6):387-395 Pubmed Journal

460. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychological medicine 2018;48(7):1119-1127 Pubmed Journal

461. Lowry NJ, Goger P, Hands Ruz M, Ye F, Cha CB. Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

462. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychological medicine 2007;37(6):769-78 Pubmed

463. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2023;329(23):2068-2085 Pubmed Journal

464. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. BMJ open 2016;6(2):e009297 Pubmed Journal

465. Riblet NB, Matsunaga S, Lee Y, Young-Xu Y, Shiner B, Schnurr PP, et al. Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;84(1) Pubmed Journal

466. Runeson BO, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PloS one 2017;12(7):e0180292 Pubmed Journal

467. Viswanathan M, Wallace IF, Cook Middleton J, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2022;328(15):1543-1556 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität **sollen** auf suizidales Erleben und Verhalten proaktiv angesprochen werden (siehe Kapitel 2 Risikofaktoren)

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Um zu einer zuverlässigen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zu kommen, **sollen** mit Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität wiederholt Gespräche geführt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Patient:innen
Intervention: Wiederholte Gespräche
Vergleichsintervention: Keine wiederholten Gespräche

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Um zu einer zuverlässigen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zu kommen, **sollen** Aus-/Fort- und Weiterbildungen und (fallbasierte) Supervisionen durchgeführt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Patient:innen
Intervention: Systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Aufnahmen von Jugendlichen/ jungen Erwachsenen	Basierend auf Daten von 682 Patienten und 1 Studien.	**0** pro 100 Differenz:	**10** pro 100 **10 weniger pro 100** 4 weniger — 16 weniger	**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Innovationen bei der Notfalltriage reduzierten die Einweisungen zwischen 4 und 16 %, einschließlich multidisziplinärem Personal und Schulungen zur psychiatrischen Beurteilung (F(3,42) = 4,6, P< 0,05, N= 682) (Otis et al., 2023)
Bewusstsein für Suizidalität bei Mitarbeitenden (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Hoch**	Face-to-Face-Gruppentrainings und Aufklärungsprogramme, digitale oder Online-Aufklärungsprogramme und eine Aufklärungsposter-Kampagne gehörten zu den Strategien, die zur Förderung des Bewusstseins für Suizid- und Selbstverletzungsrisiken eingesetzt wurden, wobei die meisten von ihnen nur geringfügig erfolgreich waren. (Dillon et al., 2020)
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suiziden vor. Ärzte in der Primärversorgung und anderen nicht-psychiatrischen Einrichtungen sehen 45 %

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	der zukünftigen Suizid-Toten in den 30 Tagen vor dem Suizid und 77 % innerhalb von 12 Monaten vor dem Suizid, also etwa doppelt so viele wie psychiatrische Fachkräfte. Daher kann die Ausbildung von Ärzten, die keine Psychiater sind, mehr Suizide verhindern als die Weiterbildung von Psychiatern. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe durch Psychiater hat die Suizidraten, die nicht tödlichen Suizidversuche und die Suizidgedanken gesenkt. (Mann et al., 2021)
Risikobewertung Suizide (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Die Ergebnisse von RCTs, Nicht-RCTs und PPT-Studien deuten auf einen potenziellen Nutzen des Einsatzes von Simulationen hin, insbesondere im Hinblick auf kurzfristige Veränderungen der Einstellungen (unmittelbar bis vier Monate nach der Schulung) und in gewissem Maße auf eine Verbesserung der Fähigkeiten, des Wissens und der Verhaltensweisen (Richard et al, 2023)
Sicherheit im Umgang mit Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 15 Studien.			**Moderat** Studienauswahl Datenextraktion wurden nur teilweise durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulungen wurden mit einer Verbesserung der Kenntnisse des Personals vor und nach der Schulung in Verbindung gebracht, weniger konsequent mit einer Verbesserung der Fähigkeiten, der Einstellung und des Vertrauens. Zu den Ergebnissen für die Patienten gab es keine Belege. Interventionen auf Patientenebene, die gängige Strategien zur

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidprävention - Sicherheitsplanung und Follow-up-Kontakte - beinhalten, wurden durchweg mit einem Rückgang der Suizidversuche vor und nach der Behandlung in Verbindung gebracht. Die Auswirkungen auf die Behandlungsbereitschaft und die Einweisung in die Psychiatrie waren unklar. (Zarska et al., 2023)
Reaktion auf Suizidalität durch Hausärzte 6 Wochen	Gemessen mit: (General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D) and Depressive Symptom Inventory - Suicidality Subscale (DSI-SS) Höher ist besser Basierend auf Daten von 423 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 6 Wochen.	**1** (Mittelwert) Differenz:	**3,95** (Mittelwert) **MD 3,95 mehr** (CI 95% 1,58 mehr — 9,89 mehr)	**Moderat** Studienauswahl Datenextraktion wurden nur teilweise durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einer RCT) (Zarska et al., 2023)

Referenzen

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

50. Richard O, Jollant F, Billon G, Attoe C, Vodovar D, Piot M-A. Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. Medical education online 2023;28(1):2199469 Pubmed Journal

109. Dillon CB, Saab MM, Meehan E, Goodwin MJ, Murphy M, Heffernan MS, et al. Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. Journal of affective disorders 2020;276:898-906 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

268. Otis M, Barber S, Amet M, Nicholls D. Models of integrated care for young people experiencing medical emergencies related to mental illness: a realist systematic review. European child & adolescent psychiatry 2023;32(12):2439-2452 Pubmed Journal

468. Zarska A, Barnicot K, Lavelle M, Dorey T, McCabe R. A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2023;27(3):829-850 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Bei erwachsenen Personen mit erhärtetem Verdacht auf Suizidalität **sollten** An- und Zugehörige / Bezugspersonen / das soziale Umfeld zur zuverlässigen Einschätzung des suizidalen Erlebens und Verhaltens einbezogen werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Patient:innen
Intervention: Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Ländersuizidraten (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 63 Studien.			**Hoch**	Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den durchschnittlichen rohen Suizidraten der Weltgesundheits-organisation für Länder festgestellt, die nur eine, zwei oder alle drei Kategorien von familienbasierten Empfehlungen enthielten.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Es wurde jedoch eine geringere Streuung der Suizidraten festgestellt, wenn die Leitlinienempfehlungen alle drei Kategorien umfassten (mittlere rohe Suizidraten für eine Kategorie: 11,09 (s.d. = 5,71); für zwei Kategorien: 13,42 (s.d. = 7,76); für drei Kategorien: 10,68 (s.d. = 5,20); P = 0,478)

Referenzen

269. Panesar B, Soni D, Khan MI, Bdair F, Holek M, Tahir T, et al. National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: systematic review. BJPsych open 2022;8(2):e54 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Bei Minderjährigen **sollen** die sorgeberechtigte(n) Person(en) standardmäßig zur zuverlässigen Einschätzung des suizidalen Erlebens und Verhaltens und im Hinblick auf eine gute Nachsorge und Prophylaxe einbezogen werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden: Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wertvorstellungen und Präferenzen: Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Patient:innen
Intervention: Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Ländersuizidraten (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 63 Studien.			**Hoch**	Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den durchschnittlichen rohen Suizidraten der Weltgesundheits-organisation für Länder festgestellt, die nur eine, zwei oder alle drei Kategorien von familienbasierten Empfehlungen enthielten. Es wurde jedoch eine geringere Streuung der Suizidraten festgestellt, wenn die Leitlinienempfehlungen alle drei Kategorien umfassten (mittlere rohe Suizidraten für eine Kategorie: 11,09 (s.d. = 5,71); für zwei Kategorien: 13,42 (s.d. = 7,76); für drei Kategorien: 10,68 (s.d. = 5,20); P = 0,478)

Referenzen

269. Panesar B, Soni D, Khan MI, Bdair F, Holek M, Tahir T, et al. National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: systematic review. BJPsych open 2022;8(2):e54 Pubmed Journal

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Bei Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität sowie Personen, bei denen sich der Verdacht bereits erhärtet hat, **soll** künstliche Intelligenz **nicht** anstelle des Standard of Care zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens genutzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substantielle Schäden
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Potenziell suizidale Patient:innen
Intervention: Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten Diagnoseverfahren
Vergleichsintervention: Standard of Care

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Vorhersage von Suiziden (Meta-Analyse)	Odds ratio 7,7 (CI 95% 6,7 — 8,8) Basierend auf Daten von 20.210.400 Patienten und 86 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Odds Ratio betrug 7,7 (95 % KI 6,7–8,8) bei hoher Heterogenität zwischen den Studien (I 2 = 99,5). Maschinelles Lernen war mit einer nicht signifikant höheren Odds Ratio von 11,6 (95 % KI 6,0–22,3) und klinische Beurteilung mit einer nicht signifikant niedrigeren Odds Ratio von 4,7 (95 % KI 2,1–10,9) assoziiert (Corke et al., 2021).
Vorhersage von	Odds ratio 13,84			**Moderat**	Die vorliegende Arbeit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	(CI 95% 11,95 — 16,03) Basierend auf Daten von Patienten und 124 Studien.			Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	vergleicht weithin erforschte Theorien über Suizide (d. h. die bio-soziale, die biologische, die Ideation-to-Action- und die Hoffnungslosigkeitstheorie) direkt mit Modellen des maschinellen Lernens und vergleicht die Genauigkeit der beiden unterschiedlichen Ansätze. Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass die Vorhersage von Suizidfolgen bei allen theoretisch begründeten Modellen suboptimal ist. Unter den Suizidtheorien lieferten die Theorien des Ideation-to-Action-Rahmens die genaueste Vorhersage der Suizidfolgen. Im Vergleich zu den theoretischen Modellen lieferten die Modelle des maschinellen Lernens eine bessere Vorhersage von Suizidgedanken, -versuchen und -tod. (Schafer et al., 2021)
Vorhersage von Suizidversuchen (Meta-Analyse)	Odds ratio 99,01 (CI 95% 69,1 — 142,54) Basierend auf Daten von Patienten und 124 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die vorliegende Arbeit vergleicht weithin erforschte Theorien über Suizide (d. h. die bio-soziale, die biologische, die Ideation-to-Action- und die Hoffnungslosigkeitstheorie) direkt mit Modellen des maschinellen Lernens und vergleicht die Genauigkeit der beiden unterschiedlichen Ansätze. Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass die Vorhersage von Suizidfolgen bei allen theoretisch begründeten Modellen suboptimal ist. Unter den Suizidtheorien lieferten die Theorien des Ideation-to-Action-Rahmens die genaueste Vorhersage der Suizidfolgen. Im Vergleich zu den theoretischen Modellen lieferten die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Modelle des maschinellen Lernens eine bessere Vorhersage von Suizidgedanken, -versuchen und -tod. (Schafer et al., 2021)
Vorhersage von Suiziden (Meta-Analyse)	Odds ratio 17,29 (CI 95% 12,85 — 23,27) Basierend auf Daten von Patienten und 124 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die vorliegende Arbeit vergleicht weithin erforschte Theorien über Suizide (d. h. die bio-soziale, die biologische, die Ideation-to-Action- und die Hoffnungslosigkeitstheorie) direkt mit Modellen des maschinellen Lernens und vergleicht die Genauigkeit der beiden unterschiedlichen Ansätze. Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass die Vorhersage von Suizidfolgen bei allen theoretisch begründeten Modellen suboptimal ist. Unter den Suizidtheorien lieferten die Theorien des Ideation-to-Action-Rahmens die genaueste Vorhersage der Suizidfolgen. Im Vergleich zu den theoretischen Modellen lieferten die Modelle des maschinellen Lernens eine bessere Vorhersage von Suizidgedanken, -versuchen und -tod. (Schafer et al., 2021)
Vorhersage der Suizidalität bei bipolarer Störung (Systeamtischer Review)	Höher ist besser Basierend auf Daten von 5.558 Patienten und 10 Studien.		(0,71 Größer — 0,99 Größer)	**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Nutzung einer Künstlichen Intelligenz oder eines computergestützten Diagnoseverfahrens haben wahrscheinlich wenig oder keinen Einfluss auf die Vorhersage auf die Suizidalität bei Bipolarer Störung. (Amanollahi et al., 2024)
Vorhersage der Suizidalität: Strukturierte vs Unstukturierte Daten (Meta-	Höher ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.	**0,87** (Mittelwert)	**0,86** (Mittelwert) CI 95%	**Niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl	Ziel dieser systematischen Überprüfung und Meta-Analyse war es, die aktuelle Forschung zu Datenquellen für die ML-Vorhersage des

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analysis)				wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben.	Suizidrisikos zusammenzufassen, wobei die Ergebnisse zwischen strukturierten Daten (von Menschen interpretierbar, z. B. psychometrische Instrumente) und unstrukturierten Daten (nur maschinell interpretierbar, z. B. elektronische Gesundheitsakten) einbezogen und verglichen wurden. Die Studien zeigten insgesamt eine gute Genauigkeit bei der Vorhersage des Suizidrisikoverhaltens. Strukturierte Daten und unstrukturierte Daten zeigten laut Meta-Analyse eine ähnliche Ergebnisgenauigkeit, trotz unterschiedlicher Mengen und Arten von Eingabedaten. (Hopkins et al., 2022)
Vorhersage der Suizidalität (Meta-Analyse)	Höher ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 56 Studien.	Differenz:	**MD 0,66 kleiner** (CI 95% 0,6 kleiner — 0,72 kleiner)	**Hoch**	In dieser systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse wurde die Leistung von Modellen des maschinellen Lernens bei der Vorhersage von Längsschnitt-Ergebnissen im Zusammenhang mit Suizidgedanken, -versuchen bewertet und die Ergebnisse, Daten und Modelltypen als potenzielle Kovariaten der Modellleistung untersucht. Die Leistung der Modelle war sehr unterschiedlich; Metaregressionen erbrachten jedoch keine Hinweise darauf, dass die Leistung je nach Ergebnis, Daten oder Modelltyp variierte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass maschinelles Lernen das Potenzial hat, die Erkennung des Suizidrisikos zu verbessern, wobei gepoolte Schätzungen der Leistung des maschinellen Lernens mit der Leistung herkömmlicher

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Standard of Care	**Intervention** Nutzung einer künstlichen Intelligenz/ eines computergestützten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidvorhersagemodelle vergleichbar sind. (Kusuma et al., 2022)

Referenzen

270. Amanollahi M, Jameie M, Looha MA, A Basti F, Cattarinussi G, Moghaddam HS, et al. Machine learning applied to the prediction of relapse, hospitalization, and suicide in bipolar disorder using neuroimaging and clinical data: A systematic review. Journal of affective disorders 2024;361:778-797 Pubmed Journal

271. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. BJPsych open 2021;7(1):e26 Pubmed Journal

272. Hopkins D, Rickwood DJ, Hallford DJ, Watsford C. Structured data vs. unstructured data in machine learning prediction models for suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in digital health 2022;4:945006 Pubmed Journal

273. Kusuma K, Larsen M, Quiroz JC, Gillies M, Burnett A, Qian J, et al. The performance of machine learning models in predicting suicidal ideation, attempts, and deaths: A meta-analysis and systematic review. Journal of psychiatric research 2022;155:579-588 Pubmed Journal

274. Schafer KM, Kennedy G, Gallyer A, Resnik P. A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis. PloS one 2021;16(4):e0249833 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Das Ansprechen von suizidalem Erleben und Verhalten erhöht das Suizidrisiko nicht. Patient*Innen mit Hinweis auf einen psychisch belasteten Zustand und/ oder Anhaltspunkten für eine mögliche Suizidalität bzw. mit krisenhaft erlebten Situationen **sollen** proaktiv auf suizidales Erleben und Verhalten angesprochen und ggf. mit ihnen darüber gesprochen werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität
Vergleichsintervention: Kein proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Intervention** Proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,13 Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Exposition gegenüber suizidbezogenen Inhalten führte zu einer signifikanten, wenn auch geringen Verringerung der Suizidgedanken (g = -,13, p < .001). Die Verringerung der Suizidgedanken wurde durch das Alter moderiert, so dass Jugendliche eine fast doppelt so große Verringerung der Suizidgedanken von vor bis nach der Exposition aufwiesen wie Erwachsene (Blades et al., 2018).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,71 Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Exposition gegenüber suizidbezogenen Inhalten führte zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit, sich suizidal zu verhalten (OR = .714, p < .05). Die bisherigen Erkenntnisse deuten also darauf hin, dass die Befragung von Forschungsteilnehmern zum Thema Suizid das Risiko nicht erhöht und möglicherweise mit einem geringen Nutzen verbunden ist (Blades et al., 2018)
Suizidgedanken bei Behandlung von	Odds ratio 2,46 (CI 95% 0,64 — 9,51)			**Moderat** Indirektheit	Iatrogenes Suizidrisiko bei KVT von PTBS bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Intervention** Proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
PTBS mit CPT bei Mitgliedern des Militärs	Basierend auf Daten von 108 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			Ungenauigkeit	Mitgliedern des Militärs: Beim 12-Monats-Follow-up unterschied sich der Anteil der Teilnehmer, die über Suizidgedanken berichteten, bei der Gruppen-kognitive Verarbeitungstherapie – kognitive Version (CPT-C) (12 Monate, OR = 2,46 [0,64, 9,51], P = 0,543) nicht von den Werten vor der Behandlung (Bryan et al. 2016)
Suizidgedanken bei Behandlung von PTBS mit PCT bei Mitgliedern des Militärs	Odds ratio 2,46 (CI 95% 0,64 — 9,51) Basierend auf Daten von 108 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Iatrogenes Suizidrisiko bei KVT von PTBS bei Mitgliedern des Militärs: Beim 12-Monats-Follow-up unterschied sich der Anteil der Teilnehmer, die über Suizidgedanken berichteten, bei der Gruppenbasierte gegenwartsorientierte Therapie (PCT) (12 Monate, OR = 0,74 [0,17, 3,17], P = 0,742) nicht von den Werten vor der Behandlung (Bryan et al. 2016)
Suizidalität bei Behandlung von PTBS mit CPT bei Mitgliedern des Militärs	0,23 Basierend auf Daten von 108 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Iatrogenes Suizidrisiko bei KVT von PTBS bei Mitgliedern des Militärs: In der Gruppe kognitive Verarbeitungstherapie – kognitive Version (CPT-C) waren die Gesamtwerte auf der Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) beim 6-Monats-Follow-up (F[1, 7] = 5,98, P = 0,044, g = 0,23) und beim 12-Monats-Follow-up (F[1, 4] = 19,86, P = 0,011, g = 0,91) signifikant niedriger (Bryan et al. 2016)
Suizidalität bei Behandlung von PTBS mit PCT bei Mitgliedern des Militärs	0,31 Basierend auf Daten von 108 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Iatrogenes Suizidrisiko bei KVT von PTBS bei Mitgliedern des Militärs: In der Gruppenbasierte gegenwartsorientierte Therapie (PCT) waren die Gesamtwerte auf der Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) beim 6-Monats-Follow-up (F[1, 4] = 3,12, P

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Intervention** Proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					= 0,035, g = 0,31) und beim 12-Monats-Follow-up (F[1, 4] = 16,04, P = 0,016, g = 0,76) signifikant niedriger (Bryan et al. 2016)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Erfassung von Suizidalität: Kein signifikanter iatrogener Effekt auf Suizidgedanken (auch bei längeren Nachbeobachtungen), bezüglich suizidalen Verhalten kein signifikanter Effekt. (DeCou et al., 2018)
Suizidgedanken bei Jugendlichen (RCT)	Basierend auf Daten von 2.342 Patienten und 1 Studien.			**Hoch**	Screeningprogramme für Suizidalität: Schüler, die mit Suizidfragen konfrontiert wurden, gaben nach der Befragung nicht häufiger Suizidgedanken an als nicht exponierte Schüler (4,7 % bzw. 3,9 %; P = .49) (Gould et al., 2005).
Suizidalität in Singapur (RCT)	Basierend auf Daten von 259 Patienten und 1 Studien.			**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Es wurden keine Hinweise auf iatrogene Auswirkungen der Suizidbeurteilung gefunden. Es werden Empfehlungen ausgesprochen, um möglichen negativen Auswirkungen der Beurteilung auf depressive Teilnehmer/Patienten entgegenzuwirken, und und andere Betreuungspersonen werden ermutigt, mit Patienten über Suizidsymptome zu sprechen (Harris et al. 2017)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Anhand der verfügbaren Belege konnten keine schädlichen Auswirkungen des Fragens festgestellt werden. Es sind weitere RCTs mit einem geringen Verzerrungsrisiko erforderlich, um zu der sicheren Schlussfolgerung zu gelangen, dass das

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Intervention** Proaktives/ direktes Ansprechen von Suizidalität	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Fragen mittels Selbstauskunft und Interviewmethoden im Vergleich zu denjenigen, die nicht gefragt werden, nicht zu einer weiteren Verschlimmerung von Stress, suizidales Verhalten und nicht-suizidale Selbstverletzung führt (Polihronis et al. 2022)
Suizidgedanken (Review)				**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Es wurde die veröffentlichte Literatur daraufhin untersucht, ob die Frage nach Suizidgedanken bei Erwachsenen und Jugendlichen sowie bei allgemeinen und Risikopopulationen zu Suizidgedanken führt. In keiner Studie wurde ein statistisch signifikanter Anstieg der Suizidgedanken bei den Teilnehmern festgestellt, die nach Suizidgedanken gefragt wurden. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Eingeständnis von und das Sprechen über Suizid die Suizidgedanken eher verringern als verstärken (Dazzi et al. 2014)

Referenzen

158. Blades CA, Stritzke WGK, Page AC, Brown JD. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. Clinical psychology review 2018;64:1-12 Pubmed Journal

159. Bryan CJ, Clemans TA, Hernandez AM, Mintz J, Peterson AL, Yarvis JS, et al. EVALUATING POTENTIAL IATROGENIC SUICIDE RISK IN TRAUMA-FOCUSED GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF PTSD IN ACTIVE DUTY MILITARY PERSONNEL. Depression and anxiety 2016;33(6):549-57 Pubmed Journal

162. DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. Suicide & life-threatening behavior 2018;48(5):531-543 Pubmed Journal

163. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293(13):1635-43 Pubmed

164. Harris KM, Goh MT-T. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. International journal of mental health nursing 2017;26(2):181-190 Pubmed Journal

166. Polihronis C, Cloutier P, Kaur J, Skinner R, Cappelli M. What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for

Suicide Research 2022;26(2):325-347 Pubmed Journal

447. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. Psychological medicine 2014;44(16):3361-3 Pubmed Journal

2. Risikofaktoren

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht und Migration, sind wichtige Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, psychischen Erkrankungen und Migration
Vergleichsintervention:

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, ps	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizid: Laut Studie begehen Männer (36 % der Studien) und ältere

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, ps	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Menschen (28 % der Studien) häufiger Suizid (Cano-Montalban, et al., 2018)
Suizidales Verhalten (Systematischer Review)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für suizidales Verhalten: Laut Studie haben Frauen (30 % der Studien) und junge Menschen (17 % der Studien) mehr Suizidversuche und suizidales Verhalten. Arbeitslosigkeit (17 % der Studien), Leben auf dem Land (9 % der Studien), ein anderer Familienstand als die Ehe (15 % der Studien) und ein niedriger Bildungsstand (23 % der Studien) stehen ebenfalls in engem Zusammenhang mit Suizid und suizidalem Verhalten (Cano-Montalban, et al., 2018)
Suizide bei psychischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 13,1 (CI 95% 9,9 — 17,4)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Klinische Faktoren wiesen die stärksten Assoziationen mit Suizid auf, darunter jede psychische Störung (OR=13,1, 95%CI 9,9-17,4) (Favril et al., 2022).
Suizide bei einer Vorgeschichte von Selbstverletzung (Meta-Analyse)	Odds ratio 10,1 (CI 95% 6,6 — 15,6)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Klinische Faktoren wiesen die stärksten Assoziationen mit Suizid auf, darunter eine Vorgeschichte von Selbstverletzung (OR=10,1, 95%CI 6,6 bis 15,6) (Favril et al., 2022).
Suizide bei niedriger Bildung (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,7 (CI 95% 2,1 — 3,5)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Niedrige Bildung wies eine geringe Assoziation mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, ps	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizid (OR = 2,7, 95%CI 2,1-3,5) auf als klinische Faktoren (Favril et al., 2022).
Suizide bei Singles oder Unverheirateten (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,7 (CI 95% 2,1 — 3,5)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Single oder unverheiratet zu sein wies niedrigere Assoziationen mit Suizid (OR = 2,4, 95%CI 1,8-3,2) als klinische Faktoren (Favril et al., 2022).
Suizide bei nicht religiösen Menschen (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,2 (CI 95% 1,4 — 3,5)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Nicht religiös zu sein wies eine geringe Assoziation mit Suizid (OR = 2,2, 95%CI 1,4-3,5) auf als klinische Faktoren (Favril et al., 2022).
Suizide bei Menschen ohne Kinder (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,3 (CI 95% 0,9 — 1,8)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Keine Kinder zu haben wies eine geringere Assoziation mit Suizid (OR = 1,3, CI95% 0,9-1,8) auf als klinische Faktoren (Favril et al., 2022).
Suizidgedanken bei in der Heimat verbliebenen Kindern bei Migration (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,7 (CI 95% 1,28 — 2,26)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidalität: Im Vergleich zu Kindern von Nicht-Migranten hatten in der Heimat verbliebene Kinder ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken (RR 1,70, 1,28-2,26) (Fellmeth, et al., 2018).
Suizidalität beim NEET-Status (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,84 (CI 95% 2,04 — 3,95)			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidalität: Der NEET-Status (not in education, employment, or training) war mit Suizidalität (OR 2,84, KI 2,04-3,95) assoziiert (Gariépy, et al., 2022].

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, ps	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Männern (Meta-Analyse)	1,2 (CI 95% 0,5 — 1,9)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizide: Die gepoolte Prävalenz des Suizids lag bei Männern bei 1,2 % (95 % CI 0,5 %-1,9 %) (Hu et al., 2023).
Suzide bei Frauen (Meta-Analyse)	0,2 (CI 95% 0,1 — 0,3)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz des Suizids lag bei Frauen bei 0,2 % (95 % CI 0,1 %-0,3 %). Das Risiko eines Suizids zwischen den Geschlechtern war statistisch nicht signifikant (OR 0,78; 95 % CI 0,50-1,24; p = 0,298) (Hu et al., 2023) (Hu et al., 2023).
Suizidversuche bei Männern (Meta-Analyse)	16,8 (CI 95% 9 — 24,5)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidversuche: Die Gesamtprävalenz von Suizidversuchen bei Männern betrug 16,8 % (95 % CI 9,0 %-24,5 %) (Hu et al., 2023).
Suizidversuche bei Frauen (Meta-Analyse)	24,7 (CI 95% 12,4 — 37,1)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidversuche: Die Gesamtprävalenz von Suizidversuchen bei Frauen betrug 24,7 % (95 % CI 12,4 %-37,1 %). Es bestand ein statistisch signifikant höheres Risiko für Suizidversuche bei Frauen, die mit HIV leben (OR 1,34; 95 % CI 1,02-1,75; p < 0,05) (Hu et al., 2023).
Suizidgedanken bei Männern (Meta-Analyse)	18 (CI 95% 1,3 — 22,8)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidgedanken: Die Gesamtprävalenz von Suizidgedanken bei Männern betrug 18,0 % (95 % CI 13,3 %-22,8 %) (Hu et al., 2023).
Suizidgedanken bei	20,8			**Hoch**	Soziodemografische

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Soziodemografische Faktoren, insbesondere Alter, Geschlecht, ps	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Frauen (Meta-Analyse)	(CI 95% 16,4 — 25,1)				Variablen als Risikofaktor für Suizidgedanken: Die Gesamtprävalenz von Suizidgedanken bei Frauen betrug 20,8 % (95 % CI 16,4 %-25,1 %). Es bestand ein statistisch signifikant höheres Risiko für Suizidgedanken bei Frauen, die mit HIV leben (OR 1,30; 95 % CI 1,09-1,56; p < 0,05) (Hu et al., 2023).
Suizide bei älteren Menschen in ländlichen Gebieten (Meta-Analyse)	Odds ratio 3,35 (CI 95% 2,48 — 4,51)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizide: Die Suizidraten unter älteren Menschen in ländlichen Gebieten sind höher als in städtischen Gebieten (OR = 3,35; 95 % CI von 2,48 bis 4,51; I2 = 99,6 %), aber letztere sind in den letzten Jahren gestiegen (Li et al., 2019).
Suizide bei Männern (Meta-Analyse)	Hazard ratio 2,5 (CI 95% 1,8 — 3,6)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizide: Männer hatten ein höheres Risiko für einen Suizid (HR 2,50, 95% CI 1,8-3,6) als Frauen (Miranda-Mendizabal, et al., 2019).
Suizidversuche bei Frauen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,96 (CI 95% 1,54 — 2,5)			**Hoch**	Soziodemografische Variablen als Risikofaktor für Suizidversuche: Frauen hatten ein höheres Risiko für einen Suizidversuch (OR 1,96, 95% CI 1,54-2,50) als Männer (Miranda-Mendizabal, et al., 2019).
Suizidraten (Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 24 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Männer waren in ländlichen Gebieten stärker gefährdet als Frauen, doch ist der Suizid im Allgemeinen bei Männern stärker verbreitet (Casant, J., & Helbich, M., 2022).

Referenzen

252. Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco R. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. 2018. Journal

254. Favril L., Yu R., Uyar A., Sharpe M., Fazel S.. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. 2022.

255. Fellmeth G., Rose-Clarke K., Zhao C., Busert L., Zheng Y., Massazza A.. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. 2018.

257. Gariépy G, Danna SM, Hawke L, Henderson J, Iyer SN. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2022;57(6):1107-1121 Pubmed Journal

258. Hu F-H, Zhao D-Y, Fu X-L, Zhang W-Q, Tang W, Hu S-Q, et al. Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. HIV medicine 2023;24(5):521-532 Pubmed Journal

259. Li M, Katikireddi SV. Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: a systematic review and meta-analysis. International journal for equity in health 2019;18(1):2 Pubmed Journal

261. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International journal of public health 2019;64(2):265-283 Pubmed Journal

266. Casant J, Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. International journal of environmental research and public health 2022;19(5) Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Sozioökonomische Faktoren, wie beispielsweise Armut und Arbeitslosigkeit, sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Sozioökonomische Faktoren, insbesondere Wohlstandsverlust durch Arbeitslosigkeit oder Zwangsvollstreckung
Vergleichsintervention:

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Sozioökonomische Faktoren, insbesondere Wohlstandsverlust durch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche (Systematic Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 108 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizidversuche: Die Zahl der Suizidversuche war am höchsten bei den Teilnehmern mit einem Highschool-Abschluss oder darunter (50,70 %) und am niedrigsten bei denen mit einem höheren Abschluss (30,25 %) (Adams et al., 2019).
Suizidalität bei sozialer Isolation (Meta-Analyse)	Odds ratio 4 (CI 95% 2,1 — 7,7) Basierend auf Daten von Patienten und 37 Studien.			**Hoch**	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizidalität: Soziale Isolation gehörte zu den stärksten Risikofaktoren für Suizidalität (OR=4,0, 95%CI 2,1 bis 7,7) (Favril et al., 2022).
Suizidalität bei Arbeitslosigkeit (Meta-Analyse)	Odds ratio 3,8 (CI 95% 2,7 — 5,2) Basierend auf Daten von Patienten und 37 Studien.			**Hoch**	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizidalität: Arbeitslosigkeit gehörte zu den stärksten Risikofaktoren für Suizidalität (OR=3,8, 95%CI 2,7 bis 5,2) (Favril et al., 2022).
Suizidalität bei einem niedrigen sozioökonomischen Status (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,8 (CI 95% 1,8 — 4,2) Basierend auf Daten von Patienten und 37 Studien.			**Hoch**	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizidalität: Ein niedriger sozioökonomischer Status gehörte zu den stärksten Risikofaktoren für Suizidalität (OR=2,8, 95%CI 1,8 bis 4,2) (Favril et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Sozioökonomische Faktoren, insbesondere Wohlstandsverlust durch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Männern mit niedrigen sozioökonomischen Status (Systematic Review)	Relatives Risiko 2,1 (CI 95% 1,5 — 2,9) Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: Das relative Risiko (RR) für die Gruppen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (SES) betrug 2,1 (1,5-2,8) für Männer und 1,5 (1,2-1,9) für Frauen (Li et al., 2011).
Suizide bei Frauen mit niedrigen sozioökonomischen Status (Systematic Review)	Relatives Risiko 1,5 (CI 95% 1,2 — 1,9) Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: Das relative Risiko (RR) für die Gruppen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (SES) betrug für Frauen 1,5 (1,2-1,9) (Li et al., 2011).
Suizide (Systematic Review)	Relatives Risiko 2,1 (CI 95% 1,5 — 2,9) Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: Das der Bevölkerung zurechenbare Risiko (PAR) für niedrige Bildungsabschlüsse (41 %, Spanne 19-47 %) und einen niedrigen beruflichen Status (33 %, Spanne 21-42 %) war bei Männern ähnlich hoch wie für affektive Störungen (26 %, Spanne 7-45 %) und Substanzkonsumstörungen (9 %, Spanne 5-24 %) (Li et al., 2011).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,7 (CI 95% 1,22 — 2,18) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizide: Die Metaanalyse mit zufälligen Effekten für eine Teilstichprobe von 6 Kohortenstudien ergab, dass das gepoolte relative Suizidrisiko für (Langzeit-)Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit nach der Arbeitslosigkeit 1,70 (95% CI 1,22 bis 2,18) betrug. (Milner et al., 2013)
Suizide bei Arbeitslosigkeit (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,15 (CI 95% 1 — 1,3) Basierend auf Daten von			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizide: Die Ergebnisse der Meta-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Sozioökonomische Faktoren, insbesondere Wohlstandsverlust durch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 5 Studien.			durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Analyse zeigten, dass nach Kontrolle der psychischen Gesundheit das RR für Suizid nach Arbeitslosigkeit um etwa 37 % reduziert war (RR 1,15, 95 % KI 1,00-1,30) (Milner et al., 2014).
Suizide bei elementaren Berufen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,84 (CI 95% 1,46 — 2,33) Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Soziökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: Elementare Berufe (z. B. Arbeiter und Reinigungskräfte) wiesen im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ein erhöhtes Risiko auf (Ratenverhältnis (RR) = 1,84, 95 % KI 1,46-2,33), gefolgt von Maschinenführern und Schiffspersonal und Landarbeitern. Die Ergebnisse deuten auf einen stufenweisen Anstieg des Risikos hin, wobei die am niedrigsten qualifizierten Berufe ein höheres Suizidrisiko aufweisen als die Gruppe mit den höchsten Qualifikationen (Milner et al., 2013).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,74 (CI 95% 1,34 — 2,27) Basierend auf Daten von Patienten und 66 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: In der Allgemeinbevölkerung fanden wir ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko für finanziellen Stress (RR: 1,742; 95% CI: 1,339, -2,266). In den Studien, in denen die körperliche/ seelische Gesundheit kontrolliert wurde, war der Wert jedoch nicht signifikant (Roelfs, D. J., & Shor, E., 2023).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,87 (CI 95% 1,5 — 2,34) Basierend auf Daten von Patienten und 66 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung	Sozioökonomische Faktoren als Risikofaktor für Suizid: In der Allgemeinbevölkerung fanden wir ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko für Arbeitslosigkeit (RR: 1,874; CI: 1,501, -2,341). In den Studien, in denen die körperliche/seelische

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsinterventio n**	**Intervention** Sozioökonomische Faktoren, insbesondere Wohlstandsverlust durch	**Vertrauenswürdigkei t der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				(Risk of Bias).	Gesundheit kontrolliert wurde, war der Wert jedoch nicht signifikant (Roelfs, D. J., & Shor, E., 2023).

Referenzen

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

472. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. Transgender health 2019;4(1):226-246 Pubmed Journal

473. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Social science & medicine (1982) 2011;72(4):608-16 Pubmed Journal

474. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PloS one 2013;8(1):e51333 Pubmed Journal

475. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. Psychological medicine 2014;44(5):909-17 Pubmed Journal

476. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2013;203(6):409-16 Pubmed Journal

477. Roelfs DJ, Shor E. Financial Stress, Unemployment, and Suicide - A Meta-Analysis. Crisis 2023;44(6):506-517 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Inhaftierung, insbesondere Untersuchungshaft, ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Geschlossene Wohnform
Vergleichsintervention: Keine geschlossene Wohnform

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	17,83 (10,73 — 28,14) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz von Suizidgedanken betrug 17,83 % (95 % CI; 10,73-28,14) bzw. 41,60 % (95 % CI; 28,55-55,95) (Ayano et al., 2019).
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	9,16 (4,1 — 19,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz betrug von Suizidversuchen 9,16 % (95 % CI; 4,10-19,20) bzw. 28,80 % (95 % CI; 21,66-37,18) (Ayano et al., 2019).
Suizidales Verhalten bei Wohnen in Langzeitpflege (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,4 (CI 95% 5,7 — 7) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Wohnen in Langzeitpflege als Risikofaktor für suizidales Verhalten: Die Prävalenz von Suizidalität liegt bei 6,4 % (95 % KI = 5,7-7) bei geriatrischen Bewohnern in der Langzeitpflege (Bareeqa et al., 2023).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Männern (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,6 (CI 95% 6,1 — 11,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug 8,6 % (95 % CI 6,1-11,2) bei Männern. Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Frauen	Relatives Risiko 12,2 (CI 95% 7,1 — 17,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug bei Frauen 12,2 % (95 % CI 7,1-17,2). Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel weißer Ethnie (Systematic Review)	Odds ratio 1,9 (CI 95% 1,7 — 2,2) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			Unbekannt	Demografische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: weiße Ethnie (OR = 1,9, 95% CI = 1,7 bis 2,2) männlich sein (OR = 1,9, 95% CI = 1,4 bis 2,5) verheiratet sein (OR = 1,5, 95% CI = 1,3 bis 1,7) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel Aufenthalt in einer Einzelzelle (Systematic Review)	Odds ratio 9,1 (CI 95% 6,1 — 13,5) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			Unbekannt	Kriminologische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: Aufenthalt in einer Einzelzelle (OR = 9,1, 95% CI = 6,1 bis 13,5) der Status als Strafgefangener oder Untersuchungshäftling (OR = 4,1, 95% CI = 3,5 bis 4,8) die Verbüßung einer lebenslangen Haftstrafe (OR = 3,9, 95% CI = 1,1 bis 13,3) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am	Odds ratio 15,2 (CI 95% 8,5 — 27,2)			**Moderat**	Klinische Risikofaktoren für Suizid während

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Beispiel Suizidgedanken (Systematic Review)	Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.				Inhaftierung: jüngste Suizidgedanken (OR = 15,2, 95% CI = 8,5 bis 27,2) Suizidversuche in der Vergangenheit (OR = 8,4, 95% CI = 6,2 bis 11,4) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR = 5. 9, 95% CI = 2,3 bis 15,4) die Einnahme von Psychopharmaka (OR = 4,2, 95% CI = 2,9 bis 6,0) eine Vorgeschichte mit Alkoholproblemen (OR = 3,0, 95% CI = 1,9 bis 4,6) Schwarze Ethnie/Ethnizit: umgekehrt mit Suizid assoziiert (OR = 0,4, 95% CI = 0,3 bis 0,4) (Fazel et al., 2008).
Suizidgedanken (Systematic Review)	Relatives Risiko 5 Basierend auf Daten von Patienten und 36 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Informationen über die Finanzierung.	Wohnen in Langzeitpflegeeinrichtung als Risikofaktor für Suizidgedanken: Die meisten Studien deuten darauf hin, dass Suizidgedanken (aktiv und passiv) unter den Bewohnern weit verbreitet sind (Prävalenz im letzten Monat: 5 - 33 %), obwohl vollendete Suizide selten sind. Zu den Korrelaten von Suizidgedanken bei Pflegebewohnern gehören Depressionen, soziale Isolation, Einsamkeit und funktionale Beeinträchtigung (Mezuk et al., 2014).
Suizide bei Pflegeheim-bewohnern am Beispiel männlich (Systematic Review)	Relatives Risiko 61,4 Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizid bei Pflegeheimbewohnern: männlich (n = 62, 61,4 %) zwischen 61 und 93 Jahre alt Depressionen (67 %) Aufenthaltsdauer weniger als 12 Monate im Pflegeheim (52 %) körperlicher Verfall (50 %) (Murphy et al., 2015).
Suizidversuche bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 31,83 (CI 95% 26,97 — 36,99) Basierend auf Daten von 9.727 Patienten und 22			**Hoch**	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidversuche: Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche unter

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Studien.				Obdachlosen betrug 31,83 % (95 % Konfidenzintervall: 26,87 %-36,99 %) (Xiang et al., 2021)
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel eines früheren Suzidversuchs (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,2 (CI 95% 4,4 — 15,3) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: ein Suizidversuch in der Vergangenheit (OR 8,2, 4,4-15,3) Suizidgedanken während des aktuellen Gefängnisaufenthalts (OR 15,2, 95% CI 8,5-27,0) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR 6,4, 3,6-11,1) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel Belegung einer Einzelzelle (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,8 (CI 95% 2,3 — 19,8) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Institutionelle Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Belegung einer Einzelzelle (OR 6,8, 2,3-19,8) das Fehlen sozialer Kontakte (OR 1,9, 1,5-2,4) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel Untersuchungshaft (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 3,6 (CI 95% 3,1 — 4,1) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Kriminologischen Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Untersuchungshaft (OR 3,6, 3,1-4,1) die Verbüßung einer lebenslangen Freiheitsstrafe (OR 2,4, 1,3-4,6) die Verurteilung wegen eines Gewaltverbrechens, insb. wegen Mordes (OR 3,1, 2,2-4,2) (Zhong et al., 2021).

Referenzen

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

478. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Psychiatric quarterly 2019;90(4):829-842 Pubmed Journal

479. Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Omega 2023;302228231176309 Pubmed Journal

480. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical psychology review 2022;97:102190 Pubmed Journal

482. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(11):1721-31 Pubmed

483. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2014;29(12):1198-211 Pubmed Journal

484. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(8):802-14 Pubmed Journal

485. Xiang J, Kaminga AC, Wu XY, Lai Z, Yang J, Lian Y, et al. Lifetime prevalence of suicidal attempt among homeless individuals in North America: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2021;287:341-349 Pubmed Journal

486. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2021;6(3):e164-e174 Pubmed Journal

Stark , Niedrig qualität der Evidenz

Wohnungslosigkeit ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung

Intervention: Geschlossene Wohnform
Vergleichsintervention: Keine geschlossene Wohnform

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	17,83 (10,73 — 28,14) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz von Suizidgedanken betrug 17,83 % (95 % CI; 10,73-28,14) bzw. 41,60 % (95 % CI; 28,55-55,95) (Ayano et al., 2019).
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	9,16 (4,1 — 19,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz betrug von Suizidversuchen 9,16 % (95 % CI; 4,10-19,20) bzw. 28,80 % (95 % CI; 21,66-37,18) (Ayano et al., 2019).
Suizidales Verhalten bei Wohnen in Langzeitpflege (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,4 (CI 95% 5,7 — 7) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Wohnen in Langzeitpflege als Risikofaktor für suizidales Verhalten: Die Prävalenz von Suizidalität liegt bei 6,4 % (95 % KI = 5,7-7) bei geriatrischen Bewohnern in der Langzeitpflege (Bareeqa et al., 2023).
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Männern (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,6 (CI 95% 6,1 — 11,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug 8,6 % (95 % CI 6,1-11,2) bei Männern. Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Frauen	Relatives Risiko 12,2 (CI 95% 7,1 — 17,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Frauen 12,2 % (95 % CI 7,1-17,2). Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel weißer Ethnie (Systematic Review)	Odds ratio 1,9 (CI 95% 1,7 — 2,2) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			Unbekannt	Demografische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: weiße Ethnie (OR = 1,9, 95% CI = 1,7 bis 2,2) männlich sein (OR = 1,9, 95% CI = 1,4 bis 2,5) verheiratet sein (OR = 1,5, 95% CI = 1,3 bis 1,7) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel Aufenthalt in einer Einzelzelle (Systematic Review)	Odds ratio 9,1 (CI 95% 6,1 — 13,5) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			Unbekannt	Kriminologische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: Aufenthalt in einer Einzelzelle (OR = 9,1, 95% CI = 6,1 bis 13,5) der Status als Strafgefangener oder Untersuchungshäftling (OR = 4,1, 95% CI = 3,5 bis 4,8) die Verbüßung einer lebenslangen Haftstrafe (OR = 3,9, 95% CI = 1,1 bis 13,3) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel Suizidgedanken (Systematic Review)	Odds ratio 15,2 (CI 95% 8,5 — 27,2) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			**Moderat**	Klinische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: jüngste Suizidgedanken (OR = 15,2, 95% CI = 8,5 bis 27,2) Suizidversuche in der Vergangenheit (OR = 8,4, 95% CI = 6,2 bis 11,4) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR = 5. 9, 95% CI = 2,3 bis 15,4) die Einnahme von Psychopharmaka (OR = 4,2, 95% CI = 2,9 bis 6,0) eine Vorgeschichte mit Alkoholproblemen (OR = 3,0, 95% CI = 1,9 bis 4,6) Schwarze Ethnie/Ethnizit: umgekehrt mit Suizid assoziiert (OR = 0,4, 95% CI = 0,3 bis 0,4) (Fazel et al., 2008).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Systematic Review)	Relatives Risiko 5 Basierend auf Daten von Patienten und 36 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Informationen über die Finanzierung.	Wohnen in Langzeitpflegeeinrichtung als Risikofaktor für Suizidgedanken: Die meisten Studien deuten darauf hin, dass Suizidgedanken (aktiv und passiv) unter den Bewohnern weit verbreitet sind (Prävalenz im letzten Monat: 5 - 33 %), obwohl vollendete Suizide selten sind. Zu den Korrelaten von Suizidgedanken bei Pflegebewohnern gehören Depressionen, soziale Isolation, Einsamkeit und funktionale Beeinträchtigung (Mezuk et al., 2014).
Suizide bei Pflegeheim-bewohnern am Beispiel männlich (Systematic Review)	Relatives Risiko 61,4 Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizid bei Pflegeheimbewohnern: männlich (n = 62, 61,4 %) zwischen 61 und 93 Jahre alt Depressionen (67 %) Aufenthaltsdauer weniger als 12 Monate im Pflegeheim (52 %) körperlicher Verfall (50 %) (Murphy et al., 2015).
Suizidversuche bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 31,83 (CI 95% 26,97 — 36,99) Basierend auf Daten von 9.727 Patienten und 22 Studien.			**Hoch**	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidversuche: Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche unter Obdachlosen betrug 31,83 % (95 % Konfidenzintervall: 26,87 %-36,99 %) (Xiang et al., 2021)
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel eines früheren Suzidversuchs (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,2 (CI 95% 4,4 — 15,3) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: ein Suizidversuch in der Vergangenheit (OR 8,2, 4,4-15,3) Suizidgedanken während des aktuellen Gefängnisaufenthalts (OR 15,2, 95% CI 8,5-27,0) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR 6,4, 3,6-11,1) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei	Relatives Risiko 6,8			**Moderat**	Institutionelle

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel Belegung einer Einzelzelle (Meta-Analyse)	(CI 95% 2,3 — 19,8) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Belegung einer Einzelzelle (OR 6,8, 2,3-19,8) das Fehlen sozialer Kontakte (OR 1,9, 1,5-2,4) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel Untersuchungshaft (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 3,6 (CI 95% 3,1 — 4,1) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Kriminologischen Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Untersuchungshaft (OR 3,6, 3,1-4,1) die Verbüßung einer lebenslangen Freiheitsstrafe (OR 2,4, 1,3-4,6) die Verurteilung wegen eines Gewaltverbrechens, insb. wegen Mordes (OR 3,1, 2,2-4,2) (Zhong et al., 2021).

Referenzen

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

478. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Psychiatric quarterly 2019;90(4):829-842 Pubmed Journal

479. Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Omega 2023;302228231176309 Pubmed Journal

480. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical psychology review 2022;97:102190 Pubmed Journal

482. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(11):1721-31 Pubmed

483. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2014;29(12):1198-211 Pubmed Journal

484. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(8):802-14 Pubmed Journal

485. Xiang J, Kaminga AC, Wu XY, Lai Z, Yang J, Lian Y, et al. Lifetime prevalence of suicidal attempt among homeless individuals in North America: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2021;287:341-349 Pubmed Journal

486. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2021;6(3):e164-e174 Pubmed Journal

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Das Wohnen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollte** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Geschlossene Wohnform
Vergleichsintervention: Keine geschlossene Wohnform

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	17,83 (10,73 — 28,14) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz von Suizidgedanken betrug 17,83 % (95 % CI; 10,73-28,14) bzw. 41,60 % (95 % CI; 28,55-55,95)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Ayano et al., 2019).
Suizidalität bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	9,16 (4,1 — 19,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität: Die gepoolte aktuelle und lebenslange Prävalenz betrug von Suizidversuchen 9,16 % (95 % CI; 4,10-19,20) bzw. 28,80 % (95 % CI; 21,66-37,18) (Ayano et al., 2019).
Suizidales Verhalten bei Wohnen in Langzeitpflege (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,4 (CI 95% 5,7 — 7) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Wohnen in Langzeitpflege als Risikofaktor für suizidales Verhalten: Die Prävalenz von Suizidalität liegt bei 6,4 % (95 % KI = 5,7-7) bei geriatrischen Bewohnern in der Langzeitpflege (Bareeqa et al., 2023).
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Männern (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,6 (CI 95% 6,1 — 11,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug 8,6 % (95 % CI 6,1-11,2) bei Männern. Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizidversuche bei Inhaftierung bei Frauen	Relatives Risiko 12,2 (CI 95% 7,1 — 17,2) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Hoch**	Inhaftierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen während der Inhaftierung betrug bei Frauen 12,2 % (95 % CI 7,1-17,2). Zu den gefängnisbedingten Risikofaktoren gehörten Einzelhaft, Viktimisierung und mangelnde soziale Unterstützung während der Inhaftierung (Favril et al., 2022).
Suizid bei Inhaftierung am	Odds ratio 1,9 (CI 95% 1,7 — 2,2)			Unbekannt	Demografische Risikofaktoren für Suizid

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Beispiel weißer Ethnie (Systematic Review)	Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.				während Inhaftierung: weiße Ethnie (OR = 1,9, 95% CI = 1,7 bis 2,2) männlich sein (OR = 1,9, 95% CI = 1,4 bis 2,5) verheiratet sein (OR = 1,5, 95% CI = 1,3 bis 1,7) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel Aufenthalt in einer Einzelzelle (Systematic Review)	Odds ratio 9,1 (CI 95% 6,1 — 13,5) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			Unbekannt	Kriminologische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: Aufenthalt in einer Einzelzelle (OR = 9,1, 95% CI = 6,1 bis 13,5) der Status als Strafgefangener oder Untersuchungshäftling (OR = 4,1, 95% CI = 3,5 bis 4,8) die Verbüßung einer lebenslangen Haftstrafe (OR = 3,9, 95% CI = 1,1 bis 13,3) (Fazel et al., 2008).
Suizid bei Inhaftierung am Beispiel Suizidgedanken (Systematic Review)	Odds ratio 15,2 (CI 95% 8,5 — 27,2) Basierend auf Daten von 4.780 Patienten und 34 Studien.			**Moderat**	Klinische Risikofaktoren für Suizid während Inhaftierung: jüngste Suizidgedanken (OR = 15,2, 95% CI = 8,5 bis 27,2) Suizidversuche in der Vergangenheit (OR = 8,4, 95% CI = 6,2 bis 11,4) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR = 5. 9, 95% CI = 2,3 bis 15,4) die Einnahme von Psychopharmaka (OR = 4,2, 95% CI = 2,9 bis 6,0) eine Vorgeschichte mit Alkoholproblemen (OR = 3,0, 95% CI = 1,9 bis 4,6) Schwarze Ethnie/Ethnizit: umgekehrt mit Suizid assoziiert (OR = 0,4, 95% CI = 0,3 bis 0,4) (Fazel et al., 2008).
Suizidgedanken (Systematic Review)	Relatives Risiko 5 Basierend auf Daten von Patienten und 36 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert	Wohnen in Langzeitpflegeeinrichtung als Risikofaktor für Suizidgedanken: Die meisten Studien deuten darauf hin, dass Suizidgedanken (aktiv und passiv) unter den Bewohnern weit verbreitet sind (Prävalenz im letzten Monat: 5 - 33 %), obwohl vollendete Suizide selten sind. Zu den Korrelaten von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Informationen über die Finanzierung.	Suizidgedanken bei Pflegebewohnern gehören Depressionen, soziale Isolation, Einsamkeit und funktionale Beeinträchtigung (Mezuk et al., 2014).
Suizide bei Pflegeheim-bewohnern am Beispiel männlich (Systematic Review)	Relatives Risiko 61,4 Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizid bei Pflegeheimbewohnern: männlich (n = 62, 61,4 %) zwischen 61 und 93 Jahre alt Depressionen (67 %) Aufenthaltsdauer weniger als 12 Monate im Pflegeheim (52 %) körperlicher Verfall (50 %) (Murphy et al., 2015).
Suizidversuche bei Obdachlosigkeit (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 31,83 (CI 95% 26,97 — 36,99) Basierend auf Daten von 9.727 Patienten und 22 Studien.			**Hoch**	Obdachlosigkeit als Risikofaktor für Suizidversuche: Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche unter Obdachlosen betrug 31,83 % (95 % Konfidenzintervall: 26,87 %-36,99 %) (Xiang et al., 2021)
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel eines früheren Suzidversuchs (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,2 (CI 95% 4,4 — 15,3) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: ein Suizidversuch in der Vergangenheit (OR 8,2, 4,4-15,3) Suizidgedanken während des aktuellen Gefängnisaufenthalts (OR 15,2, 95% CI 8,5-27,0) eine aktuelle psychiatrische Diagnose (OR 6,4, 3,6-11,1) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei Aufenthalten in Gefängnissen am Beispiel Belegung einer Einzelzelle (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,8 (CI 95% 2,3 — 19,8) Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Institutionelle Risikofaktoren für Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Belegung einer Einzelzelle (OR 6,8, 2,3-19,8) das Fehlen sozialer Kontakte (OR 1,9, 1,5-2,4) (Zhong et al., 2021).
Suizidgedanken bei Aufenthalten in	Relatives Risiko 3,6 (CI 95% 3,1 — 4,1)			**Moderat** Keine	Kriminologischen Risikofaktoren für

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlossene Wohnform	**Intervention** Geschlossene Wohnform	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Gefängnissen am Beispiel Untersuchungshaft (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 35.351 Patienten und 77 Studien.			Berücksichtigung des Publikationsbias.	Suizidgedanken während Aufenthalt in Gefängnissen: Untersuchungshaft (OR 3,6, 3,1-4,1) die Verbüßung einer lebenslangen Freiheitsstrafe (OR 2,4, 1,3-4,6) die Verurteilung wegen eines Gewaltverbrechens, insb. wegen Mordes (OR 3,1, 2,2-4,2) (Zhong et al., 2021).

Referenzen

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

478. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Psychiatric quarterly 2019;90(4):829-842 Pubmed Journal

479. Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Omega 2023;302228231176309 Pubmed Journal

480. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical psychology review 2022;97:102190 Pubmed Journal

482. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(11):1721-31 Pubmed

483. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2014;29(12):1198-211 Pubmed Journal

484. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(8):802-14 Pubmed Journal

485. Xiang J, Kaminga AC, Wu XY, Lai Z, Yang J, Lian Y, et al. Lifetime prevalence of suicidal attempt among homeless individuals in North America: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2021;287:341-349 Pubmed Journal

486. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2021;6(3):e164-e174 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Nicht-heterosexuelle Orientierung und/oder die Zugehörigkeit zu einer geschlechtlichen Minderheit sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Geschlechtliche oder sexuelle Minderheit
Vergleichsintervention: Keine geschlechtliche oder sexuelle Minderheit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Intervention** Geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche bei Transgender (Systematischer Review)	Relatives Risiko 27,19 Basierend auf Daten von Patienten und 64 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Transgender als Risikofaktor für Suizidversuche: Anteil der Suizidversuche bei 27,19 % Anteil der Suizidgedanken bei 46,55 % (Adams et al., 2019).
Suizidgedanken bei jugendlichen Transgender	Relatives Risiko 40 Basierend auf Daten von Patienten und 55 Studien.			Unbekannt	Jugendliche Transgender als Risikofaktor für Suizidgedanken: Suizidgedanken bei 40-61 % (deutlich höher als bei Gleichaltrigen ohne TGNBY) (Christensen et al. 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Intervention** Geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche bei Jugendlichen aus sexuellen Minderheiten (Meta-Analyse)	Odds ratio 3,5 (CI 95% 2,98 — 4,12) Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Informationen über die Finanzierung.	Jugendliche aus sexuellen Minderheiten als Risikofaktor für Suizidversuch: Risiko für einen Suizidversuch (OR, 3,50; 95% CI, 2,98-4,12; c2 = 3074,01; P < .001; I2 = 99%) (di Giacamo et al., 2018)
Suizidversuche bei Erwachsenen aus sexuellen Minderheiten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 4 (CI 95% 3 — 5) Basierend auf Daten von Patienten und 28 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Erwachsene aus sexuellen Minderheiten (LGB) als Risikofaktor für Suizidversuche: 4 % (95 % Konfidenzintervall [KI] = 3 %, 5 %) für heterosexuelle Teilnehmer an Bevölkerungsumfragen (Hottes et al, 2016).
Suizidversuche bei Erwachsenen aus sexuellen Minderheiten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 11 (CI 95% 8 — 15) Basierend auf Daten von Patienten und 28 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Erwachsene aus sexuellen Minderheiten (LGB) als Risikofaktor für Suizidversuche: 11 % (95 % KI = 8 %, 15 %) für LGB-Teilnehmer an Bevölkerungsumfragen und 20 % (95 % KI = 18 %, 22 %) für LGB-Teilnehmer an Gemeinschaftsumfragen (Hottes et al, 2016).
Suizidversuche in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung (Systematischer Review)	Relatives Risiko 3,38 (CI 95% 2,65 — 4,32) Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Sexuelle Orientierung als Risikofaktor für Suizidversuche: Risiko eines Suizidversuchs im Vergleich zwischen sexuellen Minderheiten und heterosexuellen Gruppen 3,38 (95% Konfidenzintervall: 2,65, 4,32); Bayes'schen Reanalyse: geschätzte Prävalenz bei heterosexuellen Erwachsenen leicht reduziert und bei Erwachsenen aus sexuellen Minderheiten erhöht, was zu einem relativen Risiko von 4,67 führte (95 % Konfidenzintervall: 3,94, 5,73) (Salway et al., 2019a)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Intervention** Geschlechtliche oder sexuelle Minderheit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Bisexualität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,22 Basierend auf Daten von Patienten und 46 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bisexualität als Risikofaktor für Suizidalität: Eine Meta-Analyse mit zufälligen Effekten: bisexuelle Personen mit lesbischen/ schwulen Personen verglichen: Odds Ratios (ORs) zwischen 1,22 und 1,52; ORs waren durchweg größer für Frauen (Bereich: 1,48-1,95, alle statistisch signifikant bei p < .05) als für Männer (Bereich: 1,00-1,48, alle p > .05), was darauf hindeutet, dass Geschlecht/Geschlecht den Zusammenhang zwischen bisexueller Identität und Suizidrisiko moderiert (Salway et al., 2019b)

Referenzen

472. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. Transgender health 2019;4(1):226-246 Pubmed Journal

489. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics 2018;172(12):1145-1152 Pubmed Journal

490. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. American journal of public health 2016;106(5):e1-12 Pubmed Journal

491. Salway T, Plöderl M, Liu J, Gustafson P. Effects of Multiple Forms of Information Bias on Estimated Prevalence of Suicide Attempts According to Sexual Orientation: An Application of a Bayesian Misclassification Correction Method to Data From a Systematic Review. American journal of epidemiology 2019;188(1):239-249 Pubmed Journal

492. Salway T, Ross LE, Fehr CP, Burley J, Asadi S, Hawkins B, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. Archives of sexual behavior 2019;48(1):89-111 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Ein früherer Suizidversuch ist ein Risikofaktor für Suizidalität und **soll** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Ein eigener früherer Suizidversuch
Vergleichsintervention: Kein eigener früherer Suizidversuch

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein eigener früherer Suizidversuch	**Intervention** Ein eigener früherer Suizidversuch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizid bei Suizidversuch nach 1 Jahr (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 2,8 (CI 95% 2,2 — 3,5) Basierend auf Daten von Patienten und 41 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizidversuch als Risikofaktor für Suizid (nach 10 Jahren): 1 Jahr: 2.8% (2.2-3.5) (Demesmaeker et al., 2022)
Suizid bei Suizidversuch nach 5 Jahren (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 5,6 (CI 95% 3,9 — 7,9) Basierend auf Daten von Patienten und 41 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizidversuch als Risikofaktor für Suizid (nach 10 Jahren): 5 Jahre: 5.6% (3.9-7.9) (Demesmaeker et al., 2022)
Suizid bei Suizidversuch nach 10 Jahren (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 7,4 (CI 95% 5,2 — 10,4) Basierend auf Daten von Patienten und 41 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizidversuch als Risikofaktor für Suizid (nach 10 Jahren): 10 Jahre: 7.4% (5.2-10.4) (Demesmaeker et al., 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein eigener früherer Suizidversuch	**Intervention** Ein eigener früherer Suizidversuch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität nach einem Suizidversuch bei Patienten mit Alkoholkonsum-störungen	Relatives Risiko 2,92 (CI 95% 2,08 — 4,1) Basierend auf Daten von 972 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidalität (erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch oder Tod durch Suizid) innerhalb von 6 Monaten nach einem Suizidversuch: Patienten mit Alkoholkonsumstörung und einem früheren Suizidversuch mit akutem Alkoholkonsum (Risikoverhältnis [RR] = 2,92; 95 % CI, 2,08 bis 4,10) (Demesmaeker et al., 2021)
Suizidalität nach einem Suizidversuch bei Patienten mit Angststörungen	Relatives Risiko 0,98 (CI 95% 0,69 — 1,39) Basierend auf Daten von 972 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Risikofaktoren für Suizidalität (erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch oder Tod durch Suizid) innerhalb von 6 Monaten nach einem Suizidversuch: Patienten mit Angststörungen (RR = 0,98; 95 % CI, 0,69 bis 1,39) (Demesmaeker et al., 2021)
Suizidalität nach einem Suizidversuch bei Patienten mit mehr als zwei Suizidversuchen	Relatives Risiko 2,11 (CI 95% 1,25 — 3,54) Basierend auf Daten von 972 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine	Risikofaktoren für Suizidalität (erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch oder Tod durch Suizid) innerhalb von 6 Monaten nach einem Suizidversuch: Patienten mit mehr als zwei Suizidversuchen in den letzten drei Jahren (RR = 2,11; 95 % CI, 1,25 bis 3,54) (Demesmaeker et al., 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein eigener früherer Suizidversuch	**Intervention** Ein eigener früherer Suizidversuch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	
Selbstverletzungen nach assertivem Case Management	Relatives Risiko 0,88 (CI 95% 0,8 — 0,96)			**Niedrig**	Wirksamkeit von assertivem Case Management auf wiederholte Selbstverletzungen bei Patienten, die wegen eines Suizidversuchs eingewiesen wurden: Selbstverletzungsepisoden pro Personenjahr war in der Interventionsgruppe signifikant niedriger (bereinigtes Inzidenz-Risiko-Verhältnis (IRR) 0,88, 95%CI 0,80-0,96, p=0,0031) (Furuno et al., 2018)
Suizidversuche nach kurzem Aufklärungs- und Kontaktprogramm	Hazard ratio 2,57 (CI 95% 1,4 — 5,9) Basierend auf Daten von 305 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Kurzes Aufklärungs- und Kontaktprogramm zu Suizidversuchen: Hazard Ratio für die TAU-Gruppe betrug 2,57 (95% CI [1,4, 5,9]) (Furuno et al., 2018)
Suizide in Individuen mit Depression bei Männern (Systematischer Review)	Odds ratio 1,76 (CI 95% 1,08 — 2,86) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: männliches Geschlecht (OR = 1,76, 95% CI = 1,08-2,86) (Hawton et al. 2013).
Suizide in Individuen mit Depression bei psychiatrischen Erkrankungen in der Familie (Systematischer Review)	Odds ratio 1,41 (CI 95% 1 — 1,97) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: psychiatrische Erkrankungen in der Familie (OR = 1,41, 95% CI = 1,00-1,97) (Hawton et al. 2013).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein eigener früherer Suizidversuch	**Intervention** Ein eigener früherer Suizidversuch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide in Individuen mit Depression bei früheren Suizidversuchen (Systematischer Review)	Odds ratio 4,84 (CI 95% 3,26 — 7,2) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: frühere Suizidversuche (OR = 4,84, 95% CI = 3,26-7. 20) (Hawton et al. 2013).
Suizide in Individuen mit Depression bei schweren Depressionen (Systematischer Review)	Odds ratio 2,2 (CI 95% 1,05 — 4,6) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: schwerere Depression (OR = 2,20, 95% CI = 1,05-4,60) (Hawton et al. 2013).
Suizide in Individuen mit Depression bei Hoffnungslosigkeit (Systematischer Review)	Odds ratio 2,2 (CI 95% 1,49 — 3,23) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: Hoffnungslosigkeit (OR = 2,20, 95% CI = 1,49-3,23) (Hawton et al. 2013).
Suizide in Individuen mit Depression bei komorbiden Störungen (Systematischer Review)	Odds ratio 1,59 (CI 95% 1,03 — 2,45) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: komorbide Störungen, einschließlich Angst (OR = 1,59, 95% CI = 1,03-2,45) (Hawton et al. 2013).
Suizide in Individuen mit Depression bei Alkohol- und Drogenmissbrauch (Systematischer Review)	Odds ratio 2,17 (CI 95% 1,77 — 2,66) Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizide in Individuen mit Depression: Alkohol- und Drogenmissbrauch (OR = 2,17, 95% CI = 1,77-2,66) (Hawton et al. 2013).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein eigener früherer Suizidversuch	**Intervention** Ein eigener früherer Suizidversuch	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**

Referenzen

494. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2022;56(6):603-616 Pubmed Journal

495. Demesmaeker A, Chazard E, Vaiva G, Amad A. Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort: A Survival Tree Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2021;82(1) Pubmed Journal

496. Furuno T, Nakagawa M, Hino K, Yamada T, Kawashima Y, Matsuoka Y, et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. Journal of affective disorders 2018;225:460-465 Pubmed Journal

497. Malakouti SK, Nojomi M, Ghanbari B, Rasouli N, Khaleghparast S, Farahani IG. Aftercare and Suicide Reattempt Prevention in Tehran, Iran. Crisis 2022;43(1):18-27 Pubmed Journal

498. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. Journal of affective disorders 2013;147(1-3):17-28 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizide in der Familie sind ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfeld
Vergleichsintervention: Kein Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfeld

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfel	**Intervention** Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfeld	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide in Patienten Schizophrenie bei Suizid in der Familiengeschichte (Meta-Analyse)	1,25 (CI 95% 0,54 — 2,89) Basierend auf Daten von 80.488 Patienten und 96 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Risikofaktoren für Suizid bei Schizophrenie: Suizid in der Familiengeschichte: Effektgröße (1,25, 95%CI 0,54-2,89) (Cassidy et al. 2018)
Suizide in Erwachsenen bei einem Suizid in der Familie (Meta-Analyse)	Odds ratio 3,7 (CI 95% 2,3 — 5,7) Basierend auf Daten von Patienten und 37 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Suizid in der Familie (OR=3,7, 95%CI 2,3 bis 5,7) und versuchter Suizid eines Familienmitglieds (OR=2,8, 95%CI 1,5 bis 5,0) (Favril et al., 2022)
Suizide in Erwachsenen bei einem versuchten Suizid in der Familie (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,8 (CI 95% 1,5 — 5) Basierend auf Daten von Patienten und 37 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizid bei Erwachsenen: Versuchter Suizid eines Familienmitglieds (OR=2,8, 95%CI 1,5 bis 5,0) (Favril et al., 2022)
Suizide in Menschen mit HIV bei einem Suizid in der Familie (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,15 (CI 95% 0,16 — 2,06) Basierend auf Daten von Patienten und 43 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für Suizid bei Menschen mit HIV: Suizid in der Familie (R = 1,15, 95% CI = 0,16-2,06, p = .020) (Tsai et al., 2022)

Referenzen

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

499. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. Schizophrenia bulletin 2018;44(4):787-797 Pubmed Journal

500. Tsai Y-T, Padmalatha S, Ku H-C, Wu Y-L, Yu T, Chen M-H, et al. Suicidality Among People Living With HIV From 2010 to 2021: A Systematic Review and a Meta-regression. Psychosomatic medicine 2022;84(8):924-939 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Einsamkeit und Isolation sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Wenige oder keine sozialen Kontakten
Vergleichsintervention:

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Wenige oder keine sozialen Kontakten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken in älteren Erwachsenen bei schlechter Behandlung im späteren Leben (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,31 (CI 95% 1,81 — 2,94) Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Risikofaktoren in älteren Erwachsenen: schlechte Behandlung im späteren Leben (OR = 2,31; 95% CI (1,81-2,94)(Chang et al., 2017)
Suizidgedanken in älteren Erwachsenen bei wahrgenommener Einksamkeit (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,24 (CI 95% 1,73 — 2,9) Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Risikofaktoren in älteren Erwachsenen: wahrgenommene Einsamkeit (OR=2,24; 95%CI (1,73-2,90) (Chang et al., 2017)
Suizidgedanken in älteren Erwachsenen bei schlecht wahrgenommener sozialer Unterstützung (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,59 (CI 95% 1,37 — 1,83) Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Risikofaktoren in älteren Erwachsenen: schlecht wahrgenommene soziale Unterstützung (OR=1,59, 95% CI (1,37-1,83) (Chang et al., 2017)
Suizidgedanken in der COVID-19-Pandemie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 12,1 (CI 95% 9,3 — 15,2) Basierend auf Daten von 120.076 Patienten und 38 Studien.			**Hoch**	Prävalenz von Suizidgedanken in der COVID-19-Pandemie: gepoolte Prävalenz von Suizidgedanken: 12,1 % (CI 9,3-15,2). Hauptrisikofaktoren: geringe soziale Unterstützung, hohe körperliche und geistige Erschöpfung und schlechtere selbst eingeschätzte körperliche Gesundheit bei medizinischen Fachkräften, Schlafstörungen, usw. (Farooq et al., 2021)
Suizide bei Einsatz sozialer Unterstützungs-maßnahmen (Meta-	Relatives Risiko 0,48 (CI 95% 0,27 — 0,85) Basierend auf Daten von Patienten und 77 Studien.			**Hoch**	Wirksamkeit sozialer Unterstützungs-maßnahmen bei der Suizidprävention: Suizide in

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Wenige oder keine sozialen Kontakten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)					Interventionsgruppe reduziert (Risikoverhältnis (RR)=0,48, 95%CI 0,27-0,85) (Hou et al., 2022)
Suizidversuche bei Einsatz sozialer Unterstützungs-maßnahmen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,48 (CI 95% 0,27 — 0,85) Basierend auf Daten von Patienten und 77 Studien.			**Hoch**	Wirksamkeit sozialer Unterstützungs-maßnahmen bei der Suizidprävention: Keine signifikante Verringerung der Suizidversuche in der Interventionsgruppe Risikoverhältnis (RR)=0,88, 95%CI 0,73-1,07) (Hou et al., 2022)
Suizide bei Einsamkeit oder starker Isolation (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,21 (CI 95% 0,01 — 0,4) Basierend auf Daten von Patienten und 25 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Risikofaktoren für Suizid: Einsamkeit oder starke Isolation (OR = 0,21, 95%KI 0,01-0,40) zeigte einen leichten positiven Zusammenhang mit Suizid. Geringe soziale Unterstützung (OR = 1,32, KI [-0,2-2,85]) erhöhte das Risiko, aber der Zusammenhang mit Suizid war statistisch nicht signifikant (Jha et al., 2023)
Suizide bei geringer sozialer Unterstützung (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,32 (CI 95% -0,2 — 2,85) Basierend auf Daten von Patienten und 25 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Risikofaktoren für Suizid: Geringe soziale Unterstützung (OR = 1,32, KI [-0,2-2,85]) erhöhte das Risiko, aber der Zusammenhang mit Suizid war statistisch nicht signifikant (Jha et al., 2023)
Suizid bei Männern (Meta-Analyse)	Hazard ratio 2,5 (CI 95% 1,8 — 3,6) Basierend auf Daten von Patienten und 67 Studien.			**Hoch**	Risikofaktoren für suizidales Verhalten: Männer hatten ein höheres Risiko für einen Suizid als Frauen (HR 2,50, 95% CI 1,8-3,6). Gemeinsame Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei beiden Geschlechtern sind früherer psychischer oder Drogenmissbrauch (Miranda-Medizabal et al. 2019)
Suizidversuch bei Frauen (Meta-	Odds ratio 1,96 (CI 95% 1,54 — 2,5)			**Hoch**	Risikofaktoren für suizidales Verhalten: Frauen hatten ein

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** Wenige oder keine sozialen Kontakten	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 67 Studien.				höheres Risiko für einen Suizidversuch als Männer (OR 1,96, 95% CI 1,54-2,50). Gemeinsame Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei beiden Geschlechtern sind früherer psychischer oder Drogenmissbrauch (Miranda-Medizabal et al. 2019)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 57 Studien.			**Hoch**	Gepoolte Prävalenz der Einsamkeit bei Jugendlichen: 9,2% (95 %KI 6,8-2,4) in Südostasien bis 14,4% (95%KI 12,2-17,1) in der östlichen Mittelmeerregion; niedrigste Prävalenz von Einsamkeit: nordeuropäische Ländern 2,9% (95%KI 1,8-4,5) für junge Erwachsene; 2,7% (95%KI 2,4-3,0) für Erwachsene mittleren Alters; und 5,2% (95%KI 4,2-6,5) für ältere Erwachsene; höchste in osteuropäischen Ländern 7,5% (95%KI 5,9-9,4) für junge Erwachsene; 9,6% (95%KI 7,7-12,0) für Erwachsene mittleren Alters; und 21,3 % (95%KI 18,7-24,2) für ältere Erwachsene (Surkalim et al. 2022).

Referenzen

261. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International journal of public health 2019;64(2):265-283 Pubmed Journal

501. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. Social science & medicine (1982) 2017;191:65-76 Pubmed Journal

502. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. Psychiatry research 2021;306:114228 Pubmed Journal

503. Hou X, Wang J, Guo J, Zhang X, Liu J, Qi L, et al. Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: a systematic review and meta-analysis. Evidence-based mental health 2022;25(1):29-35 Pubmed Journal

504. Jha S., Chan G., Orji R.. Identification of Risk Factors for Suicide and Insights for Developing Suicide Prevention Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2023.

505. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A, et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2022;376:e067068 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Traumatische Lebenserfahrungen sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Schweres Trauma
Vergleichsintervention: Kein schweres Trauma

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein schweres Trauma	**Intervention** Schweres Trauma	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 4,05 (CI 95% 3,14 — 5,23) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei Personen mit einer PTBS-Diagnose zeigte sich ein erhöhtes relatives Suizidrisiko (RR = 2,09 [95 %-Konfidenzintervall (KI): 1,11–3,94]), wobei der stärkste Zusammenhang bei Kriegsveteranen festzustellen war (RR = 3,97,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein schweres Trauma	**Intervention** Schweres Trauma	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					95 %-KI 2,22–7,10). Bei Personen mit PTBS und komorbiden psychiatrischen Erkrankungen zeigte sich ein geringeres relatives Suizidrisiko (RR = 0,74, 95 % KI 0,63–0,86). Es wurde zudem ein starker Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidversuchen (RR = 4,05, 95 % KI 3,14–5,23) sowie Suizidgedanken (RR = 2,91, 95 % KI 2,22–3,82) festgestellt, wobei ein durchgehend starker Zusammenhang bei Personen mit komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und in nicht-klinischen Kohorten bestand. (Akbar et al., 2023)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 2,91 (CI 95% 2,22 — 3,82) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei Personen mit einer PTBS-Diagnose zeigte sich ein erhöhtes relatives Suizidrisiko (RR = 2,09 [95 %-Konfidenzintervall (KI): 1,11–3,94]), wobei der stärkste Zusammenhang bei Kriegsveteranen festzustellen war (RR = 3,97, 95 %-KI 2,22–7,10). Bei Personen mit PTBS und komorbiden psychischen Erkrankungen zeigte sich ein geringeres relatives Suizidrisiko (RR = 0,74, 95 % KI 0,63–0,86). Es wurde zudem ein starker Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidversuchen (RR = 4,05, 95 % KI 3,14–5,23) sowie Suizidgedanken (RR = 2,91, 95 % KI 2,22–3,82) festgestellt, wobei ein durchgehend starker Zusammenhang bei Personen mit komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und in nicht-klinischen Kohorten bestand. (Akbar et al., 2023)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die Prävalenz der Suizidgedanken nach einem Erdbeben lag bei 20,34 %

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein schweres Trauma	**Intervention** Schweres Trauma	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(95% CI: 13,60-27,08, P<0,001, I2=99,1). (Jahangiri et al., 2020)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio (1,65 — 1,98) Basierend auf Daten von 151.476 Patienten und 47 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Meta-Analyse untersuchte Suizidversuche nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Die Ergebnisse zeigten ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche, mit Odds Ratios von 1,98 bzw. 1,65. (Ng et al., 2018)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,99 (CI 95% 1,73 — 2,28) Basierend auf Daten von 143.730 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eine frühe Exposition gegenüber zwischenmenschlicher Gewalt birgt ein Risiko für Suizidversuche und vor allem für den Tod durch Suizid bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. (Castellví et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 10,57 (CI 95% 4,46 — 25,07) Basierend auf Daten von 143.730 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eine frühe Exposition gegenüber zwischenmenschlicher Gewalt birgt ein Risiko für Suizidversuche und vor allem für den Tod durch Suizid bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. (Castellví et al., 2017)

Referenzen

275. Akbar R, Arya V, Conroy E, Wilcox HC, Page A. Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. Suicide & life-threatening behavior 2023;53(1):163-184 Pubmed Journal

276. Jahangiri K, Yousefi K, Mozafari A, Sahebi A. The Prevalence of Suicidal Ideation after the Earthquake: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian journal of public health 2020;49(12):2330-2338 Pubmed Journal

277. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. Journal of psychiatric research 2018;99:129-141 Pubmed Journal

278. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. Acta psychiatrica Scandinavica 2017;135(3):195-211 Pubmed Journal

Schwach , Sehr niedrig qualität der Evidenz

(Cyber-) Mobbing stellt einen Risikofaktor für Suizidalität dar und **sollte** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Sehr niedrig

Wertvorstellungen und Präferenzen — Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit — Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: (Cyber-) Mobbing
Vergleichsintervention: Kein (Cyber-) Mobbing

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein (Cyber-) Mobbing	**Intervention** (Cyber-) Mobbing	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen	Odds ratio 2,55 (CI 95% 1,95 — 3,34) Basierend auf Daten von 284.375 Patienten und Studien.			Bewertung nicht möglich	Die Odds Ratio für Suizidgedanken betrug 2,23 mit einem 95%igen Konfidenzintervall von 2,10-2,37, während die Odds Ratio für Suizidversuche 2,55 mit einem Konfidenzintervall von 1,95-3,34 betrug. (Gini

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein (Cyber-) Mobbing	**Intervention** (Cyber-) Mobbing	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					et al., 2014)
Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen	Relatives Risiko 2,23 (CI 95% 2,1 — 2,37) Basierend auf Daten von 284.375 Patienten und Studien.			Bewertung nicht möglich	Die Odds Ratio für Suizidgedanken betrug 2,23 mit einem 95%igen Konfidenzintervall von 2,10-2,37, während die Odds Ratio für Suizidversuche 2,55 mit einem Konfidenzintervall von 1,95-3,34 betrug. (Gini et al., 2014)

Referenzen

279. Gini G, Espelage DL. Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. JAMA 2014;312(5):545-6 Pubmed Journal

Information

Konsensbasiertes Statement: Biologische und genetische Risikofaktoren sind in der Pathophysiologie suizidalen Verhaltens von Bedeutung, allerdings für die klinische Praxis nicht individuell prädiktiv. Weitere Forschung ist daher notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen

Wichtige Probleme

Gerechtigkeit

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Genetische/ biologische Prädisposition
Vergleichsintervention: Keine genetische/ biologische Prädisposition

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine genetische/ biologische Prädisposition	**Intervention** Genetische/ biologische Prädisposition	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (5-HTT) (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,78 (CI 95% 0,67 — 0,92) Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Sehr niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die Genotyp-Analyse, die das S-Allel des 5-HTTLPR-Polymorphismus einschloss, zeigte eine signifikante positive Assoziation mit suizidalem Verhalten (P = 0,0068), mit einer Odds Ratio (OR) von 0,78 (0,67, 0,92) für das Modell mit zufälligen Effekten. Untergruppenanalysen auf der Grundlage der ethnischen Zugehörigkeit und des Geschlechts ergaben ebenfalls signifikante Zusammenhänge. Zusammenfassend wurde in der Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Serotonin-Transporter (5-HTT)-Gen und Suizidalität festgestellt, was die Hypothese stützt, dass genetische Variationen in diesem Gen unabhängig von psychiatrischen Grunderkrankungen zu einem erhöhten Risiko für Suizidalität beitragen können. (Li et al., 2007)

Referenzen

280. Li D, He L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. Molecular psychiatry 2007;12(1):47-54 Pubmed

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Psychische Störungen, insbesondere affektive Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen, sind Risikofaktoren für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Psychische Störungen
Vergleichsintervention: Keine psychischen Störungen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Zwangsstörung (OCD) (Meta-Analyse)	Rate ratio 0,72 (CI 95% 0,56 — 0,89) Basierend auf Daten von Patienten und 48 Studien.			**Hoch**	Die Studie ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zwangsstörungen und Suizidalität, wobei komorbide Depressionen (Depressionen, die neben Zwangsstörungen auftreten)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					den Schweregrad der Suizidalität bei Personen mit Zwangsstörungen verschlimmern. Das gepoolte Hedge's g zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zwangsstörungen und Suizidalität. Die Effektgröße wurde mit 0,72 (95% Konfidenzintervall: 0,56, 0,89) angegeben, was auf einen moderaten Effekt hindeutet. (Angelakis et al. 2015)
Suizidalität bei Körperdysmorpher Störung (Meta-Analyse)	Odds ratio 3,35 (CI 95% 2,26 — 4,43) Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	In der Studie wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperdysmorpher Störung (BDD) und Suizidalität festgestellt, wobei BDD stärker mit Suizidalität verbunden ist als andere verwandte Krankheiten wie Zwangsstörungen und Anorexia nervosa.Es wurde festgestellt, dass BDD-spezifische Faktoren und komorbide Diagnosen von Achsen-I-Störungen die Suizidalität bei BDD verschlimmern. Allerdings waren die Anzahl und die methodische Qualität der in die Untersuchung einbezogenen Studien begrenzt, so dass bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten ist. (Angelakis et al., 2016)
Suizidversuche bei Cannabisabhänigkeit (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,35 (CI 95% 1,08 — 1,7)			**Hoch**	Die Beziehung zwischen Cannabiskonsum und Suizidversuchen bei Personen mit bipolarer Störung zeigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen.Die gepoolte Odds Ratio betrug 1,35, was auf ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche bei Personen mit Cannabiskonsum und bipolarer Störung hinweist. (Bartoli et al., 2019)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche bei Menschen mit gleichzeitiger bipolarer Störung und Drogenkonsum (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,96 (CI 95% 1,56 — 2,47) Basierend auf Daten von Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Das Risikoverhältnis (RR) mit seinem 95 %-Konfidenzintervall (CI) für den Zusammenhang zwischen lebenslanger Alkoholabhängigkeit (AUD) und Suizidversuchen bei Personen mit bipolarer Störung beträgt 1,96 (1,56-2,47). (Carrà et al., 2014)
Suizidalität bei Jugendlichen (12-26) (Meta-Analyse)	Odds ratio 10,83 (CI 95% 4,69 — 25) Basierend auf Daten von Patienten und 24 Studien.			**Hoch**	Die Gesamteffektgrößen für das Vorhandensein einer psychischen Störung als Faktor für das Begehen einer suizidalen Handlung oder eines Suizidversuchs reichten von OR = 10,83 (95% CI = 4,69, 25,00) (Gili et al., 2019)
Suizidalität bei psychiatrischen Diagnosen und komorbiden Schlafstörungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,99 Basierend auf Daten von Patienten und 19 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte OR aller eingeschlossenen Studien beträgt 1,99, was darauf hindeutet, dass Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und komorbiden Schlafstörungen im Vergleich zu Patienten ohne Schlafstörungen signifikant häufiger suizidale Verhaltensweisen aufweisen. Eine Untergruppenanalyse auf der Grundlage spezifischer psychiatrischer Erkrankungen zeigt einen starken Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und suizidalem Verhalten bei Depressionen (OR = 3,05), PTBS (OR = 2,56), Panikstörungen (OR = 3,22) und Schizophrenie (OR = 12,66). (Malik et al. 2014)
Suizidrisiko bei Depressionen während der ersten Psychoseepisode (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,59 Basierend auf Daten von 3.002 Patienten und 23 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung.	Der relative Effekt wurde in dieser systematischen Überprüfung und Meta-Analyse anhand von Odds Ratios (OR) bewertet. Die Meta-Analyse ergab, dass Personen mit depressiven Symptomen während der ersten Psychose-Episode (FEP) ein signifikant höheres

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Risiko für suizidales Verhalten während der Nachbeobachtung hatten als Personen ohne depressive Symptome. Die Odds Ratio betrug 1,59, was auf ein 59 % höheres Risiko für suizidales Verhalten bei Personen mit depressiven Symptomen während der FEP hinweist. (McGinty et al., 2018)
Suizidalität bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 25 Studien.			**Hoch**	Der relative Effekt in der Studie erwies sich als signifikant. Die Gesamteffektgröße, gemessen durch Cohens d-Statistik, betrug 0,701 (z = 9,369, p<0,0001), was auf einen hochsignifikanten positiven Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidalität bei Jugendlichen hinweist. (Panagioti et al., 2015)
Suizidversuche bei Frauen mit prämenstruellem Syndrom (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 6,97 (CI 95% 2,98 — 16,29) Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Studie ergab, dass Frauen mit PMDD im Vergleich zu den Kontrollgruppen fast siebenmal häufiger einen Suizidversuch unternahmen und viermal häufiger Suizidgedanken hatten. (Prasad et al., 2002)
Suizidgedanken bei Depressionen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,96 (CI 95% 1,81 — 2,13) Basierend auf Daten von Patienten und 166 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Studie untersuchte, wie Depression und Hoffnungslosigkeit das Risiko von Suizidgedanken, -versuchen und -tod erhöhen können. Die Forscher analysierten zahlreiche Studien aus den Jahren 1971 bis 2014, um zu verstehen, wie diese Faktoren das Suizidrisiko vorhersagen können. Sie fanden heraus, dass Depressionen und Hoffnungslosigkeit zwar nicht so stark ausgeprägt waren wie erwartet, aber dennoch eine wichtige Rolle bei der Erhöhung des Risikos für suizidale

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verhaltensweisen spielten. (Ribeiro et al., 2018)
Suizidversuche bei Depressionen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,63 (CI 95% 1,55 — 1,72) Basierend auf Daten von Patienten und 166 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Studie untersuchte, wie Depression und Hoffnungslosigkeit das Risiko von Suizidgedanken, -versuchen und -tod erhöhen können. Die Forscher analysierten zahlreiche Studien aus den Jahren 1971 bis 2014, um zu verstehen, wie diese Faktoren das Suizidrisiko vorhersagen können. Sie fanden heraus, dass Depressionen und Hoffnungslosigkeit zwar nicht so stark ausgeprägt waren wie erwartet, aber dennoch eine wichtige Rolle bei der Erhöhung des Risikos für suizidale Verhaltensweisen spielten. (Ribeiro et al., 2018)
Suizide bei Depressionen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,33 (CI 95% 1,18 — 1,49) Basierend auf Daten von Patienten und 166 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Studie untersuchte, wie Depression und Hoffnungslosigkeit das Risiko von Suizidgedanken, -versuchen und -tod erhöhen können. Die Forscher analysierten zahlreiche Studien aus den Jahren 1971 bis 2014, um zu verstehen, wie diese Faktoren das Suizidrisiko vorhersagen können. Sie fanden heraus, dass Depressionen und Hoffnungslosigkeit zwar nicht so stark ausgeprägt waren wie erwartet, aber dennoch eine wichtige Rolle bei der Erhöhung des Risikos für suizidale Verhaltensweisen spielten. (Ribeiro et al., 2018)
Suizidgedanken bei atopischer Dermatitis (Meta-Analyse)	Odds ratio 4,32 (CI 95% 1,93 — 9,66) Basierend auf Daten von Patienten und 24 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende	Studien zeigten auch einen positiven Zusammenhang zwischen vollendetem Suizid und AD. (Rønnstad et al., 2018)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Erklärung der Heterogenität.	
Suizidversuche bei bipolarer Störung auf der Grundlage des Vorliegens einer Substanzkonsumstörung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,81 (CI 95% 1,31 — 2,5) Basierend auf Daten von Patienten und 44 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die RR (95% CI) für Suizidversuche bei bipolarer Störung auf der Grundlage des Vorliegens einer Substanzkonsumstörung betrug 1,81 (95% CI: 1,31-2,50). Die RR (95 % KI) für Suizidversuche bei bipolaren Störungen, die auf dem Vorhandensein einer Alkoholkonsumstörung beruhten, lag bei 1,60 (95 % KI: 1,31-1,97). (Schaffer et al., 2015)
Suizidversuche bei ADHS (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 2,37 (CI 95% 1,64 — 3,43) Basierend auf Daten von Patienten und 57 Studien.			**Hoch**	Das RR (Relative Risiko) mit einem 95 %-Konfidenzintervall für Suizidversuche bei Personen mit ADHS wurde mit 2,37 (1,64, 3,43) angegeben. Dies bedeutet, dass Personen mit ADHS im Vergleich zu Personen ohne ADHS ein 2,37-fach höheres Risiko für einen Suizidversuch aufwiesen. (Septier et al., 2019)
Suizidrisiko bei kognitiver Angstsensitivität (AS) (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,38 (CI 95% 1,24 — 1,4) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Ergebnisse zeigten, dass ein höheres Maß an AS mit erhöhten Suizidgedanken und einem höheren Suizidrisiko verbunden ist. Insbesondere wurden alle Aspekte der AS (kognitiv, körperlich, sozial) mit Suizidgedanken und -risiko in Verbindung gebracht. Dies deutet darauf hin, dass die Behandlung von Angstsensitivität möglicherweise dazu beitragen könnte, Suizidgedanken zu verringern und die Bemühungen zur Suizidprävention zu verbessern. (Stanley et al., 2018)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Panikstörung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 3,88 (CI 95% 2,03 — 7,41) Basierend auf Daten von 1.958 Patienten und 12 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Das relative Risiko (RR) und das 95 %ige Konfidenzintervall (CI) für Suizidgedanken bei Patienten mit Panikstörung wurde mit 3,88 (2,03; 7,41) angegeben. Dies bedeutet, dass bei Personen mit komorbiden Depressionen die Wahrscheinlichkeit von Suizidgedanken fast viermal so hoch war wie bei Personen ohne komorbide Depressionen. (Tietbohl-Santos et al., 2019)
Suizide bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 13,2 (CI 95% 8,6 — 20,3) Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Hoch**	Der RR (95 % CI) für psychotische Störungen betrug 13,2 (95 % CI 8,6-20,3), für Stimmungsstörungen 12,3 (95 % CI 8,9-17,1), für Persönlichkeitsstörungen 8,1 (95 % CI 4,6-14,2), für Substanzkonsumstörungen 4,4 (95 % CI 2,9-6,8) und für Angststörungen 4,1 (95 % CI 2,4-6,9). (Too et al., 2019)
Suizidalität bei Schlafstörungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,45 (CI 95% 1,33 — 4,52) Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Gesamteffektbewertung ergab eine Odds Ratio von 2,45 mit einem entsprechenden 95 %-Konfidenzintervall von 1,33-4,52. Dies bedeutet, dass das Vorhandensein von Schlafstörungen bei Patienten mit Depressionen mit einem 2,45-fach höheren Risiko für suizidales Verhalten verbunden war. (Wang et al., 2019)
Suizidalität bei Psychischen Störungen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 101 Studien.			**Hoch**	Die Studie ergab, dass die Prävalenz von Suizidversuchen bei den verschiedenen psychotischen Störungen variiert, wobei die höchste Prävalenz bei schizoaffektiven Störungen und die niedrigste bei wahnhaften Störungen zu verzeichnen ist. Die kumulative Inzidenz

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine psychischen Störungen	**Intervention** Psychische Störungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					vollendeter Suizide variierte ebenfalls und reichte von 1,9 % bei Psychosen mit erster Episode bis zu 2,4 % bei schizoaffektiven Störungen. Es wurden regionale Unterschiede festgestellt, wobei Nordamerika und Nordeuropa höhere Raten von Suizidversuchen bei Patienten mit Schizophrenie aufwiesen. Die Studie unterstreicht, wie wichtig es ist, Interventionen und Präventionsstrategien auf diese Unterschiede abzustimmen. Ein frühzeitiges Eingreifen ist besonders wichtig für Patienten mit einer Psychose in der ersten Episode und früheren Suizidversuchen, da bei ihnen ein höheres Risiko für einen Suizid besteht. (Álvarez et al., 2022)

Referenzen

281. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review 2015;39:1-15 Pubmed Journal

282. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clinical psychology review 2016;49:55-66 Pubmed Journal

283. Bartoli F, Crocamo C, Carrà G. Cannabis use disorder and suicide attempts in bipolar disorder: A meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;103:14-20 Pubmed Journal

284. Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2014;167:125-35 Pubmed Journal

285. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. Journal of affective disorders 2019;245:152-162 Pubmed Journal

286. Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, et al. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews 2014;3:18 Pubmed Journal

287. McGinty J, Sayeed Haque M, Upthegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia research 2018;195:58-66 Pubmed Journal

288. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2015;50(4):525-37 Pubmed Journal

289. Prasad D, Wollenhaupt-Aguiar B, Kidd KN, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of women's health (2002) 2021;30(12):1693-1707 Pubmed Journal

290. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of

longitudinal studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2018;212(5):279-286 Pubmed Journal

291. Rønnstad ATM, Halling-Overgaard A-S, Hamann CR, Skov L, Egeberg A, Thyssen JP. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology 2018;79(3):448-456.e30 Pubmed Journal

292. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. Bipolar disorders 2015;17(1):1-16 Pubmed Journal

293. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;103:109-118 Pubmed Journal

294. Stanley IH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Chu C, et al. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. Journal of consulting and clinical psychology 2018;86(11):946-960 Pubmed Journal

295. Tietbohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, Cassidy R, Zimerman A, Manfro GG, et al. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;105:34-38 Pubmed Journal

296. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. Journal of affective disorders 2019;259:302-313 Pubmed Journal

297. Wang X, Cheng S, Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. BMC psychiatry 2019;19(1):303 Pubmed Journal

307. Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, Betriu M, Palao D, Monreal JA, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. Neuroscience and biobehavioral reviews 2022;143:104964 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Somatische Erkrankungen (Details siehe Hintergrundtext) sind ein Risikofaktor für Suizidalität und **sollen** erfragt und beachtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Somatische Erkrankungen
Vergleichsintervention: Keine somatischen Erkrankungen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Krebsdiagnosen (Meta-Analyse)	Rate ratio 1,55 (CI 95% 1,37 — 1,74) Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Insgesamt wurde die Suizid-Sterblichkeitsrate bei Krebspatienten bewertet. Es gab einige Hinweise auf Publikationsverzerrungen. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Krebs das Risiko eines Suizids erhöht. Angesichts der Ergebnisse und der Komorbiditäten zwischen Suizid-induzierter Krebserkrankung und anderen psychischen Störungen kann die Entwicklung psychologischer Interventionen nützlich sein, um das Suizidrisiko bei diesen Patienten zu verringern. Es wurde eine gepoolte standardisierte Sterblichkeitsrate (SMR) für die Suizidsterblichkeit (SMR = 1,55; 95 % und Konfidenzintervall (KI) CI = 1,37-1,74) bei Krebspatienten erzielt. Es hat sich gezeigt (SMR = 1,67; 95% KI = 1,48-1,89 und p < 0,001), dass Krebs bei Männern und auch bei Frauen (SMR = 1,34; 95% KI = 1,20-1,50 und p < 0,001) eine erhöhte Suizidrate aufweist. (Amiri et al., 2020)
Suizide bei Krebsdiagnosen (Meta-Analyse)	Rate ratio 1,85 (CI 95% 1,55 — 2,2) Basierend auf Daten von Patienten und 28 Studien.			**Hoch**	Wir haben eine systematische Überprüfung durchgeführt, die 62 Studien und 46 952 813 Patienten umfasste. Um

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Überschneidungen in der Patientenstichprobe zu vermeiden, wurde die Meta-Analyse an 28 Studien mit 22 407 690 Krebspatienten durchgeführt. Die Suizid-Mortalität war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht (standardisierte Mortalitätsrate = 1,85, 95 % Konfidenzintervall = 1,55-2,20). Das Risiko stand in engem Zusammenhang mit der Krebsprognose, dem Krebsstadium, der Zeit seit der Diagnose und der geografischen Region. Krebspatienten, insbesondere solche mit spezifischen Risikofaktoren, sollten engmaschig auf Suizidalität überwacht werden und benötigen eine spezielle Betreuung, um das kurz- und langfristige Risiko eines Suizids zu verringern. (Du et al., 2020)
Suizide bei Krebsdiagnosen				Unbekannt	Die gepoolte Inzidenz des Suizids betrug 39,72 pro 100.000 Personenjahre (95%CI, 33,91-46,52, I 2= 99,6%, P <0,001). Die Suizidrate bei Krebspatienten war bei Männern höher (57,78, 95%CI, 47,31-70,56) als bei Frauen (14,47, 95%CI, 11,27-18,57). Für beide Geschlechter zusammen wies Speiseröhrenkrebs die höchste Suizidrate auf (87,71, 95%CI, 27,42-280,54). Die Suizidrate zeigte einen Abwärtstrend in den Jahren nach der Diagnose, wobei die ersten sechs Monate nach der Krebsdiagnose deutlich hervorstachen (89,33, 95%CI, 50,64-157,58). (Heinrich et al., 2022)
Suizide bei Lungenkrebs (Meta-Analyse)	Rate ratio 2,95 (CI 95% 2,42 — 3,6) Basierend auf Daten von			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt	Die gepoolte standardisierte Mortalitätsrate (SMR) für Suizid betrug 2,95 (95%

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 23 Studien.			durchgeführt.	Konfidenzintervall (CI) = 2,42-3,60) für Patienten mit Lungenkrebs im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Untergruppen mit einem deutlich höheren Risiko für Suizid im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurden für Patienten gefunden, die in den USA leben (SMR = 4,17, 95% CI = 3,88-4,48), mit Tumoren im Spätstadium (SMR = 4,68, 95% CI = 1,28-17,14) und innerhalb eines Jahres nach der Diagnose (SMR = 5,00, 95% CI = 4,11-6,08). Bei Patienten mit Lungenkrebs wurde ein erhöhtes Risiko für Suizid festgestellt, wobei Untergruppen besonders gefährdet waren. Patienten mit erhöhtem Risiko sollten genauer auf Suizidalität überwacht werden und eine spezielle psychoonkologische und psychiatrische Betreuung erhalten. Weitere Studien sollten klären, welche Rolle das Rauchen und depressive Symptome für die Suizidalität von Lungenkrebspatienten spielen. (Hofmann et al., 2023)
Suizide bei Krebsdiagnosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Meta-Analyse)	Rate ratio 1,57 (CI 95% 1,29 — 1,92) Basierend auf Daten von Patienten und 52 Studien.			Unbekannt	Von 7319 Datensätzen wurden 52 Studien eingeschlossen. Metaanalysen ergaben, dass CYACs ein erhöhtes Lebenszeitrisiko für schwere Symptome oder eine Störung der Depression (RR, 1,57; 95 % CI, 1,29-1,92), Angst (RR, 1,29; 95 % CI, 1,14-1,47) und psychotische Störungen (RR, 1,56; 95 % CI, 1,36-1,80) im Vergleich zu angepassten Kontrollen und ihren Geschwistern hatten. Die Gesamtmortalität für Suizid war nicht signifikant erhöht (RR, 1,63; 95 % KI, 0,78-3,40). Der mittlere Schweregrad der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Depression war bei KJK, die eine Behandlung erhielten (SMD, 0,44; 95% KI, 0,13-0,74) und bei Langzeitüberlebenden (SMD, 0,18; 95% KI, 0,02-0,33) erhöht.Der mittlere Schweregrad der Angst war nur während der Behandlung erhöht (SMD, 0,16; 95 % KI, 0,03-0,20). (Lee et al., 2023)
Suizide bei Krebsdiagnosen in Italien (Meta-Analyse)	Rate ratio 1,5 (CI 95% 1,3 — 1,8)			Unbekannt	In der italienischen Fallserie wurde ein erhöhtes Suizidrisiko für beide Geschlechter zusammen (SMR = 1,5; 95 % Konfidenzintervall [KI]: 1,3-1,8), für Männer (SMR = 1,6; 95 % KI: 1,4-1,9), aber nicht für Frauen (SMR = 1,1; 95 % KI: 0,7-1,7), für Patienten im Alter von ≥55 Jahren, mit schlechter Prognose und fortgeschrittenem Krankheitsstadium sowie im ersten Jahr nach der Diagnose festgestellt. Das absolute Überschussrisiko für Suizid lag bei 0,9 pro 10.000 Patientenjahren. Die multivariate Analyse bestätigte die Rolle der univariaten Faktoren mit Ausnahme der schlechten Prognose. Die Meta-Analyse zeigte eine starke Heterogenität zwischen den Studien.Das Risiko war für beide Geschlechter zusammen signifikant erhöht (gepoolte SMR = 1,7; 95% CI: 1,5-1,9), für Männer (gepoolte SMR = 1,8; 95% CI: 1,6-2,0) und für Frauen (gepoolte SMR = 1,4; 95% CI: 1,3-1,6). Es gab keine Hinweise auf Effekte kleiner Studien. (Ravaioli et al., 2020)
Suizidalität bei chronischen Bauchschmerzen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Es wurde festgestellt, dass Patienten mit chronischen Bauchschmerzsyndromen ohne Reizdarmsyndrom im Vergleich zu

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Kontrollpersonen ein drei- bis elfmal höheres Risiko für suizidales Verhalten aufwiesen, während Patienten mit Reizdarmsyndrom ein zwei- bis viermal höheres Risiko für suizidales Verhalten aufwiesen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass chronische Bauchschmerzen, unabhängig vom spezifischen Syndrom, ein unabhängiger Prädiktor für Suizidalität sind. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Bereinigung um komorbide psychiatrische Erkrankungen signifikant. Die Übersichtsarbeit unterstreicht, wie wichtig es ist, dass Kliniker bei Patienten mit chronischen Bauchschmerzen nach suizidalem Verhalten fragen, und betont die Notwendigkeit weiterer Forschung, um diesen Zusammenhang besser zu verstehen. (Spiegel et al., 2007)
Suizidalität bei Fibromyalgie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Gesamtprävalenz von Suizidgedanken bei Fibromyalgie-Patienten 29,57 % betrug und damit höher war als in der Allgemeinbevölkerung. Die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen wurde mit 5,69 % angegeben. Es wurden mehrere Determinanten der Suizidalität bei Fibromyalgie-Patienten ermittelt, darunter Beschäftigungsstatus, Schwere der Erkrankung, Übergewicht, Drogenabhängigkeit, chronische Schmerzen und Komorbiditäten wie Depression, Angstzustände, Schlafstörungen und allgemeine psychische Gesundheit. Einige dieser Assoziationen erreichten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					jedoch keine statistische Signifikanz, nachdem sie um psychiatrische Grunderkrankungen bereinigt worden waren. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Fibromyalgie-Patienten ein höheres Suizidrisiko haben, und betonten, wie wichtig es ist, ihren psychischen Gesundheitszustand zu überprüfen. (Adawi et al., 2021)
Suizidalität bei Fibromyalgie (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vier Studien, die Suizidgedanken (SI) untersuchten, fanden erhöhte Raten von SI bei Fibromyalgie-Teilnehmern; drei Studien fanden ein erhöhtes Risiko für Suizid (SC) und drei Studien fanden erhöhte Suizidversuche (SA) bei Fibromyalgie-Teilnehmern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung; in zwei Studien war dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr signifikant, nachdem er um Depressionen und andere psychiatrische Komorbiditäten bereinigt wurde; Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass Fibromyalgie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einem signifikant höheren Risiko für SI, SA und SC verbunden ist. Möglicherweise gibt es einzigartige Risikofaktoren, die dem suizidalen Verhalten von Fibromyalgiepatienten zugrunde liegen, und es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um die Wechselwirkung zwischen Fibromyalgie und anderen bekannten Risikofaktoren wie psychischen Erkrankungen zu verstehen. (Gill et al., 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität rheumatischen Erkrankungen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Moderat**	Die Autoren führten eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse von 17 Studien über die Prävalenz von Suizidgedanken (SI) und Suizidversuchen (SA) bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen durch. 26 % der Patienten mit rheumatischen Erkrankungen berichten über eine hohe Prävalenz von SI. Die Meta-Analyse ergab auch, dass bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen eine hohe Prävalenz von SA besteht, wobei 12 % der Patienten über SA berichten. Das Dokument legt nahe, dass die Prävalenz von SI und SA bei Frauen höher sein könnte als bei Männern. Die Autoren betonen, wie wichtig ein Screening auf SI und SA bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und ein frühzeitiges Eingreifen zur Förderung ihrer psychischen Gesundheit sind. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit einer klinisch-psychologischen Intervention bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen auf der Grundlage der aus der systematischen Übersichtsarbeit und der Meta-Analyse gewonnenen Informationen. (Li et al., 2018)
Suizidalität bei Migräne (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Studie zeigten, dass Migränepatienten ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche aufwiesen. Das Risiko könnte bei Erwachsenen höher sein als bei jüngeren Menschen. Die Meta-Analyse von 16 in Frage kommenden Studien ergab einen signifikanten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine somatischen Erkrankungen	**Intervention** Somatische Erkrankungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Zusammenhang zwischen Migräne und Suizidgedanken bzw. -versuchen auf der Grundlage der verfügbaren Daten. Es sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich, um die Mechanismen hinter diesem Zusammenhang zu erforschen, insbesondere bei Jugendlichen, und es sind größere Studien erforderlich, die mögliche ethnische und geografische Unterschiede berücksichtigen, um diese Ergebnisse zu bestätigen und zu erweitern. (Wei et al., 2023)

Referenzen

298. Amiri S, Behnezhad S. Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2020;24(sup2):S94-S112 Pubmed Journal

299. Du L, Shi H-Y, Yu H-R, Liu X-M, Jin X-H, Yan-Qian, et al. Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;276:711-719 Pubmed Journal

300. Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer PM, Knüttel H, Leitzmann MF, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. Nature medicine 2022;28(4):852-859 Pubmed Journal

301. Hofmann L, Heinrich M, Baurecht H, Langguth B, Kreuzer PM, Knüttel H, et al. Suicide Mortality Risk among Patients with Lung Cancer-A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health 2023;20(5) Pubmed Journal

302. Lee ARYB, Low CE, Yau CE, Li J, Ho R, Ho CSH. Lifetime Burden of Psychological Symptoms, Disorders, and Suicide Due to Cancer in Childhood, Adolescent, and Young Adult Years: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics 2023;177(8):790-799 Pubmed Journal

303. Ravaioli A, Crocetti E, Mancini S, Baldacchini F, Giuliani O, Vattiato R, et al. Suicide death among cancer patients: new data from northern Italy, systematic review of the last 22 years and meta-analysis. European journal of cancer (Oxford, England : 1990) 2020;125:104-113 Pubmed Journal

308. Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. Alimentary pharmacology & therapeutics 2007;26(2):183-93 Pubmed

309. Adawi M, Chen W, Bragazzi NL, Watad A, McGonagle D, Yavne Y, et al. Suicidal Behavior in Fibromyalgia Patients: Rates and Determinants of Suicide Ideation, Risk, Suicide, and Suicidal Attempts-A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis of Over 390,000 Fibromyalgia Patients. Frontiers in psychiatry 2021;12:629417 Pubmed Journal

310. Gill H, Perez CD, Gill B, El-Halabi S, Lee Y, Lipsitz O, et al. The Prevalence of Suicidal Behaviour in Fibromyalgia Patients. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;108:110078 Pubmed Journal

311. Li Z, Yang Y, Dong C, Li L, Cui Y, Zhao Q, et al. The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Psychology, health & medicine 2018;23(9):1025-1036 Pubmed Journal

312. Wei H, Li YU, Lei H, Ren J. Associations of migraines with suicide ideation or attempts: A meta-analysis. Frontiers in public health 2023;11:1140682 Pubmed Journal

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Religiosität und Spiritualität können ein protektiver Faktor für Suizidalität sein und **sollten** erfragt und beachtet werden. Forschung auf dem Gebiet der kulturellen Identität ist dringend notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen — Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung oder Spiritualität
Vergleichsintervention: Keine ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung oder Spiritualität

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung	**Intervention** Ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung oder S	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide und Religion (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,38			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Die Forscher führten eine Metaanalyse durch und untersuchten neun Studien, die insgesamt 2 339 Suizidfälle und 5 252 Vergleichsteilnehmer

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung	**Intervention** Ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung oder S	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	umfassten. Die Ergebnisse zeigten, dass religiöse Überzeugungen einen schützenden Effekt vor vollendeten Suiziden haben, d. h., dass Menschen, die religiöser sind, seltener durch Suizid sterben. Dieser Effekt war besonders stark in westlichen Kulturen, in Gebieten mit religiöser Homogenität und in älteren Bevölkerungsgruppen. Die Studie legt nahe, dass die Berücksichtigung des religiösen und sozialen Kontextes einer Bevölkerung bei der Entwicklung von Strategien zur Suizidprävention wichtig ist. Es ist jedoch zu beachten, dass die Schutzwirkung der Religion je nach kulturellen und religiösen Faktoren variieren kann. (Wu et al., 2015)
Suizidalität und Religion (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 63 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Studie weisen auf einen statistisch signifikanten umgekehrten Zusammenhang zwischen Religion und Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizidtod hin. Dies bedeutet, dass Personen, die religiös sind, ein geringeres Risiko haben, diese suizidalen Verhaltensweisen zu erleben. Es wurde jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Religion und Suizidplan festgestellt. Die Studie legt nahe, dass religiöse Überzeugungen und Praktiken als Schutzfaktoren gegen suizidale Verhaltensweisen wirken können. Mögliche Erklärungen für diesen Schutzeffekt sind religiöse Verbote gegen Suizid, das Eintreten für Frieden und Einheit, die Bildung von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung	**Intervention** Ausgeprägte kulturelle Identität, religiösen Überzeugung oder S	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Unterstützungsnetzen innerhalb religiöser Gemeinschaften und ein geringeres Maß an Gewalt und Feindseligkeit im Zusammenhang mit religiösen Überzeugungen. (Poorolajal et al., 2022)

Referenzen

304. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. PloS one 2015;10(6):e0131715 Pubmed Journal

313. Poorolajal J, Goudarzi M, Gohari-Ensaf F, Darvishi N. Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: a meta-analysis. Journal of research in health sciences 2022;22(1):e00537 Pubmed Journal

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Impulsivität kann ein Risikofaktor für Suizidalität sein und **sollte** beachtet werden. Die Auswirkungen von weiteren Persönlichkeitsmerkmalen auf Suizidalität sind nicht ausreichend erforscht. Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen — Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungsstrategien
Vergleichsintervention: Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewältigungsstrategien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide und Impulsivität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Impulsivität war in zehn der vierzehn eingeschlossenen Studien ein signifikanter Mediator für den Zusammenhang zwischen Misshandlung in der Kindheit und Suizidalität. Dieses Ergebnis wurde durch eine Mediations-Meta-Analyse bestätigt (β = .06, 95% CI 0.03-0.10). Studien deuten darauf hin, dass die Exposition gegenüber traumatischen Situationen in der Kindheit die richtige neurobiologische, kognitive und affektive Entwicklung des Einzelnen beeinträchtigt. Dies kann die Impulsivität erhöhen, was wiederum mit einem erhöhten Suizid-Risiko verbunden sein könnte. Die Auswirkungen von Misshandlungen in der Kindheit und die Impulsivität sind möglicherweise beides interessante therapeutische Ziele, um die Suizidraten zu senken. (Pérez-Balaguer et al., 2022)
Suizidalität und Impulsivität	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt	Die Studie ergab, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Impulsivität und nicht-suizidalen Selbstverletzungen (NSSI)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	sowie suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen besteht. Die Ergebnisse zeigten, dass kognitive Impulsivität einen stärkeren Zusammenhang mit Suizidgedanken aufweist als behaviorale Impulsivität. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Verhaltensimpulsivität und Suizidgedanken bestand jedoch nicht. Die Studie deutet auch darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Impulsivität und Selbstverletzung möglicherweise durch den gemeinsamen Zusammenhang mit suizidalem Verhalten beeinflusst wird. Es wurde vermutet, dass Personen mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen häufig auch eine Vorgeschichte von NSSI haben. (Liu et al., 2017)
Suizidalität und Impulsivität/ Aggression	Basierend auf Daten von Patienten und 77 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Zu den Ergebnissen der Studie gehörten schwache positive Beziehungen zwischen Impulsivität, Aggression und impulsiver Aggression und Suizidalität. Allerdings wiesen die Ergebnisse eine erhebliche Heterogenität auf, die nur teilweise durch die verwendeten Messgrößen und die untersuchte Population erklärt werden konnte. Die Studie wies auch auf Einschränkungen hin, wie z. B. das Fehlen von Studien, die Impulsivität oder Aggression in der Nähe der Suizidalität untersuchten. Aufgrund der geringen Effektstärken und der signifikanten Heterogenität legt die Studie nahe, dass weitere Forschung erforderlich ist, um die Beziehung zwischen Impulsivität, Aggression und Suizidalität vollständig

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					zu verstehen. (Moore et al., 2022)
Suizidalität (Impulsivität)	Basierend auf Daten von Patienten und 57 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Studie wurde eine Meta-Analyse durchgeführt, um den Zusammenhaang zwischen Impulsivität und Suizidalität zu untersuchen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Impulsivität und Suizidalität gering ist, was darauf hindeutet, dass Impulsivität wahrscheinlich kein zentraler Bestandteil suizidalen Verhaltens ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studie die Annahme in Frage stellt, dass suizidales Verhalten impulsiv ist, und dass weitere Forschung und verbesserte Maßnahmen erforderlich sind, um die Rolle der Planung bei suizidalem Verhalten besser zu verstehen und zu ermitteln. (Anestis et al., 2014)
Suizide (Impulsivät)	Basierend auf Daten von Patienten und 28 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse dieser Überprüfung sprechen für das UPPS-Modell der Impulsivität als theoretischen Ausgangspunkt für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Impulsivität und Suizid. Darüber hinaus sind die Ergebnisse für Kliniker und die Fallkonzeptualisierung hilfreich. Insbesondere die Bewertung des Suizidrisikos und die Behandlung würden sich auf der Grundlage von Impulsivitätsmerkmalen und der Suizidvorgeschichte auswirken. (Rogier et al., 2024)
Suizidalität	Basierend auf Daten von			**Hoch**	Die Überprüfung ergab, dass Hoffnungslosigkeit, Neurotizismus und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 90 Studien.				Extrovertiertheit als Marker für das Suizidrisiko am vielversprechendsten sind -Die Überprüfung unterstrich auch die Notwendigkeit weiterer Forschung zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen wie Aggression, Impulsivität, Wut, Reizbarkeit, Feindseligkeit und Angst -Es war schwierig, den Beitrag von Persönlichkeitsmerkmalen zur Suizidalität zu verstehen, da es unterschiedliche Forschungsansätze gibt, Es war schwierig, den Beitrag von Persönlichkeitsmerkmalen zur Suizidalität zu verstehen, da die Forschungsansätze sehr unterschiedlich waren, es an prospektiven Studien mangelte und die Anpassung an Störfaktoren nicht einheitlich war. - In der Übersichtsarbeit wurde hervorgehoben, wie wichtig es ist, Umwelt- und genetische Faktoren zu untersuchen, bevor die Ergebnisse in einem klinischen Umfeld angewandt werden. -Persönlichkeitsmerkmale können bei der Früherkennung des Suizidrisikos nützlich sein, aber es sind weitere Forschungen erforderlich, um ihren Beitrag in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Kontexten zu ermitteln. (Brezo et al., 2006)
Suizidalität (Impulsivität)	Basierend auf Daten von Patienten und 49 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Meta-Analyse umfasste 49 Artikel, die zwischen 2010 und 2023 veröffentlicht wurden und die den Zusammenhang zwischen Impulsivität und Suizid-bezogenen Ergebnissen untersuchten.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					In Bezug auf spezifische Dimensionen der Impulsivität wurde festgestellt, dass mangelnde Ausdauer einen signifikanten Zusammenhang mit Suizid-bezogenen Ergebnissen aufweist, sowohl in Bezug auf Suizidgedanken als auch auf Suizidversuche. Die Größe des Effekts war gering, aber signifikant, wobei zusätzliche Studien erforderlich sind, um Publikationsverzerrungen auszugleichen. Mangelnder Vorsatz zeigte ebenfalls eine kleine, aber signifikante mittlere Effektgröße mit suizidbezogenen Ergebnissen. (Bruno et al., 2023)
Ernsthafte Suizidversuche	Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei der vorläufigen Suche wurden 683 Zitate gefunden. Insgesamt wurden 39 Forschungsberichte, die die vorgegebenen Kriterien erfüllten, analysiert. Psychische Schmerzen, Kommunikationsschwierigkeit Impulsivität bei der Entscheidungsfindung und Aggressivität sowie mehrere demografische Variablen erwiesen sich als Hauptrisikofaktoren für SSAs. (Gvion & Levi-Belz, 2018)
Suizide	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Hoch**	Die Studie ergab, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Impulsivität und nicht-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					suizidalen Selbstverletzungen (NSSI) sowie suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen besteht. Die Ergebnisse zeigten, dass kognitive Impulsivität einen stärkeren Zusammenhang mit Suizidgedanken aufweist als behaviorale Impulsivität. Es gab jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Verhaltensimpulsivität und Suizidgedanken. Die Studie deutet auch darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Impulsivität und Selbstverletzung möglicherweise durch den gemeinsamen Zusammenhang mit suizidalem Verhalten beeinflusst wird. Es wurde vermutet, dass Personen mit einer Geschichte von Suizidversuchen häufig auch eine Geschichte von NSSI haben. (Pemau et al., 2024)
Suizidalität	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Studie deuten darauf hin, dass Defizite bei der hemmenden Kontrolle und impulsiven Entscheidungsfindung mit Selbstverletzung und Suizidalität bei jungen Menschen in Verbindung stehen. Die Meta-Analyse von 18 Studien ergab, dass junge Menschen, die sich selbst verletzen oder suizidal sind, signifikant impulsiver sind als Jugendliche ohne ein solches Verhalten. Es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Maßstäben für Impulsivität und selbstverletzendes/ suizidales Verhalten. (McHugh et al., 2019)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität	Basierend auf Daten von Patienten und 226 Studien.			**Hoch**	Darüber hinaus wurden Metaregressionen durchgeführt, um eine Reihe von Moderatoren zu testen, darunter die Art der untersuchten Suizidalität. Unter den adaptiven Strategien belegten die Ergebnisse die Rolle von Reappraisal, Achtsamkeit und verschiedenen Aspekten des Problemlösens. Im Gegensatz zu unserer Hypothese war die reflexive Einstellung positiv mit der Suizidalität verbunden, was die traditionelle Unterscheidung zwischen adaptiven und maladaptiven Strategien in Frage stellt. Bei den maladaptiven ER-Strategien erwiesen sich Verdrängung, Vermeidung, Grübeln, negative Problemorientierung und sowohl impulsives als auch vermeidendes Problemlösen als signifikant mit Suizidalität assoziiert. Schließlich wurden mehrere Moderationseffekte beobachtet, die das Alter, die Geschlechtszusammensetzung und die Art der Suizidalität einbeziehen, was die Bedeutung einer komplexen Perspektive bei der Annäherung an das Thema unterstreicht. (Rogier et al., 2024)
Suizide	Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Hoch**	Es wurde festgestellt, dass Menschen, die durch Suizid sterben und eine hohe Impulsivität aufweisen, mit einem jüngeren Alter, Substanzmissbrauch und einer geringen Sterbeabsichtigung in Verbindung stehen, während Menschen mit einer geringen Impulsivität mit einem höheren Alter, Depressionen,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewä	**Intervention** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionale Bewältigungs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Schizophrenie, einer hohen Sterbeabsichtigung und geringer sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht werden. In der Meta-Analyse wiesen Suizid-Fälle höhere Impulsivitätswerte auf als lebende Kontrollen (Hedges' g = 0,59, 95 % CI [0,28, 0,89], p=.002). Die Studien zeigten jedoch Heterogenität (Q = 90,86, p<.001, I2=89,0 %). Die Interaktion zwischen Impulsivität und Aggressivität wurde durch eine Meta-Regression bewertet (β=0,447, p=.045). Personen mit hoher Impulsivität wären einem höheren Risiko für tödliches Suizidverhalten ausgesetzt, Aggressivität würde eine vermittelnde Rolle spielen. Personen mit hoher und niedriger Impulsivität, die durch Suizid sterben, weisen unterschiedliche Merkmale auf, die möglicherweise unterschiedliche Endophänotypen widerspiegeln, die über verschiedene Wege zum Suizid führen. (Sanz-Gómez et al., 2024)

Referenzen

305. Pérez-Balaguer A, Peñuelas-Calvo I, Alacreu-Crespo A, Baca-García E, Porras-Segovia A. Impulsivity as a mediator between childhood maltreatment and suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. Journal of psychiatric research 2022;151:95-107 Pubmed Journal

314. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. Neuroscience and biobehavioral reviews 2017;83:440-450 Pubmed Journal

315. Moore FR, Doughty H, Neumann T, McClelland H, Allott C, O'Connor RC. Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine 2022;45:101307 Pubmed Journal

448. Sanz-Gómez S, Vera-Varela C, Alacreu-Crespo A, Perea-González MI, Guija JA, Giner L. Impulsivity in fatal suicide behaviour: A systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Psychiatry research 2024;337:115952 Pubmed Journal

449. Rogier G, Chiorri C, Beomonte Zobel S, Muzi S, Pace CS, Cheung MW-L, et al. The multifaceted role of emotion regulation in suicidality: Systematic reviews and meta-analytic evidence. Psychological bulletin 2024;150(1):45-81 Pubmed Journal

450. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, de la Torre-Luque A, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine 2024;54(9):1897-1904 Pubmed Journal

451. McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. Journal of psychiatric research 2019;116:51-60 Pubmed Journal

452. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. Frontiers in psychiatry 2018;9:56 Pubmed Journal

453. Bruno S, Anconetani G, Rogier G, Del Casale A, Pompili M, Velotti P. Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. Journal of affective disorders 2023;339:571-583 Pubmed Journal

454. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2006;113(3):180-206 Pubmed

455. Beach VL, Gissandaner TD, Schmidt AT. The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):985-1006 Pubmed Journal

456. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc 2014;18(4):366-86 Pubmed Journal

3. Psychotherapie

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter **soll** eine auf die Suizidalität fokussierte kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidalen Patient*innen
Intervention: Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Psychosoziale Interventionen: Der Review fasst Ergebnisse über Wirksamkeit, Akzeptanz von psychosozialen Interventionen bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Selbstverletzungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zusammen. Dabei untersuchen einzelne Studien die Wirkung von CBT auf Selbstverletzung und Suizidgedanken. Suizidgedanken konnten signifikant reduziert werden durch CBT (Aggarwal et al., 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,71 (-1,19 — -0,23) Basierend auf Daten von Patienten und 49 Studien.			**Hoch**	Dialektisch-behaviorale Therapien (DBT) waren am Ende der Nachbeobachtungszeit mit einer Verringerung von Suizidgedanken (Cohen d = -0,71; 95% [CI -1,19 bis -0,23]) verbunden (Baji et al., 2021)
Suizidalität (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,81 (CI 95% 0,66 — 0,98)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen Behandlung: Selbstverletzung oder Parasuizid können nach 6 bis 12 Monaten abnehmen (n=63, 1 RCT, RR 0,81 CI 0,66 bis 0,98, NNT 12 CI 7 bis 108) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Relatives Risiko -15,3 (CI 95% -25,46 — -5,14)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen Behandlung: In einer Studie wurde ein statistischer Unterschied zugunsten von Personen, die eine DBT erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die wie üblich behandelt wurden, hinsichtlich der durchschnittlichen Werte für Suizidgedanken nach 6 Monaten festgestellt (n=20, MD -15,30, CI -25,46 bis -5,14) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Systematischer	Basierend auf Daten von			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	Der systematische Review untersucht DBT im stationären Setting. Die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)	Patienten und 11 Studien.			eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Ergebnisse deuten darauf hin, dass DBT bei der Reduzierung von Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung in stationären Einrichtungen wirksam sein kann und auch zu einer Reduktion von Suizidgedanken sowie selbstverletzendem Verhalten beiträgt (Bloom et al., 2012).
Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,78) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer, die psychosoziale Maßnahmen erhielten, eine geringere Wahrscheinlichkeit als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, Suizidgedanken zu äußern, einen Suizid zu planen, einen Suizidversuch zu unternehmen oder durch Suizid zu sterben (Odds Ratio [OR]=0,57, 95% [CI=0,41-0,78]) (Bornheimer et al., 2020).
Suizidgedanken bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73 (CI 95% 0,55 — 0,97) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen ergaben eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken (OR=0,73, 95% CI=0,55-0,97) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizide bei Menschen mit psychotischen	Odds ratio 0,45 (CI 95% 0,3 — 0,68) Basierend auf Daten von			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Symptomen (Meta-Analyse)	4.829 Patienten und 11 Studien.			Heterogenität.	(u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen ergaben eine signifikante Verringerung der Suizide (OR=0,45, 95% CI=0,30-0,68) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizidversuch (Meta-Analyse)	Risikodifferenz -0,08 (CI 95% -0,04 — -0,11) Basierend auf Daten von 4.114 Patienten und 32 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Ziel der Metaanalyse ist es die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zur Verringerung von Suizidversuchen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen (NSSI) zu bestimmen. Bei Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, war die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs während der Nach-beobachtungszeit geringer. Die gepoolte Risikodifferenz für Suizidversuch betrug -0,08 (95 % Konfidenzintervall = -0,04 bis -0,11). Die absolute Risikoreduktion betrug 6,59 % (Psychotherapie: 9,12 %; TAU: 15,71 %), woraus sich eine geschätzte Zahl der zu behandelnden Patienten von 15 ergibt (Calati et al., 2016).
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				Unbekannt	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen: Die Ergebnisse zeigten eine große Heterogenität und eine begrenzte Reichweite der psychologischen Behandlungen mit kleinen bis mäßigen Effektstärken für selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, Suizidalität und insbesondere Suizidabsichten. Diese Effekte schwächten sich tendenziell ab oder

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					verschwanden mittel- bis langfristig. DBT war vergleichsweise die erfolgreichste der getesteten Interventionen (Carrasco et al., 2023).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,14 — 0,51)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in stand-alone Designs (g = 0,32; 95 % KI, 0,14-0,51) (Cristea et al., 2017).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,4 (CI 95% 0,15 — 0,65)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in add-on Designs (g = 0,40; 95 % KI, 0,15-0,65) (Cristea et al., 2017).
Suizide bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,44 (CI 95% 0,15 — 0,74)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizide bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die untersuchten Psychotherapien waren nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen, einschließlich stand-alone Designs: Suizid (g = 0,44; 95 % KI, 0,15-0,74), keine Unterschiede zwischen den Designtypen (Cristea et al., 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,12 (CI 95% -0,2 — 0,44) Basierend auf Daten von Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	Review und Meta-Analyse zur Psychotherapie von Depressionen: 3 von 13 Studien untersuchen die Auswirkungen von Psychotherapie bei Depression auf Suizidgedanken und das Suizidrisiko: Die Effekte auf

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidgedanken und Suizidrisiko waren klein (g = 0,12; 95 %-KI: −0,20 bis 0,44) und nicht statistisch signifikant (Cuijpers et al., 2013).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Sowohl CBT als auch DBT zeigten einen kleinen Nutzen bei der Verringerung von Suizidgedanken im Vergleich zu TAU oder einer Wartelistenkontrolle, und CBT verringerte auch die Suizidversuche im Vergleich zu TAU. Zur Wirksamkeit anderer nicht-pharmakologischer oder pharmakologischer Interventionen liegen nur begrenzte Daten vor (D'Anci et al., 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Mindfulness-based interventions (MBI): Die Literatur zu MBI zeigt vielversprechende Ergebnisse zur Verringerung des Suizidrisikos, insbesondere bei Patienten mit MDD. Vier Studien, die andere MBI-Behandlungsprotokolle untersuchten (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, tägliche Achtsamkeitsmeditation, Mind Body Awareness, achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie), zeigten alle, dass MBI die mit dem Suizidrisiko verbundenen Faktoren reduziert (de Aguiar et al., 2022)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,23 (CI 95% -0,47 — -0,02)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend	Meta-Analysen mit zufälligen Effekten zeigten keinen signifikanten gepoolten Effekt der DBT in Bezug auf Suizidgedanken (d = -,229, 95% CI = -,473 bis .016) (Decou et al., 2019)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Self-injurious thoughts and behaviors)-Ergebnissen gering, keine Intervention schien signifikant und durchgängig stärker zu sein als andere (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Systematischer Review)	Rate ratio 0,47 (CI 95% 0,03 — 0,73)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die KVT verringerte im Vergleich zur üblichen Behandlung das Risiko eines neuen Suizidversuchs; Risikoverhältnis 0,47; 95% KI 0,30- 0,73; p = 0,0009; I2=57%. Eine Studie hatte einen ungewöhnlich großen Effekt; wenn diese Studie ausgeschlossen wird, beträgt das Risikoverhältnis 0,61 (0,46-0,80) (I2=0%) (Gotzsche et al.2017)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,42 (CI 95% -0,6 — -0,25)			**Hoch**	Es gab deutliche Hinweise darauf, dass kombinierte psychologische oder psychosoziale Interventionen im Vergleich zu jeder Art von Vergleichsbedingung mit einem geringeren Schweregrad der Suizidgedanken verbunden waren (36 Studien, SMD = -0,42; 95% CI -0,60 bis

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					-0,25; p<0. 00001; I2 =64%) (Hetrick et al., 2016).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,19 (CI 95% 0,04 — 0,81)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Therapie (OR=0,19, 95%CI =0,04-0,81) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,37 (CI 95% 0,13 — 0,97)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass dialektische Verhaltenstherapie (DBT) (OR=0,37, 95%CI =0,13-0,97) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,17 — 0,99)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (OR=0,42, 95%CI =0,17-0,99) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,65 (CI 95% 0,44 — 0,94)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass Kurzintervention und Kontakt (BIC) (OR=0,65, 95%CI=0,44-0,94) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidgedanken in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,08			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychosoziale Interventionen verringerten die Suizidgedanken (n = 25) mit einer geringen Effektgröße (d = 0,08, p = 0,01), die nach Kontrolle der Publikationsverzerrung (d = 0,05, p = 0,1) nicht signifikant war; die Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,03			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychosoziale Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).
Suizidalität bei Jugendlichen (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die therapeutischen Interventionen hatten im Vergleich zu TAU einen signifikanten Effekt für die primären Outcomes Selbstverletzung und Suizidversuche (31,3 %, 5 Studien) und einen signifikanten Effekt für die sekundären Outcomes Suizidgedanken und depressive Symptome (29,4 %, 5 Studien) (Iyengar, et al., 2018).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46 (CI 95% 0,25 — 0,85)			**Hoch**	CBT war die einzige Intervention, die sowohl im direkten als auch im indirekten Vergleich bei der Verringerung von wiederholten Suizidversuchen wirksamer war als TAU (Odds Ratio: 0,46, 95% [0,25-0,85] vs. 0,47, 95% [0,27-0,83] (Jeong et al., 2023)
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-0,31 (CI 95% -0,52 — -0,09)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte im Vergleich zu Kontrollgruppen geringe bis mäßige Effekte bei der Verringerung von Suizidgedanken (g = -0,31, 95% CI -0,52 bis -0,09) (Kothgassner et al., 2021)
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-1,16 (CI 95% -1,51 — -0,8)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte bei Prä-Post-Evaluationen große Effekte für Suizidgedanken: g = -1,16, 95% CI -1,51 bis -0,80) (Kothgassner et al., 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Selbstverletzungen bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,13 (CI 95% 0,04 — 0,22)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Selbstverletzungen (d = 0,13, 95% CI 0,04-0,22, p = .004) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,31 (CI 95% 0,12 — 0,5)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Suizidgedanken (d = 0,31, 95% CI 0,12-0,50, p = .001) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	DBT und CBT bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Depression führten zu einer Verringerung der Suizidalität, d. h. der Suizidgedanken (55,0 %) und der Suizidversuche (37,5 %) (Méndez-Bustos et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der systematischen Übersichtsarbeit führte ACT bei suizidalem Verhalten zu einem statistisch signifikanten Rückgang der Suizidgedanken und der Suizidrisikofaktoren (Ortas-Barajas et al. 2024).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,08 (CI 95% 0,01 — 0,58)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Spezialisierte Psychotherapien vs. TAU waren mit einer mittleren Wirkung auf die Verringerung des Gesamtschweregrads der Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer großen Wirkung auf suizidales Verhalten (k=1; n=38; RR=0,08 [95% CI: 0,01, 0,58]) nach der Behandlung verbunden sind

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Oud et al., 2018)
Suizidversuche bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der Anteil der Jugendlichen, die sich während des Nachbeobachtungs-zeitraums selbst verletzten, war in den Interventionsgruppen (DBT, CBT und MBT) geringer (28 %) als in den Kontrollgruppen (33 %). Der gepoolte Risikounterschied zwischen Therapeutischen Interventionen und TAU für Suizidversuche und nicht-suizidale Selbstverletzungen war bei separater Betrachtung statistisch nicht signifikant (Ougrin et al., 2019).
Suizidalität bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen (Meta-Analyse)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen gab es im Durchschnitt aller Studien schwache Hinweise auf einen geringen positiven Effekt der Interventionen auf die Suizid- oder Selbstverletzungsrate (d = -0,20, 95% CI = -0,39-0,00) (Padamanathan et al., 2020).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,62			**Moderat** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt.	Die Kombination von Effektmaßen für suizidales und parasuizidales Verhalten ergab einen Nettonutzen zugunsten der DBT (gepooltes Hedges'g 0,622) (Panos et al. 2014).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die in den Studien berichteten Ergebnisse sprachen überwiegend für Mindfulness-based interventions (MBI) als wirksame Interventionsstrategie bei suizidalem Verhalten (Raj et al. 2021)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Schematherapie, Mentalisierungsbasierte Behandlung und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Dialektische Verhaltenstherapie erzielten höhere Effektstärken als der Durchschnitt, TAU niedrigere Effektstärken. Dissoziation, Wut, Impulsivität und Suizidalität/Selbstverletzung zeigte die geringste Verbesserung (Rameckers et al. 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,34 (CI 95% 0,12 — 1,03) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zur kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Suizidprävention ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,34, 95% CI 0,12-1,03) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zu Lithium ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% CI 0,05-1,02) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	PTBS-Behandlungen verringerten sowohl PTBS- als auch suizidbezogene Ergebnisse, wobei sich die meisten Studien auf kognitive Verarbeitungstherapie oder verlängerte Exposition konzentrierten. Auf Suizid ausgerichtete Behandlungen (z. B. kognitive Therapien zur Suizidprävention) verringerten ebenfalls die Suizidfolgen, doch waren die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf PTBS-bezogene Folgen uneinheitlich (Rozek et al., 2022)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Mindfulness-based-interventions (MBI) zeigten in Prä-Post-Studien signifikante moderate Effekte auf Suizidgedanken und in kontrollierten Studien kleine Effekte.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Darüber hinaus zeigten MBI signifikante moderate Effekte bei Personen mit Depressionen und Suizidgedanken oder -versuchen in der Vorgeschichte. Darüber hinaus führten MBI zu einer klinisch signifikanten Verringerung von Suizidgedanken und Depressionen (Schmelefeske et al., 2022).
Suizidalität (Cochrane Review)				**Hoch**	Die DBT scheint den Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Selbstverletzungen besser zu reduzieren und die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu verbessern als TAU. MBT scheint bei der Reduzierung von Selbstverletzungen und Suizidalität wirksamer zu sein als TAU (Storebø, 2020).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Überprüfung ergab, dass ACT in den beiden Prä-Post-Studien zur Verringerung von Suizidgedanken wirksam ist, nicht jedoch in anderen Studien (Tighe et al. 2018).
Suizidgedanken (Umbrella Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der Übersichtsarbeit verringerte CBT das Ausmaß der Suizidgedanken (SMD -0,28, 95 % CI -0,36 bis -0,21) (Wu et al. 2022).
Suizidversuche (Umbrella Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der Übersichtsarbeit verringerte CBT Suizidversuche (RR 0,77, 95 % CI 0,69 bis 0,87) (Wu et al. 2022).
Suizidalität (Meta-				**Hoch**	Die Ergebnisse der Meta-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)					analyse zeigten, dass Psychotherapie eine positive Auswirkung auf die Verringerung der Suizidalität von Personen hatte, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und die Zahl der wiederholten Suizidversuche (Xu et al., 2024).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Interventionen (v.a. CBT und DBT) waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrheit handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs) (Yiu et al. 2021).

Referenzen

76. Aggarwal S, Patton G, Berk M, Patel V. Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(10):1729-1750 Pubmed Journal

107. de Aguiar KR, Bilhalva JB, Cabelleira MD, Guimarães GO, Madureira T, Agako A, et al. The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy 2022;44:e20210316 Pubmed Journal

134. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2016;2016(5):CD012189 Pubmed Journal

149. Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD, et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychological bulletin 2020;146(12):1117-1145 Pubmed Journal

329. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(12):CD012013 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

435. Bahji A, Pierce M, Wong J. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents. 2021. Webseite

436. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005652 Pubmed

438. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(9):881-8 Pubmed Journal

440. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. Journal of psychiatric research 2016;79:8-20 Pubmed Journal

441. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2017;74(4):319-328 Pubmed Journal

442. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2013;144(3):183-90 Pubmed Journal

443. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behavior therapy 2019;50(1):60-72 Pubmed Journal

444. Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. Journal of the Royal Society of Medicine 2017;110(10):404-410 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung **soll** eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidalen Patient*innen

Intervention: Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Psychosoziale Interventionen: Der Review fasst Ergebnisse über Wirksamkeit, Akzeptanz von psychosozialen Interventionen bei Selbstverletzungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zusammen. Dabei untersuchen einzelne Studien die Wirkung von CBT auf Selbstverletzung und Suizidgedanken. Suizidgedanken konnten signifikant reduziert werden durch CBT (Aggarwal et al., 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,71 (-1,19 — -0,23) Basierend auf Daten von Patienten und 49 Studien.			**Hoch**	Dialektisch-behaviorale Therapien (DBT) waren am Ende der Nachbeobachtungszeit mit einer Verringerung von Suizidgedanken (Cohen d = -0,71; 95% [CI -1,19 bis -0,23]) verbunden (Baji et al., 2021)
Suizidalität (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,81 (CI 95% 0,66 — 0,98)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen Behandlung: Selbstverletzung oder Parasuizid können nach 6 bis 12 Monaten abnehmen (n=63, 1 RCT, RR 0,81 CI 0,66 bis 0,98, NNT 12 CI 7 bis 108) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Relatives Risiko -15,3 (CI 95% -25,46 — -5,14)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen Behandlung: In einer Studie wurde ein statistischer Unterschied zugunsten von Personen, die eine DBT erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die wie üblich behandelt wurden,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					hinsichtlich der durchschnittlichen Werte für Suizidgedanken nach 6 Monaten festgestellt (n=20, MD -15,30, CI -25,46 bis -5,14) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 11 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Der systematische Review untersucht DBT im stationären Setting. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass DBT bei der Reduzierung von Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung in stationären Einrichtungen wirksam sein kann und auch zu einer Reduktion von Suizidgedanken sowie selbstverletzendem Verhalten beiträgt (Bloom et al., 2012).
Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,78) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer, die psychosoziale Maßnahmen erhielten, eine geringere Wahrscheinlichkeit als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, Suizidgedanken zu äußern, einen Suizid zu planen, einen Suizidversuch zu unternehmen oder durch Suizid zu sterben (Odds Ratio [OR]=0,57, 95% [CI=0,41-0,78]) (Bornheimer et al., 2020).
Suizidgedanken bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73 (CI 95% 0,55 — 0,97) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					ergaben eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken (OR=0,73, 95% CI=0,55-0,97) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizide bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,45 (CI 95% 0,3 — 0,68) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen ergaben eine signifikante Verringerung der Suizide (OR=0,45, 95% CI=0,30-0,68) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizidversuch (Meta-Analyse)	Risikodifferenz -0,08 (CI 95% -0,04 — -0,11) Basierend auf Daten von 4.114 Patienten und 32 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Ziel der Metaanalyse ist es die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zur Verringerung von Suizidversuchen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen (NSSI) zu bestimmen. Bei Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, war die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs während der Nach-beobachtungszeit geringer. Die gepoolte Risikodifferenz für Suizidversuch betrug -0,08 (95 % Konfidenzintervall = -0,04 bis -0,11). Die absolute Risikoreduktion betrug 6,59 % (Psychotherapie: 9,12 %; TAU: 15,71 %), woraus sich eine geschätzte Zahl der zu behandelnden Patienten von 15 ergibt (Calati et al., 2016).
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				Unbekannt	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen: Die Ergebnisse zeigten eine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					große Heterogenität und eine begrenzte Reichweite der psychologischen Behandlungen mit kleinen bis mäßigen Effektstärken für selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, Suizidalität und insbesondere Suizidabsichten. Diese Effekte schwächten sich tendenziell ab oder verschwanden mittel- bis langfristig. DBT war vergleichsweise die erfolgreichste der getesteten Interventionen (Carrasco et al., 2023).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,14 — 0,51)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in stand-alone Designs (g = 0,32; 95 % KI, 0,14-0,51) (Cristea et al., 2017).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,4 (CI 95% 0,15 — 0,65)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in add-on Designs (g = 0,40; 95 % KI, 0,15-0,65) (Cristea et al., 2017).
Suizide bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,44 (CI 95% 0,15 — 0,74)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizide bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die untersuchten Psychotherapien waren nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen, einschließlich stand-alone Designs: Suizid (g = 0,44; 95 % KI, 0,15-0,74), keine Unterschiede zwischen den Designtypen (Cristea et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,12 (CI 95% -0,2 — 0,44) Basierend auf Daten von Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	Review und Meta-Analyse zur Psychotherapie von Depressionen: 3 von 13 Studien untersuchen die Auswirkungen von Psychotherapie bei Depression auf Suizidgedanken und das Suizidrisiko: Die Effekte auf Suizidgedanken und Suizidrisiko waren klein (g = 0,12; 95 %-KI: −0,20 bis 0,44) und nicht statistisch signifikant (Cuijpers et al., 2013).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Sowohl CBT als auch DBT zeigten einen kleinen Nutzen bei der Verringerung von Suizidgedanken im Vergleich zu TAU oder einer Wartelistenkontrolle, und CBT verringerte auch die Suizidversuche im Vergleich zu TAU. Zur Wirksamkeit anderer nicht-pharmakologischer oder pharmakologischer Interventionen liegen nur begrenzte Daten vor (D'Anci et al., 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Mindfulness-based interventions (MBI): Die Literatur zu MBI zeigt vielversprechende Ergebnisse zur Verringerung des Suizidrisikos, insbesondere bei Patienten mit MDD. Vier Studien, die andere MBI-Behandlungsprotokolle untersuchten (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, tägliche Achtsamkeitsmeditation, Mind Body Awareness, achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie), zeigten alle, dass MBI die mit dem Suizidrisiko verbundenen Faktoren reduziert (de Aguiar et al., 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,23 (CI 95% -0,47 — -0,02)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Meta-Analysen mit zufälligen Effekten zeigten keinen signifikanten gepoolten Effekt der DBT in Bezug auf Suizidgedanken (d = -,229, 95% CI = -,473 bis .016) (Decou et al., 2019)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Self-injurious thoughts and behaviors)-Ergebnissen gering, keine Intervention schien signifikant und durchgängig stärker zu sein als andere (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Systematischer Review)	Rate ratio 0,47 (CI 95% 0,03 — 0,73)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die KVT verringerte im Vergleich zur üblichen Behandlung das Risiko eines neuen Suizidversuchs; Risikoverhältnis 0,47; 95% KI 0,30- 0,73; p = 0,0009; I2=57%. Eine Studie hatte einen ungewöhnlich großen Effekt; wenn diese Studie ausgeschlossen wird, beträgt das Risikoverhältnis 0,61 (0,46-0,80) (I2=0%) (Gotzsche et al.2017)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,42 (CI 95% -0,6 — -0,25)			**Hoch**	Es gab deutliche Hinweise darauf, dass kombinierte

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					psychologische oder psychosoziale Interventionen im Vergleich zu jeder Art von Vergleichsbedingung mit einem geringeren Schweregrad der Suizidgedanken verbunden waren (36 Studien, SMD = -0,42; 95% CI -0,60 bis -0,25; p<0. 00001; I2 =64%) (Hetrick et al., 2016).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,19 (CI 95% 0,04 — 0,81)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Therapie (OR=0,19, 95%CI =0,04-0,81) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,37 (CI 95% 0,13 — 0,97)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass dialektische Verhaltenstherapie (DBT) (OR=0,37, 95%CI =0,13-0,97) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,17 — 0,99)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (OR=0,42, 95%CI =0,17-0,99) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,65 (CI 95% 0,44 — 0,94)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass Kurzintervention und Kontakt (BIC) (OR=0,65, 95%CI=0,44-0,94) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidgedanken in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,08			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Psychosoziale Interventionen verringerten die Suizidgedanken (n = 25) mit einer geringen Effektgröße (d = 0,08, p = 0,01), die nach Kontrolle der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	Publikationsverzerrung (d = 0,05, p = 0,1) nicht signifikant war; die Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).
Suizidversuche in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,03			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychosoziale Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).
Suizidalität bei Jugendlichen (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die therapeutischen Interventionen hatten im Vergleich zu TAU einen signifikanten Effekt für die primären Outcomes Selbstverletzung und Suizidversuche (31,3 %, 5 Studien) und einen signifikanten Effekt für die sekundären Outcomes Suizidgedanken und depressive Symptome (29,4 %, 5 Studien) (Iyengar, et al., 2018).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46 (CI 95% 0,25 — 0,85)			**Hoch**	CBT war die einzige Intervention, die sowohl im direkten als auch im indirekten Vergleich bei der Verringerung von wiederholten Suizidversuchen wirksamer war als TAU (Odds Ratio: 0,46, 95% [0,25-0,85] vs. 0,47, 95% [0,27-0,83] (Jeong et al., 2023)
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-0,31 (CI 95% -0,52 — -0,09)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte im Vergleich zu Kontrollgruppen geringe bis mäßige Effekte bei der Verringerung von Suizidgedanken (g = -0,31, 95% CI -0,52 bis -0,09) (Kothgassner et al., 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-1,16 (CI 95% -1,51 — -0,8)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte bei Prä-Post-Evaluationen große Effekte für Suizidgedanken: g = -1,16, 95% CI -1,51 bis -0,80) (Kothgassner et al., 2021)
Selbstverletzungen bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,13 (CI 95% 0,04 — 0,22)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Selbstverletzungen (d = 0,13, 95% CI 0,04-0,22, p = .004) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,31 (CI 95% 0,12 — 0,5)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Suizidgedanken (d = 0,31, 95% CI 0,12-0,50, p = .001) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	DBT und CBT bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Depression führten zu einer Verringerung der Suizidalität, d. h. der Suizidgedanken (55,0 %) und der Suizidversuche (37,5 %) (Méndez-Bustos et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der systematischen Übersichtsarbeit führte ACT bei suizidalem Verhalten zu einem statistisch signifikanten Rückgang der Suizidgedanken und der Suizidrisikofaktoren (Ortas-Barajas et al. 2024).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,08 (CI 95% 0,01 — 0,58)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Spezialisierte Psychotherapien vs. TAU waren mit einer mittleren Wirkung auf die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Verringerung des Gesamtschweregrads der Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer großen Wirkung auf suizidales Verhalten (k=1; n=38; RR=0,08 [95% CI: 0,01, 0,58]) nach der Behandlung verbunden sind (Oud et al., 2018)
Suizidversuche bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der Anteil der Jugendlichen, die sich während des Nachbeobachtungs-zeitraums selbst verletzten, war in den Interventionsgruppen (DBT, CBT und MBT) geringer (28 %) als in den Kontrollgruppen (33 %). Der gepoolte Risikounterschied zwischen Therapeutischen Interventionen und TAU für Suizidversuche und nicht-suizidale Selbstverletzungen war bei separater Betrachtung statistisch nicht signifikant (Ougrin et al., 2019).
Suizidalität bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen (Meta-Analyse)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen gab es im Durchschnitt aller Studien schwache Hinweise auf einen geringen positiven Effekt der Interventionen auf die Suizid- oder Selbstverletzungsrate (d = -0,20, 95% CI = -0,39-0,00) (Padamanathan et al., 2020).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,62			**Moderat** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt.	Die Kombination von Effektmaßen für suizidales und parasuizidales Verhalten ergab einen Nettonutzen zugunsten der DBT (gepooltes Hedges'g 0,622) (Panos et al. 2014).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der	Die in den Studien berichteten Ergebnisse sprachen überwiegend für Mindfulness-based interventions (MBI) als wirksame

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Heterogenität.	Interventionsstrategie bei suizidalem Verhalten (Raj et al. 2021)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Schematherapie, Mentalisierungsbasierte Behandlung und Dialektische Verhaltenstherapie erzielten höhere Effektstärken als der Durchschnitt, TAU niedrigere Effektstärken. Dissoziation, Wut, Impulsivität und Suizidalität/Selbstverletzung zeigte die geringste Verbesserung (Rameckers et al. 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,34 (CI 95% 0,12 — 1,03) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zur kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Suizidprävention ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,34, 95% CI 0,12-1,03) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zu Lithium ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% CI 0,05-1,02) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	PTBS-Behandlungen verringerten sowohl PTBS- als auch suizidbezogene Ergebnisse, wobei sich die meisten Studien auf kognitive Verarbeitungstherapie oder verlängerte Exposition konzentrierten. Auf Suizid ausgerichtete Behandlungen (z. B. kognitive Therapien zur Suizidprävention) verringerten ebenfalls die Suizidfolgen, doch waren die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf PTBS-bezogene Folgen uneinheitlich (Rozek et al., 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Mindfulness-based-interventions (MBI) zeigten in Prä-Post-Studien signifikante moderate Effekte auf Suizidgedanken und in kontrollierten Studien kleine Effekte. Darüber hinaus zeigten MBI signifikante moderate Effekte bei Personen mit Depressionen und Suizidgedanken oder -versuchen in der Vorgeschichte. Darüber hinaus führten MBI zu einer klinisch signifikanten Verringerung von Suizidgedanken und Depressionen (Schmelefeske et al., 2022).
Suizidalität (Cochrane Review)				**Hoch**	Die DBT scheint den Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Selbstverletzungen besser zu reduzieren und die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu verbessern als TAU. MBT scheint bei der Reduzierung von Selbstverletzungen und Suizidalität wirksamer zu sein als TAU (Storebø, 2020).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Überprüfung ergab, dass ACT in den beiden Prä-Post-Studien zur Verringerung von Suizidgedanken wirksam ist, nicht jedoch in anderen Studien (Tighe et al. 2018).
Suizidgedanken (Umbrella Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der Übersichtsarbeit verringerte CBT das Ausmaß der Suizidgedanken (SMD -0,28, 95 % CI -0,36 bis -0,21) (Wu et al. 2022).
Suizidversuche (Umbrella Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der	In der Übersichtsarbeit verringerte CBT Suizidversuche (RR 0,77, 95

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	% CI 0,69 bis 0,87) (Wu et al. 2022).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die Ergebnisse der Meta-analyse zeigten, dass Psychotherapie eine positive Auswirkung auf die Verringerung der Suizidalität von Personen hatte, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und die Zahl der wiederholten Suizidversuche (Xu et al., 2024).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Interventionen (v.a. CBT und DBT) waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrheit handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs) (Yiu et al. 2021).

Referenzen

76. Aggarwal S, Patton G, Berk M, Patel V. Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(10):1729-1750 Pubmed Journal

107. de Aguiar KR, Bilhalva JB, Cabelleira MD, Guimarães GO, Madureira T, Agako A, et al. The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy 2022;44:e20210316 Pubmed Journal

134. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2016;2016(5):CD012189 Pubmed Journal

149. Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD, et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychological bulletin 2020;146(12):1117-1145 Pubmed Journal

329. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(12):CD012013 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

435. Bahji A, Pierce M, Wong J. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and

Adolescents. 2021. Webseite

436. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005652 Pubmed

438. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(9):881-8 Pubmed Journal

440. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. Journal of psychiatric research 2016;79:8-20 Pubmed Journal

441. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2017;74(4):319-328 Pubmed Journal

442. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2013;144(3):183-90 Pubmed Journal

443. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behavior therapy 2019;50(1):60-72 Pubmed Journal

444. Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. Journal of the Royal Society of Medicine 2017;110(10):404-410 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Jugendalter **soll** eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-A) angeboten werden. Für Kinder unter 14 Jahren besteht Forschungsbedarf.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidalen Patient*innen
Intervention: Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Psychosoziale Interventionen: Der Review fasst Ergebnisse über Wirksamkeit, Akzeptanz von psychosozialen Interventionen bei Selbstverletzungen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zusammen. Dabei untersuchen einzelne Studien die Wirkung von CBT auf Selbstverletzung und Suizidgedanken. Suizidgedanken konnten signifikant reduziert werden durch CBT (Aggarwal et al., 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,71 (-1,19 — -0,23) Basierend auf Daten von Patienten und 49 Studien.			**Hoch**	Dialektisch-behaviorale Therapien (DBT) waren am Ende der Nachbeobachtungszeit mit einer Verringerung von Suizidgedanken (Cohen d = -0,71; 95% [CI -1,19 bis -0,23]) verbunden (Baji et al., 2021)
Suizidalität (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,81 (CI 95% 0,66 — 0,98)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen Behandlung: Selbstverletzung oder Parasuizid können nach 6 bis 12 Monaten abnehmen (n=63, 1 RCT, RR 0,81 CI 0,66 bis 0,98, NNT 12 CI 7 bis 108) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Relatives Risiko -15,3 (CI 95% -25,46 — -5,14)			**Hoch**	Vergleich der dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) mit der üblichen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Behandlung: In einer Studie wurde ein statistischer Unterschied zugunsten von Personen, die eine DBT erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die wie üblich behandelt wurden, hinsichtlich der durchschnittlichen Werte für Suizidgedanken nach 6 Monaten festgestellt (n=20, MD -15,30, CI -25,46 bis -5,14) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 11 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Der systematische Review untersucht DBT im stationären Setting. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass DBT bei der Reduzierung von Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung in stationären Einrichtungen wirksam sein kann und auch zu einer Reduktion von Suizidgedanken sowie selbstverletzendem Verhalten beiträgt (Bloom et al., 2012).
Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,78) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer, die psychosoziale Maßnahmen erhielten, eine geringere Wahrscheinlichkeit als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, Suizidgedanken zu äußern, einen Suizid zu planen, einen Suizidversuch zu unternehmen oder durch Suizid zu sterben (Odds Ratio [OR]=0,57, 95% [CI=0,41-0,78]) (Bornheimer et al., 2020).
Suizidgedanken bei Menschen mit	Odds ratio 0,73 (CI 95% 0,55 — 0,97)			**Moderat** Keine ausreichende	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			Erklärung der Heterogenität.	psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen ergaben eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken (OR=0,73, 95% CI=0,55-0,97) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizide bei Menschen mit psychotischen Symptomen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,45 (CI 95% 0,3 — 0,68) Basierend auf Daten von 4.829 Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (u.a. CBT, Metakognitive Therapie) zur Verringerung von Suizidalität bei Menschen mit psychotischen Symptomen. Subgruppenanalysen ergaben eine signifikante Verringerung der Suizide (OR=0,45, 95% CI=0,30-0,68) unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe (Bornheimer et al., 2020).
Suizidversuch (Meta-Analyse)	Risikodifferenz -0,08 (CI 95% -0,04 — -0,11) Basierend auf Daten von 4.114 Patienten und 32 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Ziel der Metaanalyse ist es die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zur Verringerung von Suizidversuchen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen (NSSI) zu bestimmen. Bei Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, war die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs während der Nach-beobachtungszeit geringer. Die gepoolte Risikodifferenz für Suizidversuch betrug -0,08 (95 % Konfidenzintervall = -0,04 bis -0,11). Die absolute Risikoreduktion betrug 6,59 % (Psychotherapie: 9,12 %; TAU: 15,71 %), woraus sich eine geschätzte Zahl der zu behandelnden Patienten von 15 ergibt (Calati et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2016).
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				Unbekannt	Selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen: Die Ergebnisse zeigten eine große Heterogenität und eine begrenzte Reichweite der psychologischen Behandlungen mit kleinen bis mäßigen Effektstärken für selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, Suizidalität und insbesondere Suizidabsichten. Diese Effekte schwächten sich tendenziell ab oder verschwanden mittel- bis langfristig. DBT war vergleichsweise die erfolgreichste der getesteten Interventionen (Carrasco et al., 2023).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,14 — 0,51)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in stand-alone Designs (g = 0,32; 95 % KI, 0,14-0,51) (Cristea et al., 2017).
Suizidalität bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)	0,4 (CI 95% 0,15 — 0,65)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für Endpunkte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in add-on Designs (g = 0,40; 95 % KI, 0,15-0,65) (Cristea et al., 2017).
Suizide bei der Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-	0,44 (CI 95% 0,15 — 0,74)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion	Suizide bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Die untersuchten Psychotherapien waren nach dem Test mäßig

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)				wurde nicht doppelt durchgeführt.	wirksamer als Kontrollinterventionen, einschließlich stand-alone Designs: Suizid (g = 0,44; 95 % KI, 0,15-0,74), keine Unterschiede zwischen den Designtypen (Cristea et al., 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,12 (CI 95% -0,2 — 0,44) Basierend auf Daten von Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	Review und Meta-Analyse zur Psychotherapie von Depressionen: 3 von 13 Studien untersuchen die Auswirkungen von Psychotherapie bei Depression auf Suizidgedanken und das Suizidrisiko: Die Effekte auf Suizidgedanken und Suizidrisiko waren klein (g = 0,12; 95 %-KI: −0,20 bis 0,44) und nicht statistisch signifikant (Cuijpers et al., 2013).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Sowohl CBT als auch DBT zeigten einen kleinen Nutzen bei der Verringerung von Suizidgedanken im Vergleich zu TAU oder einer Wartelistenkontrolle, und CBT verringerte auch die Suizidversuche im Vergleich zu TAU. Zur Wirksamkeit anderer nicht-pharmakologischer oder pharmakologischer Interventionen liegen nur begrenzte Daten vor (D'Anci et al., 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Mindfulness-based interventions (MBI): Die Literatur zu MBI zeigt vielversprechende Ergebnisse zur Verringerung des Suizidrisikos, insbesondere bei Patienten mit MDD. Vier Studien, die andere MBI-Behandlungsprotokolle untersuchten (achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, tägliche Achtsamkeitsmeditation, Mind Body Awareness,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie), zeigten alle, dass MBI die mit dem Suizidrisiko verbundenen Faktoren reduziert (de Aguiar et al., 2022)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,23 (CI 95% -0,47 — -0,02)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Meta-Analysen mit zufälligen Effekten zeigten keinen signifikanten gepoolten Effekt der DBT in Bezug auf Suizidgedanken (d = -,229, 95% CI = -,473 bis .016) (Decou et al., 2019)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Self-injurious thoughts and behaviors)-Ergebnissen gering, keine Intervention schien signifikant und durchgängig stärker zu sein als andere (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Systematischer Review)	Rate ratio 0,47 (CI 95% 0,03 — 0,73)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend	Die KVT verringerte im Vergleich zur üblichen Behandlung das Risiko eines neuen Suizidversuchs; Risikoverhältnis 0,47; 95% KI 0,30- 0,73; p = 0,0009; I2=57%. Eine Studie hatte einen ungewöhnlich großen Effekt; wenn diese Studie ausgeschlossen wird, beträgt das Risikoverhältnis 0,61 (0,46-0,80) (I2=0%)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	(Gotzsche et al.2017)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,42 (CI 95% -0,6 — -0,25)			**Hoch**	Es gab deutliche Hinweise darauf, dass kombinierte psychologische oder psychosoziale Interventionen im Vergleich zu jeder Art von Vergleichsbedingung mit einem geringeren Schweregrad der Suizidgedanken verbunden waren (36 Studien, SMD = -0,42; 95% CI -0,60 bis -0,25; p<0. 00001; I2 =64%) (Hetrick et al., 2016).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,19 (CI 95% 0,04 — 0,81)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Therapie (OR=0,19, 95%CI =0,04-0,81) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,37 (CI 95% 0,13 — 0,97)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass dialektische Verhaltenstherapie (DBT) (OR=0,37, 95%CI =0,13-0,97) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,17 — 0,99)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (OR=0,42, 95%CI =0,17-0,99) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen war (Hu et al. 2024)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,65 (CI 95% 0,44 — 0,94)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Unsere primäre Analyse ergab, dass Kurzintervention und Kontakt (BIC) (OR=0,65, 95%CI=0,44-0,94) der TAU bei der Verhinderung von Suizidversuchen überlegen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					war (Hu et al. 2024)
Suizidgedanken in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,08			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychosoziale Interventionen verringerten die Suizidgedanken (n = 25) mit einer geringen Effektgröße (d = 0,08, p = 0,01), die nach Kontrolle der Publikationsverzerrung (d = 0,05, p = 0,1) nicht signifikant war; die Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).
Suizidversuche in Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,03			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychosoziale Interventionen waren für Suizidversuche (n = 18, d = 0,03, p = 0,52) nicht signifikant (Itzhaky et al., 2022).
Suizidalität bei Jugendlichen (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die therapeutischen Interventionen hatten im Vergleich zu TAU einen signifikanten Effekt für die primären Outcomes Selbstverletzung und Suizidversuche (31,3 %, 5 Studien) und einen signifikanten Effekt für die sekundären Outcomes Suizidgedanken und depressive Symptome (29,4 %, 5 Studien) (Iyengar, et al., 2018).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46 (CI 95% 0,25 — 0,85)			**Hoch**	CBT war die einzige Intervention, die sowohl im direkten als auch im indirekten Vergleich bei der Verringerung von wiederholten Suizidversuchen wirksamer war als TAU (Odds Ratio: 0,46, 95% [0,25-0,85] vs. 0,47, 95% [0,27-0,83] (Jeong et al., 2023)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-0,31 (CI 95% -0,52 — -0,09)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte im Vergleich zu Kontrollgruppen geringe bis mäßige Effekte bei der Verringerung von Suizidgedanken (g = -0,31, 95% CI -0,52 bis -0,09) (Kothgassner et al., 2021)
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	-1,16 (CI 95% -1,51 — -0,8)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	DBT-A zeigte bei Prä-Post-Evaluationen große Effekte für Suizidgedanken: g = -1,16, 95% CI -1,51 bis -0,80) (Kothgassner et al., 2021)
Selbstverletzungen bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,13 (CI 95% 0,04 — 0,22)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Selbstverletzungen (d = 0,13, 95% CI 0,04-0,22, p = .004) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidgedanken bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	0,31 (CI 95% 0,12 — 0,5)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In der Metanalyse schnitten die therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen bei der Verringerung von Suizidgedanken (d = 0,31, 95% CI 0,12-0,50, p = .001) signifikant besser ab als die aktiven Kontrollen (Kothgassner et al., 2020).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	DBT und CBT bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Depression führten zu einer Verringerung der Suizidalität, d. h. der Suizidgedanken (55,0 %) und der Suizidversuche (37,5 %) (Méndez-Bustos et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der systematischen Übersichtsarbeit führte ACT bei suizidalem Verhalten zu einem statistisch

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					signifikanten Rückgang der Suizidgedanken und der Suizidrisikofaktoren (Ortas-Barajas et al. 2024).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,08 (CI 95% 0,01 — 0,58)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Spezialisierte Psychotherapien vs. TAU waren mit einer mittleren Wirkung auf die Verringerung des Gesamtschweregrads der Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer großen Wirkung auf suizidales Verhalten (k=1; n=38; RR=0,08 [95% CI: 0,01, 0,58]) nach der Behandlung verbunden sind (Oud et al., 2018)
Suizidversuche bei Jugendlichen (Meta-Analyse)				**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der Anteil der Jugendlichen, die sich während des Nachbeobachtungs-zeitraums selbst verletzten, war in den Interventionsgruppen (DBT, CBT und MBT) geringer (28 %) als in den Kontrollgruppen (33 %). Der gepoolte Risikounterschied zwischen Therapeutischen Interventionen und TAU für Suizidversuche und nicht-suizidale Selbstverletzungen war bei separater Betrachtung statistisch nicht signifikant (Ougrin et al., 2019).
Suizidalität bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen (Meta-Analyse)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Menschen mit Substanzgebrauchs-störungen gab es im Durchschnitt aller Studien schwache Hinweise auf einen geringen positiven Effekt der Interventionen auf die Suizid- oder Selbstverletzungsrate (d = -0,20, 95% CI = -0,39-0,00) (Padamanathan et al., 2020).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,62			**Moderat** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen	Die Kombination von Effektmaßen für suizidales und parasuizidales Verhalten ergab einen Nettonutzen zugunsten der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studien fehlt.	DBT (gepooltes Hedges'g 0,622) (Panos et al. 2014).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die in den Studien berichteten Ergebnisse sprachen überwiegend für Mindfulness-based interventions (MBI) als wirksame Interventionsstrategie bei suizidalem Verhalten (Raj et al. 2021)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Schematherapie, Mentalisierungsbasierte Behandlung und Dialektische Verhaltenstherapie erzielten höhere Effektstärken als der Durchschnitt, TAU niedrigere Effektstärken. Dissoziation, Wut, Impulsivität und Suizidalität/Selbstverletzung zeigte die geringste Verbesserung (Rameckers et al. 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,34 (CI 95% 0,12 — 1,03) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zur kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Suizidprävention ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,34, 95% CI 0,12-1,03) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02) Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Sechs RCTs zu Lithium ergaben nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% CI 0,05-1,02) (Riblet et al. 2017).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	PTBS-Behandlungen verringerten sowohl PTBS- als auch suizidbezogene Ergebnisse, wobei sich die meisten Studien auf kognitive Verarbeitungstherapie oder verlängerte Exposition konzentrierten. Auf Suizid ausgerichtete Behandlungen (z. B.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					kognitive Therapien zur Suizidprävention) verringerten ebenfalls die Suizidfolgen, doch waren die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf PTBS-bezogene Folgen uneinheitlich (Rozek et al., 2022)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Mindfulness-based-interventions (MBI) zeigten in Prä-Post-Studien signifikante moderate Effekte auf Suizidgedanken und in kontrollierten Studien kleine Effekte. Darüber hinaus zeigten MBI signifikante moderate Effekte bei Personen mit Depressionen und Suizidgedanken oder -versuchen in der Vorgeschichte. Darüber hinaus führten MBI zu einer klinisch signifikanten Verringerung von Suizidgedanken und Depressionen (Schmelefeske et al., 2022).
Suizidalität (Cochrane Review)				**Hoch**	Die DBT scheint den Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Selbstverletzungen besser zu reduzieren und die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu verbessern als TAU. MBT scheint bei der Reduzierung von Selbstverletzungen und Suizidalität wirksamer zu sein als TAU (Storebø, 2020).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Überprüfung ergab, dass ACT in den beiden Prä-Post-Studien zur Verringerung von Suizidgedanken wirksam ist, nicht jedoch in anderen Studien (Tighe et al. 2018).
Suizidgedanken				**Moderat**	In der Übersichtsarbeit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Verhaltenstherapie (KVT, Verfahren der dritten Welle, DBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Umbrella Review)				Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	verringerte CBT das Ausmaß der Suizidgedanken (SMD -0,28, 95 % CI -0,36 bis -0,21) (Wu et al. 2022).
Suizidversuche (Umbrella Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der Übersichtsarbeit verringerte CBT Suizidversuche (RR 0,77, 95 % CI 0,69 bis 0,87) (Wu et al. 2022).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die Ergebnisse der Meta-analyse zeigten, dass Psychotherapie eine positive Auswirkung auf die Verringerung der Suizidalität von Personen hatte, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und die Zahl der wiederholten Suizidversuche (Xu et al., 2024).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Niedrig** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Interventionen (v.a. CBT und DBT) waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrheit handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs) (Yiu et al. 2021).

Referenzen

76. Aggarwal S, Patton G, Berk M, Patel V. Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(10):1729-1750 Pubmed Journal

107. de Aguiar KR, Bilhalva JB, Cabelleira MD, Guimarães GO, Madureira T, Agako A, et al. The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy 2022;44:e20210316 Pubmed Journal

134. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. The Cochrane

database of systematic reviews 2016;2016(5):CD012189 Pubmed Journal

149. Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD, et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychological bulletin 2020;146(12):1117-1145 Pubmed Journal

329. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(12):CD012013 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

435. Bahji A, Pierce M, Wong J. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents. 2021. Webseite

436. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005652 Pubmed

438. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(9):881-8 Pubmed Journal

440. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. Journal of psychiatric research 2016;79:8-20 Pubmed Journal

441. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2017;74(4):319-328 Pubmed Journal

442. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2013;144(3):183-90 Pubmed Journal

443. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behavior therapy 2019;50(1):60-72 Pubmed Journal

444. Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. Journal of the Royal Society of Medicine 2017;110(10):404-410 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Suizidalen Patient*Innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung **soll** eine auf die Suizidalität fokussierte psychodynamische Psychotherapie (MBT, TFP) angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innnen
Intervention: Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)
Vergleichsintervention: Treatment as ususal

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Cochrane Review)	Risikodifferenz 0,81 (CI 95% 0,66 — 0,98)			**Hoch**	Beim Vergleich der DBT mit TAU fanden die Studien, dass Selbstverletzung oder Parasuizid nach 6 bis 12 Monaten abnehmen können (n=63, 1 RCT, RR=0,81 KI 0,66-0,98, NNT 12 CI 7 bis 108) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Cochrane Review)	-15,3 (CI 95% -25,46 — -5,14)			**Hoch**	In einer Studie wurde ein statistischer Unterschied zugunsten von Personen, die eine DBT erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die wie üblich behandelt wurden, bei den durchschnittlichen Werten für Suizidgedanken nach 6 Monaten festgestellt (n=20, MD= -15,30 CI -25,46 bis -5,14) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidversuche (Meta-Analyse)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Psychoanalytische und psychodynamische Therapien im Vergleich zur TAU waren wirksam bei der Reduktion der Anzahl der Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen. Wir fanden einige Belege für eine signifikante Verringerung der Wiederholung von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Selbstverletzungen nach 6 Monaten, jedoch nicht nach 12-Monats-Follow-up (Briggs et al., 2019).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,14 — 0,51) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in stand-alone Designs (g = 0,32; 95 % KI, 0,14-0,51) (Cristea et al., 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,4 (CI 95% 0,15 — 0,65) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in add-on Designs (g = 0,40; 95 % KI, 0,15-0,65) (Cristea et al., 2017).
Selbstverletzung (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,09 — 0,54) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) bei anderen Outcomes ähnlich, einschließlich stand-alone-Designs: Selbstverletzung (g = 0,32; 95 % KI, 0,09-0,54) (Cristea et al., 2017).
Suizid (Meta-Analyse)	0,44 (CI 95% 0,15 — 0,74) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) bei anderen Outcomes ähnlich, einschließlich stand-alone-Designs: Suizid (g = 0,44; 95 % KI, 0,15-0,74) (Cristea et al., 2017).
Suizidversuche bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 25 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der systematischen Übersichtsarbeit waren bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl TAU als auch die einbezogenen Psychotherapien bei der Behandlung des Schweregrads und der Symptome wirksam. Zwei RCTs berichteten über weniger Suizidversuche von Teilnehmern, die der DBT-Gruppe zugewiesen wurden, als von Teilnehmern, die der TAU zugewiesen wurden, und erreichten nur in einer Studie statistische Signifikanz (8 % vs. 6 %, p < .04) (Crotty et al., 2024).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,9 (0,85 — 0,95)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidgedanken deutlich reduzierte (RR 0,90 [0,85-0,95]) (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,98 (0,87 — 1,11)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidversuchen nicht

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					signifikant reduziert (RR 0,98 [0,87-1,11]) (Fox et al., 2020).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,89 (0,76 — 1,04)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Interventionen im Durchschnitt die Zahl der Suizide nicht signifikant reduzierten (RR 0,89 [0,76, 1,04]) (Fox et al., 2020).
Suizidalität bei Persönlichkeits-störungen (Meta-Analyse)	-0,79 (-1,38 — -0,2) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Hoch**	In der systematischen Metaanalyse waren psychodynamische Therapien den Kontrollgruppen bei der Verbesserung der Suizidalität (g = -0,79, p = 0,02; 95% CI: -1,38, -0,20) überlegen (Keefe et al., 2020).
Suizidversuche bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die systematische Übersichtsarbeit untersucht spezifische Psychotherapien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (u.a. psychodynamische Psychotherapie, Übertragungs-fokussierte Psychotherapie). Bei primären Ergebnissen wie Suizidversuchen (7,4 - 33,9 %) gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Studien (Lana et al., 2013)
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)				**Niedrig** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung verbesserten die dialektisch-behaviorale Therapie und eine psychoanalytisch orientierte teilstationäre Behandlung die Therapieadhärenz und reduzierten suizidales Verhalten im Vergleich zur TAU. Suizidgedanken werden durch interpersonelle

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und dialektische Verhaltenstherapie verringert (Mann et al., 2005).
Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die systematische Übersichtsarbeit untersucht aktive Interventionen (Antidepressiva, Psychotherapie und deren Kombination) und Kontrollbedingungen für die Akutbehandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In Bezug auf die Wirksamkeit war Fluoxetin plus kognitive Verhaltenstherapie (CBT) wirksamer als CBT allein (-0-78, 95% CI -1-55 bis -0-01) und psychodynamische Therapie (-1-14, -2-20 bis -0-08), aber nicht wirksamer als Fluoxetin allein (-0-22, -0-86 bis 0-42) (Zhou et al., 2020).

Für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter liegen nicht genügend Studien zur Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien vor, um eine evidenzbasierte Empfehlung abzugeben. Hier ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innnen
Intervention: Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)
Vergleichsintervention: Treatment as ususal

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Cochrane Review)	Risikodifferenz 0,81 (CI 95% 0,66 — 0,98)			**Hoch**	Beim Vergleich der DBT mit TAU fanden die Studien, dass Selbstverletzung oder Parasuizid nach 6 bis 12 Monaten abnehmen können (n=63, 1 RCT, RR=0,81 KI 0,66-0,98, NNT 12 CI 7 bis 108) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Cochrane Review)	-15,3 (CI 95% -25,46 — -5,14)			**Hoch**	In einer Studie wurde ein statistischer Unterschied zugunsten von Personen, die eine DBT erhielten, im Vergleich zu denjenigen, die wie üblich behandelt wurden, bei den durchschnittlichen Werten für Suizidgedanken nach 6 Monaten festgestellt (n=20, MD= -15,30 CI -25,46 bis -5,14) (COCHRANE; Binks et al., 2006).
Suizidversuche (Meta-Analyse)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Psychoanalytische und psychodynamische Therapien im Vergleich zur TAU waren wirksam bei der Reduktion der Anzahl der Patienten, die einen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	Suizidversuch unternahmen. Wir fanden einige Belege für eine signifikante Verringerung der Wiederholung von Selbstverletzungen nach 6 Monaten, jedoch nicht nach 12-Monats-Follow-up (Briggs et al., 2019).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,14 — 0,51) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in stand-alone Designs (g = 0,32; 95 % KI, 0,14-0,51) (Cristea et al., 2017).
Suizidalität (Meta-Analyse)	0,4 (CI 95% 0,15 — 0,65) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) nach dem Test mäßig wirksamer als Kontrollinterventionen in add-on Designs (g = 0,40; 95 % KI, 0,15-0,65) (Cristea et al., 2017).
Selbstverletzung (Meta-Analyse)	0,32 (CI 95% 0,09 — 0,54) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Für relevante Endpunkte (Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) bei anderen Outcomes ähnlich, einschließlich stand-alone-Designs: Selbstverletzung (g = 0,32; 95 % KI, 0,09-0,54) (Cristea et al., 2017).
Suizid (Meta-	0,44			**Moderat**	Für relevante Endpunkte

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)	(CI 95% 0,15 — 0,74) Basierend auf Daten von Patienten und 33 Studien.			Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	(Symptome, Selbstverletzung und Suizid) waren die untersuchten Psychotherapien (dialektische Verhaltenstherapie und psychodynamische Ansätze) bei anderen Outcomes ähnlich, einschließlich stand-alone-Designs: Suizid (g = 0,44; 95 % KI, 0,15-0,74) (Cristea et al., 2017).
Suizidversuche bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 25 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	In der systematischen Übersichtsarbeit waren bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl TAU als auch die einbezogenen Psychotherapien bei der Behandlung des Schweregrads und der Symptome wirksam. Zwei RCTs berichteten über weniger Suizidversuche von Teilnehmern, die der DBT-Gruppe zugewiesen wurden, als von Teilnehmern, die der TAU zugewiesen wurden, und erreichten nur in einer Studie statistische Signifikanz (8 % vs. 6 %, p < .04) (Crotty et al., 2024).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,9 (0,85 — 0,95)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidgedanken deutlich reduzierte (RR 0,90 [0,85-0,95]) (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,98 (0,87 — 1,11)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidversuchen nicht signifikant reduziert (RR 0,98 [0,87-1,11]) (Fox et al., 2020).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,89 (0,76 — 1,04)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Interventionen im Durchschnitt die Zahl der Suizide nicht signifikant reduzierten (RR 0,89 [0,76, 1,04]) (Fox et al., 2020).
Suizidalität bei Persönlichkeits-störungen (Meta-Analyse)	-0,79 (-1,38 — -0,2) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Hoch**	In der systematischen Metaanalyse waren psychodynamische Therapien den Kontrollgruppen bei der Verbesserung der Suizidalität (g = -0,79, p = 0,02; 95% CI: -1,38, -0,20) überlegen (Keefe et al., 2020).
Suizidversuche bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die systematische Übersichtsarbeit untersucht spezifische Psychotherapien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (u.a. psychodynamische Psychotherapie, Übertragungs-fokussierte Psychotherapie). Bei primären Ergebnissen wie Suizidversuchen (7,4 - 33,9 %) gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Studien (Lana et al., 2013)
Suizidalität bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Systematischer Review)				**Niedrig** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung	Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung verbesserten die dialektisch-behaviorale Therapie und eine psychoanalytisch orientierte teilstationäre Behandlung die Therapieadhärenz und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as ususal	**Intervention** Psychodynamische Psychotherapie (z.B. TP, AP, MBT)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				des Publikationsbias.	reduzierten suizidales Verhalten im Vergleich zur TAU. Suizidgedanken werden durch interpersonelle Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und dialektische Verhaltenstherapie verringert (Mann et al., 2005).
Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die systematische Übersichtsarbeit untersucht aktive Interventionen (Antidepressiva, Psychotherapie und deren Kombination) und Kontrollbedingungen für die Akutbehandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In Bezug auf die Wirksamkeit war Fluoxetin plus kognitive Verhaltenstherapie (CBT) wirksamer als CBT allein (-0-78, 95% CI -1-55 bis -0-01) und psychodynamische Therapie (-1-14, -2-20 bis -0-08), aber nicht wirksamer als Fluoxetin allein (-0-22, -0-86 bis 0-42) (Zhou et al., 2020).

Die Wirkung von systemischer und/oder einer familienfokussierten Psychotherapie auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Sehr niedrig

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Systemische und/oder eine familienfokussierte Psychotherapie
Vergleichsintervention: Treatment as usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Systemische und/oder eine familienfokussierte Psychotherap	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidrisiko bei Jugendlichen (Review)				**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Anhand der Leitlinien von Southam-Gerow und Prinstein (Child Adolesc Psychol 43:16, 2014) identifizierten wir zwei gut etablierte Interventionskategorien, die die höchsten Standards für Interventionen erfüllen, und drei wahrscheinlich wirksame Interventionskategorien. Alle gefundenen Interventionen konzentrierten sich ausschließlich auf das Suizidrisiko in jugendlichen Populationen (Frey et al., 2022).

Referenzen

437. Frey LM, Hunt QA, Russon JM, Diamond G. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. Journal of marital and family therapy 2022;48(1):154-177 Pubmed Journal

Die Wirkung von manualisierten Kurzinterventionen auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfallplans) und/oder eine psychotherapeutische Kurzintervention (< 12 Stunden; u.a. ASSIP; RISE, CLASP, CAMS, Motivational Interviewing)
Vergleichsintervention: Treatment as usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Evidenz für psychologische Interventionen deutet darauf hin, dass die KVT Suizidversuche, Suizidgedanken und Hoffnungslosigkeit im Vergleich zur TAU reduziert. Begrenzte Evidenz deutet

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					darauf hin, dass die DBT Suizidgedanken im Vergleich zur Warteliste oder Krisenplanung reduziert (D'Anci et al., 2019).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,69 (CI 95% 0,53 — 0,89)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Gepoolte Effektschätzungen zeigten, dass kurze Suizidpräventions-maßnahmen mit einer Verringerung nachfolgender Suizidversuche (gepoolte Odds Ratio, 0,69; 95% CI, 0,53-0,89) verbunden waren (Doupnik et al., 2020).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,9 (0,85 — 0,95)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidgedanken deutlich reduzierte (RR 0,90 [0,85-0,95]) (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,98 (0,87 — 1,11)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidversuchen nicht signifikant reduziert (RR 0,98 [0,87-1,11]) (Fox et al., 2020).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,89 (0,76 — 1,04)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Ergebnisse zeigten, dass die Interventionen im Durchschnitt die Zahl der Suizide nicht signifikant reduzierten (RR 0,89 [0,76, 1,04]) (Fox et al., 2020).
Suizid (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Obwohl sich CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) bei einer Vielzahl von Maßnahmen als vielversprechend erwiesen hat, gibt es nur eine begrenzte Anzahl von qualitativ hochwertigen Studien, die die Wirksamkeit von CAMS bei der Verringerung von vorsätzlicher Selbstverletzung und Suizid bewerten (Hanratty et al., 2019)
Suizidalität (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Interventionen umfassten ein frühzeitiges therapeutisches Engagement, die Bereitstellung von Informationen, eine Sicherheitsplanung und eine Nachbetreuung über mind. 12 Monate. Zwei Studien, in denen Suizidgedanken gemessen wurden, zeigten keine Wirkung. Zwei Studien zeigten weniger Suizidversuche, eine weniger Suizide und eine Wirkung auf Depressionen (McCabe et al., 2018).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Es wurde eine systematische Überprüfung von Studien durchgeführt mit BCIs (Brief Contact Interventions: Telefonkontakte nach der Entlassung, Notfall- oder Notfall- oder Krisenkarten und Postkarten- oder Briefkontakte) bei Suizid oder Selbstverletzung. Nach Bewertung der Studien und Prüfung der Plausibilität der Mechanismen kommen wir

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					zu dem Schluss, dass soziale Unterstützung und verbesserte Suizidpräventionskompetenz die wahrscheinlichsten Mechanismen sind, die den BCI zugrunde liegen (Milner et al., 2016)
Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 0,87 (CI 95% 0,74 — 1,04)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Für jede nachfolgende Episode von Selbstverletzung o. Suizidversuch gab es eine nicht signifikante Verringerung der gepoolten OR = 0,87 (95% CI 0,74-1,04, P = 0119) für die Intervention im Vergleich zur Kontrolle (Milner et al., 2015)
Suizidalität (Systematischer Review)	0,66 (CI 95% 0,54 — 0,8)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Die Anzahl der Wiederholungen von Selbstverletzung oder Suizidversuch pro Person war bei der Intervention im Vergleich zur Kontrolle signifikant reduziert (Inzidenzratenverhältnis IRR = 066, 95% CI 0,54-0,80, P50001) (Milner et al., 2015).
Suizide (Systematischer Review)	0,58 (CI 95% 0,24 — 1,38)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Die Suizidwahrscheinlichkeit war in der Interventionsgruppe nicht signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (OR = 0,58, 95% CI 0,24-1,38) (Milner et al., 2015)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von Simulationstrainings zur Bewertung und Intervention bei Suizidrisiken zu untersuchen. Die meisten Prä-/Posttests (n = 65) und nicht-randomisierten kontrollierten Studien (n = 14) zeigten eine signifikante Verbesserung der Einstellungen, Fähigkeiten,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Kenntnisse und Verhaltensweisen (Richard et al., 2023)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Moderat** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Im Vergleich zu alternativen Interventionen führte CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) zu einer signifikant geringeren Suizidalität (d = 0,25) und allgemeinem Leidensdruck (d = 0,29). Es wurden keine signifikanten Unterschiede bei Suizidversuchen, Selbstverletzungen, anderen suizidbezogenen Korrelaten oder der Kosteneffizienz festgestellt (Swift et al., 2021).

Konsentierte Empfehlung

Expertenkonsens: Bei mangelnder Verfügbarkeit von suizid-spezifischer Richtlinien-Psychotherapie **sollten** manualisierte Kurzinterventionen angeboten werden.

*Hinweis: Safety-Planning als Krisenintervention ist im Kapitel 6 Versorgung PICO-Frage 43 abgebildet.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wertvorstellungen und Präferenzen — Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen — Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfallplans) und/oder eine psychotherapeutische Kurzintervention (< 12 Stunden; u.a. ASSIP; RISE, CLASP, CAMS, Motivational Interviewing)
Vergleichsintervention: Treatment as usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Systematischer Review)				**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Evidenz für psychologische Interventionen deutet darauf hin, dass die KVT Suizidversuche, Suizidgedanken und Hoffnungslosigkeit im Vergleich zur TAU reduziert. Begrenzte Evidenz deutet darauf hin, dass die DBT Suizidgedanken im Vergleich zur Warteliste oder Krisenplanung reduziert (D'Anci et al., 2019).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,69 (CI 95% 0,53 — 0,89)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Gepoolte Effektschätzungen zeigten, dass kurze Suizidpräventions-maßnahmen mit einer Verringerung nachfolgender Suizidversuche (gepoolte Odds Ratio, 0,69; 95% CI, 0,53-0,89) verbunden waren (Doupnik et al., 2020).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,9 (0,85 — 0,95)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidgedanken

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					deutlich reduzierte (RR 0,90 [0,85-0,95]) (Fox et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,98 (0,87 — 1,11)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlung im Durchschnitt das Auftreten von Suizidversuchen nicht signifikant reduziert (RR 0,98 [0,87-1,11]) (Fox et al., 2020).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,89 (0,76 — 1,04)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Die Gesamteffekte der Interventionen waren bei allen SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen) gering. Die Ergebnisse zeigten, dass die Interventionen im Durchschnitt die Zahl der Suizide nicht signifikant reduzierten (RR 0,89 [0,76, 1,04]) (Fox et al., 2020).
Suizid (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Obwohl sich CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) bei einer Vielzahl von Maßnahmen als vielversprechend erwiesen hat, gibt es nur eine begrenzte Anzahl von qualitativ hochwertigen Studien, die die Wirksamkeit von CAMS bei der Verringerung von vorsätzlicher Selbstverletzung und Suizid bewerten (Hanratty et al., 2019)
Suizidalität (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Interventionen umfassten ein frühzeitiges therapeutisches Engagement, die Bereitstellung von Informationen, eine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Sicherheitsplanung und eine Nachbetreuung über mind. 12 Monate. Zwei Studien, in denen Suizidgedanken gemessen wurden, zeigten keine Wirkung. Zwei Studien zeigten weniger Suizidversuche, eine weniger Suizide und eine Wirkung auf Depressionen (McCabe et al., 2018).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Es wurde eine systematische Überprüfung von Studien durchgeführt mit BCIs (Brief Contact Interventions: Telefonkontakte nach der Entlassung, Notfall- oder Notfall- oder Krisenkarten und Postkarten- oder Briefkontakte) bei Suizid oder Selbstverletzung. Nach Bewertung der Studien und Prüfung der Plausibilität der Mechanismen kommen wir zu dem Schluss, dass soziale Unterstützung und verbesserte Suizidpräventionskompetenz die wahrscheinlichsten Mechanismen sind, die den BCI zugrunde liegen (Milner et al., 2016)
Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 0,87 (CI 95% 0,74 — 1,04)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Für jede nachfolgende Episode von Selbstverletzung o. Suizidversuch gab es eine nicht signifikante Verringerung der gepoolten OR = 0,87 (95% CI 0,74-1,04, P = 0119) für die Intervention im Vergleich zur Kontrolle (Milner et al., 2015)
Suizidalität (Systematischer Review)	0,66 (CI 95% 0,54 — 0,8)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Die Anzahl der Wiederholungen von Selbstverletzung oder Suizidversuch pro Person war bei der Intervention im Vergleich zur Kontrolle signifikant reduziert

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Manualisierte Krisenintervention (u.a. Erstellung eines Notfall	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Inzidenzratenverhältnis IRR = 066, 95% CI 0,54-0,80, P50001) (Milner et al., 2015).
Suizide (Systematischer Review)	0,58 (CI 95% 0,24 — 1,38)			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Kurzkontakt-Interventionen: Die Suizidwahrscheinlichkeit war in der Interventionsgruppe nicht signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (OR = 0,58, 95% CI 0,24-1,38) (Milner et al., 2015)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Hoch**	Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von Simulationstrainings zur Bewertung und Intervention bei Suizidrisiken zu untersuchen. Die meisten Prä-/Posttests (n = 65) und nicht-randomisierten kontrollierten Studien (n = 14) zeigten eine signifikante Verbesserung der Einstellungen, Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen (Richard et al., 2023)
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Moderat** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Im Vergleich zu alternativen Interventionen führte CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) zu einer signifikant geringeren Suizidalität (d = 0,25) und allgemeinem Leidensdruck (d = 0,29). Es wurden keine signifikanten Unterschiede bei Suizidversuchen, Selbstverletzungen, anderen suizidbezogenen Korrelaten oder der Kosteneffizienz festgestellt (Swift et al., 2021).

Es kann keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung und Forschungstransfer für den deutschen Sprachraum notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)
Vergleichsintervention: Treatment as usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (iCBT) (Meta-Analyse)	Relatives Risiko -0,25 (CI 95% -0,32 — -0,17) Basierend auf Daten von 2.037 Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Digitale Interventionen, die auf kognitiver Verhaltenstherapie (iCBT) zeigten bei allen Indizes eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken im Vergleich zu den Kontrollbedingungen (Schweregrad: b=-0,247, 95%CI -0,322 bis -0,173; zuverlässige Veränderungen: b=0,633, 95%CI 0,408 bis 0,859; Behandlungserfolg: b=0,606, 95%CI 0,410 bis 0,801). Bei iCBT lag die Rate der zuverlässigen Verbesserung bei 40,5 % (Kontrollen: 27,3 %); die Verschlechterungsrate betrug 2,8 % (Kontrollen: 5,1 %). Es wurden keine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Moderationseffekte auf Teilnehmerebene festgestellt. Die Auswirkungen auf das Ansprechen auf die Behandlung waren bei Studien mit Wartelistenkontrollen höher als bei aktiven Kontrollen. Es lagen keine ausreichenden Daten zu Suizidversuchen vor. (Büscher et al., 2022)
Suizidgedanken (ISIs) (Meta-Analyse)	Odds ratio -0,29 (CI 95% -0,4 — -0,02) Basierend auf Daten von 1.567 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Diese Ergebnisse zeigen, dass iCBT-Interventionen mit einer signifikanten Verringerung der Suizidgedanken im Vergleich zu Kontrollbedingungen verbunden sind. In Anbetracht ihrer hohen Skalierbarkeit haben iCBT-Interventionen das Potenzial, die Suizid-Mortalität zu senken. Die Teilnehmer, die der iCBT-Bedingung zugewiesen wurden, hatten nach der Intervention in allen 6 Studien signifikant weniger Suizidgedanken als die Kontrollgruppe (standardisierte mittlere Differenz, -0,29; 95% CI, -0,40 bis -0,19; P < .001). Die Heterogenität war gering (I2 = 0 %). In 4 Studien schien der Effekt bei der Nachuntersuchung erhalten zu bleiben (standardisierte mittlere Differenz, -0,18; 95% CI, -0,34 bis -0,02; P = .03; I2 = 36%). (Büscher et al., 2020)
Suizidgedanken (ungesteuerte webbasierte Intervention) (RCT)	Basierend auf Daten von 724 Patienten und 1 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: 12 Wochen.			**Niedrig** Unvollständige Ergebnisdaten Verschleierung der Zuordnung Verblindung der Teilnehmer und des Personals Verblindung bei der Ergebnisbewertung Indirektheit	Die Teilnehmer berichteten zu Beginn der Studie über ein hohes Maß an Suizidgedanken, Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Sorgen und Ängsten. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verzeichneten die Teilnehmer der Interventionsgruppe sowohl beim Posttest als auch bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					der Nachuntersuchung einen signifikanten Rückgang der Suizidgedanken, der Depression, der Hoffnungslosigkeit, der Sorgen und der Ängste. Eine wichtige Einschränkung der Studie war die hohe Abbrecherquote, vor allem in der Interventionsgruppe. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Online-Selbsthilfeintervention die Suizidgedanken und suizidbezogenen Symptome in einer schwer betroffenen Population wirksamer reduzierte als eine Wartelisten-Kontrolle. Sie kann dazu beitragen, die Lücke zwischen der Krisenhilfe und der persönlichen Behandlung zu schließen. (De Jaegere et al., 2019)
Suizidgedanken (Digitale Bibliotherapie) (RCT)	Basierend auf Daten von 528 Patienten und 1 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: 14 Tage.			**Niedrig** Indirektheit Verblindung der Zuordnung Verblindung bei der Ergebnisbewertung Unvollständige Ergebnisdaten	Die Teilnehmer*innen in der Behandlungsbedingung berichteten über einen geringeren Sterbewunsch als die Teilnehmer*innen in der Kontrollbedingung während des 14-tägigen Versuchszeitraums (β = -0,26, p = .001) und bei der 2-wöchigen Nachuntersuchung (t = -2,82, p = .005). Eine erhöhte wahrgenommene gemeinsame Erfahrung (indirekter Effekt b = -0,55, p < .001) und Optimismus (indirekter Effekt b = -0,85, p < .001) vermittelten die Wirkung der Behandlung auf den Sterbewunsch. Die digitale, auf Erzählungen basierende Bibliographie könnte eine wirksame Intervention für suizidgefährdete Personen sein, die zum Teil durch eine Steigerung der Gefühle von wahrgenommenen Teilhabeerfahrungen und Optimismus wirken könnte. Zukünftige Forschung ist erforderlich, um die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verallgemeinerbarkeit dieser Ergebnisse auf andere Plattformen, Gruppen und Bedingungen zu testen. (Franz et al., 2022)
Suizidalität (mHealth) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien.			**Hoch**	Weitere Forschung ist erforderlich, um die Wirksamkeit eigenständiger, auf mHealth-Technologien basierender Interventionen in der Suizidprävention zu bewerten. Die geringe Anzahl der in dieser Übersichtsarbeit berichteten Studien deutet vorläufig darauf hin, dass solche Tools einen positiven Einfluss auf suizidspezifische Ergebnisse haben könnten. (Melia et al., 2020)
Suizidprävention (Google Werbung) (RCT)	Basierend auf Daten von Patienten und 1 Studien.			**Moderat** Inkonsistenz Indirektheit	In der ersten Studie wurde die Anzeige 16.505 Mal angezeigt und 664 Mal angeklickt (4,02 % Klickrate). Es gab 101 Anrufe bei der Hotline. In der zweiten Studie wurde die Anzeige 120.881 Mal angezeigt und 6227 Mal angeklickt (5,15 % Klickrate); von diesen 6227 Klicks wurden 1419 (22,79 %) mit der Website in Verbindung gebracht, eine wesentlich höhere Rate als der Branchendurchschnitt von 3 %. Die Zahl der Klicks auf die Anzeige war hoch, obwohl wahrscheinlich ein Selbstmord-Hotline-Banner vorhanden war. (Onie et al., 2023)
Suizidalität (iCBT) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 1.980 Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die iCBT war mit einer signifikanten Verringerung des Schweregrads der Depression (b=-0,17; 95% CI -0,25 bis -0,09; P<.001) und einem besseren Ansprechen auf die Behandlung (d.h. eine 50%ige Verringerung der depressiven Symptome; b=0,36; 95% CI 0,12-0,60; P=.008) nach der Behandlung verbunden. Es

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					wurden keine signifikanten Auswirkungen auf Angst und Hoffnungslosigkeit festgestellt. Die iCBT für Menschen mit Suizidgedanken zeigte signifikante Auswirkungen auf die Depressionsergebnisse, aber nur geringe oder keine Auswirkungen auf Angst und Hoffnungslosigkeit. Daher benötigen Personen mit komorbiden Symptomen von Angst oder Hoffnungslosigkeit möglicherweise zusätzliche Behandlungskomponenten, um die Versorgung zu optimieren. Um die komplexen Wechselwirkungen zwischen Suizidalität und damit zusammenhängenden psychischen Symptomen zu verstehen, sind Studien erforderlich, die die Symptome mit einer höheren zeitlichen Auflösung beobachten und ein breiteres Spektrum von Faktoren berücksichtigen, die Suizidgedanken beeinflussen. (Sander et al., 2023)
Suizidalität (Suizid-Interventionen aus der Ferne) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 35 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Wirksamkeit bei der Verringerung von Suizidgedanken war gering (standardisierte mittlere Differenz -0,174, 95% CI -0,238 bis -0,110). Distanzbasierte Interventionen (DBI) waren signifikant weniger wirksam gegen suizidale Verhaltensweisen als gegen Suizidgedanken, obwohl sie immer noch wirksam waren (standardisierte mittlere Differenz -0,059, 95% CI -0,087 bis -0,032). Die menschliche Beteiligung hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit. (Schmeckenbecher et al., 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (selbstgesteuerte digitale Interventionen) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 4.398 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Das primäre Ergebnis des Gesamteffekts nach der Intervention für Suizidgedanken war gering, aber unmittelbar nach der aktiven Interventionsphase signifikant (Hedges g -0-18, 95% CI -0-27 bis -0-10, p<0-0001; I2=0%, I2 CI 0-0-47-9). Das sekundäre Ziel, der Vergleich direkter und indirekter Interventionen, zeigte, dass direkte Interventionen (die auf Suizidalität abzielten) die Suizidgedanken nach der Intervention signifikant verringerten (g -0-23, 95% CI -0-35 bis -0-11, p<0-0001; I2=17-6%, I2 CI 0-0-58-6), während indirekte Interventionen (die auf Depression abzielten) keine Signifikanz erreichten (g -0-12, 95% CI -0-25 bis 0-01, p=0-071; I2=0%, I2 CI 0-0-30-7). (Torok et al., 2020)
Suizidgedanken und Suizidversuche (Apps) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.356 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Es wurden vierzehn sich nicht überschneidende Studien einbezogen, die Daten von insgesamt 3 356 Teilnehmern enthielten. Insgesamt waren die digitalen Interventionen mit einer Verringerung der Werte für Suizidgedanken nach der Intervention verbunden. Es gab keine Hinweise auf einen Behandlungseffekt bei Selbstverletzungen oder Suizidversuchen. (Witt et al., 2017)

Referenzen

91. Melia R, Francis K, Hickey E, Bogue J, Duggan J, O'Sullivan M, et al. Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. JMIR mHealth and uHealth 2020;8(1):e12516 Pubmed Journal

98. Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, Larsen ME, et al. Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. The Lancet. Digital health 2020;2(1):e25-e36 Pubmed Journal

102. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2017;17(1):297 Pubmed Journal

318. Schmeckenbecher J, Rattner K, Cramer RJ, Plener PL, Baran A, Kapusta ND. Effectiveness of distance-based suicide interventions: multi-level meta-analysis and systematic review. BJPsych open 2022;8(4):e140 Pubmed Journal

319. Sander LB, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof AD, Cuijpers P, et al. The Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Ideation or Behaviors on Depression, Anxiety, and Hopelessness in Individuals With Suicidal Ideation: Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data. Journal of medical Internet research 2023;25:e46771 Pubmed Journal

320. Onie S, Berlinquette P, Holland S, Livingstone N, Finemore C, Gale N, et al. Suicide Prevention Using Google Ads: Randomized Controlled Trial Measuring Engagement. JMIR mental health 2023;10:e42316 Pubmed Journal

321. Franz PJ, Mou D, Kessler DT, Stubbing J, Jaroszewski AC, Ray S, et al. Digital bibliotherapy as a scalable intervention for suicidal thoughts: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology 2022;90(8):626-637 Pubmed Journal

322. De Jaegere E, van Landschoot R, van Heeringen K, van Spijker BAJ, Kerkhof AJFM, Mokkenstorm JK, et al. The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. Behaviour research and therapy 2019;119:103406 Pubmed Journal

323. Büscher R, Torok M, Terhorst Y, Sander L. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA network open 2020;3(4):e203933 Pubmed Journal

324. Büscher R, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof AD, Cuijpers P, et al. Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. Evidence-based mental health 2022;25(e1):e8-e17 Pubmed Journal

Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung für oder gegen den Einsatz von suizid-spezifischer Gruppentherapie bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Pateint:innen
Intervention: Gruppenpsychotherapie
Vergleichsintervention: Treatment as usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Gruppenpsychotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen (Cochrane Review)	Odds ratio 1,72 (CI 95% 0,56 — 5,24) Basierend auf Daten von 1.126 Patienten und 11 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			**Hoch**	Es wurden keine signifikanten Behandlungseffekte für die gruppenbasierte Therapie in Bezug auf die Wiederholung von SH bei Personen mit mehreren SH-Episoden, weder bei der Sechs- (n = 430; k = 2; OR 1,72, 95% CI 0,56 bis 5,24; GRADE: niedrige Qualität) noch bei der Zwölfmonatsbeurteilung (n = 490; k = 3; OR 0,80, 95% CI 0,22 bis 2,97; GRADE: niedrige Qualität), obwohl eine beträchtliche Heterogenität mit beiden verbunden war (I2 = 65% bzw. 77%) gefunden. (Hawton et al., 2015)
Depressionen bei alten Menschen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im Vergleich zu jeder Kontrollgruppe war die Gruppenpsychotherapie mit einer signifikanten Verringerung der Depressionssymptome verbunden (WMD -3,92, 95% CI -6,18 bis -1,67). Im Vergleich zu einer reinen Wartelisten-Kontrolle war die psychotherapeutische Gruppenbehandlung mit einer signifikanten Verringerung der depressiven Symptome verbunden (WMD -6,29, 95% CI -8,95 bis -3,62). Im Vergleich zu den anderen aktiven Interventionen war die Verringerung der Depressionssymptome bei der psychotherapeutischen Behandlung nicht signifikant. Es gab keinen signifikanten Unterschied in den Depressionswerten zwischen der psychotherapeutischen Gruppenbehandlung und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Gruppenpsychotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					den aktiven Kontrollgruppen bei Abschluss der Intervention und bei der Nachuntersuchung. (Krishna et al., 2011)
Suizidrisiko (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 40 Studien. (Beobachtungsstudien)			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Gruppentherapien und internetbasierte Therapien, bei denen es sich um kosteneffiziente Methoden handelt, sind vielversprechende Behandlungen, die weiter untersucht werden müssten. (Méndez-Bustos et al., 2019)
Suizidprävention bei jungen Menschen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 21 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Hoch**	Es gab keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf Suizidversuche oder Suizidgedanken bei psychologischer Einzeltherapie (zwei RCTs), psychologischer Gruppentherapie (drei RCTs), Familientherapien (zwei RCTs), einem von Jugendlichen benannten Unterstützungsteam (zwei RCTs) und einer Notfallkarte (eine RCT). Eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken wurde bei der kognitiven Verhaltenstherapie nach der Intervention (eine RCT) und bei der Nachbeobachtung nach sechs Monaten (eine RCT) und neun Monaten (eine RCT) festgestellt (Robinson et al., 2011)
Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen (Cochrane-Review)	Basierend auf Daten von 2.280 Patienten und 17 Studien. Beobachtungszeit: bis zu 24 Monate.			**Hoch**	Es gab jedoch keine Anhaltspunkte für einen Unterschied zwischen den Ansätzen zur Verbesserung der Compliance bei der Wiederholung der SH bei der Nachuntersuchung nach sechs Monaten, für die gruppenbasierte Psychotherapie bei der Nachuntersuchung nach sechs oder zwölf Monaten, für eine Fernkontaktintervention (Notfallkarten) bei der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as usual	**Intervention** Gruppenpsychotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Nachuntersuchung nach zwölf Monaten oder für die therapeutische Bewertung bei der Nachuntersuchung nach zwölf oder 24 Monaten. (Witt et al., 2021)

Referenzen

134. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2016;2016(5):CD012189 Pubmed Journal

325. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2021;3(3):CD013667 Pubmed Journal

326. Robinson JO, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2011;45(1):3-26 Pubmed Journal

327. Méndez-Bustos P, Calati R, Rubio-Ramírez F, Olié E, Courtet P, Lopez-Castroman J. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. Frontiers in psychology 2019;10:277 Pubmed Journal

328. Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2011;26(4):331-40 Pubmed Journal

Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie
Vergleichsintervention: Monotherapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen (Cochrane Review)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,72) Basierend auf Daten von 1.307 Patienten und 11 Studien.			**Hoch**	In einer Studie mit 188 Teilnehmern war die Rate der Suizidgedanken in der Gruppe mit Antidepressiva (18,6 %) signifikant höher als in der Gruppe mit psychologischer Therapie (5,4 %) (OR 0,26, 95 % CI 0,09 bis 0,72), und dieser Effekt schien auch nach sechs bis neun Monaten noch anzuhalten (OR 0,26, 95 % CI 0,07 bis 0,98), wobei 13,6 % der Teilnehmer in der Medikamentengruppe und 3,9 % der Teilnehmer in der psychologischen Therapiegruppe Suizidgedanken angaben. Begrenzte Belege (auf der Grundlage von zwei Studien mit 220 Teilnehmern) dafür, dass die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva wirksamer war als die Psychotherapie bei der Messung der vom Arzt definierten Remission unmittelbar nach der Intervention (Odds Ratio (OR) 0,52, 95 % Konfidenzintervall (CI) 0,27 bis 0,98) (Cox et al., 2012)
Suizidgedanken und Suizidbezogene schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SAEs)	Odds ratio 1,56 (CI 95% 0,98 — 2,47) Basierend auf Daten von 1.307 Patienten und 11 Studien.			**Hoch**	Begrenzte Belege (auf der Grundlage von drei Studien mit 378 Teilnehmern) dafür, dass eine Kombinationstherapie wirksamer war als eine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
bei Kindern und Jugendlichen (Cochrane Review)					alleinige antidepressive Medikation im Hinblick auf das Erreichen einer höheren Remission einer depressiven Episode unmittelbar nach der Intervention (OR 1,56, 95 % CI 0,98 bis 2,47), wobei 65,9 % der mit einer Kombinationstherapie behandelten Teilnehmer und 57,8 % der mit einer Medikation behandelten Teilnehmer als in Remission befindlich eingestuft wurden (Cox et al., 2012)
Suizidgedanken bei achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapien zusätzlich zur üblichen Behandlung (RCT)	Basierend auf Daten von 106 Patienten und 1 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Niedrig** Indirektheit Ungenauigkeit Verblindung bei der Ergebnisbewertung Unvollständige Ergebnisdaten	Die multivariate Regressionsanalyse ergab unterschiedliche Ergebnisse, je nachdem, ob die Suizidgedanken mittels Selbstauskunft (Beck Depression Inventory Suizid-Item) oder mittels Kliniker-Rating (Hamilton Depression Rating Scale Suizid-Item) bewertet wurden. Während sich eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken ergab, wenn die Bewertung durch einen Kliniker in der MBCT- und CBASP-Gruppe erfolgte, nicht aber in der TAU-Gruppe, während gleichzeitig für Veränderungen der Depression kontrolliert wurde, gab es keine signifikante Auswirkung der Behandlung auf die SI, wenn die Bewertung durch Selbstbericht erfolgte. (Forkmann et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,83 (CI 95% 0,71 — 0,97) Basierend auf Daten von Patienten und 24 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	24 Studien wurden eingeschlossen und in vier Gruppen eingeteilt (11 Studien in der Gruppe Aktiver Kontakt und Nachsorge, neun in der Gruppe Psychotherapie, eine in der Gruppe Pharmakotherapie und drei in der Gruppe Sonstiges). Maßnahmen vom Typ aktiver Kontakt und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Nachsorge waren wirksam bei der Verhinderung eines erneuten Suizids innerhalb von 12 Monaten (n=5319; gepoolte RR=0,83; 95% CI: 0,71 bis 0,97). Die Wirkung nach 24 Monaten wurde jedoch nicht bestätigt (n=925; gepoolte RR=0,98; 95% CI: 0,76-1,22). Die Auswirkungen der anderen Interventionen auf die Verhinderung einer Wiederholung des suizidalen Verhaltens bleiben unklar (Inagaki et al., 2015)
NSSI (Meta-Analyse)	Rate ratio 1,12 (CI 95% 1,04 — 1,21) Basierend auf Daten von Patienten und 13 Studien.			**Moderat** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Im Vergleich zur Kontrollgruppe (Fluoxetin allein) erzielte Fluoxetin plus CBT eine höhere Ansprechrate (RR=1,12, 95% CI: 1,04, 1,21), ein geringeres Auftreten unerwünschter Reaktionen (RR=0,62, 95% CI:0,40, 0,96), einen geringeren Anteil an Selbstmord oder Selbstverletzung (RR=0,94, 95% CI:0,74, 1,20) und eine geringere Ein-Jahres-Rückfallrate (RR=0,27, 95% CI: 0,16, 0,45). Vor der Behandlung gab es keine signifikanten Unterschiede im Hamilton Depression Scale Score (HAMD), im Children's Depression Rating Scale Revised (CDRS-R) Score und im Clinical Global Impression (CGI) Severity Score. Nach der Behandlung waren der HAMD-Score (SMD=-1,01, 95% CI:-1,39,-0,63), der CDRS-R-Score (SMD= -0,10, 95% CI:-0,26,-0,07) und der CGI-Score (SMD = -0,22, 95% CI: -0,54, -0,10) in der kombinierten Behandlungsgruppe deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe. (Liu et al., 2022)
Depressionen bei				**Moderat**	Im Vergleich zu Placebo war

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Jugendlichen (RCT)	Basierend auf Daten von 439 Patienten und 1 Studien.			Indirektheit Unvollständige Ergebnisdaten	die Kombination von Fluoxetin mit CBT auf der Children's Depression Rating Scale-Revised statistisch signifikant (P=.001). Im Vergleich zu Fluoxetin allein (P=.02) und CBT allein (P=.01) war die Behandlung mit Fluoxetin und CBT überlegen. Fluoxetin allein ist einer CBT allein überlegen (P=.01). Die Ansprechraten für Fluoxetin mit CBT betrugen 71,0 % (95 % Konfidenzintervall [KI], 62 %-80 %); Fluoxetin allein 60,6 % (95 % KI, 51 %-70 %); CBT allein 43,2 % (95 % KI, 34 %-52 %); und Placebo 34,8 % (95 % KI, 26 %-44 %). Bei der Analyse der Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks (Clinical Global Impressions) waren die beiden Fluoxetin-haltigen Bedingungen der CBT und dem Placebo statistisch überlegen. Klinisch signifikante Suizidgedanken, die zu Beginn der Studie bei 29 % der Stichprobe vorhanden waren, verbesserten sich in allen 4 Behandlungsgruppen signifikant. Fluoxetin in Verbindung mit CBT zeigte die stärkste Reduktion (P=.02). Sieben (1,6 %) von 439 Patienten unternahmen einen Suizidversuch; es gab keine abgeschlossenen Suizide. (March et al., 2004)
Depressionen bei Jugendlichen (RCT)	Basierend auf Daten von 327 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Indirektheit Unvollständige Ergebnisdaten Verblindung der Teilnehmer und des Personals	Intention-to-treat-Analysen zur Children's Depression Rating Scale-Revised ergaben eine signifikante Interaktion zwischen Zeit und Behandlung (P,.001). Die Ansprechraten betrugen 73 % für die Kombinationstherapie, 62 % für die Fluoxetintherapie und 48 % für die CBT in Woche 12; 85 % für die Kombinationstherapie, 69 % für die Fluoxetintherapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					und 65 % für die CBT in Woche 18; und 86 % für die Kombinationstherapie, 81 % für die Fluoxetintherapie und 81 % für die CBT in Woche 36. Die Suizidgedanken nahmen unter der Behandlung ab, jedoch weniger unter der Fluoxetin-Therapie als unter der Kombinationstherapie oder der CBT. Suizidale Ereignisse traten bei Patienten, die eine Fluoxetin-Therapie erhielten, häufiger auf (14,7 %) als bei der Kombinationstherapie (8,4 %) oder der CBT (6,3 %). (March et al., 2007)
Suizidalität bei alten Menschen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 21 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Als wirksame Maßnahmen erwiesen sich vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening- und -managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Depressionsscreening, Gruppenaktivitäten und Überweisung zur Behandlung umfassen. (Okolie et al., 2017)
Suizidgedanken (RCT)	Odds ratio 3,26 (CI 95% 2,1 — 5,06) Basierend auf Daten von 469 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Indirektheit Unvollständige Ergebnisdaten Verblindung der Teilnehmer und des Personals Verblindung bei der Ergebnisbewertung	95 Teilnehmer (46,1 %) in der Interventionsgruppe erfüllten nach 6 Monaten die Kriterien für ein „Ansprechen“, verglichen mit 46 (21,6 %) in der Gruppe mit üblicher Betreuung (Odds Ratio (OR): 3,26 (95%CI: 2,10, 5,06) p<0,001). In Analysen mit wiederholten Messungen unter Verwendung der Daten von 6 und 12 Monaten betrug die OR für „Ansprechen“

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2,89 (2,03, 4,10), p<0,001 und für ein sekundäres „Remissions"-Ergebnis (BDI-Score <10) 2,74 (1,82, 4,13), p<0,001. Interpretation: Bei Patienten, die auf Antidepressiva nicht angesprochen haben, ist CBT zusätzlich zur Pharmakotherapie wirksam bei der Reduzierung depressiver Symptome, und diese Effekte, einschließlich der Ergebnisse, die eine Remission widerspiegeln, bleiben über 12 Monate erhalten. (Wiles et al., 2013)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,37 (CI 95% 0,93 — 2,04) Basierend auf Daten von 1.325 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Bei den primären und sekundären Endpunkten gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verglichenen Interventionen in Bezug auf Remission (Odds Ratios [OR] = 1,37; 95 % Konfidenzintervall [KI]: 0,93 bis 2,04), Akzeptanz (OR = 0,99; 95 % KI: 0,72 bis 1,38), Wirksamkeit (standardisierte mittlere Unterschiede = -0,07; 95 % KI: -0,32 bis 0,19) und Suizidalität (OR = 1,17; 95 % KI: 0,67 bis 2,06). Begrenzte Belege zeigten, dass die Kombination von Fluoxetin (OR = 1,90, 95 % KI: 1,10 bis 3,29) oder nicht-selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Nicht-SSRI) (OR = 2,46, 95 % KI: 1,06 bis 5,72) mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) anderen aktiven Behandlungsoptionen überlegen war. Die meisten eingeschlossenen Studien wurden im Hinblick auf die Bewertung des Verzerrungsrisikos als „etwas bedenklich" eingestuft. (Xiang et al., 2022)
Suizidalität bei				**Hoch**	In Bezug auf die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Monotherapie	**Intervention** Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und ein	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 9.510 Patienten und 71 Studien.				Wirksamkeit war Fluoxetin plus kognitive Verhaltenstherapie (CBT) wirksamer als CBT allein (-0-78, 95% CrI -1-55 bis -0-01) und psychodynamische Therapie (-1-14, -2-20 bis -0-08), aber nicht wirksamer als Fluoxetin allein (-0-22, -0-86 bis 0-42). Keine Pharmakotherapie allein war wirksamer als eine Psychotherapie allein. Nur Fluoxetin plus CBT und Fluoxetin waren signifikant wirksamer als Pillen-Placebo oder psychologische Kontrollen (SMDs reichten von -1-73 bis -0-51); und nur interpersonelle Therapie war wirksamer als alle psychologischen Kontrollen (-1-37 bis -0-66). Nortriptylin (SMDs zwischen 1-04 und 2-22) und Warteliste (SMDs zwischen 0-67 und 2-08) waren weniger wirksam als die meisten aktiven Interventionen. Hinsichtlich der Akzeptanz waren Nefazodon und Fluoxetin mit weniger Abbrüchen verbunden als Sertralin, Imipramin und Desipramin (ORs zwischen 0-17 und 0-50); Imipramin war mit mehr Abbrüchen verbunden als Placebo, Desvenlafaxin, Fluoxetin plus CBT und Vilazodon (2-51 bis 5-06). (Zhou et al., 2020)

Referenzen

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

330. Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2020;7(7):581-601 Pubmed Journal

331. Xiang Y, Cuijpers P, Teng T, Li X, Fan LI, Liu X, et al. Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2022;22(1):139 Pubmed Journal

332. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomised controlled trial. Lancet (London, England) 2013;381(9864):375-84 Pubmed Journal

333. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Archives of general psychiatry 2007;64(10):1132-43 Pubmed

334. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292(7):807-20 Pubmed

335. Liu W, Li G, Wang C, Yu M, Zhu M, Yang L. Can Fluoxetine Combined with Cognitive Behavioral Therapy Reduce the Suicide and Non-Suicidal Self-Injury Incidence and Recurrence Rate in Depressed Adolescents Compared with Fluoxetine Alone? A Meta-Analysis. Neuropsychiatric disease and treatment 2022;18:2543-2557 Pubmed Journal

336. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2015;175:66-78 Pubmed Journal

337. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. Journal of affective disorders 2016;200:51-7 Pubmed Journal

338. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2012;11:CD008324 Pubmed Journal

4. Pharmakotherapie

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Mittel-Langfristige Suizidalität:

Eine Behandlung mit Lithium **soll** für erwachsene Patient*innen mit erhöhtem Suizidrisiko im Rahmen einer bipolaren Störung zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Der Review erörtert den möglichen Nutzen der Zugabe von Lithium zum

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Trinkwasser als öffentliche Maßnahme zur Suizidprävention. Er gibt einen Überblick über die verfügbaren Erkenntnisse, einschließlich Studien, die nahelegen, dass Spurendosen von Lithium im Leitungswasser mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht werden könnten (Araya et al., 2022).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Sehr niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Studie ergab, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium bei Patienten mit bipolarer Störung und anderen schweren affektiven Störungen mit einem deutlich geringeren Risiko von Suiziden und Suizidversuchen verbunden ist. Die Analyse von 45 Studien ergab, dass das Gesamtrisiko von Suiziden und Suizidversuchen bei mit Lithium behandelten Patienten fünfmal niedriger war als bei nicht mit Lithium behandelten Patienten (Baldessarini et al., 2006).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,27 — 0,67)			**Hoch**	Die Meta-Analyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lithiumkonzentration im Trinkwasser und einer geringeren Suizidsterblichkeit. Das gepoolte Effektmaß, ausgedrückt als Odds Ratio (OR), betrug 0,42 (95% CI: 0,27-0,67), was darauf hindeutet, dass die Suizidwahrscheinlichkeit mit steigender Lithiumkonzentration im Trinkwasser abnimmt (Barjateh-Askari et al., 2020).
Suizidalität bei Patienten mit bipolarer Störung (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die absolute Wirkung der Lithiumbehandlung auf die Verringerung von suizidalem Verhalten und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Todesfällen durch Suizid bei Patienten mit bipolarer Störung ist erheblich. Es hat sich gezeigt, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium die Suiziddversuche um etwa 10 % und die Todesfälle durch Suizid um etwa 20 % reduziert. In Kombination mit Antidepressiva hat sich Lithium als wirksam erwiesen, um suizidale Verhaltensweisen und Suizidgedanken zu verringern. (Bénard et al. 2016).
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die Studie untersuchte den Nutzen einer niedrig dosierten Lithiumexposition in der Umwelt bei der Milderung der Folgen einer Bleivergiftung. Höhere Lithiumwerte im Trinkwasser wurden in 13 von 15 identifizierten Studien mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht. Während zu anderen Ergebnissen weniger Studien verfügbar waren, wurde Lithium mit niedrigeren Mord-, Kriminalitäts-, Demenz- und Sterblichkeitsraten in Verbindung gebracht (Brown et al. 2018).
Suizidversuche bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,82 (CI 95% 0,45 — 1,47)			**Hoch**	Die RR mit einem 95 %-KI für die Inzidenzraten von Suizidversuchen zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die Carbamazepin erhielten, betrug 0,815 (0,453-1,466) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,01 (CI 95% 0,41 — 2,48)			**Hoch**	Die RR mit einem 95%-KI für die Inzidenzraten vollendeter Suizide zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Carbamazepin erhielten, betrug 1,009 (0,410-2,484) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Lithium war wirksamer als Placebo bei der Verringerung der Zahl der Suizide (Odds Ratio 0,13, 95 % KI 0,03-0,66) (Cipriani et al., 2013).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,36 (CI 95% 0,13 — 0,98)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei unipolaren Depressionen war Lithium im Vergleich zu Placebo mit einem geringeren Suizidrisiko (0,36, 95% KI 0,13-0,98) verbunden (Cipriani et al., 2013)
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Patienten mit affektiven Störungen, die Lithium erhielten, war die Wahrscheinlichkeit, durch Suizid zu sterben, geringer (n = 7; zwei gegenüber 11 Suiziden; OR=0,26; 95 % KI=0,09-0,77, P=0,01) (Cipriani et al., 2005).
Suizide bei Erwachsenen mit Risikofaktoren (Systematischer Review)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Suizidrate war unter Lithium statistisch signifikant niedriger als unter Placebo (OR, 0,13 [KI, 0,03-0,66]). Es gab keine Unterschiede zwischen Lithium und anderen aktiven Behandlungen (ORs: Amitriptylin, 0,13 [CI, 0,01 bis 2,05]; Carbamazepin, 0,37 [CI, 0,09 bis 1,51]; Lamotrigin, 1,35 [CI, 0,08 bis 22,91]; Olanzapin, 7,49 [CI, 0,15 bis 377,68]) (D'Anci et al., 2019)
Suizide in der Allgemeinbevölkerung (Meta-Analyse)	-0,19 (-0,29 — -0,09)			**Hoch**	Eine Meta-Analyse von 14 Studien mit 94 Millionen Menschen ergab, dass höhere Lithiumkonzentrationen mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					geringeren Suizidraten verbunden waren (r=-0,191, 95% KI=[-0,287, -0,090], p<0,001) (Eyre-Watt et al. 2021).
Suizidalität bei Patienten mit schwerer Depression (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 4,24 (CI 95% 1,49 — 12)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der relative Effekt (RR) betrug in der Studie 4,24. Patienten, die mit Lithium behandelt wurden, hatten ein 4,24-fach geringeres Risiko für Suizid und Suizidversuche im Vergleich zu Patienten ohne Lithiumbehandlung (95% KI: 1,49-12,0; z = 2,71, p = .007) (Guzzetta et al. 2007)
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,32 (CI 95% 0,02 — 5,94)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidgedanken OR = 95% 0.32 KI [0.02,5.94] gefunden (McKnight et al., 2019).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,58 (CI 95% 0,03 — 12,03)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidversuche OR = 0.58 95% KI [0.03, 12.03] gefunden (McKnight et al., 2019).
Suizide (Meta-Analyse)	-0,27 (-0,47 — -0,08)			**Hoch**	Die systematische Überprüfung und Metaanalyse ergab einen konsistenten schützenden Zusammenhang zwischen dem Lithiumgehalt im Trinkwasser und der Suizidrate sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Bevölkerung. Die Meta-Analyse ergab einen gepoolten β-Wert von -0,27 (95% CI -0,47 bis -0,08) für den Zusammenhang zwischen Lithiumspiegeln und Gesamt-Suizidraten. Dies deutet darauf hin, dass ein höherer Lithiumgehalt im Trinkwasser zu einem signifikanten Rückgang der Suizidrate führt (Memon et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,13 (CI 95% 0,6 — 2,14)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein OR von 1,13 (0,60-2,14) für Suizidversuche. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,97 (CI 95% 0,68 — 1,37)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein Odds Ratio (OR) von 0,97 (0,68-1,37) für nicht-tödliches suizidales Verhalten. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,3 (CI 95% 0,09 — 1,02)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In den identifizierten Studien war die Wahrscheinlichkeit eines Suizids bei den 568 Patienten, die Lithium erhielten, geringer als bei den 570 Patienten, die eine Kontrollgruppe erhielten (OR = 0,30, 95% KI 0,09-1,02, P = 0,05). Das Inzidenzraten-verhältnis fiel zugunsten von Lithium aus (IRR = 0,22, 95% KI 0,05-1,05, P = 0,06). Die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant (Riblet 2022)
Suizide (Meta-	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02)			**Hoch**	In der Metaanalyse ergaben sechs RCTs zu Lithium (n =

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)					619) für Suizidprävention nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% KI 0,05–1,02) (Riblet et al., 2017).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate (OR = 0,26, 95% CI 0,09-0,77) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,21 (CI 95% 0,08 — 0,5)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate und Selbstbeschädigung zusammen (OR 0,21, 95% CI 0,08-0,50) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide bei affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review verringerte bei affektiven Störungen Lithium im Vergleich zu Placebo das Risiko für Suizid (OR 0,13, 95% KI 0,03-0,66) erheblich (Smith et al., 2021).
Selbstverletzung (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,6 (CI 95% 0,27 — 1,32)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend	In dem Meta-Review zeigte Lithium bei der Vorbeugung gegen vorsätzliche Selbstverletzungen weniger deutliche Vorteile als Placebo (OR 0,60, 95% CI 0,27-1,32) (Smith et al., 2021)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide bei Patienten mit schweren affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,85 (CI 95% 4,12 — 19,1)			Unbekannt	Das RR wurde mit 8,85 (95% CI, 4,12-19,1) angegeben. Dies bedeutet, dass Personen mit schweren affektiven Störungen, die eine Langzeitbehandlung mit Lithium erhielten, ein etwa 8,85-mal geringeres Suizidrisiko hatten als Personen, die keine Lithiumbehandlung erhielten (Tondo et al., 2001).
Suizide bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei bipolaren Störungen war Lithium mit einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit von und im Vergleich zu Placebo/ kein Lithium verbunden (OR = 0,46, p = .009; k = 9) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,27			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium mit einer Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,27, p < .001; k = 12) (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,89			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium nicht mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu aktiven Kontrollen (OR = 0,89, p = .468; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Clozapin bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei psychotischen Störungen wurde Clozapin mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (OR = 0,46, p = .007; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Elektrokrampftherapie (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,77			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Elektrokrampftherapie (OR = 0,77, p = .053; k = 11), war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Antipsychotika bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine	Die Assoziationen zwischen Suizid und anderen Antipsychotika als Clozapin bei bipolaren Störungen (OR = .73, p = .090; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide bei Antipsychotika bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,39			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Antipsychotika bei psychotischen Störungen (OR = 0,39, p = .069; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Referenzen

369. Araya P, Martínez C, Barros J. Lithium in Drinking Water as a Public Policy for Suicide Prevention: Relevance and Considerations. Frontiers in public health 2022;10:805774 Pubmed Journal

370. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar disorders 2006;8(5 Pt 2):625-39 Pubmed

371. Barjasteh-Askari F, Davoudi M, Amini H, Ghorbani M, Yaseri M, Yunesian M, et al. Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;264:234-241 Pubmed Journal

373. Brown EE, Gerretsen P, Pollock B, Graff-Guerrero A. Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. Medical hypotheses 2018;115:94-102 Pubmed Journal

374. Chen T-Y, Kamali M, Chu C-S, Yeh C-B, Huang S-Y, Mao W-C, et al. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. Journal of affective disorders 2019;245:812-818 Pubmed Journal

375. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2013;346:f3646 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

377. Eyre-Watt B, Mahendran E, Suetani S, Firth J, Kisely S, Siskind D. The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2021;55(2):139-152 Pubmed Journal

379. McKnight RF, de La Motte de Broöns de Vauvert SJGN, Chesney E, Amit BH, Geddes J, Cipriani A. Lithium for acute mania. The Cochrane database of systematic reviews 2019;6(6):CD004048 Pubmed Journal

380. Memon A, Rogers I, Fitzsimmons SMDD, Carter B, Strawbridge R, Hidalgo-Mazzei D, et al. Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;217(6):667-678 Pubmed Journal

381. Nabi Z, Stansfeld J, Plöderl M, Wood L, Moncrieff J. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e65 Pubmed Journal

382. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. BJPsych open 2022;8(6):e199 Pubmed Journal

383. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2001;104(3):163-72 Pubmed

384. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. Bipolar disorders 2017;19(7):575-586 Pubmed Journal

439. Bornheimer LA, Zhang A, Li J, Hiller M, Tarrier N. Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(8):829-838 Pubmed Journal

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Mittel - Langfristige Suizidalität:

Für suizidale Erwachsene mit einer unipolaren Depression **sollte** eine Behandlung mit Lithium angeboten werden.

Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine Evidenz vor.

Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Der Review erörtert den möglichen Nutzen der Zugabe von Lithium zum Trinkwasser als öffentliche Maßnahme zur Suizidprävention. Er gibt einen Überblick über die verfügbaren Erkenntnisse, einschließlich Studien, die nahelegen, dass Spurendosen von Lithium im Leitungswasser mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht werden könnten (Araya et al., 2022).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Sehr niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Studie ergab, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium bei Patienten mit bipolarer Störung und anderen schweren affektiven Störungen mit einem deutlich geringeren Risiko von Suiziden und Suizidversuchen verbunden ist. Die Analyse von 45 Studien ergab, dass das Gesamtrisiko von Suiziden und Suizidversuchen bei mit Lithium behandelten Patienten fünfmal niedriger war als bei nicht mit Lithium behandelten Patienten (Baldessarini et al., 2006).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,27 — 0,67)			**Hoch**	Die Meta-Analyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lithiumkonzentration im Trinkwasser und einer geringeren Suizidsterblichkeit. Das gepoolte Effektmaß, ausgedrückt als Odds Ratio (OR), betrug 0,42 (95% CI: 0,27-0,67), was darauf hindeutet, dass die Suizid- wahrscheinlichkeit mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					steigender Lithiumkonzentration im Trinkwasser abnimmt (Barjateh-Askari et al., 2020).
Suizidalität bei Patienten mit bipolarer Störung (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die absolute Wirkung der Lithiumbehandlung auf die Verringerung von suizidalem Verhalten und Todesfällen durch Suizid bei Patienten mit bipolarer Störung ist erheblich. Es hat sich gezeigt, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium die Suiziddversuche um etwa 10 % und die Todesfälle durch Suizid um etwa 20 % reduziert. In Kombination mit Antidepressiva hat sich Lithium als wirksam erwiesen, um suizidale Verhaltensweisen und Suizidgedanken zu verringern. (Bénard et al. 2016).
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die Studie untersuchte den Nutzen einer niedrig dosierten Lithiumexposition in der Umwelt bei der Milderung der Folgen einer Bleivergiftung. Höhere Lithiumwerte im Trinkwasser wurden in 13 von 15 identifizierten Studien mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht. Während zu anderen Ergebnissen weniger Studien verfügbar waren, wurde Lithium mit niedrigeren Mord-, Kriminalitäts-, Demenz- und Sterblichkeitsraten in Verbindung gebracht (Brown et al. 2018).
Suizidversuche bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,82 (CI 95% 0,45 — 1,47)			**Hoch**	Die RR mit einem 95 %-KI für die Inzidenzraten von Suizidversuchen zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die Carbamazepin erhielten,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					betrug 0,815 (0,453-1,466) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,01 (CI 95% 0,41 — 2,48)			**Hoch**	Die RR mit einem 95%-KI für die Inzidenzraten vollendeter Suizide zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die Carbamazepin erhielten, betrug 1,009 (0,410-2,484) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Lithium war wirksamer als Placebo bei der Verringerung der Zahl der Suizide (Odds Ratio 0,13, 95 % KI 0,03-0,66) (Cipriani et al., 2013).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,36 (CI 95% 0,13 — 0,98)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei unipolaren Depressionen war Lithium im Vergleich zu Placebo mit einem geringeren Suizidrisiko (0,36, 95% KI 0,13-0,98) verbunden (Cipriani et al., 2013)
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Patienten mit affektiven Störungen, die Lithium erhielten, war die Wahrscheinlichkeit, durch Suizid zu sterben, geringer (n = 7; zwei gegenüber 11 Suiziden; OR=0,26; 95 % KI=0,09-0,77, P=0,01) (Cipriani et al., 2005).
Suizide bei Erwachsenen mit Risikofaktoren (Systematischer Review)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Suizidrate war unter Lithium statistisch signifikant niedriger als unter Placebo (OR, 0,13 [KI, 0,03-0,66]). Es gab keine Unterschiede zwischen Lithium und anderen aktiven Behandlungen (ORs: Amitriptylin, 0,13 [CI, 0,01 bis 2,05]; Carbamazepin, 0,37 [CI, 0,09 bis 1,51];

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Lamotrigin, 1,35 [CI, 0,08 bis 22,91]; Olanzapin, 7,49 [CI, 0,15 bis 377,68]) (D'Anci et al., 2019)
Suizide in der Allgemeinbevölkerung (Meta-Analyse)	-0,19 (-0,29 — -0,09)			**Hoch**	Eine Meta-Analyse von 14 Studien mit 94 Millionen Menschen ergab, dass höhere Lithiumkonzentrationen mit geringeren Suizidraten verbunden waren (r=-0,191, 95% KI=[-0,287, -0,090], p<0,001) (Eyre-Watt et al. 2021).
Suizidalität bei Patienten mit schwerer Depression (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 4,24 (CI 95% 1,49 — 12)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der relative Effekt (RR) betrug in der Studie 4,24. Patienten, die mit Lithium behandelt wurden, hatten ein 4,24-fach geringeres Risiko für Suizid und Suizidversuche im Vergleich zu Patienten ohne Lithiumbehandlung (95% KI: 1,49-12,0; z = 2,71, p = .007) (Guzzetta et al. 2007)
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,32 (CI 95% 0,02 — 5,94)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidgedanken OR = 95% 0.32 KI [0.02,5.94] gefunden (McKnight et al., 2019).
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,58 (CI 95% 0,03 — 12,03)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidversuche OR = 0.58 95% KI [0.03, 12.03] gefunden (McKnight et al., 2019).
Suizide (Meta-Analyse)	-0,27 (-0,47 — -0,08)			**Hoch**	Die systematische Überprüfung und Metaanalyse ergab einen konsistenten schützenden Zusammenhang zwischen dem Lithiumgehalt im Trinkwasser und der Suizidrate sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Bevölkerung. Die Meta-Analyse ergab einen gepoolten β-Wert von -0,27 (95% CI -0,47 bis -0,08) für den Zusammenhang zwischen Lithiumspiegeln und Gesamt-Suizidraten. Dies deutet darauf hin, dass ein höherer Lithiumgehalt im Trinkwasser zu einem signifikanten Rückgang der Suizidrate führt (Memon et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,13 (CI 95% 0,6 — 2,14)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein OR von 1,13 (0,60-2,14) für Suizidversuche. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,97 (CI 95% 0,68 — 1,37)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein Odds Ratio (OR) von 0,97 (0,68-1,37) für nicht-tödliches suizidales Verhalten. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,3 (CI 95% 0,09 — 1,02)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	In den identifizierten Studien war die Wahrscheinlichkeit eines Suizids bei den 568 Patienten, die Lithium erhielten, geringer als bei den 570 Patienten, die eine Kontrollgruppe erhielten (OR = 0,30, 95% KI 0,09-1,02, P = 0,05). Das Inzidenzraten-verhältnis fiel zugunsten von Lithium aus (IRR = 0,22, 95% KI 0,05-1,05, P = 0,06). Die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant (Riblet 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02)			**Hoch**	In der Metaanalyse ergaben sechs RCTs zu Lithium (n = 619) für Suizidprävention nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% KI 0,05–1,02) (Riblet et al., 2017).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate (OR = 0,26, 95% CI 0,09-0,77) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,21 (CI 95% 0,08 — 0,5)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate und Selbstbeschädigung zusammen (OR 0,21, 95% CI 0,08-0,50) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).
Suizide bei affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review verringerte bei affektiven Störungen Lithium im Vergleich zu Placebo das Risiko für Suizid (OR 0,13, 95% KI 0,03-0,66) erheblich (Smith et al., 2021).
Selbstverletzung (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,6 (CI 95% 0,27 — 1,32)			**Sehr niedrig** Bestandteile des	In dem Meta-Review zeigte Lithium bei der Vorbeugung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	gegen vorsätzliche Selbstverletzungen weniger deutliche Vorteile als Placebo (OR 0,60, 95% CI 0,27-1,32) (Smith et al., 2021)
Suizide bei Patienten mit schweren affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,85 (CI 95% 4,12 — 19,1)			Unbekannt	Das RR wurde mit 8,85 (95% CI, 4,12-19,1) angegeben. Dies bedeutet, dass Personen mit schweren affektiven Störungen, die eine Langzeitbehandlung mit Lithium erhielten, ein etwa 8,85-mal geringeres Suizidrisiko hatten als Personen, die keine Lithiumbehandlung erhielten (Tondo et al., 2001).
Suizide bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei bipolaren Störungen war Lithium mit einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit von und im Vergleich zu Placebo/ kein Lithium verbunden (OR = 0,46, p = .009; k = 9) (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,27			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,27, p < .001; k = 12) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,89			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium nicht mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu aktiven Kontrollen (OR = 0,89, p = .468; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Clozapin bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei psychotischen Störungen wurde Clozapin mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (OR = 0,46, p = .007; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Elektrokrampftherapie (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,77			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Elektrokrampftherapie (OR = 0,77, p = .053; k = 11), war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Antipsychotika bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und anderen Antipsychotika als Clozapin bei bipolaren Störungen (OR = .73, p = .090; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Antipsychotika bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,39			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Antipsychotika bei psychotischen Störungen (OR = 0,39, p = .069; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Referenzen

369. Araya P, Martínez C, Barros J. Lithium in Drinking Water as a Public Policy for Suicide Prevention: Relevance and Considerations. Frontiers in public health 2022;10:805774 Pubmed Journal

370. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar disorders 2006;8(5 Pt 2):625-39 Pubmed

371. Barjasteh-Askari F, Davoudi M, Amini H, Ghorbani M, Yaseri M, Yunesian M, et al. Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;264:234-241 Pubmed Journal

373. Brown EE, Gerretsen P, Pollock B, Graff-Guerrero A. Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. Medical hypotheses 2018;115:94-102 Pubmed Journal

374. Chen T-Y, Kamali M, Chu C-S, Yeh C-B, Huang S-Y, Mao W-C, et al. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. Journal of affective disorders 2019;245:812-818 Pubmed Journal

375. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2013;346:f3646 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

377. Eyre-Watt B, Mahendran E, Suetani S, Firth J, Kisely S, Siskind D. The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2021;55(2):139-152 Pubmed Journal

379. McKnight RF, de La Motte de Broöns de Vauvert SJGN, Chesney E, Amit BH, Geddes J, Cipriani A. Lithium for acute mania. The Cochrane database

of systematic reviews 2019;6(6):CD004048 Pubmed Journal

380. Memon A, Rogers I, Fitzsimmons SMDD, Carter B, Strawbridge R, Hidalgo-Mazzei D, et al. Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;217(6):667-678 Pubmed Journal

381. Nabi Z, Stansfeld J, Plöderl M, Wood L, Moncrieff J. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e65 Pubmed Journal

382. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. BJPsych open 2022;8(6):e199 Pubmed Journal

383. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2001;104(3):163-72 Pubmed

384. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. Bipolar disorders 2017;19(7):575-586 Pubmed Journal

439. Bornheimer LA, Zhang A, Li J, Hiller M, Tarrier N. Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(8):829-838 Pubmed Journal

Akute Suizidalität:

Forschungsbedarf: Die Wirkung von Lithium auf die *akute* Suizidalität bei bipolaren sowie unipolaren Störungen ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Der Review erörtert den möglichen Nutzen der Zugabe von Lithium zum Trinkwasser als öffentliche Maßnahme zur Suizidprävention. Er gibt einen Überblick über die verfügbaren Erkenntnisse, einschließlich Studien, die nahelegen, dass Spurendosen von Lithium im Leitungswasser mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht werden könnten (Araya et al., 2022).
Suizidalität (Meta-Analyse)				**Sehr niedrig** Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Studie ergab, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium bei Patienten mit bipolarer Störung und anderen schweren affektiven Störungen mit einem deutlich geringeren Risiko von Suiziden und Suizidversuchen verbunden ist. Die Analyse von 45 Studien ergab, dass das Gesamtrisiko von Suiziden und Suizidversuchen bei mit Lithium behandelten Patienten fünfmal niedriger war als bei nicht mit Lithium behandelten Patienten (Baldessarini et al., 2006).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,42 (CI 95% 0,27 — 0,67)			**Hoch**	Die Meta-Analyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lithiumkonzentration im Trinkwasser und einer geringeren Suizidsterblichkeit. Das gepoolte Effektmaß, ausgedrückt als Odds Ratio (OR), betrug 0,42 (95% CI: 0,27-0,67), was darauf hindeutet, dass die Suizid-wahrscheinlichkeit mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					steigender Lithiumkonzentration im Trinkwasser abnimmt (Barjateh-Askari et al., 2020).
Suizidalität bei Patienten mit bipolarer Störung (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die absolute Wirkung der Lithiumbehandlung auf die Verringerung von suizidalem Verhalten und Todesfällen durch Suizid bei Patienten mit bipolarer Störung ist erheblich. Es hat sich gezeigt, dass eine Langzeitbehandlung mit Lithium die Suiziddversuche um etwa 10 % und die Todesfälle durch Suizid um etwa 20 % reduziert. In Kombination mit Antidepressiva hat sich Lithium als wirksam erwiesen, um suizidale Verhaltensweisen und Suizidgedanken zu verringern. (Bénard et al. 2016).
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** Kein Systematischer Review	Die Studie untersuchte den Nutzen einer niedrig dosierten Lithiumexposition in der Umwelt bei der Milderung der Folgen einer Bleivergiftung. Höhere Lithiumwerte im Trinkwasser wurden in 13 von 15 identifizierten Studien mit niedrigeren Suizidraten in Verbindung gebracht. Während zu anderen Ergebnissen weniger Studien verfügbar waren, wurde Lithium mit niedrigeren Mord-, Kriminalitäts-, Demenz- und Sterblichkeitsraten in Verbindung gebracht (Brown et al. 2018).
Suizidversuche bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,82 (CI 95% 0,45 — 1,47)			**Hoch**	Die RR mit einem 95 %-KI für die Inzidenzraten von Suizidversuchen zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die Carbamazepin erhielten,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					betrug 0,815 (0,453-1,466) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit bipolarer Störung (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,01 (CI 95% 0,41 — 2,48)			**Hoch**	Die RR mit einem 95%-KI für die Inzidenzraten vollendeter Suizide zwischen Teilnehmern, die Divalproex erhielten, und denen ohne Divalproex oder denen, die Carbamazepin erhielten, betrug 1,009 (0,410-2,484) (Chen et al., 2019).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Lithium war wirksamer als Placebo bei der Verringerung der Zahl der Suizide (Odds Ratio 0,13, 95 % KI 0,03-0,66) (Cipriani et al., 2013).
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,36 (CI 95% 0,13 — 0,98)			**Moderat** Keine Berücksichtigung des Publikationsbias. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei unipolaren Depressionen war Lithium im Vergleich zu Placebo mit einem geringeren Suizidrisiko (0,36, 95% KI 0,13-0,98) verbunden (Cipriani et al., 2013)
Suizide bei Patienten mit affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei Patienten mit affektiven Störungen, die Lithium erhielten, war die Wahrscheinlichkeit, durch Suizid zu sterben, geringer (n = 7; zwei gegenüber 11 Suiziden; OR=0,26; 95 % KI=0,09-0,77, P=0,01) (Cipriani et al., 2005).
Suizide bei Erwachsenen mit Risikofaktoren (Systematischer Review)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Suizidrate war unter Lithium statistisch signifikant niedriger als unter Placebo (OR, 0,13 [KI, 0,03-0,66]). Es gab keine Unterschiede zwischen Lithium und anderen aktiven Behandlungen (ORs: Amitriptylin, 0,13 [CI, 0,01 bis 2,05]; Carbamazepin, 0,37 [CI, 0,09 bis 1,51];

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Lamotrigin, 1,35 [CI, 0,08 bis 22,91]; Olanzapin, 7,49 [CI, 0,15 bis 377,68]) (D'Anci et al., 2019)
Suizide in der Allgemeinbevölkerung (Meta-Analyse)	-0,19 (-0,29 — -0,09)			**Hoch**	Eine Meta-Analyse von 14 Studien mit 94 Millionen Menschen ergab, dass höhere Lithiumkonzentrationen mit geringeren Suizidraten verbunden waren (r=-0,191, 95% KI=[-0,287, -0,090], p<0,001) (Eyre-Watt et al. 2021).
Suizidalität bei Patienten mit schwerer Depression (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 4,24 (CI 95% 1,49 — 12)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Der relative Effekt (RR) betrug in der Studie 4,24. Patienten, die mit Lithium behandelt wurden, hatten ein 4,24-fach geringeres Risiko für Suizid und Suizidversuche im Vergleich zu Patienten ohne Lithiumbehandlung (95% KI: 1,49-12,0; z = 2,71, p = .007) (Guzzetta et al. 2007)
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,32 (CI 95% 0,02 — 5,94)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidgedanken OR = 95% 0.32 KI [0.02,5.94] gefunden (McKnight et al., 2019).
Suizidgedanken bei Patienten mit manischer Episode (Cochrane Review)	Odds ratio 0,58 (CI 95% 0,03 — 12,03)			**Hoch**	In der Studie wurden 36 RCTs mit 4 220 Teilnehmern mit bipolarer Störung und akuter Manie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Lithium eine wirksame Erhaltungstherapie für bipolare Störungen ist, die das Suizidrisiko verringert und als Stimmungsstabilisator wirkt. In einer Studie (n=883) wurde ein positiver Effekt auf Suizidversuche OR = 0.58 95% KI [0.03, 12.03] gefunden (McKnight et al., 2019).
Suizide (Meta-Analyse)	-0,27 (-0,47 — -0,08)			**Hoch**	Die systematische Überprüfung und Metaanalyse ergab einen konsistenten schützenden Zusammenhang zwischen dem Lithiumgehalt im Trinkwasser und der Suizidrate sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Bevölkerung. Die Meta-Analyse ergab einen gepoolten β-Wert von -0,27 (95% CI -0,47 bis -0,08) für den Zusammenhang zwischen Lithiumspiegeln und Gesamt-Suizidraten. Dies deutet darauf hin, dass ein höherer Lithiumgehalt im Trinkwasser zu einem signifikanten Rückgang der Suizidrate führt (Memon et al., 2020).
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,13 (CI 95% 0,6 — 2,14)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein OR von 1,13 (0,60-2,14) für Suizidversuche. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizidales Verhalten (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,97 (CI 95% 0,68 — 1,37)			**Hoch**	Die Hauptanalyse deutet darauf hin, dass Lithium das Risiko eines Suizids oder nicht-tödlichen suizidalen Verhaltens im Vergleich zu Placebo oder der üblichen Behandlung nicht signifikant verringert. Die Meta-Analyse mit der Exact-Methode ergab ein Odds Ratio (OR) von 0,97 (0,68-1,37) für nicht-tödliches suizidales Verhalten. Keine der in der Analyse verwendeten Methoden zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied (Nabi et al. 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,3 (CI 95% 0,09 — 1,02)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	In den identifizierten Studien war die Wahrscheinlichkeit eines Suizids bei den 568 Patienten, die Lithium erhielten, geringer als bei den 570 Patienten, die eine Kontrollgruppe erhielten (OR = 0,30, 95% KI 0,09-1,02, P = 0,05). Das Inzidenzraten-verhältnis fiel zugunsten von Lithium aus (IRR = 0,22, 95% KI 0,05-1,05, P = 0,06). Die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant (Riblet 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,05 — 1,02)			**Hoch**	In der Metaanalyse ergaben sechs RCTs zu Lithium (n = 619) für Suizidprävention nicht signifikante Ergebnisse (OR = 0,23, 95% KI 0,05–1,02) (Riblet et al., 2017).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,26 (CI 95% 0,09 — 0,77)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate (OR = 0,26, 95% CI 0,09-0,77) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,21 (CI 95% 0,08 — 0,5)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	In dem Meta-Review wurde über eine Verringerung der Suizidrate und Selbstbeschädigung zusammen (OR 0,21, 95% CI 0,08-0,50) bei denjenigen, die Lithium einnahmen, im Vergleich zu anderen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Medikamenten berichtet (Smith et al., 2021).
Suizide bei affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,13 (CI 95% 0,03 — 0,66)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In dem Meta-Review verringerte bei affektiven Störungen Lithium im Vergleich zu Placebo das Risiko für Suizid (OR 0,13, 95% KI 0,03-0,66) erheblich (Smith et al., 2021).
Selbstverletzung (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,6 (CI 95% 0,27 — 1,32)			**Sehr niedrig** Bestandteile des	In dem Meta-Review zeigte Lithium bei der Vorbeugung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	gegen vorsätzliche Selbstverletzungen weniger deutliche Vorteile als Placebo (OR 0,60, 95% CI 0,27-1,32) (Smith et al., 2021)
Suizide bei Patienten mit schweren affektiven Störungen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 8,85 (CI 95% 4,12 — 19,1)			Unbekannt	Das RR wurde mit 8,85 (95% CI, 4,12-19,1) angegeben. Dies bedeutet, dass Personen mit schweren affektiven Störungen, die eine Langzeitbehandlung mit Lithium erhielten, ein etwa 8,85-mal geringeres Suizidrisiko hatten als Personen, die keine Lithiumbehandlung erhielten (Tondo et al., 2001).
Suizide bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei bipolaren Störungen war Lithium mit einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit von und im Vergleich zu Placebo/ kein Lithium verbunden (OR = 0,46, p = .009; k = 9) (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,27			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,27, p < .001; k = 12) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei gemischten diagnostischen Stichproben (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,89			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischten diagnostischen Stichproben war Lithium nicht mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu aktiven Kontrollen (OR = 0,89, p = .468; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Clozapin bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei psychotischen Störungen wurde Clozapin mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (OR = 0,46, p = .007; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Elektrokrampftherapie (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,77			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Elektrokrampftherapie (OR = 0,77, p = .053; k = 11), war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (z. B. Lithium)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Antipsychotika bei bipolaren Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und anderen Antipsychotika als Clozapin bei bipolaren Störungen (OR = .73, p = .090; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).
Suizide bei Antipsychotika bei psychotischen Störungen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,39			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Antipsychotika bei psychotischen Störungen (OR = 0,39, p = .069; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).

Referenzen

369. Araya P, Martínez C, Barros J. Lithium in Drinking Water as a Public Policy for Suicide Prevention: Relevance and Considerations. Frontiers in public health 2022;10:805774 Pubmed Journal

370. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar disorders 2006;8(5 Pt 2):625-39 Pubmed

371. Barjasteh-Askari F, Davoudi M, Amini H, Ghorbani M, Yaseri M, Yunesian M, et al. Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;264:234-241 Pubmed Journal

373. Brown EE, Gerretsen P, Pollock B, Graff-Guerrero A. Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. Medical hypotheses 2018;115:94-102 Pubmed Journal

374. Chen T-Y, Kamali M, Chu C-S, Yeh C-B, Huang S-Y, Mao W-C, et al. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. Journal of affective disorders 2019;245:812-818 Pubmed Journal

375. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2013;346:f3646 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

377. Eyre-Watt B, Mahendran E, Suetani S, Firth J, Kisely S, Siskind D. The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2021;55(2):139-152 Pubmed Journal

379. McKnight RF, de La Motte de Broöns de Vauvert SJGN, Chesney E, Amit BH, Geddes J, Cipriani A. Lithium for acute mania. The Cochrane database

of systematic reviews 2019;6(6):CD004048 Pubmed Journal

380. Memon A, Rogers I, Fitzsimmons SMDD, Carter B, Strawbridge R, Hidalgo-Mazzei D, et al. Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;217(6):667-678 Pubmed Journal

381. Nabi Z, Stansfeld J, Plöderl M, Wood L, Moncrieff J. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e65 Pubmed Journal

382. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. BJPsych open 2022;8(6):e199 Pubmed Journal

383. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2001;104(3):163-72 Pubmed

384. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. Bipolar disorders 2017;19(7):575-586 Pubmed Journal

439. Bornheimer LA, Zhang A, Li J, Hiller M, Tarrier N. Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(8):829-838 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Mittel-Langfristige Suizidalität:

Neuer Vorschlag: Erwachsenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit erhöhtem Suizidrisiko **soll** eine Behandlung mit Clozapin zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden. Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.Mittel-Langfristige Suizidalität:

Erwachsenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit erhöhtem Suizidrisiko **sollte** eine Behandlung mit Clozapin zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden. Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,11 — 0,48)			**Hoch**	Beim spezifischen Vergleich von Clozapin mit anderen Behandlungen betrug das meta-analysierte OR = 0,229 [95 % KI: 0,110-0,476], was auf ein signifikant geringeres Risiko von Suiziden und Suizidversuchen unter Clozapin hinweist (Forte et al., 2021)
Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,56 — 0,9)			**Hoch**	Die metaanalytisch gepoolte Odds Ratio (OR) für alle gepaarten Vergleiche von modernen Psychopharmaka zu anderen Behandlungsbedingungen für Suizidalität betrug OR = 0,522 [95% KI: 0,563-0,898, was auf ein statistisch signifikant geringeres Risiko für Suizidalität hindeutet (Forte et al., 2021)
Suizide und Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 3,26			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Untersuchung des Suizidriskos bei Patienten mit Schizophrenie, die mit Clozapin behandelt werden: Das gepoolte Gesamtrisikoverhältnis (RR) für Suizide und Suizidversuche betrug 3,26, was bedeutet, dass das Risiko für suizidales Verhalten ohne Clozapin-Behandlung 3,26 Mal höher war (Hennen et al., 2005).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 2,9 (1,5 — 5,7)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Das RR (95 % CI) für das Suizidrisiko bei Patienten, die eine Langzeitbehandlung mit Clozapin erhielten, lag im Vergleich zu anderen antipsychotischen Behandlungen bei 2,9 (1,5-5,7) (Hennen et al., 2005).
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,85 (CI 95% 0,81 — 0,98)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung psychotroper Medikamente auf selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen (SITB), einschließlich Suizid: Die RR mit 95 % Konfidenzintervall (CI) für Psychopharmaka zur Verringerung von Suizdgedanken beträgt 0,85 (0,81, 0,98) (Huang et al., 2022).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,56 (CI 95% 0,17 — 1,8)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung von Antipsychotika auf das Mortalitätsrisiko bei Patienten mit Schizophrenie: Die RR (95 % CI) für die Untergruppen-Metaanalyse von langwirksamen injizierbaren Antipsychotika (LAI-AP) gegenüber Placebo war wie folgt: Antipsychotika der zweiten Generation - lang wirkende injizierbare Antipsychotika: RR = 0,56 (95% CI: 0,17-1,80) (Kishi et al., 2016).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,86 (CI 95% 0,14 — 5,35)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung von Antipsychotika auf das Mortalitätsrisiko bei Patienten mit Schizophrenie: Die RR (95 % CI) für die Untergruppen-Metaanalyse von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					langwirksamen injizierbaren Antipsychotika (LAI-AP) gegenüber Placebo war wie folgt: Antipsychotika der ersten Generation - lang wirkende injizierbare Antipsychotika: RR = 0,86 (95% CI: 0,14-5,35) (95% CI: 0,07-1,16) (Kishi et al., 2016).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,29 (CI 95% 0,14 — 0,62)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei inzidenter (frühe Phase) Schizophrenie bot Clozapin mit einem relativen Risiko (RR) von 0,29 (95% CI: 0,14-0,62) den größten Schutz vor suizidbedingter Sterblichkeit (Masdrakis et al., 2023).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,21 (CI 95% 0,15 — 0,29)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei prävalenter (länger bestehender) Schizophrenie hatten mit Clozapin behandelte Patienten mit einem RR von 0,21 (95% CI: 0,15-0,29) das geringste Risiko für suizidbedingte Sterblichkeit (Masdrakis et al., 2023).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,22 (CI 95% 0,16 — 0,3)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Das RR (95 % CI) für eine Clozapin-Behandlung, die im Vergleich zu keiner antipsychotischen Behandlung die Sterblichkeit durch Suizid signifikant reduziert, betrug 0,22 (95 % CI: 0,16-0,30) (Masdrakis et al., 2023).
Suizidalität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeits-störung (Meta-Analyse)				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias)	Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren erbrachten keine signifikanten Vorteile bei Impulsivität und Aggression, instabilen Beziehungen, Suizidalität und globaler Funktionsfähigkeit (Nosè et al., 2006).
Suizide (Meta-Analyse)	0,56 (0,36 — 0,85)			**Hoch**	Das gepoolte Sterblichkeitsverhältnis betrug 0,56 (95% CI = 0,36-0,85, p = 0,007), was auf eine niedrigere Sterblichkeitsrate bei Patienten hinweist, die kontinuierlich Clozapin erhielten, im Vergleich zu Patienten, die kontinuierlich andere Antipsychotika erhielten. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die relative Auswirkung auf die ursachenspezifische Sterblichkeit, wie z. B. Suizid und ischämische Herzkrankheiten, keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten, die Clozapin einnahmen, und solchen, die andere Antipsychotika einnahmen, zeigte (Vermeulen et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2019).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei bipolaren Störungen war Lithium mit einer Verringerung Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,46, p = .009; k = 9) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,27			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischt diagnostischen Stichproben war Lithium mit einer Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,27, p < .001; k = 12) (Wilkinson et al., 2022)
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,89			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischt diagnostischen Stichproben war Lithium im Vergleich zu aktiven Kontrollen nicht mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit verbunden (OR = 0,89, p = .468; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	Bei psychotischen Störungen wurde Clozapin mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (OR = 0,46, p = .007; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und anderen Antipsychotika außer Clozapin bei bipolaren Störungen (OR = 0,73, p = .090; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,39			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und Antipsychotika bei psychotischen Störungen (OR = 0,39, p = .069; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022)
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	Die Studie ergab, dass die gepoolte Suizidrate bei bipolarer Störung auf 164 pro 100 000 Personenjahre geschätzt wird, wobei die Rate bei Männern höher ist als bei Frauen. Auf Menschen mit bipolarer Störung entfallen 3,4 bis 14 % aller Suizidfälle, wobei Selbstvergiftung und Erhängen die häufigsten Methoden sind (Schaffer et al., 2015).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Hoch**	Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen einer als Akathisie bezeichneten Nebenwirkung von antipsychotischen Medikamenten und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidalität zu untersuchen. Zwei der Studien wiesen auf einen schwachen Zusammenhang zwischen Akathisie und Suizidalität hin, während die beiden anderen Studien diesen Befund nicht stützten (Kalniunas, 2021).

Referenzen

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

290. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2018;212(5):279-286 Pubmed Journal

401. Huang X, Harris LM, Funsch KM, Fox KR, Ribeiro JD. Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. Translational psychiatry 2022;12(1):400 Pubmed Journal

420. Forte A, Pompili M, Imbastaro B, De Luca GP, Mastrangelo M, Montalbani B, et al. Effects on suicidal risk: Comparison of clozapine to other newer medicines indicated to treat schizophrenia or bipolar disorder. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) 2021;35(9):1074-1080 Pubmed Journal

421. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. Schizophrenia research 2005;73(2-3):139-45 Pubmed

423. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N. Mortality Risk Associated With Long-acting Injectable Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. Schizophrenia bulletin 2016;42(6):1438-1445 Pubmed Journal

424. Masdrakis VG, Baldwin DS. Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2023;69:4-23 Pubmed Journal

425. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. International clinical psychopharmacology 2006;21(6):345-53 Pubmed

426. Vermeulen JM, van Rooijen G, van de Kerkhof MPJ, Sutterland AL, Correll CU, de Haan L. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. Schizophrenia bulletin 2019;45(2):315-329 Pubmed Journal

512. Schaffer A., Isometsä E., Tondo L., Moreno D., Sinyor M., Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2015. Webseite

514. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2010;2010(11):CD006633 Pubmed Journal

515. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. The international journal of neuropsychopharmacology 2012;15(9):1351-71 Pubmed Journal

516. Kiviniemi M, Suvisaari J, Koivumaa-Honkanen H, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up. Schizophrenia research 2013;150(1):274-80 Pubmed Journal

517. Lee BJ, Cotes RO, Mojtabai R, Margolis RL, Nucifora FC, Nestadt PS. The Protective Effect of Clozapine on Suicide: A Population Mortality Study of Statewide Autopsy Records in Maryland. The Journal of clinical psychiatry 2023;84(3) Pubmed Journal

Akute Suizidalität:

Die Wirkung von Antipsychotika auf die *akute* Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 0,23 (CI 95% 0,11 — 0,48)			**Hoch**	Beim spezifischen Vergleich von Clozapin mit anderen Behandlungen betrug das meta-analysierte OR = 0,229 [95 % KI: 0,110-0,476], was auf ein signifikant geringeres Risiko von Suiziden und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidversuchen unter Clozapin hinweist (Forte et al., 2021)
Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,56 — 0,9)			**Hoch**	Die metaanalytisch gepoolte Odds Ratio (OR) für alle gepaarten Vergleiche von modernen Psychopharmaka zu anderen Behandlungsbedingungen für Suizidalität betrug OR = 0,522 [95% KI: 0,563-0,898, was auf ein statistisch signifikant geringeres Risiko für Suizidalität hindeutet (Forte et al., 2021)
Suizide und Suizidversuche (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 3,26			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Untersuchung des Suizidriskos bei Patienten mit Schizophrenie, die mit Clozapin behandelt werden: Das gepoolte Gesamtrisikoverhältnis (RR) für Suizide und Suizidversuche betrug 3,26, was bedeutet, dass das Risiko für suizidales Verhalten ohne Clozapin-Behandlung 3,26 Mal höher war (Hennen et al., 2005).
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 2,9 (1,5 — 5,7)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Das RR (95 % CI) für das Suizidrisiko bei Patienten, die eine Langzeitbehandlung mit Clozapin erhielten, lag im Vergleich zu anderen antipsychotischen Behandlungen bei 2,9 (1,5-5,7) (Hennen et al., 2005).
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,85 (CI 95% 0,81 — 0,98)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung psychotroper Medikamente auf selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen (SITB), einschließlich Suizid: Die RR

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					mit 95 % Konfidenzintervall (CI) für Psychopharmaka zur Verringerung von Suizdgedanken beträgt 0,85 (0,81, 0,98) (Huang et al., 2022).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,56 (CI 95% 0,17 — 1,8)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung von Antipsychotika auf das Mortalitätsrisiko bei Patienten mit Schizophrenie: Die RR (95 % CI) für die Untergruppen-Metaanalyse von langwirksamen injizierbaren Antipsychotika (LAI-AP) gegenüber Placebo war wie folgt: Antipsychotika der zweiten Generation - lang wirkende injizierbare Antipsychotika: RR = 0,56 (95% CI: 0,17-1,80) (Kishi et al., 2016).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,86 (CI 95% 0,14 — 5,35)			**Hoch**	Untersuchung der Wirkung von Antipsychotika auf das Mortalitätsrisiko bei Patienten mit Schizophrenie: Die RR (95 % CI) für die Untergruppen-Metaanalyse von langwirksamen injizierbaren Antipsychotika (LAI-AP) gegenüber Placebo war wie folgt: Antipsychotika der ersten Generation - lang wirkende injizierbare Antipsychotika: RR = 0,86 (95% CI: 0,14-5,35) (95% CI: 0,07-1,16) (Kishi et al., 2016).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,29 (CI 95% 0,14 — 0,62)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Bei inzidenter (frühe Phase) Schizophrenie bot Clozapin mit einem relativen Risiko (RR) von 0,29 (95% CI: 0,14-0,62) den größten Schutz vor suizidbedingter Sterblichkeit (Masdrakis et al., 2023).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,21 (CI 95% 0,15 — 0,29)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei prävalenter (länger bestehender) Schizophrenie hatten mit Clozapin behandelte Patienten mit einem RR von 0,21 (95% CI: 0,15-0,29) das geringste Risiko für suizidbedingte Sterblichkeit (Masdrakis et al., 2023).
Suizide bei Patienten mit Schizophrenie (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,22 (CI 95% 0,16 — 0,3)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Das RR (95 % CI) für eine Clozapin-Behandlung, die im Vergleich zu keiner antipsychotischen Behandlung die Sterblichkeit durch Suizid signifikant reduziert, betrug 0,22 (95 % CI: 0,16-0,30) (Masdrakis et al., 2023).
Suizidalität bei Patienten mit Borderline-				**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt	Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren erbrachten keine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Persönlichkeitsstörung (Meta-Analyse)				durchgeführt Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias)	signifikanten Vorteile bei Impulsivität und Aggression, instabilen Beziehungen, Suizidalität und globaler Funktionsfähigkeit (Nosè et al., 2006).
Suizide (Meta-Analyse)	0,56 (0,36 — 0,85)			**Hoch**	Das gepoolte Sterblichkeitsverhältnis betrug 0,56 (95% CI = 0,36-0,85, p = 0,007), was auf eine niedrigere Sterblichkeitsrate bei Patienten hinweist, die kontinuierlich Clozapin erhielten, im Vergleich zu Patienten, die kontinuierlich andere Antipsychotika erhielten. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die relative Auswirkung auf die ursachenspezifische Sterblichkeit, wie z. B. Suizid und ischämische Herzkrankheiten, keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten, die Clozapin einnahmen, und solchen, die andere Antipsychotika einnahmen, zeigte (Vermeulen et al., 2019).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei bipolaren Störungen war Lithium mit einer Verringerung Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,46, p = .009; k = 9) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,27			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine	Bei gemischt diagnostischen Stichproben war Lithium mit einer Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Placebo/kein Lithium verbunden (OR = 0,27, p < .001; k = 12)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	(Wilkinson et al., 2022)
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,89			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei gemischt diagnostischen Stichproben war Lithium im Vergleich zu aktiven Kontrollen nicht mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit verbunden (OR = 0,89, p = .468; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,46			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Bei psychotischen Störungen wurde Clozapin mit einer Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (OR = 0,46, p = .007; k = 7) (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,73			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Die Assoziationen zwischen Suizid und anderen Antipsychotika außer Clozapin bei bipolaren Störungen (OR = 0,73, p = .090; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al., 2022).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,39			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung	Die Assoziationen zwischen Suizid und Antipsychotika bei psychotischen Störungen (OR = 0,39, p = .069; k = 6) war nicht signifikant (Wilkinson et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Antipsychotika (z. B. Clozapin)	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	2022)
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt.	Die Studie ergab, dass die gepoolte Suizidrate bei bipolarer Störung auf 164 pro 100 000 Personenjahre geschätzt wird, wobei die Rate bei Männern höher ist als bei Frauen. Auf Menschen mit bipolarer Störung entfallen 3,4 bis 14 % aller Suizidfälle, wobei Selbstvergiftung und Erhängen die häufigsten Methoden sind (Schaffer et al., 2015).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Hoch**	Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen einer als Akathisie bezeichneten Nebenwirkung von antipsychotischen Medikamenten und Suizidalität zu untersuchen. Zwei der Studien wiesen auf einen schwachen Zusammenhang zwischen Akathisie und Suizidalität hin, während die beiden anderen Studien diesen Befund nicht stützten (Kalniunas, 2021).

Referenzen

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

290. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2018;212(5):279-286 Pubmed Journal

401. Huang X, Harris LM, Funsch KM, Fox KR, Ribeiro JD. Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. Translational psychiatry 2022;12(1):400 Pubmed Journal

420. Forte A, Pompili M, Imbastaro B, De Luca GP, Mastrangelo M, Montalbani B, et al. Effects on suicidal risk: Comparison of clozapine to other newer medicines indicated to treat schizophrenia or bipolar disorder. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) 2021;35(9):1074-1080 Pubmed Journal

421. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. Schizophrenia research 2005;73(2-3):139-45 Pubmed

423. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N. Mortality Risk Associated With Long-acting Injectable Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. Schizophrenia bulletin 2016;42(6):1438-1445 Pubmed Journal

424. Masdrakis VG, Baldwin DS. Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2023;69:4-23 Pubmed Journal

425. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. International clinical psychopharmacology 2006;21(6):345-53 Pubmed

426. Vermeulen JM, van Rooijen G, van de Kerkhof MPJ, Sutterland AL, Correll CU, de Haan L. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. Schizophrenia bulletin 2019;45(2):315-329 Pubmed Journal

512. Schaffer A., Isometsä E., Tondo L., Moreno D., Sinyor M., Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2015. Webseite

514. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2010;2010(11):CD006633 Pubmed Journal

515. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. The international journal of neuropsychopharmacology 2012;15(9):1351-71 Pubmed Journal

516. Kiviniemi M, Suvisaari J, Koivumaa-Honkanen H, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up. Schizophrenia research 2013;150(1):274-80 Pubmed Journal

517. Lee BJ, Cotes RO, Mojtabai R, Margolis RL, Nucifora FC, Nestadt PS. The Protective Effect of Clozapine on Suicide: A Population Mortality Study of Statewide Autopsy Records in Maryland. The Journal of clinical psychiatry 2023;84(3) Pubmed Journal

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Alprazolam **soll nicht** bei akuter Suizidalität eingesetzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substantielle Schäden
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Benzodiazepinen
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (RCT)	Basierend auf Daten von 258 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Wochen.			Unbekannt	Die Gruppe der Suizidalität zu Beginn der Studie stand in signifikantem Zusammenhang mit der Veränderung des HDRS16-Scores im Laufe der Zeit in der gesamten Stichprobe (F3,1394 = 8.17; P < .0001), war jedoch nicht signifikant mit der Wahrscheinlichkeit einer Remission im Laufe der Zeit verbunden. Unter den Teilnehmern, die Olanzapin und Placebo erhielten, hatten Personen ohne Suizidalität eine signifikant stärkere Verringerung des HDRS16-Gesamtergebnisses im Vergleich zu denjenigen mit passiven Suizidgedanken (7. 5 Punkte Unterschied in den Veränderungswerten zwischen den beiden Gruppen; 95% CI, 4.3-10.7 t1394 = 4.61, P < .0001), aktive Suizidgedanken (4.4 Punkte; 95% CI, 1.4-7.4; t1394 = 2.85, P = .0176) oder Suizidversuche (6.1 Punkte; 95% CI, 2.8-9.4; t1394 = 3.66, P = .0015). Die 12-Wochen-Veränderung des HDRS16-Scores bei Patienten ohne Suizidalität unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Behandlungsarmen. (Bingham et al., 2017)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Sterblichkeit (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien.			**Sehr niedrig** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Eine Studie an einer Bevölkerungsgruppe mittleren Alters ergab, dass regelmäßiger Benzodiazepin-Konsum mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist, und eine Studie an 'Drogenmissbrauchern' fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen regelmäßigem Konsum von nicht verschriebenen Benzodiazepinen und tödlicher Überdosierung. Darüber hinaus wurden drei retrospektive bevölkerungsbezogene Registerstudien identifiziert. Die erste enthüllte ein hohes relatives Risiko (RR) für den Tod aufgrund einer Benzodiazepin-Vergiftung im Vergleich zu anderen Ergebnissen bei Patienten über 60 Jahren im Vergleich zu Patienten unter 60 Jahren. Es wurde ein positiver, aber nicht signifikanter Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Konsum und fahrerbedingten Todesfällen bei Kraftfahrzeugunfällen auf der Straße berichtet. Die Todesfälle durch Arzneimittelvergiftungen in England zeigten, dass Benzodiazepine 3,8 % aller Todesfälle durch Vergiftungen mit einem einzelnen Arzneimittel verursachten. (Charlson et al., 2009)
Suizidgedanken bei Depressionen (RCT)	Basierend auf Daten von 80 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Indirektheit Ungenauigkeit Unvollständige Ergebnisdaten	Die Faktorenwerte für HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) Psychische Depression, HDRS Angst, BDI (Beck Depression Inventory) Subjektive Depression, POMS (Profile of Mood States) Depression und POMS Müdigkeit verbesserten sich unter Ketamin stärker als unter Midazolam. Eine schrittweise Regression

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					zeigte für beide Medikamente, dass die Verbesserung des HDRS Psychic Depression, des POMS Depression und des HDRS Anxiety 51,6 % der Varianz bei der Verringerung der Suizidgedanken vorhersagte. (Hochschild et al., 2022)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				Unbekannt	Weder das Risiko des Auftretens noch das Risiko der Verschlimmerung von Suizidgedanken war bei Alprazolam signifikant anders als bei Placebo; allerdings war Alprazolam Placebo signifikant überlegen, was die Verbesserung der Suizidgedanken anging. Hinsichtlich des Risikos des Auftretens von Suizidgedanken gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Alprazolam und der Wirkstoff-Vergleichsgruppe. Das Risiko einer Verschlechterung der Suizidgedanken war in der Wirkstoff-Vergleichsgruppe (die Mehrheit der Patienten in dieser Gruppe erhielt Amitriptylin oder Imipramin) signifikant geringer als bei Alprazolam, und eine Verbesserung der Suizidgedanken trat in dieser Gruppe signifikant häufiger auf als in der Alprazolam-Gruppe. Die Anwendung von Alprazolam bei depressiven Patienten ist nicht mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität verbunden. (Jonas et al., 1996)
Suizidversuche	Hazard ratio 2,21 (CI 95% 2,06 — 2,38) Basierend auf Daten von 2.495.520 Patienten und 1 Studien.			Unbekannt	Alprazolam war mit einem mehr als doppelt so hohen Risiko für einen Suizidversuch verbunden (HR=2,21, 95 % CI=2,06,2,38). Eine Analyse

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					der Wirkungsdauer für die Modaldosis (0,5 mg) ergab einen Anstieg der Suizidversuche um 5 % pro zusätzlichem Behandlungsmonat (HR=1,05, 95 % CI=1,04,1,07). Parallele Analysen mit langwirksamen (Diazepam) und kurzwirksamen (Lorazepam) Substanzen ergaben ähnliche Zusammenhänge (Diazepam HR=2,87, 95 % CI=2,56,3,21; Lorazepam HR=1,83, 95 % CI=1,69,2.00), während das Nicht-Benzodiazepin-Anxiolytikum Buspiron ein signifikant geringeres Risiko (HR=1,25, 95 % CI=1,13,1,38) und kein erhöhtes Risiko bei Patienten mit einer Versuchshistorie (HR=1,05, 95 % CI=0,70,1,59) zeigte. (Gibbons et al., 2024)
Suizidalität (Screening-Studie)	Basierend auf Daten von 262.721 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 90 Tage.			**Sehr niedrig** Keine randomisierte Studie	Es wurden 53 gängige ZNS-Medikamente identifiziert, die während einer SSRI-Behandlung verschrieben und an 262.721 Personen abgegeben wurden. Wir fanden 20 ZNS-Medikamente (Zentralnervensystem) mit statistisch signifikanter IRR. Von diesen zeigten zwei ein höheres Risiko für suizidales Verhalten nach als vor Beginn der Behandlung mit dem ZNS-Medikament (Alprazolam, IRR = 1,39; Flunitrazepam, IRR = 1,83). Wir fanden mehrere neue Signale von Medikamenten, die statistisch signifikant mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden waren. Wir fanden keine Hinweise auf schädliche Wechselwirkungen zwischen SSRIs und diesen ausgewählten ZNS-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Medikamenten. (Lagerberg et al., 2022)

Referenzen

405. Bingham KS, Rothschild AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Meyers BS, Banerjee S, et al. The Association of Baseline Suicidality With Treatment Outcome in Psychotic Depression. The Journal of clinical psychiatry 2017;78(8):1149-1154 Pubmed Journal

406. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, Lynskey M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. Pharmacoepidemiology and drug safety 2009;18(2):93-103 Pubmed Journal

407. Hochschild A, Keilp JG, Madden SP, Burke AK, Mann JJ, Grunebaum MF. Ketamine vs midazolam: Mood improvement reduces suicidal ideation in depression. Journal of affective disorders 2022;300:10-16 Pubmed Journal

408. Jonas JM, Hearron AE. Alprazolam and suicidal ideation: a meta-analysis of controlled trials in the treatment of depression. Journal of clinical psychopharmacology 1996;16(3):208-11 Pubmed

510. Gibbons RD, Hur K, Lavigne JE, Mann JJ. Risk of suicide attempts and intentional self-harm on alprazolam. Psychiatry research 2024;335:115857 Pubmed Journal

511. Lagerberg T, Sjölander A, Gibbons RD, Quinn PD, D'Onofrio BM, Hellner C, et al. Use of central nervous system drugs in combination with selective serotonin reuptake inhibitor treatment: A Bayesian screening study for risk of suicidal behavior. Frontiers in psychiatry 2022;13:1012650 Pubmed Journal

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Personen mit akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe **sollte** eine Behandlung mit Benzodiazepinen unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von möglichst unter 14 Tagen angeboten werden.Personen mit akuter Suizidalität und stark belastenden Schlafstörungen oder starker Unruhe **sollte** eine Behandlung mit Benzodiazepinen unter der Voraussetzung einer engmaschigen Überwachung sowie unter Beachtung der Kontraindikationen für eine Dauer von möglichst unter 14 Tagen angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit Benzodiazepinen
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (RCT)	Basierend auf Daten von 258 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Wochen.			Unbekannt	Die Gruppe der Suizidalität zu Beginn der Studie stand in signifikantem Zusammenhang mit der Veränderung des HDRS16-Scores im Laufe der Zeit in der gesamten Stichprobe (F3,1394 = 8.17; P < .0001), war jedoch nicht signifikant mit der Wahrscheinlichkeit einer Remission im Laufe der Zeit verbunden. Unter den Teilnehmern, die Olanzapin und Placebo erhielten, hatten Personen ohne Suizidalität eine signifikant stärkere Verringerung des HDRS16-Gesamtergebnisses im Vergleich zu denjenigen mit passiven Suizidgedanken (7. 5 Punkte Unterschied in den Veränderungswerten zwischen den beiden Gruppen; 95% CI, 4.3-10.7 t1394 = 4.61, P < .0001), aktive Suizidgedanken (4.4 Punkte; 95% CI, 1.4-7.4; t1394 = 2.85, P = .0176) oder Suizidversuche (6.1 Punkte; 95% CI, 2.8-9.4; t1394 = 3.66, P = .0015). Die 12-Wochen-Veränderung des HDRS16-Scores bei Patienten ohne Suizidalität unterschied sich nicht

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					signifikant zwischen den beiden Behandlungsarmen. (Bingham et al., 2017)
Sterblichkeit (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien.			**Sehr niedrig** Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Eine Studie an einer Bevölkerungsgruppe mittleren Alters ergab, dass regelmäßiger Benzodiazepin-Konsum mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist, und eine Studie an 'Drogenmissbrauchern' fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen regelmäßigem Konsum von nicht verschriebenen Benzodiazepinen und tödlicher Überdosierung. Darüber hinaus wurden drei retrospektive bevölkerungsbezogene Registerstudien identifiziert. Die erste enthüllte ein hohes relatives Risiko (RR) für den Tod aufgrund einer Benzodiazepin-Vergiftung im Vergleich zu anderen Ergebnissen bei Patienten über 60 Jahren im Vergleich zu Patienten unter 60 Jahren. Es wurde ein positiver, aber nicht signifikanter Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Konsum und fahrerbedingten Todesfällen bei Kraftfahrzeugunfällen auf der Straße berichtet. Die Todesfälle durch Arzneimittelvergiftungen in England zeigten, dass Benzodiazepine 3,8 % aller Todesfälle durch Vergiftungen mit einem einzelnen Arzneimittel verursachten. (Charlson et al., 2009)
Suizidgedanken bei Depressionen (RCT)	Basierend auf Daten von 80 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Indirektheit Ungenauigkeit Unvollständige Ergebnisdaten	Die Faktorenwerte für HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) Psychische Depression, HDRS Angst, BDI (Beck Depression Inventory) Subjektive Depression, POMS (Profile of Mood States) Depression

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					und POMS Müdigkeit verbesserten sich unter Ketamin stärker als unter Midazolam. Eine schrittweise Regression zeigte für beide Medikamente, dass die Verbesserung des HDRS Psychic Depression, des POMS Depression und des HDRS Anxiety 51,6 % der Varianz bei der Verringerung der Suizidgedanken vorhersagte. (Hochschild et al., 2022)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				Unbekannt	Weder das Risiko des Auftretens noch das Risiko der Verschlimmerung von Suizidgedanken war bei Alprazolam signifikant anders als bei Placebo; allerdings war Alprazolam Placebo signifikant überlegen, was die Verbesserung der Suizidgedanken anging. Hinsichtlich des Risikos des Auftretens von Suizidgedanken gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Alprazolam und der Wirkstoff-Vergleichsgruppe. Das Risiko einer Verschlechterung der Suizidgedanken war in der Wirkstoff-Vergleichsgruppe (die Mehrheit der Patienten in dieser Gruppe erhielt Amitriptylin oder Imipramin) signifikant geringer als bei Alprazolam, und eine Verbesserung der Suizidgedanken trat in dieser Gruppe signifikant häufiger auf als in der Alprazolam-Gruppe. Die Anwendung von Alprazolam bei depressiven Patienten ist nicht mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität verbunden. (Jonas et al., 1996)
Suizidversuche	Hazard ratio 2,21			Unbekannt	Alprazolam war mit einem

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	(CI 95% 2,06 — 2,38) Basierend auf Daten von 2.495.520 Patienten und 1 Studien.				mehr als doppelt so hohen Risiko für einen Suizidversuch verbunden (HR=2,21, 95 % CI=2,06,2,38). Eine Analyse der Wirkungsdauer für die Modaldosis (0,5 mg) ergab einen Anstieg der Suizidversuche um 5 % pro zusätzlichem Behandlungsmonat (HR=1,05, 95 % CI=1,04,1,07). Parallele Analysen mit langwirksamen (Diazepam) und kurzwirksamen (Lorazepam) Substanzen ergaben ähnliche Zusammenhänge (Diazepam HR=2,87, 95 % CI=2,56,3,21; Lorazepam HR=1,83, 95 % CI=1,69,2.00), während das Nicht-Benzodiazepin-Anxiolytikum Buspiron ein signifikant geringeres Risiko (HR=1,25, 95 % CI=1,13,1,38) und kein erhöhtes Risiko bei Patienten mit einer Versuchshistorie (HR=1,05, 95 % CI=0,70,1,59) zeigte. (Gibbons et al., 2024)
Suizidalität (Screening-Studie)	Basierend auf Daten von 262.721 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 90 Tage.			**Sehr niedrig** Keine randomisierte Studie	Es wurden 53 gängige ZNS-Medikamente identifiziert, die während einer SSRI-Behandlung verschrieben und an 262.721 Personen abgegeben wurden. Wir fanden 20 ZNS-Medikamente (Zentralnervensystem) mit statistisch signifikanter IRR. Von diesen zeigten zwei ein höheres Risiko für suizidales Verhalten nach als vor Beginn der Behandlung mit dem ZNS-Medikament (Alprazolam, IRR = 1,39; Flunitrazepam, IRR = 1,83). Wir fanden mehrere neue Signale von Medikamenten, die statistisch signifikant mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden waren. Wir fanden keine Hinweise auf schädliche

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit Benzodiazepinen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Wechselwirkungen zwischen SSRIs und diesen ausgewählten ZNS-Medikamenten. (Lagerberg et al., 2022)

Referenzen

405. Bingham KS, Rothschild AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Meyers BS, Banerjee S, et al. The Association of Baseline Suicidality With Treatment Outcome in Psychotic Depression. The Journal of clinical psychiatry 2017;78(8):1149-1154 Pubmed Journal

406. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, Lynskey M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. Pharmacoepidemiology and drug safety 2009;18(2):93-103 Pubmed Journal

407. Hochschild A, Keilp JG, Madden SP, Burke AK, Mann JJ, Grunebaum MF. Ketamine vs midazolam: Mood improvement reduces suicidal ideation in depression. Journal of affective disorders 2022;300:10-16 Pubmed Journal

408. Jonas JM, Hearron AE. Alprazolam and suicidal ideation: a meta-analysis of controlled trials in the treatment of depression. Journal of clinical psychopharmacology 1996;16(3):208-11 Pubmed

510. Gibbons RD, Hur K, Lavigne JE, Mann JJ. Risk of suicide attempts and intentional self-harm on alprazolam. Psychiatry research 2024;335:115857 Pubmed Journal

511. Lagerberg T, Sjölander A, Gibbons RD, Quinn PD, D'Onofrio BM, Hellner C, et al. Use of central nervous system drugs in combination with selective serotonin reuptake inhibitor treatment: A Bayesian screening study for risk of suicidal behavior. Frontiers in psychiatry 2022;13:1012650 Pubmed Journal

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Antidepressiva **können** bei suizidalen depressiven Patient*innen zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit SSRI/ SNRI/ Antidepressiva
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Duloxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.626 Patienten und 12 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In 12 placebokontrollierten Studien (Duloxetin, 1812; Placebo, 1814 Patienten) gab es keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen unter Duloxetin gegenüber Placebo. Der MHID für suizidales Verhalten lag bei 0,03 % (95 % Konfidenzintervall [CI], 0,48 bis 0,42) und der MHRD bei 0,002 (95 % CI, 0,02 bis 0,02). Die Veränderungen der Item-3-Suizidalitätswerte der HAMD zeigten eine stärkere Verbesserung mit Duloxetin (MHID, 9,56 %; 95 % KI, 4,50 bis 14,6; P < 0,001) und eine geringere Verschlechterung der Suizidgedanken mit Duloxetin (MHID, 4,25 %; 95 % KI, 6,55 bis 1,95; P < 0,001). Andere Item3-Ergebnisse zeigten kein einheitliches Muster; ein etwas höherer Anteil der mit Duloxetin behandelten Patienten mit einer

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Veränderung von 0 (abwesend) auf 3 wurde durch einen höheren Anteil der mit Placebo behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 auf 2 ausgeglichen. (Acharya et al., 2006)
Suizide bei SSRI (Systematischer Review)	Odds ratio 1,92 (CI 95% 1,51 — 2,44) Basierend auf Daten von 200.000 Patienten und 8 Studien.			**Hoch**	Obwohl die Exposition gegenüber SSRIs das Risiko eines vollendeten oder versuchten Suizids bei Jugendlichen erhöhte (Odds Ratio [OR] 1,92, 95% Konfidenzintervall [CI] 1,51-2,44), war das Risiko bei Erwachsenen geringer (OR 0,57, 95% CI 0,47-0,70). Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren hatte die Exposition gegenüber SSRI eine schützende Wirkung (OR 0,46, 95% CI 0,27-0,79). Sensitivitätsanalysen änderten diese Ergebnisse nicht. Insbesondere bei Studien, die einen vollendeten Suizid als Ergebnis verwendeten, war die Exposition gegenüber SSRIs mit einem erhöhten Risiko bei Jugendlichen (OR 5,81, 95% CI 1,57-21,51) und einem verringerten Risiko bei Erwachsenen (OR 0,66, 95% CI 0,52-0,83) und älteren Menschen (OR 0,53, 95% CI 0,26-1,06) verbunden. (Barbui et al., 2009)
Suizidalität bei Erwachsenen bei Fluoxetine	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend	Vergleiche zwischen den Behandlungen wurden für verschiedene Schätzungen der Verschlechterung (Risiko) und Verbesserung (Nutzen) der Suizidalität vorgenommen. Die Behandlung mit Fluoxetin führte nicht zu einer stärkeren Verschlechterung, sondern war mit einer stärkeren Verbesserung und einer schnelleren Auflösung der Suizidgedanken

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	verbunden (P ≤ 0,05 gegenüber Placebo). Die Datenquellen waren unterschiedlich empfindlich bei der Erkennung von Veränderungen der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens. Die Behandlung mit Fluoxetin führte eher zu einem größeren Nutzen als zu einem höheren Risiko für Suizidalität. (Beasley et al., 2007)
Suizide bei Fluoxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.065 Patienten und 17 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Suizide unterschieden sich nicht signifikant bei einem Vergleich von Fluoxetin mit Placebo (0-2% vs. 0-2%, p=0,494, Mantel-Haenszel adjustierte Inzidenzdifferenz) und mit trizyklischen Antidepressiva (0-7% vs. 0-4%, p=0-419). Die gepoolte Inzidenz von Suiziden betrug 0*3% für Fluoxetin, 0-2% für Placebo und 0-4% für trizyklische Antidepressiva, wobei sich Fluoxetin weder von Placebo (p=0,533, Pearson's x2) noch von trizyklischen Antidepressiva (p=0,789) signifikant unterschied. Suizidgedanken traten unter Fluoxetin geringfügig signifikant seltener auf als unter Placebo (0-9% vs. 2-6%, p=0,094) und numerisch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva (1,7% vs. 3-6%, p=0-102). Die gepoolte Inzidenz des Auftretens schwerwiegender Suizidgedanken lag bei 1-2% für Fluoxetin, 2-6% für Placebo und 3-6% für trizyklische Antidepressiva. (Beasley et al., 1992)
Vorboten der Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 1,85 (CI 95% 1,11 — 3,08) Basierend auf Daten von Patienten und 130 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Behandlung erwachsener gesunder Freiwilliger mit Antidepressiva verdoppelte ihr Risiko für Schäden im Zusammenhang mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidalität und Gewalt, Odds Ratio 1,85 (95% Konfidenzintervall 1,11 bis 3,08, p = 0,02, I2 = 18%).Die Zahl der erforderlichen Behandlungen, um eine gesunde Person zu schädigen, betrug 16 (95 % Konfidenzintervall 8 bis 100; Mantel-Haenszel-Risikodifferenz 0,06).Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass wir die Schäden von Antidepressiva unterschätzt haben, da wir nur für 11 der 13 Studien Zugang zu den veröffentlichten Artikeln hatten. (Bielefeldt et al., 2016)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf die Wirksamkeit ergab diese Überprüfung, dass im Vergleich zu Placebo Fluoxetin war wirksamer bei der Behandlung von MDD, Fluvoxamin und Paroxetin waren besser bei der Behandlung von AD; Fluoxetin und Sertralin waren wirksamer bei der Behandlung von Zwangsstörungen; Bupropion und Desipramin verbesserten die von Ärzten und Lehrern bewerteten ADHS-Symptome; Clomipramin und Tianeptin waren bei einigen der Kernsymptome von ASD überlegen; und kein Antidepressivum war wirksamer bei PTBS und Enuresis. Hinsichtlich der Verträglichkeit: Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin wurden bei MDD weniger gut vertragen; bei der Behandlung von Angststörungen (AD), ADHS und PTBS wurden für keines der Antidepressiva Unterschiede festgestellt; Tianeptin und Citalopram, nicht aber Clomipramin, wurden bei Kindern und Jugendlichen mit ASD

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					weniger gut vertragen. Für suizidales Verhalten bzw. Suizidgedanken wurden Venlafaxin (bei MDD) und Paroxetin (bei AD) mit einem signifikant erhöhten Risiko in Verbindung gebracht; im Gegensatz dazu wurde Sertralin (bei AD) mit einem geringeren Risiko in Verbindung gebracht. (Boaden et al., 2020)
Suizide (Meta-Analyse)	Rate ratio 5,03 (CI 95% 0,78 — 114,1) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Rate ratio 9,02 (CI 95% 1,58 — 193,6) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidgedanken und Suizidversuche (Review)	Basierend auf Daten von 5.310 Patienten und 27 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Antidepressiva sind bei Kindern und Jugendlichen mit MDD, Zwangsstörungen und nicht-okzidentellen Angststörungen wirksamer als Placebo. Das Ansprechen auf die Behandlung ist bei Patienten mit nicht-okzidentellen Angststörungen am größten, bei Zwangsstörungen mittelmäßig und bei MDD bescheiden. Der Nutzen scheint bei allen drei Erkrankungen größer zu sein als das Risiko von Suizidgedanken/ Suizidversuchen, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis variiert je nach Diagnose, Alter, Krankheitsdauer und Studienmerkmalen. (Brent, 2016)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 14.911 Patienten und 61 Studien.			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Im primären Datensatz, d. h. bei allen Störungen zusammen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Paroxetin und Placebo in Bezug auf die Suizidalität insgesamt (Suizidalität oder Suizidgedanken: n/n = 83/ 8.958 [0,93%] vs. n/n = 65/ 5.953 [1. 09%]; OR = 0,9 [95% CI, 0,7-1,3]; P = .649) oder für suizidales Verhalten speziell (n/n = 50/8,958 [0,56%] vs n/n = 40/5,953 [0,67%]; OR = 1,2 [95% CI, 0,8-1,9]; P = .483). Bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung (MDD) traten jedoch unter Paroxetin mehr Suizide auf als unter Placebo (n/n = 11/3.455 [0,32%] gegenüber n/n = 1/ 1.978 [0,05%]; OR = 6,7 [95% CI, 1,1-149,4]; P = .058). Über alle Indikationen hinweg trat bei mit Paroxetin behandelten Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren eine höhere Inzidenz von Suizidalität auf als bei mit Placebo behandelten (n/n = 17/776 [2,19 %] gegenüber n/n = 5/542 [0,92 %]; OR = 2,4 [95 % KI, 0,9-7,3]). (Carpenter et al., 2011)
Unerwünschte gesundheitliche Folgen (Umbrella Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Hoch**	Aus 4471 identifizierten Studien und 252 geprüften Volltextartikeln wurden 45 Meta-Analysen (17,9 %) ausgewählt, die 120 Zusammenhänge beschrieben, einschließlich Daten aus 1012 einzelnen Effektgrößenschätzungen. Vierundsiebzig (61,7 %) der 120 Assoziationen waren unter Verwendung von Modellen mit zufälligen Effekten nominell statistisch signifikant bei P .05. Zweiundfünfzig Assoziationen (43,4 %) wiesen eine große Heterogenität auf (I 2 > 50

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					%), während für 17 Assoziationen (14,2 %) kleine Studieneffekte und für 9 Assoziationen (7,5 %) eine übermäßige Signifikanzverzerrung festgestellt wurde. Sowohl in der Haupt- als auch in der Sensitivitätsanalyse ergaben sich überzeugende Belege für den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und dem Risiko eines Suizidversuchs oder -abschlusses bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen mit Antidepressiva-Exposition vor und während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigen Apgar-Scores. Für keine dieser Assoziationen gab es nach der Sensitivitätsanalyse, bei der eine Verwechslung durch die Indikation ausgeschlossen wurde, überzeugende Beweise. (Dragioti et al., 2019)
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,7 (CI 95% 1,13 — 2,54)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Selbstverletzungen oder Suizide traten bei 71 von 1487 (4,8 %) der mit Antidepressiva behandelten depressiven Jugendlichen auf, im Vergleich zu 38 von 1254 (3,0 %) von 38 von 1254 (3,0 %) der mit Placebo behandelten Jugendlichen (Odds Ratio mit festen Effekten: 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, P¼0,01). 0,01). Es gab einen Trend, dass individuelle Suizidgedanken, Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, häufiger auftraten als bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, als bei Jugendlichen, die Placebo erhielten, aber

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. (Dubicka et al., 2006)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 2,28 (CI 95% 1,14 — 4,55) Basierend auf Daten von 87.650 Patienten und 702 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Siebenhundertzwei Studien erfüllten unsere Einschlusskriterien. Ein signifikanter Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (Odds Ratio 2,28, 95% Konfidenzintervall 1,14 bis 4,55, Number Needed to Treat to Harm 684) wurde bei Patienten beobachtet, die SSRI im Vergleich zu Placebo erhielten. Ein Anstieg der Odds Ratio für Suizidversuche wurde auch beim Vergleich von SSRI mit anderen therapeutischen Interventionen als trizyklischen Antidepressiva beobachtet (1,94, 1,06 bis 3,57, 239). In der gepoolten Analyse von SSRI im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva konnten wir keinen Unterschied im Odds Ratio der Suizidversuche feststellen (0,88, 0,54 bis 1,42). (Fergusson et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,85 (CI 95% 0,2 — 3,4) Basierend auf Daten von 40.000 Patienten und 447 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung	Es wurden schätzungsweise 16 Suizide, 172 Episoden nicht-tödlicher Selbstverletzung und 177 Episoden von Suizidgedanken gemeldet. Wir fanden keine Hinweise darauf, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen, doch können wichtige schützende oder gefährliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden (Odds Ratio 0,85, 95% Glaubwürdigkeitsintervall 0,20 bis 3,40). Wir fanden schwache Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen (1,57, 0,99 bis 2,55). Die Risikoschätzungen für Suizidgedanken waren mit einer mäßigen schützenden

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				(Risk of Bias).	oder negativen Wirkung vereinbar (0,77, 0,37 bis 1,55). Die relative Häufigkeit der gemeldeten Selbstverletzungen und Suizidgedanken in den Studien im Vergleich zu Suiziden deutet darauf hin, dass die nicht-tödlichen Endpunkte zu wenig erfasst wurden. (Gunnell et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,03 (CI 95% 0,7 — 1,51) Basierend auf Daten von 1.450.000 Patienten und 27 Studien.			Unbekannt	SSRI standen bei Depressionen (RR=1,03, 0,70-1,51) und allen Indikationen (RR=1,19, 0,88-1,60) nicht eindeutig mit dem Suizidrisiko (Suizid und Suizidversuch zusammen) in Zusammenhang. Jedes Antidepressivum der neuen Generation war mit einem höheren Suizidrisiko bei Depressionen (RR=1,29, 1,06-1,57) und bei allen Indikationen (RR=1,45, 1,23-1,70) verbunden. Studien mit fCOI (finanzieller Interessenkonflikt) meldeten signifikant niedrigere Risikoschätzungen als Studien ohne fCOI. Funnelplots waren asymmetrisch und die Imputation fehlender Studien mit der Trim-and-Fill-Methode führte zu deutlich höheren Risikoschätzungen. (Hengartner et al., 2021)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt.	Wegen des Verdachts, dass selektive Serotoninwiederaufnahmeher (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken und -versuchen führen könnten, wird der Einsatz dieser Substanzen kontrovers debattiert. Alle derzeit publizierten oder

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	anderweitig verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit SSRI wurden auf Angaben zur Effektivität sowie Suizidalität untersucht. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin. In einer Metaanalyse fanden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens. Nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig für Fluoxetin und, mit Einschränkungen, Sertralin und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher indiziert. (Holtmann et al., 2006)
Suizidalität bei Kindern (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,3 (CI 95% 1,3 — 3,8)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität in Studien, in denen eine schwere depressive Störung diagnostiziert wurde (Odds Ratio 2,3 [1,3, 3,8]) und in denen das Antidepressivum ein SSRI war (Odds Ratio 2,2 [1,3, 3,6]). (Kaizar et al., 2006)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,98 (CI 95% 0,71 — 5,5)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidversuche (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,63 (CI 95% 1,09 — 2,43)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidgedanken bei älteren Menschen (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,14 — 1,94) Basierend auf Daten von 1.281 Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Auf der Grundlage der Daten aus zwei randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt 1281 älteren Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern im Vergleich zu Placebo behandelt wurden, betrug das OR für das Risiko von aufkommenden Suizidgedanken 0,52 (95% CI 0,14-1. 94) Chi2 =0,19, I2 =0. Es gab keinen Unterschied im Risiko eines Suizidversuchs zwischen älteren depressiven Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden, im Vergleich zu anderen Antidepressiva mit OR=1,0 (95% CI0,14-7,10) Chi2 =3,88, I2 =23%. (KoKoAung et al., 2015)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,35 (CI 95% 1,13 — 1,61) Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Einnahme von Antidepressiva das Risiko für Suizid und Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die keine Antidepressiva einnahmen, signifikant erhöhte. Das gepoolte relative Risiko (RR) betrug 1,38 (95% CI: 1,16-1,64; I2 = 83,1%). Unter den Antidepressiva wurde die Einnahme von SSRI mit einem erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuch in Verbindung gebracht; das gepoolte RR betrug 1,28 (95 % KI: 1,09-1,51; I2 = 68,8 %).In der Subgruppenanalyse war das Suizidversuchsrisiko für Antidepressiva und SSRI signifikant erhöht (RR = 1,35, 95% CI: 1,13-1,61; I2 = 86,2% für alle Antidepressiva; und RR = 1,26, 95% CI: 1,06-1,48; I2 = 73. 8% für SSRI), während das Risiko eines abgeschlossenen Suizids bei Antidepressiva und SSRI statistisch nicht signifikant war (RR = 2,32, 95% CI: 0,82-6,53; I2 = 6,28% für alle Antidepressiva; und RR = 1,88, 95% CI: 0,74-4,79; I2 = 52,0% für SSRI). Darüber hinaus war das Risiko für Suizid und Suizidversuch zwischen SSRI und anderen Antidepressiva ähnlich (RR 1,13, 95% CI: 0,87-1,46, I2 = 32,4%). (Li et al., 2017)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der	Meta-Analysen zeigen, dass Antidepressiva Suizidversuche verhindern, aber einzelne randomisierte kontrollierte Studien sind offenbar nicht ausreichend aussagekräftig. Ketamin reduziert die Suizidgedanken innerhalb weniger Stunden, wurde aber nicht zur Prävention von Suizidversuchen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Heterogenität.	getestet. Vielversprechender ist, dass Antidepressiva die Suizidgedanken in neun von 12 Studien, die über Auswirkungen auf Suizidgedanken berichteten, reduzierten. Meta-Analysen sowohl randomisierter kontrollierter Studien als auch pharmakoepidemiologischer Studien ergaben häufig einen stärkeren Nutzen als einzelne randomisierte kontrollierte Studien, vielleicht weil sie größere Stichproben umfassten. (Mann et al., 2021)
Suizidale unerwünschte Ereignisse in der Pädiatrie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Für die Analyse standen Daten aus 22 randomisierten, kurzzeitigen, placebokontrollierten pädiatrischen Studien für verschiedene Indikationen mit neun verschiedenen Antidepressiva zur Verfügung. Insgesamt wurden 2298 pädiatrische Probanden mit dem Wirkstoff und 1952 mit Placebo behandelt. In diesen Studien traten achtundsiebzig (78) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Suiziden auf (54 mit dem Wirkstoff und 24 mit Placebo); es gab keine abgeschlossenen Suizide. Die kombinierte Inzidenzrate aller Studien für schwerwiegende suizidale unerwünschte Ereignisse betrug 1,89 (95 % Konfidenzintervall, 1,18-3,04). (Mosholder & Willy, 2006)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,21 (CI 95% 0,84 — 1,74) Basierend auf Daten von 18.526 Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit (alle Todesfälle betrafen Erwachsene, Odds Ratio 1,28, 95 %

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Konfidenzintervall 0,40 bis 4,06), Suizidalität (1,21, 0,84 bis 1,74) und Akathisie (2,04, 0,93 bis 4,48) waren nicht signifikant, während Patienten, die Antidepressiva einnahmen, ein aggressiveres Verhalten zeigten (1,93, 1,26 bis 2,95). Bei Erwachsenen betrugen die Odds Ratios 0,81 (0,51 bis 1,28) für Suizidalität, 1,09 (0,55 bis 2,14) für Aggression und 2,00 (0,79 bis 5,04) für Akathisie. Die entsprechenden Werte für Kinder und Jugendliche waren 2,39 (1,31 bis 4,33), 2,79 (1,62 bis 4,81) und 2,15 (0,48 bis 9,65). In den zusammenfassenden Studienberichten auf der Website von Eli Lilly waren fast alle Todesfälle vermerkt, aber es fehlten alle Ereignisse mit Suizidgedanken, und die Angaben zu den übrigen Ergebnissen waren unvollständig. (Sharma et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,62 (CI 95% 0,97 — 2,71) Basierend auf Daten von Patienten und 372 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Bei Teilnehmern mit nicht-psychiatrischen Indikationen waren Suizidalität und Suizidgedanken extrem selten. Bei den Teilnehmern mit psychiatrischen Indikationen war das Risiko mit dem Alter verbunden. Für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und nur für suizidales Verhalten betrugen die jeweiligen Odds Ratios 1,62 (95% Konfidenzintervall 0,97 bis 2,71) und 2,30 (1,04 bis 5,09) für Teilnehmer im Alter von <25 Jahren, 0,79 (0,64 bis 0,98) und 0,87 (0,58 bis 1,29) für Teilnehmer im Alter von 25-64 Jahren und 0,37 (0,18 bis 0,76) und 0,06 (0,01 bis 0,58) für Teilnehmer im Alter von ≥65 Jahren. Wenn das Alter als kontinuierliche

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Variable modelliert wurde, sank die Odds Ratio für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken mit einer Rate von 2,6 % pro Altersjahr (-3,9 % bis -1,3 %, P=0,0001) und die Odds Ratio für suizidales Verhalten mit einer Rate von 4,6 % pro Altersjahr (-7,4 % bis -1,8 %, P=0,001). (Stone et al., 2009)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 1797 Studien.			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die antisuizidale Wirkung von Clozapin und Lithium ist erwiesen, aber möglicherweise weniger spezifisch als bisher angenommen. Wirksame pharmakologische und psychologische Behandlungen von Depressionen sind wichtig für die Prävention. Eine Auswertung des Zusammenhangs zwischen Änderungen bei der Verschreibung von Antidepressiva und Änderungen bei der Suizidprävalenz ergab jedoch in 29 europäischen Ländern einen eindeutigen umgekehrten Zusammenhang.72 Bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen gibt es keine Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva aufgrund eines erhöhten Risikos für suizidales Verhalten vermieden werden sollte, obwohl es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken in dieser Bevölkerungsgruppe gibt. Die Daten sprechen für den Einsatz einiger pharmakologischer Maßnahmen zur Suizidprävention. Erstens wird eine antidepressive Pharmakotherapie bei Erwachsenen mit einem geringeren Suizidrisiko in Verbindung gebracht, während die Einleitung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					einer Pharmakotherapie nicht zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führt (Zalsman et al., 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts

in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Bei suizidalen Patient*innen **soll** die Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit SSRI/ SNRI/ Antidepressiva
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Duloxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.626 Patienten und 12 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In 12 placebokontrollierten Studien (Duloxetin, 1812; Placebo, 1814 Patienten) gab es keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen unter Duloxetin gegenüber Placebo. Der MHID für suizidales Verhalten lag bei 0,03 % (95 % Konfidenzintervall [CI], 0,48 bis 0,42) und der MHRD bei 0,002 (95 % CI, 0,02 bis 0,02). Die Veränderungen der Item-3-Suizidalitätswerte der HAMD zeigten eine stärkere Verbesserung mit Duloxetin (MHID, 9,56 %; 95 % KI, 4,50 bis 14,6; P < 0,001) und eine geringere Verschlechterung der Suizidgedanken mit Duloxetin (MHID, 4,25 %; 95 % KI, 6,55 bis 1,95; P < 0,001). Andere Item3-Ergebnisse zeigten kein einheitliches Muster; ein etwas höherer Anteil der mit Duloxetin behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 (abwesend) auf 3 wurde durch einen höheren Anteil der mit Placebo behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 auf 2 ausgeglichen. (Acharya et al., 2006)
Suizide bei SSRI (Systematischer Review)	Odds ratio 1,92 (CI 95% 1,51 — 2,44) Basierend auf Daten von 200.000 Patienten und 8			**Hoch**	Obwohl die Exposition gegenüber SSRIs das Risiko eines vollendeten oder versuchten Suizids bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Studien.				Jugendlichen erhöhte (Odds Ratio [OR] 1,92, 95% Konfidenzintervall [CI] 1,51-2,44), war das Risiko bei Erwachsenen geringer (OR 0,57, 95% CI 0,47-0,70). Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren hatte die Exposition gegenüber SSRI eine schützende Wirkung (OR 0,46, 95% CI 0,27-0,79). Sensitivitätsanalysen änderten diese Ergebnisse nicht. Insbesondere bei Studien, die einen vollendeten Suizid als Ergebnis verwendeten, war die Exposition gegenüber SSRIs mit einem erhöhten Risiko bei Jugendlichen (OR 5,81, 95% CI 1,57-21,51) und einem verringerten Risiko bei Erwachsenen (OR 0,66, 95% CI 0,52-0,83) und älteren Menschen (OR 0,53, 95% CI 0,26-1,06) verbunden. (Barbui et al., 2009)
Suizidalität bei Erwachsenen bei Fluoxetine	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Vergleiche zwischen den Behandlungen wurden für verschiedene Schätzungen der Verschlechterung (Risiko) und Verbesserung (Nutzen) der Suizidalität vorgenommen. Die Behandlung mit Fluoxetin führte nicht zu einer stärkeren Verschlechterung, sondern war mit einer stärkeren Verbesserung und einer schnelleren Auflösung der Suizidgedanken verbunden (P ≤ 0,05 gegenüber Placebo). Die Datenquellen waren unterschiedlich empfindlich bei der Erkennung von Veränderungen der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens. Die Behandlung mit Fluoxetin führte eher zu einem größeren Nutzen als zu einem höheren Risiko für Suizidalität. (Beasley et al., 2007)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Fluoxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.065 Patienten und 17 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Suizide unterschieden sich nicht signifikant bei einem Vergleich von Fluoxetin mit Placebo (0-2% vs. 0-2%, p=0,494, Mantel-Haenszel adjustierte Inzidenzdifferenz) und mit trizyklischen Antidepressiva (0-7% vs. 0-4%, p=0-419). Die gepoolte Inzidenz von Suiziden betrug 0*3% für Fluoxetin, 0-2% für Placebo und 0-4% für trizyklische Antidepressiva, wobei sich Fluoxetin weder von Placebo (p=0,533, Pearson's x2) noch von trizyklischen Antidepressiva (p=0,789) signifikant unterschied. Suizidgedanken traten unter Fluoxetin geringfügig signifikant seltener auf als unter Placebo (0-9% vs. 2-6%, p=0,094) und numerisch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva (1,7% vs. 3-6%, p=0-102). Die gepoolte Inzidenz des Auftretens schwerwiegender Suizidgedanken lag bei 1-2% für Fluoxetin, 2-6% für Placebo und 3-6% für trizyklische Antidepressiva. (Beasley et al., 1992)
Vorboten der Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 1,85 (CI 95% 1,11 — 3,08) Basierend auf Daten von Patienten und 130 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Behandlung erwachsener gesunder Freiwilliger mit Antidepressiva verdoppelte ihr Risiko für Schäden im Zusammenhang mit Suizidalität und Gewalt, Odds Ratio 1,85 (95% Konfidenzintervall 1,11 bis 3,08, p = 0,02, I2 = 18%).Die Zahl der erforderlichen Behandlungen, um eine gesunde Person zu schädigen, betrug 16 (95 % Konfidenzintervall 8 bis 100; Mantel-Haenszel-Risikodifferenz 0,06).Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass wir die Schäden von Antidepressiva unterschätzt haben, da wir nur für 11 der 13 Studien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Zugang zu den veröffentlichten Artikeln hatten. (Bielefeldt et al., 2016)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf die Wirksamkeit ergab diese Überprüfung, dass im Vergleich zu Placebo Fluoxetin war wirksamer bei der Behandlung von MDD, Fluvoxamin und Paroxetin waren besser bei der Behandlung von AD; Fluoxetin und Sertralin waren wirksamer bei der Behandlung von Zwangsstörungen; Bupropion und Desipramin verbesserten die von Ärzten und Lehrern bewerteten ADHS-Symptome; Clomipramin und Tianeptin waren bei einigen der Kernsymptome von ASD überlegen; und kein Antidepressivum war wirksamer bei PTBS und Enuresis. Hinsichtlich der Verträglichkeit: Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin wurden bei MDD weniger gut vertragen; bei der Behandlung von Angststörungen (AD), ADHS und PTBS wurden für keines der Antidepressiva Unterschiede festgestellt; Tianeptin und Citalopram, nicht aber Clomipramin, wurden bei Kindern und Jugendlichen mit ASD weniger gut vertragen. Für suizidales Verhalten bzw. Suizidgedanken wurden Venlafaxin (bei MDD) und Paroxetin (bei AD) mit einem signifikant erhöhten Risiko in Verbindung gebracht; im Gegensatz dazu wurde Sertralin (bei AD) mit einem geringeren Risiko in Verbindung gebracht. (Boaden et al., 2020)
Suizide (Meta-	Rate ratio 5,03			**Moderat**	Insgesamt wurden 1,45

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Analyse)	(CI 95% 0,78 — 114,1) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Rate ratio 9,02 (CI 95% 1,58 — 193,6) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidgedanken und Suizidversuche (Review)	Basierend auf Daten von 5.310 Patienten und 27 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Antidepressiva sind bei Kindern und Jugendlichen mit MDD, Zwangsstörungen und nicht-okzidentellen Angststörungen wirksamer als Placebo. Das Ansprechen auf die Behandlung ist bei Patienten mit nicht-okzidentellen Angststörungen am größten, bei Zwangsstörungen mittelmäßig und bei MDD bescheiden. Der Nutzen scheint bei allen drei Erkrankungen größer zu sein als das Risiko von Suizidgedanken/ Suizidversuchen, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis variiert je nach Diagnose, Alter, Krankheitsdauer und Studienmerkmalen. (Brent, 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 14.911 Patienten und 61 Studien.			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Im primären Datensatz, d. h. bei allen Störungen zusammen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Paroxetin und Placebo in Bezug auf die Suizidalität insgesamt (Suizidalität oder Suizidgedanken: n/n = 83/ 8.958 [0,93%] vs. n/n = 65/ 5.953 [1. 09%]; OR = 0,9 [95% CI, 0,7-1,3]; P = .649) oder für suizidales Verhalten speziell (n/n = 50/8,958 [0,56%] vs n/n = 40/5,953 [0,67%]; OR = 1,2

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					[95% CI, 0,8-1,9]; P = .483). Bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung (MDD) traten jedoch unter Paroxetin mehr Suizide auf als unter Placebo (n/n = 11/3.455 [0,32%] gegenüber n/n = 1/ 1.978 [0,05%]; OR = 6,7 [95% CI, 1,1-149,4]; P = .058). Über alle Indikationen hinweg trat bei mit Paroxetin behandelten Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren eine höhere Inzidenz von Suizidalität auf als bei mit Placebo behandelten (n/n = 17/776 [2,19 %] gegenüber n/n = 5/542 [0,92 %]; OR = 2,4 [95 % KI, 0,9-7,3]). (Carpenter et al., 2011)
Unerwünschte gesundheitliche Folgen (Umbrella Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Hoch**	Aus 4471 identifizierten Studien und 252 geprüften Volltextartikeln wurden 45 Meta-Analysen (17,9 %) ausgewählt, die 120 Zusammenhänge beschrieben, einschließlich Daten aus 1012 einzelnen Effektgrößenschätzungen. Vierundsiebzig (61,7 %) der 120 Assoziationen waren unter Verwendung von Modellen mit zufälligen Effekten nominell statistisch signifikant bei P .05. Zweiundfünfzig Assoziationen (43,4 %) wiesen eine große Heterogenität auf (I 2 > 50 %), während für 17 Assoziationen (14,2 %) kleine Studieneffekte und für 9 Assoziationen (7,5 %) eine übermäßige Signifikanzverzerrung festgestellt wurde. Sowohl in der Haupt- als auch in der Sensitivitätsanalyse ergaben sich überzeugende Belege für den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und dem Risiko eines Suizidversuchs oder -abschlusses bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen mit Antidepressiva-Exposition vor und während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigen Apgar-Scores. Für keine dieser Assoziationen gab es nach der Sensitivitätsanalyse, bei der eine Verwechslung durch die Indikation ausgeschlossen wurde, überzeugende Beweise. (Dragioti et al., 2019)
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,7 (CI 95% 1,13 — 2,54)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Selbstverletzungen oder Suizide traten bei 71 von 1487 (4,8 %) der mit Antidepressiva behandelten depressiven Jugendlichen auf, im Vergleich zu 38 von 1254 (3,0 %) von 38 von 1254 (3,0 %) der mit Placebo behandelten Jugendlichen (Odds Ratio mit festen Effekten: 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, P¼0,01). 0,01). Es gab einen Trend, dass individuelle Suizidgedanken, Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, häufiger auftraten als bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, als bei Jugendlichen, die Placebo erhielten, aber keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. (Dubicka et al., 2006)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 2,28 (CI 95% 1,14 — 4,55) Basierend auf Daten von 87.650 Patienten und 702 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Siebenhundertzwei Studien erfüllten unsere Einschlusskriterien. Ein signifikanter Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (Odds Ratio 2,28, 95% Konfidenzintervall 1,14 bis 4,55, Number Needed to Treat to Harm 684) wurde bei Patienten beobachtet,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					die SSRI im Vergleich zu Placebo erhielten. Ein Anstieg der Odds Ratio für Suizidversuche wurde auch beim Vergleich von SSRI mit anderen therapeutischen Interventionen als trizyklischen Antidepressiva beobachtet (1,94, 1,06 bis 3,57, 239). In der gepoolten Analyse von SSRI im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva konnten wir keinen Unterschied im Odds Ratio der Suizidversuche feststellen (0,88, 0,54 bis 1,42). (Fergusson et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,85 (CI 95% 0,2 — 3,4) Basierend auf Daten von 40.000 Patienten und 447 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Es wurden schätzungsweise 16 Suizide, 172 Episoden nicht-tödlicher Selbstverletzung und 177 Episoden von Suizidgedanken gemeldet. Wir fanden keine Hinweise darauf, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen, doch können wichtige schützende oder gefährliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden (Odds Ratio 0,85, 95% Glaubwürdigkeitsintervall 0,20 bis 3,40). Wir fanden schwache Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen (1,57, 0,99 bis 2,55). Die Risikoschätzungen für Suizidgedanken waren mit einer mäßigen schützenden oder negativen Wirkung vereinbar (0,77, 0,37 bis 1,55). Die relative Häufigkeit der gemeldeten Selbstverletzungen und Suizidgedanken in den Studien im Vergleich zu Suiziden deutet darauf hin, dass die nicht-tödlichen Endpunkte zu wenig erfasst wurden. (Gunnell et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen	Relatives Risiko 1,03 (CI 95% 0,7 — 1,51)			Unbekannt	SSRI standen bei Depressionen (RR=1,03,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 1.450.000 Patienten und 27 Studien.				0,70-1,51) und allen Indikationen (RR=1,19, 0,88-1,60) nicht eindeutig mit dem Suizidrisiko (Suizid und Suizidversuch zusammen) in Zusammenhang. Jedes Antidepressivum der neuen Generation war mit einem höheren Suizidrisiko bei Depressionen (RR=1,29, 1,06-1,57) und bei allen Indikationen (RR=1,45, 1,23-1,70) verbunden. Studien mit fCOI (finanzieller Interessenkonflikt) meldeten signifikant niedrigere Risikoschätzungen als Studien ohne fCOI. Funnelplots waren asymmetrisch und die Imputation fehlender Studien mit der Trim-and-Fill-Methode führte zu deutlich höheren Risikoschätzungen. (Hengartner et al., 2021)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Wegen des Verdachts, dass selektive Serotoninwiederaufnahmeher (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken und -versuchen führen könnten, wird der Einsatz dieser Substanzen kontrovers debattiert. Alle derzeit publizierten oder anderweitig verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit SSRI wurden auf Angaben zur Effektivität sowie Suizidalität untersucht. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin. In einer Metaanalyse fanden sich keine statistisch

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens. Nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig für Fluoxetin und, mit Einschränkungen, Sertralin und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher indiziert. (Holtmann et al., 2006)
Suizidalität bei Kindern (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,3 (CI 95% 1,3 — 3,8)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität in Studien, in denen eine schwere depressive Störung diagnostiziert wurde (Odds Ratio 2,3 [1,3, 3,8]) und in denen das Antidepressivum ein SSRI war (Odds Ratio 2,2 [1,3, 3,6]). (Kaizar et al., 2006)
Suizide (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,98 (CI 95% 0,71 — 5,5)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidversuche	Odds ratio 1,63			**Sehr niedrig**	Es konnte gezeigt werden,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(erneute Analyse einer Meta-Analyse)	(CI 95% 1,09 — 2,43)			Keine systematische Suche	dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidgedanken bei älteren Menschen (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,14 — 1,94) Basierend auf Daten von 1.281 Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Auf der Grundlage der Daten aus zwei randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt 1281 älteren Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern im Vergleich zu Placebo behandelt wurden, betrug das OR für das Risiko von aufkommenden Suizidgedanken 0,52 (95% CI 0,14-1. 94) Chi2 =0,19, I2 =0. Es gab keinen Unterschied im Risiko eines Suizidversuchs zwischen älteren depressiven Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden, im Vergleich zu anderen Antidepressiva mit OR=1,0 (95% CI0,14-7,10) Chi2 =3,88, I2 =23%. (KoKoAung et al., 2015)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,35 (CI 95% 1,13 — 1,61) Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Einnahme von Antidepressiva das Risiko für Suizid und Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die keine Antidepressiva einnahmen, signifikant erhöhte. Das gepoolte relative Risiko (RR) betrug 1,38 (95% CI: 1,16-1,64; I2 = 83,1%). Unter den Antidepressiva wurde die Einnahme von SSRI mit einem erhöhten Risiko für

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizid und Suizidversuch in Verbindung gebracht; das gepoolte RR betrug 1,28 (95 % KI: 1,09-1,51; I2 = 68,8 %).In der Subgruppenanalyse war das Suizidversuchsrisiko für Antidepressiva und SSRI signifikant erhöht (RR = 1,35, 95% CI: 1,13-1,61; I2 = 86,2% für alle Antidepressiva; und RR = 1,26, 95% CI: 1,06-1,48; I2 = 73. 8% für SSRI), während das Risiko eines abgeschlossenen Suizids bei Antidepressiva und SSRI statistisch nicht signifikant war (RR = 2,32, 95% CI: 0,82-6,53; I2 = 6,28% für alle Antidepressiva; und RR = 1,88, 95% CI: 0,74-4,79; I2 = 52,0% für SSRI). Darüber hinaus war das Risiko für Suizid und Suizidversuch zwischen SSRI und anderen Antidepressiva ähnlich (RR 1,13, 95% CI: 0,87-1,46, I2 = 32,4%). (Li et al., 2017)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Meta-Analysen zeigen, dass Antidepressiva Suizidversuche verhindern, aber einzelne randomisierte kontrollierte Studien sind offenbar nicht ausreichend aussagekräftig. Ketamin reduziert die Suizidgedanken innerhalb weniger Stunden, wurde aber nicht zur Prävention von Suizidversuchen getestet. Vielversprechender ist, dass Antidepressiva die Suizidgedanken in neun von 12 Studien, die über Auswirkungen auf Suizidgedanken berichteten, reduzierten. Meta-Analysen sowohl randomisierter kontrollierter Studien als auch pharmakoepidemiologischer Studien ergaben häufig einen stärkeren Nutzen als einzelne randomisierte kontrollierte Studien,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					vielleicht weil sie größere Stichproben umfassten. (Mann et al., 2021)
Suizidale unerwünschte Ereignisse in der Pädiatrie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Für die Analyse standen Daten aus 22 randomisierten, kurzzeitigen, placebokontrollierten pädiatrischen Studien für verschiedene Indikationen mit neun verschiedenen Antidepressiva zur Verfügung. Insgesamt wurden 2298 pädiatrische Probanden mit dem Wirkstoff und 1952 mit Placebo behandelt. In diesen Studien traten achtundsiebzig (78) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Suiziden auf (54 mit dem Wirkstoff und 24 mit Placebo); es gab keine abgeschlossenen Suizide. Die kombinierte Inzidenzrate aller Studien für schwerwiegende suizidale unerwünschte Ereignisse betrug 1,89 (95 % Konfidenzintervall, 1,18-3,04). (Mosholder & Willy, 2006)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,21 (CI 95% 0,84 — 1,74) Basierend auf Daten von 18.526 Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit (alle Todesfälle betrafen Erwachsene, Odds Ratio 1,28, 95 % Konfidenzintervall 0,40 bis 4,06), Suizidalität (1,21, 0,84 bis 1,74) und Akathisie (2,04, 0,93 bis 4,48) waren nicht signifikant, während Patienten, die Antidepressiva einnahmen, ein aggressiveres Verhalten zeigten (1,93, 1,26 bis 2,95). Bei Erwachsenen betrugen die Odds Ratios 0,81 (0,51 bis 1,28) für Suizidalität, 1,09 (0,55 bis 2,14) für Aggression und 2,00 (0,79 bis 5,04) für Akathisie. Die entsprechenden Werte für

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Kinder und Jugendliche waren 2,39 (1,31 bis 4,33), 2,79 (1,62 bis 4,81) und 2,15 (0,48 bis 9,65). In den zusammenfassenden Studienberichten auf der Website von Eli Lilly waren fast alle Todesfälle vermerkt, aber es fehlten alle Ereignisse mit Suizidgedanken, und die Angaben zu den übrigen Ergebnissen waren unvollständig. (Sharma et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,62 (CI 95% 0,97 — 2,71) Basierend auf Daten von Patienten und 372 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Bei Teilnehmern mit nicht-psychiatrischen Indikationen waren Suizidalität und Suizidgedanken extrem selten. Bei den Teilnehmern mit psychiatrischen Indikationen war das Risiko mit dem Alter verbunden. Für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und nur für suizidales Verhalten betrugen die jeweiligen Odds Ratios 1,62 (95% Konfidenzintervall 0,97 bis 2,71) und 2,30 (1,04 bis 5,09) für Teilnehmer im Alter von <25 Jahren, 0,79 (0,64 bis 0,98) und 0,87 (0,58 bis 1,29) für Teilnehmer im Alter von 25-64 Jahren und 0,37 (0,18 bis 0,76) und 0,06 (0,01 bis 0,58) für Teilnehmer im Alter von ≥65 Jahren. Wenn das Alter als kontinuierliche Variable modelliert wurde, sank die Odds Ratio für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken mit einer Rate von 2,6 % pro Altersjahr (-3,9 % bis -1,3 %, P=0,0001) und die Odds Ratio für suizidales Verhalten mit einer Rate von 4,6 % pro Altersjahr (-7,4 % bis -1,8 %, P=0,001). (Stone et al., 2009)
Suizidalität (Systematischer				**Niedrig** Bestandteile des	Die antisuizidale Wirkung von Clozapin und Lithium

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 1797 Studien.			PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	ist erwiesen, aber möglicherweise weniger spezifisch als bisher angenommen. Wirksame pharmakologische und psychologische Behandlungen von Depressionen sind wichtig für die Prävention. Eine Auswertung des Zusammenhangs zwischen Änderungen bei der Verschreibung von Antidepressiva und Änderungen bei der Suizidprävalenz ergab jedoch in 29 europäischen Ländern einen eindeutigen umgekehrten Zusammenhang.72 Bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen gibt es keine Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva aufgrund eines erhöhten Risikos für suizidales Verhalten vermieden werden sollte, obwohl es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken in dieser Bevölkerungsgruppe gibt. Die Daten sprechen für den Einsatz einiger pharmakologischer Maßnahmen zur Suizidprävention. Erstens wird eine antidepressive Pharmakotherapie bei Erwachsenen mit einem geringeren Suizidrisiko in Verbindung gebracht, während die Einleitung einer Pharmakotherapie nicht zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führt (Zalsman et al., 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

Stark Empfehlung gegen , Hoch qualität der Evidenz

Adaption der Empfehlungen aus der NVL Leitlinie:

Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität **sollen** Antidepressiva **nicht** eingesetzt werden.

Für die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (inkl. Monitoring) verweist die Leitliniengruppe auf Kapitel 4.4.7. der Leitlinie Unipolare Depressionen.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substantielle Schäden
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit SSRI/ SNRI/ Antidepressiva
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Duloxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.626 Patienten und 12			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht	In 12 placebokontrollierten Studien (Duloxetin, 1812; Placebo, 1814 Patienten) gab es keine signifikanten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Studien.			genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Unterschiede in der Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen unter Duloxetin gegenüber Placebo. Der MHID für suizidales Verhalten lag bei 0,03 % (95 % Konfidenzintervall [CI], 0,48 bis 0,42) und der MHRD bei 0,002 (95 % CI, 0,02 bis 0,02). Die Veränderungen der Item-3-Suizidalitätswerte der HAMD zeigten eine stärkere Verbesserung mit Duloxetin (MHID, 9,56 %; 95 % KI, 4,50 bis 14,6; P < 0,001) und eine geringere Verschlechterung der Suizidgedanken mit Duloxetin (MHID, 4,25 %; 95 % KI, 6,55 bis 1,95; P < 0,001). Andere Item3-Ergebnisse zeigten kein einheitliches Muster; ein etwas höherer Anteil der mit Duloxetin behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 (abwesend) auf 3 wurde durch einen höheren Anteil der mit Placebo behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 auf 2 ausgeglichen. (Acharya et al., 2006)
Suizide bei SSRI (Systematischer Review)	Odds ratio 1,92 (CI 95% 1,51 — 2,44) Basierend auf Daten von 200.000 Patienten und 8 Studien.			**Hoch**	Obwohl die Exposition gegenüber SSRIs das Risiko eines vollendeten oder versuchten Suizids bei Jugendlichen erhöhte (Odds Ratio [OR] 1,92, 95% Konfidenzintervall [CI] 1,51-2,44), war das Risiko bei Erwachsenen geringer (OR 0,57, 95% CI 0,47-0,70). Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren hatte die Exposition gegenüber SSRI eine schützende Wirkung (OR 0,46, 95% CI 0,27-0,79). Sensitivitätsanalysen änderten diese Ergebnisse nicht. Insbesondere bei Studien, die einen vollendeten Suizid als

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Ergebnis verwendeten, war die Exposition gegenüber SSRIs mit einem erhöhten Risiko bei Jugendlichen (OR 5,81, 95% CI 1,57-21,51) und einem verringerten Risiko bei Erwachsenen (OR 0,66, 95% CI 0,52-0,83) und älteren Menschen (OR 0,53, 95% CI 0,26-1,06) verbunden. (Barbui et al., 2009)
Suizidalität bei Erwachsenen bei Fluoxetine	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Vergleiche zwischen den Behandlungen wurden für verschiedene Schätzungen der Verschlechterung (Risiko) und Verbesserung (Nutzen) der Suizidalität vorgenommen. Die Behandlung mit Fluoxetin führte nicht zu einer stärkeren Verschlechterung, sondern war mit einer stärkeren Verbesserung und einer schnelleren Auflösung der Suizidgedanken verbunden (P ≤ 0,05 gegenüber Placebo). Die Datenquellen waren unterschiedlich empfindlich bei der Erkennung von Veränderungen der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens. Die Behandlung mit Fluoxetin führte eher zu einem größeren Nutzen als zu einem höheren Risiko für Suizidalität. (Beasley et al., 2007)
Suizide bei Fluoxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.065 Patienten und 17 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Suizide unterschieden sich nicht signifikant bei einem Vergleich von Fluoxetin mit Placebo (0-2% vs. 0-2%, p=0,494, Mantel-Haenszel adjustierte Inzidenzdifferenz) und mit trizyklischen Antidepressiva (0-7% vs. 0-4%, p=0-419). Die gepoolte Inzidenz von Suiziden betrug 0*3% für Fluoxetin, 0-2% für Placebo und 0-4% für trizyklische Antidepressiva, wobei sich Fluoxetin weder von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Placebo (p=0,533, Pearson's x2) noch von trizyklischen Antidepressiva (p=0,789) signifikant unterschied. Suizidgedanken traten unter Fluoxetin geringfügig signifikant seltener auf als unter Placebo (0-9% vs. 2-6%, p=0,094) und numerisch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva (1,7% vs. 3-6%, p=0-102). Die gepoolte Inzidenz des Auftretens schwerwiegender Suizidgedanken lag bei 1-2% für Fluoxetin, 2-6% für Placebo und 3-6% für trizyklische Antidepressiva. (Beasley et al., 1992)
Vorboten der Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 1,85 (CI 95% 1,11 — 3,08) Basierend auf Daten von Patienten und 130 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Behandlung erwachsener gesunder Freiwilliger mit Antidepressiva verdoppelte ihr Risiko für Schäden im Zusammenhang mit Suizidalität und Gewalt, Odds Ratio 1,85 (95% Konfidenzintervall 1,11 bis 3,08, p = 0,02, I2 = 18%).Die Zahl der erforderlichen Behandlungen, um eine gesunde Person zu schädigen, betrug 16 (95 % Konfidenzintervall 8 bis 100; Mantel-Haenszel-Risikodifferenz 0,06).Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass wir die Schäden von Antidepressiva unterschätzt haben, da wir nur für 11 der 13 Studien Zugang zu den veröffentlichten Artikeln hatten. (Bielefeldt et al., 2016)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf die Wirksamkeit ergab diese Überprüfung, dass im Vergleich zu Placebo Fluoxetin war wirksamer bei der Behandlung von MDD, Fluvoxamin und Paroxetin waren besser bei der Behandlung von AD;

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Fluoxetin und Sertralin waren wirksamer bei der Behandlung von Zwangsstörungen; Bupropion und Desipramin verbesserten die von Ärzten und Lehrern bewerteten ADHS-Symptome; Clomipramin und Tianeptin waren bei einigen der Kernsymptome von ASD überlegen; und kein Antidepressivum war wirksamer bei PTBS und Enuresis. Hinsichtlich der Verträglichkeit: Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin wurden bei MDD weniger gut vertragen; bei der Behandlung von Angststörungen (AD), ADHS und PTBS wurden für keines der Antidepressiva Unterschiede festgestellt; Tianeptin und Citalopram, nicht aber Clomipramin, wurden bei Kindern und Jugendlichen mit ASD weniger gut vertragen. Für suizidales Verhalten bzw. Suizidgedanken wurden Venlafaxin (bei MDD) und Paroxetin (bei AD) mit einem signifikant erhöhten Risiko in Verbindung gebracht; im Gegensatz dazu wurde Sertralin (bei AD) mit einem geringeren Risiko in Verbindung gebracht. (Boaden et al., 2020)
Suizide (Meta-Analyse)	Rate ratio 5,03 (CI 95% 0,78 — 114,1) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Rate ratio 9,02 (CI 95% 1,58 — 193,6) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken und Suizidversuche (Review)	Basierend auf Daten von 5.310 Patienten und 27 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Antidepressiva sind bei Kindern und Jugendlichen mit MDD, Zwangsstörungen und nicht-okzidentellen Angststörungen wirksamer als Placebo. Das Ansprechen auf die Behandlung ist bei Patienten mit nicht-okzidentellen Angststörungen am größten, bei Zwangsstörungen mittelmäßig und bei MDD bescheiden. Der Nutzen scheint bei allen drei Erkrankungen größer zu sein als das Risiko von Suizidgedanken/ Suizidversuchen, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis variiert je nach Diagnose, Alter, Krankheitsdauer und Studienmerkmalen. (Brent, 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 14.911 Patienten und 61 Studien.			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Im primären Datensatz, d. h. bei allen Störungen zusammen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Paroxetin und Placebo in Bezug auf die Suizidalität insgesamt (Suizidalität oder Suizidgedanken: n/n = 83/ 8.958 [0,93%] vs. n/n = 65/ 5.953 [1. 09%]; OR = 0,9 [95% CI, 0,7-1,3]; P = .649) oder für suizidales Verhalten speziell (n/n = 50/8,958 [0,56%] vs n/n = 40/5,953 [0,67%]; OR = 1,2 [95% CI, 0,8-1,9]; P = .483). Bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung (MDD) traten jedoch unter Paroxetin mehr Suizide auf als unter Placebo (n/n = 11/3.455 [0,32%] gegenüber n/n = 1/ 1.978 [0,05%]; OR = 6,7 [95% CI, 1,1-149,4]; P = .058). Über alle Indikationen hinweg trat bei mit Paroxetin behandelten Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren eine höhere Inzidenz von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidalität auf als bei mit Placebo behandelten (n/n = 17/776 [2,19 %] gegenüber n/n = 5/542 [0,92 %]; OR = 2,4 [95 % KI, 0,9-7,3]). (Carpenter et al., 2011)
Unerwünschte gesundheitliche Folgen (Umbrella Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Hoch**	Aus 4471 identifizierten Studien und 252 geprüften Volltextartikeln wurden 45 Meta-Analysen (17,9 %) ausgewählt, die 120 Zusammenhänge beschrieben, einschließlich Daten aus 1012 einzelnen Effektgrößenschätzungen. Vierundsiebzig (61,7 %) der 120 Assoziationen waren unter Verwendung von Modellen mit zufälligen Effekten nominell statistisch signifikant bei P .05. Zweiundfünfzig Assoziationen (43,4 %) wiesen eine große Heterogenität auf (I 2 > 50 %), während für 17 Assoziationen (14,2 %) kleine Studieneffekte und für 9 Assoziationen (7,5 %) eine übermäßige Signifikanzverzerrung festgestellt wurde. Sowohl in der Haupt- als auch in der Sensitivitätsanalyse ergaben sich überzeugende Belege für den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und dem Risiko eines Suizidversuchs oder -abschlusses bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen mit Antidepressiva-Exposition vor und während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigen Apgar-Scores. Für keine dieser Assoziationen gab es nach der Sensitivitätsanalyse, bei der eine Verwechslung durch die Indikation ausgeschlossen wurde, überzeugende Beweise. (Dragioti et al., 2019)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,7 (CI 95% 1,13 — 2,54)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Selbstverletzungen oder Suizide traten bei 71 von 1487 (4,8 %) der mit Antidepressiva behandelten depressiven Jugendlichen auf, im Vergleich zu 38 von 1254 (3,0 %) von 38 von 1254 (3,0 %) der mit Placebo behandelten Jugendlichen (Odds Ratio mit festen Effekten: 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, P¼0,01). 0,01). Es gab einen Trend, dass individuelle Suizidgedanken, Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, häufiger auftraten als bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, als bei Jugendlichen, die Placebo erhielten, aber keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. (Dubicka et al., 2006)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 2,28 (CI 95% 1,14 — 4,55) Basierend auf Daten von 87.650 Patienten und 702 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Siebenhundertzwei Studien erfüllten unsere Einschlusskriterien. Ein signifikanter Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (Odds Ratio 2,28, 95% Konfidenzintervall 1,14 bis 4,55, Number Needed to Treat to Harm 684) wurde bei Patienten beobachtet, die SSRI im Vergleich zu Placebo erhielten. Ein Anstieg der Odds Ratio für Suizidversuche wurde auch beim Vergleich von SSRI mit anderen therapeutischen Interventionen als trizyklischen Antidepressiva beobachtet (1,94, 1,06 bis 3,57, 239). In der gepoolten Analyse von SSRI im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva konnten wir keinen Unterschied im Odds Ratio der Suizidversuche feststellen (0,88, 0,54 bis 1,42). (Fergusson et al., 2005)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,85 (CI 95% 0,2 — 3,4) Basierend auf Daten von 40.000 Patienten und 447 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Es wurden schätzungsweise 16 Suizide, 172 Episoden nicht-tödlicher Selbstverletzung und 177 Episoden von Suizidgedanken gemeldet. Wir fanden keine Hinweise darauf, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen, doch können wichtige schützende oder gefährliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden (Odds Ratio 0,85, 95% Glaubwürdigkeitsintervall 0,20 bis 3,40). Wir fanden schwache Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen (1,57, 0,99 bis 2,55). Die Risikoschätzungen für Suizidgedanken waren mit einer mäßigen schützenden oder negativen Wirkung vereinbar (0,77, 0,37 bis 1,55). Die relative Häufigkeit der gemeldeten Selbstverletzungen und Suizidgedanken in den Studien im Vergleich zu Suiziden deutet darauf hin, dass die nicht-tödlichen Endpunkte zu wenig erfasst wurden. (Gunnell et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,03 (CI 95% 0,7 — 1,51) Basierend auf Daten von 1.450.000 Patienten und 27 Studien.			Unbekannt	SSRI standen bei Depressionen (RR=1,03, 0,70-1,51) und allen Indikationen (RR=1,19, 0,88-1,60) nicht eindeutig mit dem Suizidrisiko (Suizid und Suizidversuch zusammen) in Zusammenhang. Jedes Antidepressivum der neuen Generation war mit einem höheren Suizidrisiko bei Depressionen (RR=1,29, 1,06-1,57) und bei allen Indikationen (RR=1,45, 1,23-1,70) verbunden. Studien mit fCOI (finanzieller Interessenkonflikt) meldeten signifikant niedrigere Risikoschätzungen als

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Studien ohne fCOI. Funnelplots waren asymmetrisch und die Imputation fehlender Studien mit der Trim-and-Fill-Methode führte zu deutlich höheren Risikoschätzungen. (Hengartner et al., 2021)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Wegen des Verdachts, dass selektive Serotoninwiederaufnahmeher (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken und -versuchen führen könnten, wird der Einsatz dieser Substanzen kontrovers debattiert. Alle derzeit publizierten oder anderweitig verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit SSRI wurden auf Angaben zur Effektivität sowie Suizidalität untersucht. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin. In einer Metaanalyse fanden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens. Nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig für Fluoxetin und, mit Einschränkungen, Sertralin und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher indiziert. (Holtmann et al., 2006)
Suizidalität bei Kindern (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,3 (CI 95% 1,3 — 3,8)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats	Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität in Studien, in denen eine schwere

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	depressive Störung diagnostiziert wurde (Odds Ratio 2,3 [1,3, 3,8]) und in denen das Antidepressivum ein SSRI war (Odds Ratio 2,2 [1,3, 3,6]). (Kaizar et al., 2006)
Suizide (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,98 (CI 95% 0,71 — 5,5)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidversuche (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,63 (CI 95% 1,09 — 2,43)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidgedanken bei älteren Menschen (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,14 — 1,94) Basierend auf Daten von 1.281 Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Auf der Grundlage der Daten aus zwei randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt 1281 älteren Menschen, die mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern im Vergleich zu Placebo behandelt wurden, betrug das OR für das Risiko von aufkommenden Suizidgedanken 0,52 (95% CI 0,14-1. 94) Chi2 =0,19, I2 =0. Es gab keinen Unterschied im Risiko eines Suizidversuchs zwischen älteren depressiven Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden, im Vergleich zu anderen Antidepressiva mit OR=1,0 (95% CI0,14-7,10) Chi2 =3,88, I2 =23%. (KoKoAung et al., 2015)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,35 (CI 95% 1,13 — 1,61) Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Einnahme von Antidepressiva das Risiko für Suizid und Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die keine Antidepressiva einnahmen, signifikant erhöhte. Das gepoolte relative Risiko (RR) betrug 1,38 (95% CI: 1,16-1,64; I2 = 83,1%). Unter den Antidepressiva wurde die Einnahme von SSRI mit einem erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuch in Verbindung gebracht; das gepoolte RR betrug 1,28 (95 % KI: 1,09-1,51; I2 = 68,8 %).In der Subgruppenanalyse war das Suizidversuchsrisiko für Antidepressiva und SSRI signifikant erhöht (RR = 1,35, 95% CI: 1,13-1,61; I2 = 86,2% für alle Antidepressiva; und RR = 1,26, 95% CI: 1,06-1,48; I2 = 73. 8% für SSRI), während das Risiko eines abgeschlossenen Suizids bei Antidepressiva und SSRI statistisch nicht signifikant war (RR = 2,32, 95% CI: 0,82-6,53; I2 = 6,28% für

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					alle Antidepressiva; und RR = 1,88, 95% CI: 0,74-4,79; I2 = 52,0% für SSRI). Darüber hinaus war das Risiko für Suizid und Suizidversuch zwischen SSRI und anderen Antidepressiva ähnlich (RR 1,13, 95% CI: 0,87-1,46, I2 = 32,4%). (Li et al., 2017)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Meta-Analysen zeigen, dass Antidepressiva Suizidversuche verhindern, aber einzelne randomisierte kontrollierte Studien sind offenbar nicht ausreichend aussagekräftig. Ketamin reduziert die Suizidgedanken innerhalb weniger Stunden, wurde aber nicht zur Prävention von Suizidversuchen getestet. Vielversprechender ist, dass Antidepressiva die Suizidgedanken in neun von 12 Studien, die über Auswirkungen auf Suizidgedanken berichteten, reduzierten. Meta-Analysen sowohl randomisierter kontrollierter Studien als auch pharmakoepidemiologischer Studien ergaben häufig einen stärkeren Nutzen als einzelne randomisierte kontrollierte Studien, vielleicht weil sie größere Stichproben umfassten. (Mann et al., 2021)
Suizidale unerwünschte Ereignisse in der Pädiatrie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Für die Analyse standen Daten aus 22 randomisierten, kurzzeitigen, placebokontrollierten pädiatrischen Studien für verschiedene Indikationen mit neun verschiedenen Antidepressiva zur Verfügung. Insgesamt wurden 2298 pädiatrische Probanden mit dem Wirkstoff und 1952 mit Placebo behandelt. In diesen Studien traten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	achtundsiebzig (78) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Suiziden auf (54 mit dem Wirkstoff und 24 mit Placebo); es gab keine abgeschlossenen Suizide. Die kombinierte Inzidenzrate aller Studien für schwerwiegende suizidale unerwünschte Ereignisse betrug 1,89 (95 % Konfidenzintervall, 1,18-3,04). (Mosholder & Willy, 2006)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,21 (CI 95% 0,84 — 1,74) Basierend auf Daten von 18.526 Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit (alle Todesfälle betrafen Erwachsene, Odds Ratio 1,28, 95 % Konfidenzintervall 0,40 bis 4,06), Suizidalität (1,21, 0,84 bis 1,74) und Akathisie (2,04, 0,93 bis 4,48) waren nicht signifikant, während Patienten, die Antidepressiva einnahmen, ein aggressiveres Verhalten zeigten (1,93, 1,26 bis 2,95). Bei Erwachsenen betrugen die Odds Ratios 0,81 (0,51 bis 1,28) für Suizidalität, 1,09 (0,55 bis 2,14) für Aggression und 2,00 (0,79 bis 5,04) für Akathisie. Die entsprechenden Werte für Kinder und Jugendliche waren 2,39 (1,31 bis 4,33), 2,79 (1,62 bis 4,81) und 2,15 (0,48 bis 9,65). In den zusammenfassenden Studienberichten auf der Website von Eli Lilly waren fast alle Todesfälle vermerkt, aber es fehlten alle Ereignisse mit Suizidgedanken, und die Angaben zu den übrigen Ergebnissen waren unvollständig. (Sharma et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,62 (CI 95% 0,97 — 2,71) Basierend auf Daten von			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	Bei Teilnehmern mit nicht-psychiatrischen Indikationen waren

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 372 Studien.			eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Suizidalität und Suizidgedanken extrem selten. Bei den Teilnehmern mit psychiatrischen Indikationen war das Risiko mit dem Alter verbunden. Für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und nur für suizidales Verhalten betrugen die jeweiligen Odds Ratios 1,62 (95% Konfidenzintervall 0,97 bis 2,71) und 2,30 (1,04 bis 5,09) für Teilnehmer im Alter von <25 Jahren, 0,79 (0,64 bis 0,98) und 0,87 (0,58 bis 1,29) für Teilnehmer im Alter von 25-64 Jahren und 0,37 (0,18 bis 0,76) und 0,06 (0,01 bis 0,58) für Teilnehmer im Alter von ≥65 Jahren. Wenn das Alter als kontinuierliche Variable modelliert wurde, sank die Odds Ratio für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken mit einer Rate von 2,6 % pro Altersjahr (-3,9 % bis -1,3 %, P=0,0001) und die Odds Ratio für suizidales Verhalten mit einer Rate von 4,6 % pro Altersjahr (-7,4 % bis -1,8 %, P=0,001). (Stone et al., 2009)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 1797 Studien.			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die antisuizidale Wirkung von Clozapin und Lithium ist erwiesen, aber möglicherweise weniger spezifisch als bisher angenommen. Wirksame pharmakologische und psychologische Behandlungen von Depressionen sind wichtig für die Prävention. Eine Auswertung des Zusammenhangs zwischen Änderungen bei der Verschreibung von Antidepressiva und Änderungen bei der Suizidprävalenz ergab jedoch in 29 europäischen Ländern einen eindeutigen umgekehrten Zusammenhang.72 Bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Kindern und Jugendlichen mit Depressionen gibt es keine Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva aufgrund eines erhöhten Risikos für suizidales Verhalten vermieden werden sollte, obwohl es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken in dieser Bevölkerungsgruppe gibt. Die Daten sprechen für den Einsatz einiger pharmakologischer Maßnahmen zur Suizidprävention. Erstens wird eine antidepressive Pharmakotherapie bei Erwachsenen mit einem geringeren Suizidrisiko in Verbindung gebracht, während die Einleitung einer Pharmakotherapie nicht zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führt (Zalsman et al., 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

Information

Evidenzbasiertes Statement: Phasen, in denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht, sind Eindosierung, Aufdosierung sowie das Absetzen eines Antidepressivums.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit SSRI/ SNRI/ Antidepressiva
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Duloxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.626 Patienten und 12 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung	In 12 placebokontrollierten Studien (Duloxetin, 1812; Placebo, 1814 Patienten) gab es keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen unter Duloxetin gegenüber Placebo. Der MHID für suizidales Verhalten lag bei 0,03 % (95 % Konfidenzintervall [CI], 0,48 bis 0,42) und der MHRD bei 0,002 (95 % CI, 0,02 bis 0,02). Die Veränderungen der Item-3-Suizidalitätswerte der HAMD zeigten eine stärkere Verbesserung mit Duloxetin (MHID, 9,56 %; 95 % KI, 4,50 bis 14,6; P < 0,001) und eine geringere Verschlechterung der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				(Risk of Bias).	Suizidgedanken mit Duloxetin (MHID, 4,25 %; 95 % KI, 6,55 bis 1,95; P < 0,001). Andere Item3-Ergebnisse zeigten kein einheitliches Muster; ein etwas höherer Anteil der mit Duloxetin behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 (abwesend) auf 3 wurde durch einen höheren Anteil der mit Placebo behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 auf 2 ausgeglichen. (Acharya et al., 2006)
Suizide bei SSRI (Systematischer Review)	Odds ratio 1,92 (CI 95% 1,51 — 2,44) Basierend auf Daten von 200.000 Patienten und 8 Studien.			**Hoch**	Obwohl die Exposition gegenüber SSRIs das Risiko eines vollendeten oder versuchten Suizids bei Jugendlichen erhöhte (Odds Ratio [OR] 1,92, 95% Konfidenzintervall [CI] 1,51-2,44), war das Risiko bei Erwachsenen geringer (OR 0,57, 95% CI 0,47-0,70). Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren hatte die Exposition gegenüber SSRI eine schützende Wirkung (OR 0,46, 95% CI 0,27-0,79). Sensitivitätsanalysen änderten diese Ergebnisse nicht. Insbesondere bei Studien, die einen vollendeten Suizid als Ergebnis verwendeten, war die Exposition gegenüber SSRIs mit einem erhöhten Risiko bei Jugendlichen (OR 5,81, 95% CI 1,57-21,51) und einem verringerten Risiko bei Erwachsenen (OR 0,66, 95% CI 0,52-0,83) und älteren Menschen (OR 0,53, 95% CI 0,26-1,06) verbunden. (Barbui et al., 2009)
Suizidalität bei Erwachsenen bei Fluoxetine	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt.	Vergleiche zwischen den Behandlungen wurden für verschiedene Schätzungen der Verschlechterung (Risiko) und Verbesserung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	(Nutzen) der Suizidalität vorgenommen. Die Behandlung mit Fluoxetin führte nicht zu einer stärkeren Verschlechterung, sondern war mit einer stärkeren Verbesserung und einer schnelleren Auflösung der Suizidgedanken verbunden (P ≤ 0,05 gegenüber Placebo). Die Datenquellen waren unterschiedlich empfindlich bei der Erkennung von Veränderungen der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens. Die Behandlung mit Fluoxetin führte eher zu einem größeren Nutzen als zu einem höheren Risiko für Suizidalität. (Beasley et al., 2007)
Suizide bei Fluoxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.065 Patienten und 17 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Suizide unterschieden sich nicht signifikant bei einem Vergleich von Fluoxetin mit Placebo (0-2% vs. 0-2%, p=0,494, Mantel-Haenszel adjustierte Inzidenzdifferenz) und mit trizyklischen Antidepressiva (0-7% vs. 0-4%, p=0-419). Die gepoolte Inzidenz von Suiziden betrug 0*3% für Fluoxetin, 0-2% für Placebo und 0-4% für trizyklische Antidepressiva, wobei sich Fluoxetin weder von Placebo (p=0,533, Pearson's x2) noch von trizyklischen Antidepressiva (p=0,789) signifikant unterschied. Suizidgedanken traten unter Fluoxetin geringfügig signifikant seltener auf als unter Placebo (0-9% vs. 2-6%, p=0,094) und numerisch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva (1,7% vs. 3-6%, p=0-102). Die gepoolte Inzidenz des Auftretens schwerwiegender Suizidgedanken lag bei 1-2% für Fluoxetin, 2-6% für Placebo und 3-6% für trizyklische Antidepressiva.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Beasley et al., 1992)
Vorboten der Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 1,85 (CI 95% 1,11 — 3,08) Basierend auf Daten von Patienten und 130 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Behandlung erwachsener gesunder Freiwilliger mit Antidepressiva verdoppelte ihr Risiko für Schäden im Zusammenhang mit Suizidalität und Gewalt, Odds Ratio 1,85 (95% Konfidenzintervall 1,11 bis 3,08, p = 0,02, I2 = 18%).Die Zahl der erforderlichen Behandlungen, um eine gesunde Person zu schädigen, betrug 16 (95 % Konfidenzintervall 8 bis 100; Mantel-Haenszel-Risikodifferenz 0,06).Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass wir die Schäden von Antidepressiva unterschätzt haben, da wir nur für 11 der 13 Studien Zugang zu den veröffentlichten Artikeln hatten. (Bielefeldt et al., 2016)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf die Wirksamkeit ergab diese Überprüfung, dass im Vergleich zu Placebo Fluoxetin war wirksamer bei der Behandlung von MDD, Fluvoxamin und Paroxetin waren besser bei der Behandlung von AD; Fluoxetin und Sertralin waren wirksamer bei der Behandlung von Zwangsstörungen; Bupropion und Desipramin verbesserten die von Ärzten und Lehrern bewerteten ADHS-Symptome; Clomipramin und Tianeptin waren bei einigen der Kernsymptome von ASD überlegen; und kein Antidepressivum war wirksamer bei PTBS und Enuresis. Hinsichtlich der Verträglichkeit: Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin wurden bei MDD weniger gut vertragen; bei der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Behandlung von Angststörungen (AD), ADHS und PTBS wurden für keines der Antidepressiva Unterschiede festgestellt; Tianeptin und Citalopram, nicht aber Clomipramin, wurden bei Kindern und Jugendlichen mit ASD weniger gut vertragen. Für suizidales Verhalten bzw. Suizidgedanken wurden Venlafaxin (bei MDD) und Paroxetin (bei AD) mit einem signifikant erhöhten Risiko in Verbindung gebracht; im Gegensatz dazu wurde Sertralin (bei AD) mit einem geringeren Risiko in Verbindung gebracht. (Boaden et al., 2020)
Suizide (Meta-Analyse)	Rate ratio 5,03 (CI 95% 0,78 — 114,1) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2016)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Rate ratio 9,02 (CI 95% 1,58 — 193,6) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidgedanken und Suizidversuche (Review)	Basierend auf Daten von 5.310 Patienten und 27 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Antidepressiva sind bei Kindern und Jugendlichen mit MDD, Zwangsstörungen und nicht-okzidentellen Angststörungen wirksamer als Placebo. Das Ansprechen auf die Behandlung ist bei Patienten mit nicht-okzidentellen Angststörungen am größten, bei Zwangsstörungen mittelmäßig und bei MDD bescheiden. Der Nutzen scheint bei allen drei Erkrankungen größer zu sein als das Risiko von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidgedanken/ Suizidversuchen, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis variiert je nach Diagnose, Alter, Krankheitsdauer und Studienmerkmalen. (Brent, 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 14.911 Patienten und 61 Studien.			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Im primären Datensatz, d. h. bei allen Störungen zusammen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Paroxetin und Placebo in Bezug auf die Suizidalität insgesamt (Suizidalität oder Suizidgedanken: n/n = 83/ 8.958 [0,93%] vs. n/n = 65/ 5.953 [1. 09%]; OR = 0,9 [95% CI, 0,7-1,3]; P = .649) oder für suizidales Verhalten speziell (n/n = 50/8,958 [0,56%] vs n/n = 40/5,953 [0,67%]; OR = 1,2 [95% CI, 0,8-1,9]; P = .483). Bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung (MDD) traten jedoch unter Paroxetin mehr Suizide auf als unter Placebo (n/n = 11/3.455 [0,32%] gegenüber n/n = 1/ 1.978 [0,05%]; OR = 6,7 [95% CI, 1,1-149,4]; P = .058). Über alle Indikationen hinweg trat bei mit Paroxetin behandelten Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren eine höhere Inzidenz von Suizidalität auf als bei mit Placebo behandelten (n/n = 17/776 [2,19 %] gegenüber n/n = 5/542 [0,92 %]; OR = 2,4 [95 % KI, 0,9-7,3]). (Carpenter et al., 2011)
Unerwünschte gesundheitliche Folgen (Umbrella Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Hoch**	Aus 4471 identifizierten Studien und 252 geprüften Volltextartikeln wurden 45 Meta-Analysen (17,9 %) ausgewählt, die 120 Zusammenhänge beschrieben, einschließlich Daten aus 1012 einzelnen Effektgrößenschätzungen. Vierundsiebzig (61,7 %) der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					120 Assoziationen waren unter Verwendung von Modellen mit zufälligen Effekten nominell statistisch signifikant bei P .05. Zweiundfünfzig Assoziationen (43,4 %) wiesen eine große Heterogenität auf (I 2 > 50 %), während für 17 Assoziationen (14,2 %) kleine Studieneffekte und für 9 Assoziationen (7,5 %) eine übermäßige Signifikanzverzerrung festgestellt wurde. Sowohl in der Haupt- als auch in der Sensitivitätsanalyse ergaben sich überzeugende Belege für den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und dem Risiko eines Suizidversuchs oder -abschlusses bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen mit Antidepressiva-Exposition vor und während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigen Apgar-Scores. Für keine dieser Assoziationen gab es nach der Sensitivitätsanalyse, bei der eine Verwechslung durch die Indikation ausgeschlossen wurde, überzeugende Beweise. (Dragioti et al., 2019)
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,7 (CI 95% 1,13 — 2,54)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Selbstverletzungen oder Suizide traten bei 71 von 1487 (4,8 %) der mit Antidepressiva behandelten depressiven Jugendlichen auf, im Vergleich zu 38 von 1254 (3,0 %) von 38 von 1254 (3,0 %) der mit Placebo behandelten Jugendlichen (Odds Ratio mit festen Effekten: 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, P¼0,01). 0,01). Es gab einen Trend, dass individuelle Suizidgedanken,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, häufiger auftraten als bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, als bei Jugendlichen, die Placebo erhielten, aber keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. (Dubicka et al., 2006)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 2,28 (CI 95% 1,14 — 4,55) Basierend auf Daten von 87.650 Patienten und 702 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Siebenhundertzwei Studien erfüllten unsere Einschlusskriterien. Ein signifikanter Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (Odds Ratio 2,28, 95% Konfidenzintervall 1,14 bis 4,55, Number Needed to Treat to Harm 684) wurde bei Patienten beobachtet, die SSRI im Vergleich zu Placebo erhielten. Ein Anstieg der Odds Ratio für Suizidversuche wurde auch beim Vergleich von SSRI mit anderen therapeutischen Interventionen als trizyklischen Antidepressiva beobachtet (1,94, 1,06 bis 3,57, 239). In der gepoolten Analyse von SSRI im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva konnten wir keinen Unterschied im Odds Ratio der Suizidversuche feststellen (0,88, 0,54 bis 1,42). (Fergusson et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,85 (CI 95% 0,2 — 3,4) Basierend auf Daten von 40.000 Patienten und 447 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend	Es wurden schätzungsweise 16 Suizide, 172 Episoden nicht-tödlicher Selbstverletzung und 177 Episoden von Suizidgedanken gemeldet. Wir fanden keine Hinweise darauf, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen, doch können wichtige schützende oder gefährliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden (Odds Ratio 0,85, 95%

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Glaubwürdigkeitsintervall 0,20 bis 3,40). Wir fanden schwache Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen (1,57, 0,99 bis 2,55). Die Risikoschätzungen für Suizidgedanken waren mit einer mäßigen schützenden oder negativen Wirkung vereinbar (0,77, 0,37 bis 1,55). Die relative Häufigkeit der gemeldeten Selbstverletzungen und Suizidgedanken in den Studien im Vergleich zu Suiziden deutet darauf hin, dass die nicht-tödlichen Endpunkte zu wenig erfasst wurden. (Gunnell et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,03 (CI 95% 0,7 — 1,51) Basierend auf Daten von 1.450.000 Patienten und 27 Studien.			Unbekannt	SSRI standen bei Depressionen (RR=1,03, 0,70-1,51) und allen Indikationen (RR=1,19, 0,88-1,60) nicht eindeutig mit dem Suizidrisiko (Suizid und Suizidversuch zusammen) in Zusammenhang. Jedes Antidepressivum der neuen Generation war mit einem höheren Suizidrisiko bei Depressionen (RR=1,29, 1,06-1,57) und bei allen Indikationen (RR=1,45, 1,23-1,70) verbunden. Studien mit fCOI (finanzieller Interessenkonflikt) meldeten signifikant niedrigere Risikoschätzungen als Studien ohne fCOI. Funnelplots waren asymmetrisch und die Imputation fehlender Studien mit der Trim-and-Fill-Methode führte zu deutlich höheren Risikoschätzungen. (Hengartner et al., 2021)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen	Basierend auf Daten von			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats	Wegen des Verdachts, dass selektive Serotoninwiederaufnahmeher

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Meta-Analyse)	Patienten und 7 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	(SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken und -versuchen führen könnten, wird der Einsatz dieser Substanzen kontrovers debattiert. Alle derzeit publizierten oder anderweitig verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit SSRI wurden auf Angaben zur Effektivität sowie Suizidalität untersucht. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin. In einer Metaanalyse fanden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens. Nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig für Fluoxetin und, mit Einschränkungen, Sertralin und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher indiziert. (Holtmann et al., 2006)
Suizidalität bei Kindern (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,3 (CI 95% 1,3 — 3,8)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt	Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität in Studien, in denen eine schwere depressive Störung diagnostiziert wurde (Odds Ratio 2,3 [1,3, 3,8]) und in denen das Antidepressivum ein SSRI war (Odds Ratio 2,2 [1,3, 3,6]). (Kaizar et al., 2006)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizide (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,98 (CI 95% 0,71 — 5,5)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidversuche (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,63 (CI 95% 1,09 — 2,43)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidgedanken bei älteren Menschen (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,14 — 1,94) Basierend auf Daten von 1.281 Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Auf der Grundlage der Daten aus zwei randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt 1281 älteren Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern im Vergleich zu Placebo behandelt wurden, betrug das OR für das Risiko von aufkommenden Suizidgedanken 0,52 (95% CI 0,14-1. 94) Chi2 =0,19, I2 =0. Es gab keinen Unterschied im Risiko eines Suizidversuchs zwischen älteren depressiven Menschen, die mit selektiven Serotonin-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden, im Vergleich zu anderen Antidepressiva mit OR=1,0 (95% CI0,14-7,10) Chi2 =3,88, I2 =23%. (KoKoAung et al., 2015)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,35 (CI 95% 1,13 — 1,61) Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Einnahme von Antidepressiva das Risiko für Suizid und Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die keine Antidepressiva einnahmen, signifikant erhöhte. Das gepoolte relative Risiko (RR) betrug 1,38 (95% CI: 1,16-1,64; I2 = 83,1%). Unter den Antidepressiva wurde die Einnahme von SSRI mit einem erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuch in Verbindung gebracht; das gepoolte RR betrug 1,28 (95 % KI: 1,09-1,51; I2 = 68,8 %).In der Subgruppenanalyse war das Suizidversuchsrisiko für Antidepressiva und SSRI signifikant erhöht (RR = 1,35, 95% CI: 1,13-1,61; I2 = 86,2% für alle Antidepressiva; und RR = 1,26, 95% CI: 1,06-1,48; I2 = 73. 8% für SSRI), während das Risiko eines abgeschlossenen Suizids bei Antidepressiva und SSRI statistisch nicht signifikant war (RR = 2,32, 95% CI: 0,82-6,53; I2 = 6,28% für alle Antidepressiva; und RR = 1,88, 95% CI: 0,74-4,79; I2 = 52,0% für SSRI). Darüber hinaus war das Risiko für Suizid und Suizidversuch zwischen SSRI und anderen Antidepressiva ähnlich (RR 1,13, 95% CI: 0,87-1,46, I2 = 32,4%). (Li et al., 2017)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	Meta-Analysen zeigen, dass Antidepressiva Suizidversuche verhindern,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 97 Studien.			eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	aber einzelne randomisierte kontrollierte Studien sind offenbar nicht ausreichend aussagekräftig. Ketamin reduziert die Suizidgedanken innerhalb weniger Stunden, wurde aber nicht zur Prävention von Suizidversuchen getestet. Vielversprechender ist, dass Antidepressiva die Suizidgedanken in neun von 12 Studien, die über Auswirkungen auf Suizidgedanken berichteten, reduzierten. Meta-Analysen sowohl randomisierter kontrollierter Studien als auch pharmakoepidemiologischer Studien ergaben häufig einen stärkeren Nutzen als einzelne randomisierte kontrollierte Studien, vielleicht weil sie größere Stichproben umfassten. (Mann et al., 2021)
Suizidale unerwünschte Ereignisse in der Pädiatrie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Für die Analyse standen Daten aus 22 randomisierten, kurzzeitigen, placebokontrollierten pädiatrischen Studien für verschiedene Indikationen mit neun verschiedenen Antidepressiva zur Verfügung. Insgesamt wurden 2298 pädiatrische Probanden mit dem Wirkstoff und 1952 mit Placebo behandelt. In diesen Studien traten achtundsiebzig (78) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Suiziden auf (54 mit dem Wirkstoff und 24 mit Placebo); es gab keine abgeschlossenen Suizide. Die kombinierte Inzidenzrate aller Studien für schwerwiegende suizidale unerwünschte Ereignisse betrug 1,89 (95 % Konfidenzintervall,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					1,18-3,04). (Mosholder & Willy, 2006)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,21 (CI 95% 0,84 — 1,74) Basierend auf Daten von 18.526 Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit (alle Todesfälle betrafen Erwachsene, Odds Ratio 1,28, 95 % Konfidenzintervall 0,40 bis 4,06), Suizidalität (1,21, 0,84 bis 1,74) und Akathisie (2,04, 0,93 bis 4,48) waren nicht signifikant, während Patienten, die Antidepressiva einnahmen, ein aggressiveres Verhalten zeigten (1,93, 1,26 bis 2,95). Bei Erwachsenen betrugen die Odds Ratios 0,81 (0,51 bis 1,28) für Suizidalität, 1,09 (0,55 bis 2,14) für Aggression und 2,00 (0,79 bis 5,04) für Akathisie. Die entsprechenden Werte für Kinder und Jugendliche waren 2,39 (1,31 bis 4,33), 2,79 (1,62 bis 4,81) und 2,15 (0,48 bis 9,65). In den zusammenfassenden Studienberichten auf der Website von Eli Lilly waren fast alle Todesfälle vermerkt, aber es fehlten alle Ereignisse mit Suizidgedanken, und die Angaben zu den übrigen Ergebnissen waren unvollständig. (Sharma et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,62 (CI 95% 0,97 — 2,71) Basierend auf Daten von Patienten und 372 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Bei Teilnehmern mit nicht-psychiatrischen Indikationen waren Suizidalität und Suizidgedanken extrem selten. Bei den Teilnehmern mit psychiatrischen Indikationen war das Risiko mit dem Alter verbunden. Für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und nur für suizidales Verhalten betrugen die jeweiligen Odds Ratios 1,62 (95% Konfidenzintervall 0,97 bis 2,71) und 2,30 (1,04 bis 5,09) für Teilnehmer im

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Alter von <25 Jahren, 0,79 (0,64 bis 0,98) und 0,87 (0,58 bis 1,29) für Teilnehmer im Alter von 25-64 Jahren und 0,37 (0,18 bis 0,76) und 0,06 (0,01 bis 0,58) für Teilnehmer im Alter von ≥65 Jahren. Wenn das Alter als kontinuierliche Variable modelliert wurde, sank die Odds Ratio für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken mit einer Rate von 2,6 % pro Altersjahr (-3,9 % bis -1,3 %, P=0,0001) und die Odds Ratio für suizidales Verhalten mit einer Rate von 4,6 % pro Altersjahr (-7,4 % bis -1,8 %, P=0,001). (Stone et al., 2009)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 1797 Studien.			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die antisuizidale Wirkung von Clozapin und Lithium ist erwiesen, aber möglicherweise weniger spezifisch als bisher angenommen. Wirksame pharmakologische und psychologische Behandlungen von Depressionen sind wichtig für die Prävention. Eine Auswertung des Zusammenhangs zwischen Änderungen bei der Verschreibung von Antidepressiva und Änderungen bei der Suizidprävalenz ergab jedoch in 29 europäischen Ländern einen eindeutigen umgekehrten Zusammenhang.72 Bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen gibt es keine Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva aufgrund eines erhöhten Risikos für suizidales Verhalten vermieden werden sollte, obwohl es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken in dieser Bevölkerungsgruppe gibt. Die Daten sprechen für den Einsatz einiger

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					pharmakologischer Maßnahmen zur Suizidprävention. Erstens wird eine antidepressive Pharmakotherapie bei Erwachsenen mit einem geringeren Suizidrisiko in Verbindung gebracht, während die Einleitung einer Pharmakotherapie nicht zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führt (Zalsman et al., 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The

British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bei Kindern und Jugendlichen **soll** eine sorgfältige und regelmäßige Kontrolle erfolgen, da sich unter der Behandlung mit SSRI ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und auch Suizidversuche zeigte.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Behandlung mit SSRI/ SNRI/ Antidepressiva
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei Duloxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.626 Patienten und 12 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	In 12 placebokontrollierten Studien (Duloxetin, 1812; Placebo, 1814 Patienten) gab es keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen unter Duloxetin gegenüber Placebo. Der MHID für suizidales Verhalten lag bei 0,03 % (95 % Konfidenzintervall [CI], 0,48 bis 0,42) und der MHRD bei 0,002 (95 % CI, 0,02 bis 0,02). Die Veränderungen der Item-3-Suizidalitätswerte der HAMD zeigten eine stärkere Verbesserung mit Duloxetin (MHID, 9,56 %; 95 % KI, 4,50 bis 14,6; P < 0,001) und eine geringere Verschlechterung der Suizidgedanken mit Duloxetin (MHID, 4,25 %; 95 % KI, 6,55 bis 1,95; P < 0,001). Andere Item3-Ergebnisse zeigten kein einheitliches Muster; ein etwas höherer Anteil der mit Duloxetin behandelten Patienten mit einer Veränderung von 0 (abwesend) auf 3 wurde durch einen höheren Anteil der mit Placebo behandelten Patienten mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					einer Veränderung von 0 auf 2 ausgeglichen. (Acharya et al., 2006)
Suizide bei SSRI (Systematischer Review)	Odds ratio 1,92 (CI 95% 1,51 — 2,44) Basierend auf Daten von 200.000 Patienten und 8 Studien.			**Hoch**	Obwohl die Exposition gegenüber SSRIs das Risiko eines vollendeten oder versuchten Suizids bei Jugendlichen erhöhte (Odds Ratio [OR] 1,92, 95% Konfidenzintervall [CI] 1,51-2,44), war das Risiko bei Erwachsenen geringer (OR 0,57, 95% CI 0,47-0,70). Bei Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren hatte die Exposition gegenüber SSRI eine schützende Wirkung (OR 0,46, 95% CI 0,27-0,79). Sensitivitätsanalysen änderten diese Ergebnisse nicht. Insbesondere bei Studien, die einen vollendeten Suizid als Ergebnis verwendeten, war die Exposition gegenüber SSRIs mit einem erhöhten Risiko bei Jugendlichen (OR 5,81, 95% CI 1,57-21,51) und einem verringerten Risiko bei Erwachsenen (OR 0,66, 95% CI 0,52-0,83) und älteren Menschen (OR 0,53, 95% CI 0,26-1,06) verbunden. (Barbui et al., 2009)
Suizidalität bei Erwachsenen bei Fluoxetine	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion	Vergleiche zwischen den Behandlungen wurden für verschiedene Schätzungen der Verschlechterung (Risiko) und Verbesserung (Nutzen) der Suizidalität vorgenommen. Die Behandlung mit Fluoxetin führte nicht zu einer stärkeren Verschlechterung, sondern war mit einer stärkeren Verbesserung und einer schnelleren Auflösung der Suizidgedanken verbunden (P ≤ 0,05 gegenüber Placebo). Die Datenquellen waren unterschiedlich empfindlich bei der Erkennung von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Veränderungen der Suizidgedanken und des suizidalen Verhaltens. Die Behandlung mit Fluoxetin führte eher zu einem größeren Nutzen als zu einem höheren Risiko für Suizidalität. (Beasley et al., 2007)
Suizide bei Fluoxetine (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.065 Patienten und 17 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Suizide unterschieden sich nicht signifikant bei einem Vergleich von Fluoxetin mit Placebo (0-2% vs. 0-2%, p=0,494, Mantel-Haenszel adjustierte Inzidenzdifferenz) und mit trizyklischen Antidepressiva (0-7% vs. 0-4%, p=0-419). Die gepoolte Inzidenz von Suiziden betrug 0*3% für Fluoxetin, 0-2% für Placebo und 0-4% für trizyklische Antidepressiva, wobei sich Fluoxetin weder von Placebo (p=0,533, Pearson's x2) noch von trizyklischen Antidepressiva (p=0,789) signifikant unterschied. Suizidgedanken traten unter Fluoxetin geringfügig signifikant seltener auf als unter Placebo (0-9% vs. 2-6%, p=0,094) und numerisch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva (1,7% vs. 3-6%, p=0-102). Die gepoolte Inzidenz des Auftretens schwerwiegender Suizidgedanken lag bei 1-2% für Fluoxetin, 2-6% für Placebo und 3-6% für trizyklische Antidepressiva. (Beasley et al., 1992)
Vorboten der Suizidalität (Systematischer Review)	Odds ratio 1,85 (CI 95% 1,11 — 3,08) Basierend auf Daten von Patienten und 130 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Behandlung erwachsener gesunder Freiwilliger mit Antidepressiva verdoppelte ihr Risiko für Schäden im Zusammenhang mit Suizidalität und Gewalt, Odds Ratio 1,85 (95% Konfidenzintervall 1,11 bis 3,08, p = 0,02, I2 = 18%).Die Zahl der erforderlichen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Behandlungen, um eine gesunde Person zu schädigen, betrug 16 (95 % Konfidenzintervall 8 bis 100; Mantel-Haenszel-Risikodifferenz 0,06).Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass wir die Schäden von Antidepressiva unterschätzt haben, da wir nur für 11 der 13 Studien Zugang zu den veröffentlichten Artikeln hatten. (Bielefeldt et al., 2016)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In Bezug auf die Wirksamkeit ergab diese Überprüfung, dass im Vergleich zu Placebo Fluoxetin war wirksamer bei der Behandlung von MDD, Fluvoxamin und Paroxetin waren besser bei der Behandlung von AD; Fluoxetin und Sertralin waren wirksamer bei der Behandlung von Zwangsstörungen; Bupropion und Desipramin verbesserten die von Ärzten und Lehrern bewerteten ADHS-Symptome; Clomipramin und Tianeptin waren bei einigen der Kernsymptome von ASD überlegen; und kein Antidepressivum war wirksamer bei PTBS und Enuresis. Hinsichtlich der Verträglichkeit: Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin wurden bei MDD weniger gut vertragen; bei der Behandlung von Angststörungen (AD), ADHS und PTBS wurden für keines der Antidepressiva Unterschiede festgestellt; Tianeptin und Citalopram, nicht aber Clomipramin, wurden bei Kindern und Jugendlichen mit ASD weniger gut vertragen. Für suizidales Verhalten bzw. Suizidgedanken wurden Venlafaxin (bei MDD) und Paroxetin (bei AD) mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					einem signifikant erhöhten Risiko in Verbindung gebracht; im Gegensatz dazu wurde Sertralin (bei AD) mit einem geringeren Risiko in Verbindung gebracht. (Boaden et al., 2020)
Suizide (Meta-Analyse)	Rate ratio 5,03 (CI 95% 0,78 — 114,1) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p = 0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidversuche (Meta-Analyse)	Rate ratio 9,02 (CI 95% 1,58 — 193,6) Basierend auf Daten von 6.934 Patienten und 29 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Insgesamt wurden 1,45 Suizide und 2,76 Suizidversuche pro 1.000 Patientenjahre gemeldet. Sieben von 8 Suiziden und 13 von 14 Suizidversuchen ereigneten sich in den Antidepressiva-Armen, was zu Inzidenzratenverhältnissen von 5,03 (0,78-114,1; p =

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					0,102) für Suizide und von 9,02 (1,58-193,6; p = 0,007) für Suizidversuche führte. Die Peto-ORs lagen bei 2,6 (0,6-11,2; nicht signifikant) bzw. 3,4 (1,1-11,0; p = 0,04). Die Zahl der Studienabbrüche aus unbekannten Gründen war in der Antidepressivum- und der Placebogruppe ähnlich hoch (9,6 vs. 9,9 %). Die Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche stammte aus 1 Studie, die ein Fünftel aller Patientenjahre in dieser Meta-Analyse ausmachte. Die Nichtberücksichtigung dieser Studie führte zu einem nicht signifikanten Inzidenzratenverhältnis für Suizidversuche von 3,83 (0,53-91,01). (Braun et al., 2016)
Suizidgedanken und Suizidversuche (Review)	Basierend auf Daten von 5.310 Patienten und 27 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Kein systematischer Review	Antidepressiva sind bei Kindern und Jugendlichen mit MDD, Zwangsstörungen und nicht-okzidentellen Angststörungen wirksamer als Placebo. Das Ansprechen auf die Behandlung ist bei Patienten mit nicht-okzidentellen Angststörungen am größten, bei Zwangsstörungen mittelmäßig und bei MDD bescheiden. Der Nutzen scheint bei allen drei Erkrankungen größer zu sein als das Risiko von Suizidgedanken/ Suizidversuchen, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis variiert je nach Diagnose, Alter, Krankheitsdauer und Studienmerkmalen. (Brent, 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 14.911 Patienten und 61 Studien.			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Im primären Datensatz, d. h. bei allen Störungen zusammen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Paroxetin und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Placebo in Bezug auf die Suizidalität insgesamt (Suizidalität oder Suizidgedanken: n/n = 83/ 8.958 [0,93%] vs. n/n = 65/ 5.953 [1. 09%]; OR = 0,9 [95% CI, 0,7-1,3]; P = .649) oder für suizidales Verhalten speziell (n/n = 50/8,958 [0,56%] vs n/n = 40/5,953 [0,67%]; OR = 1,2 [95% CI, 0,8-1,9]; P = .483). Bei Patienten mit einer schweren depressiven Störung (MDD) traten jedoch unter Paroxetin mehr Suizide auf als unter Placebo (n/n = 11/3.455 [0,32%] gegenüber n/n = 1/ 1.978 [0,05%]; OR = 6,7 [95% CI, 1,1-149,4]; P = .058). Über alle Indikationen hinweg trat bei mit Paroxetin behandelten Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren eine höhere Inzidenz von Suizidalität auf als bei mit Placebo behandelten (n/n = 17/776 [2,19 %] gegenüber n/n = 5/542 [0,92 %]; OR = 2,4 [95 % KI, 0,9-7,3]). (Carpenter et al., 2011)
Unerwünschte gesundheitliche Folgen (Umbrella Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 45 Studien.			**Hoch**	Aus 4471 identifizierten Studien und 252 geprüften Volltextartikeln wurden 45 Meta-Analysen (17,9 %) ausgewählt, die 120 Zusammenhänge beschrieben, einschließlich Daten aus 1012 einzelnen Effektgrößenschätzungen. Vierundsiebzig (61,7 %) der 120 Assoziationen waren unter Verwendung von Modellen mit zufälligen Effekten nominell statistisch signifikant bei P .05. Zweiundfünfzig Assoziationen (43,4 %) wiesen eine große Heterogenität auf (I 2 > 50 %), während für 17 Assoziationen (14,2 %) kleine Studieneffekte und für 9 Assoziationen (7,5 %) eine übermäßige

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Signifikanzverzerrung festgestellt wurde. Sowohl in der Haupt- als auch in der Sensitivitätsanalyse ergaben sich überzeugende Belege für den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und dem Risiko eines Suizidversuchs oder -abschlusses bei Kindern und Jugendlichen, Autismus-Spektrum-Störungen mit Antidepressiva-Exposition vor und während der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit und niedrigen Apgar-Scores. Für keine dieser Assoziationen gab es nach der Sensitivitätsanalyse, bei der eine Verwechslung durch die Indikation ausgeschlossen wurde, überzeugende Beweise. (Dragioti et al., 2019)
Suizidalität bei Jugendlichen (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,7 (CI 95% 1,13 — 2,54)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Selbstverletzungen oder Suizide traten bei 71 von 1487 (4,8 %) der mit Antidepressiva behandelten depressiven Jugendlichen auf, im Vergleich zu 38 von 1254 (3,0 %) von 38 von 1254 (3,0 %) der mit Placebo behandelten Jugendlichen (Odds Ratio mit festen Effekten: 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, 1,70, 95 % CI 1,13^2,54, P¼0,01). 0,01). Es gab einen Trend, dass individuelle Suizidgedanken, Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, häufiger auftraten als bei Jugendlichen, die Antidepressiva einnahmen, als bei Jugendlichen, die Placebo erhielten, aber keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. (Dubicka et al., 2006)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 2,28 (CI 95% 1,14 — 4,55) Basierend auf Daten von 87.650 Patienten und 702 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Siebenhundertzwei Studien erfüllten unsere Einschlusskriterien. Ein signifikanter Anstieg der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (Odds Ratio 2,28, 95% Konfidenzintervall 1,14 bis 4,55, Number Needed to Treat to Harm 684) wurde bei Patienten beobachtet, die SSRI im Vergleich zu Placebo erhielten. Ein Anstieg der Odds Ratio für Suizidversuche wurde auch beim Vergleich von SSRI mit anderen therapeutischen Interventionen als trizyklischen Antidepressiva beobachtet (1,94, 1,06 bis 3,57, 239). In der gepoolten Analyse von SSRI im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva konnten wir keinen Unterschied im Odds Ratio der Suizidversuche feststellen (0,88, 0,54 bis 1,42). (Fergusson et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,85 (CI 95% 0,2 — 3,4) Basierend auf Daten von 40.000 Patienten und 447 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Es wurden schätzungsweise 16 Suizide, 172 Episoden nicht-tödlicher Selbstverletzung und 177 Episoden von Suizidgedanken gemeldet. Wir fanden keine Hinweise darauf, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen, doch können wichtige schützende oder gefährliche Wirkungen nicht ausgeschlossen werden (Odds Ratio 0,85, 95% Glaubwürdigkeitsintervall 0,20 bis 3,40). Wir fanden schwache Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen (1,57, 0,99 bis 2,55). Die Risikoschätzungen für Suizidgedanken waren mit einer mäßigen schützenden oder negativen Wirkung vereinbar (0,77, 0,37 bis 1,55). Die relative Häufigkeit der gemeldeten Selbstverletzungen und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Suizidgedanken in den Studien im Vergleich zu Suiziden deutet darauf hin, dass die nicht-tödlichen Endpunkte zu wenig erfasst wurden. (Gunnell et al., 2005)
Suizide bei Erwachsenen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,03 (CI 95% 0,7 — 1,51) Basierend auf Daten von 1.450.000 Patienten und 27 Studien.			Unbekannt	SSRI standen bei Depressionen (RR=1,03, 0,70-1,51) und allen Indikationen (RR=1,19, 0,88-1,60) nicht eindeutig mit dem Suizidrisiko (Suizid und Suizidversuch zusammen) in Zusammenhang. Jedes Antidepressivum der neuen Generation war mit einem höheren Suizidrisiko bei Depressionen (RR=1,29, 1,06-1,57) und bei allen Indikationen (RR=1,45, 1,23-1,70) verbunden. Studien mit fCOI (finanzieller Interessenkonflikt) meldeten signifikant niedrigere Risikoschätzungen als Studien ohne fCOI. Funnelplots waren asymmetrisch und die Imputation fehlender Studien mit der Trim-and-Fill-Methode führte zu deutlich höheren Risikoschätzungen. (Hengartner et al., 2021)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt	Wegen des Verdachts, dass selektive Serotoninwiederaufnahmeher (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken und -versuchen führen könnten, wird der Einsatz dieser Substanzen kontrovers debattiert. Alle derzeit publizierten oder anderweitig verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien zur Behandlung von Depression bei Kindern und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Jugendlichen mit SSRI wurden auf Angaben zur Effektivität sowie Suizidalität untersucht. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin. In einer Metaanalyse fanden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens. Nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig für Fluoxetin und, mit Einschränkungen, Sertralin und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher indiziert. (Holtmann et al., 2006)
Suizidalität bei Kindern (Meta-Analyse)	Odds ratio 2,3 (CI 95% 1,3 — 3,8)			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität in Studien, in denen eine schwere depressive Störung diagnostiziert wurde (Odds Ratio 2,3 [1,3, 3,8]) und in denen das Antidepressivum ein SSRI war (Odds Ratio 2,2 [1,3, 3,6]). (Kaizar et al., 2006)
Suizide (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,98 (CI 95% 0,71 — 5,5)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidversuche (erneute Analyse einer Meta-Analyse)	Odds ratio 1,63 (CI 95% 1,09 — 2,43)			**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Es konnte gezeigt werden, dass die Daten bei seltenen Ereignissen sehr empfindlich auf verschiedene analytische Ansätze reagieren, was die Bedeutung weiterer Untersuchungen unterstreicht. OR von 1,98, 95% CI 0,71-5,50 für Suizide und 1,63 (95%CI=1,09-2,43) für Suizidversuche. (Kaminski & Bschor, 2020)
Suizidgedanken bei älteren Menschen (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (CI 95% 0,14 — 1,94) Basierend auf Daten von 1.281 Patienten und 13 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Auf der Grundlage der Daten aus zwei randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt 1281 älteren Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern im Vergleich zu Placebo behandelt wurden, betrug das OR für das Risiko von aufkommenden Suizidgedanken 0,52 (95% CI 0,14-1. 94) Chi2 =0,19, I2 =0. Es gab keinen Unterschied im Risiko eines Suizidversuchs zwischen älteren depressiven Menschen, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden, im Vergleich zu anderen Antidepressiva mit OR=1,0 (95% CI0,14-7,10) Chi2 =3,88, I2 =23%. (KoKoAung et al., 2015)
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 1,35 (CI 95% 1,13 — 1,61) Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten, dass die Einnahme von Antidepressiva das Risiko für Suizid und Suizidversuche bei Kindern

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					und Jugendlichen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die keine Antidepressiva einnahmen, signifikant erhöhte. Das gepoolte relative Risiko (RR) betrug 1,38 (95% CI: 1,16-1,64; I2 = 83,1%). Unter den Antidepressiva wurde die Einnahme von SSRI mit einem erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuch in Verbindung gebracht; das gepoolte RR betrug 1,28 (95 % KI: 1,09-1,51; I2 = 68,8 %).In der Subgruppenanalyse war das Suizidversuchsrisiko für Antidepressiva und SSRI signifikant erhöht (RR = 1,35, 95% CI: 1,13-1,61; I2 = 86,2% für alle Antidepressiva; und RR = 1,26, 95% CI: 1,06-1,48; I2 = 73. 8% für SSRI), während das Risiko eines abgeschlossenen Suizids bei Antidepressiva und SSRI statistisch nicht signifikant war (RR = 2,32, 95% CI: 0,82-6,53; I2 = 6,28% für alle Antidepressiva; und RR = 1,88, 95% CI: 0,74-4,79; I2 = 52,0% für SSRI). Darüber hinaus war das Risiko für Suizid und Suizidversuch zwischen SSRI und anderen Antidepressiva ähnlich (RR 1,13, 95% CI: 0,87-1,46, I2 = 32,4%). (Li et al., 2017)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Meta-Analysen zeigen, dass Antidepressiva Suizidversuche verhindern, aber einzelne randomisierte kontrollierte Studien sind offenbar nicht ausreichend aussagekräftig. Ketamin reduziert die Suizidgedanken innerhalb weniger Stunden, wurde aber nicht zur Prävention von Suizidversuchen getestet. Vielversprechender ist, dass Antidepressiva die Suizidgedanken in neun von 12 Studien, die über

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Auswirkungen auf Suizidgedanken berichteten, reduzierten. Meta-Analysen sowohl randomisierter kontrollierter Studien als auch pharmakoepidemiologischer Studien ergaben häufig einen stärkeren Nutzen als einzelne randomisierte kontrollierte Studien, vielleicht weil sie größere Stichproben umfassten. (Mann et al., 2021)
Suizidale unerwünschte Ereignisse in der Pädiatrie (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 22 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Für die Analyse standen Daten aus 22 randomisierten, kurzzeitigen, placebokontrollierten pädiatrischen Studien für verschiedene Indikationen mit neun verschiedenen Antidepressiva zur Verfügung. Insgesamt wurden 2298 pädiatrische Probanden mit dem Wirkstoff und 1952 mit Placebo behandelt. In diesen Studien traten achtundsiebzig (78) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Suiziden auf (54 mit dem Wirkstoff und 24 mit Placebo); es gab keine abgeschlossenen Suizide. Die kombinierte Inzidenzrate aller Studien für schwerwiegende suizidale unerwünschte Ereignisse betrug 1,89 (95 % Konfidenzintervall, 1,18-3,04). (Mosholder & Willy, 2006)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,21 (CI 95% 0,84 — 1,74) Basierend auf Daten von 18.526 Patienten und 70 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Die Unterschiede in Bezug auf Sterblichkeit (alle Todesfälle betrafen Erwachsene, Odds Ratio 1,28, 95 % Konfidenzintervall 0,40 bis 4,06), Suizidalität (1,21, 0,84 bis 1,74) und Akathisie (2,04, 0,93 bis 4,48) waren nicht signifikant, während

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Patienten, die Antidepressiva einnahmen, ein aggressiveres Verhalten zeigten (1,93, 1,26 bis 2,95). Bei Erwachsenen betrugen die Odds Ratios 0,81 (0,51 bis 1,28) für Suizidalität, 1,09 (0,55 bis 2,14) für Aggression und 2,00 (0,79 bis 5,04) für Akathisie. Die entsprechenden Werte für Kinder und Jugendliche waren 2,39 (1,31 bis 4,33), 2,79 (1,62 bis 4,81) und 2,15 (0,48 bis 9,65). In den zusammenfassenden Studienberichten auf der Website von Eli Lilly waren fast alle Todesfälle vermerkt, aber es fehlten alle Ereignisse mit Suizidgedanken, und die Angaben zu den übrigen Ergebnissen waren unvollständig. (Sharma et al., 2016)
Suizidalität (Meta-Analyse)	Odds ratio 1,62 (CI 95% 0,97 — 2,71) Basierend auf Daten von Patienten und 372 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Bei Teilnehmern mit nicht-psychiatrischen Indikationen waren Suizidalität und Suizidgedanken extrem selten. Bei den Teilnehmern mit psychiatrischen Indikationen war das Risiko mit dem Alter verbunden. Für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken und nur für suizidales Verhalten betrugen die jeweiligen Odds Ratios 1,62 (95% Konfidenzintervall 0,97 bis 2,71) und 2,30 (1,04 bis 5,09) für Teilnehmer im Alter von <25 Jahren, 0,79 (0,64 bis 0,98) und 0,87 (0,58 bis 1,29) für Teilnehmer im Alter von 25-64 Jahren und 0,37 (0,18 bis 0,76) und 0,06 (0,01 bis 0,58) für Teilnehmer im Alter von ≥65 Jahren. Wenn das Alter als kontinuierliche Variable modelliert wurde, sank die Odds Ratio für suizidales Verhalten oder Suizidgedanken mit einer Rate von 2,6 % pro

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Behandlung mit SSRI/ SNRI/ weiteren Antidepressiva	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Altersjahr (-3,9 % bis -1,3 %, P=0,0001) und die Odds Ratio für suizidales Verhalten mit einer Rate von 4,6 % pro Altersjahr (-7,4 % bis -1,8 %, P=0,001). (Stone et al., 2009)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 1797 Studien.			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die antisuizidale Wirkung von Clozapin und Lithium ist erwiesen, aber möglicherweise weniger spezifisch als bisher angenommen. Wirksame pharmakologische und psychologische Behandlungen von Depressionen sind wichtig für die Prävention. Eine Auswertung des Zusammenhangs zwischen Änderungen bei der Verschreibung von Antidepressiva und Änderungen bei der Suizidprävalenz ergab jedoch in 29 europäischen Ländern einen eindeutigen umgekehrten Zusammenhang.72 Bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen gibt es keine Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva aufgrund eines erhöhten Risikos für suizidales Verhalten vermieden werden sollte, obwohl es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken in dieser Bevölkerungsgruppe gibt. Die Daten sprechen für den Einsatz einiger pharmakologischer Maßnahmen zur Suizidprävention. Erstens wird eine antidepressive Pharmakotherapie bei Erwachsenen mit einem geringeren Suizidrisiko in Verbindung gebracht, während die Einleitung einer Pharmakotherapie nicht zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führt (Zalsman et al., 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

Eine Behandlung mit Ketamin/ Esketamin **kann** für erwachsene Patient*innen mit akuter Suizidalität im Rahmen einer Depression zur kurzfristigen Reduktion der Suizidalität angeboten werden.

Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*Innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Ketamin/ Esketamin
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien.			**Hoch**	Die Studie zeigte, dass intravenöse subanästhetische Ketamindosen und intranasal inhaliertes Esketamin eine signifikante Anti-SI-Wirkung hatten. Insbesondere Ketamin bewirkte eine starke Anti-SI-Wirkung innerhalb von 4-6 Stunden (Cohen's d = 1,16, 95% CI: 0,50, 1,81) und eine mittelstarke Wirkung innerhalb von 24 Stunden (Cohen's d = 0,95, 95% CI: 0,48, 1,41). Esketamin hingegen bewirkte eine geringfügige bis mittelstarke Anti-SI-Wirkung im 4-6-Stunden-Zeitraum (Cohen's d = 0,26, 95% CI: 0,09, 0,44) und im 24-Stunden-Zeitraum (Cohen's d = 0,30, 95% CI: 0,17, 0,47). (Chen et al., 2023)
Suizide/ Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien.			**Hoch**	Die Nachweise für pharmakologische Behandlungen deuten darauf hin, dass Ketamin im Vergleich zu Placebo oder Midazolam die Suizidgedanken bei minimalen unerwünschten Ereignissen reduziert. Lithium verringert die Suizidraten bei Patienten mit unipolaren oder bipolaren Stimmungsstörungen im Vergleich zu Placebo. Es wurden jedoch keine Unterschiede zwischen Lithium und anderen Medikamenten hinsichtlich der Verringerung von Suiziden festgestellt. (D'Anci et al., 2019)
Suizidgedanken (Esketamine) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 3 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der	Die Verwendung von Esketamin bei Patienten mit schweren Depressionen und Suizidgedanken wurde mit Placebo verglichen. Es reduziert die Werte der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Depressionsbewertungsskala (MADRS), standardisierte mittlere Differenz von 3,18 Punkten, und 24 Stunden nach der ersten Dosis. Hohe Beweissicherheit. - Es reduziert die Werte der Depressions-Rating-Skala (MADRS), standardisierte mittlere Differenz von 2,94 Punkten, und die Analyse vor der Einnahme im 25-Tage-Follow-up. Mäßige Beweissicherheit. - Es reduziert die Werte der Depressionsbewertungsskala (MADRS), standardisierte mittlere Differenz von 1,75 Punkten, und die Analyse vor der Verabreichung in der 90-Tage-Nachbeobachtung. Geringe Sicherheit der Evidenz. - Es erhöht die Remissionsrate um 5% (MADRS ≤12 Punkte), NNT=20, in 24 h nach der ersten Behandlungsdosis. Hohe Beweissicherheit. - Es gibt keinen Unterschied in der Remissionsrate bei der 8-Tage-Nachbeobachtung und der Analyse vor der Dosis. Hohe Beweissicherheit. - Erhöht die Remissionsrate um 12 % (MADRS ≤12 Punkte), NNT=8, bei 25 Tagen und Analyse vor der Dosis. (Floriano et al., 2023)
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 26 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Intravenöses racemisches Ketamin war den Kontrollmedikamenten (Placebo oder Midazolam) innerhalb der ersten 72 Stunden überlegen, trotz starker Placeboeffekte. Unerwünschte Ereignisse waren geringfügig und vorübergehend. Im Gegensatz dazu unterschied sich intranasales Esketamin in groß angelegten Studien nicht von Placebo. Zu den Einschränkungen, klinischen Überlegungen und Möglichkeiten für künftige

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Forschungsarbeiten gehören folgende Punkte: große Placeboeffekte bei der Untersuchung der Verringerung von Suizidgedanken; geringe Bedenken hinsichtlich der Qualität der Verblindung aufgrund dissoziativer Effekte; keine Studien zum Risiko/zur Vorbeugung von Suizidhandlungen und zur Sterblichkeit; Mangel an Studien, die über affektive Störungen hinausgehen; keine Studien bei Jugendlichen und älteren Menschen; mangelnde Kenntnisse über langfristige Nebenwirkungen, insbesondere die Gefahr des Missbrauchs; keine robusten prädiktiven Marker; begrenztes Verständnis der Mechanismen, die Ketamin auf Suizidgedanken ausübt; Notwendigkeit einer verbesserten Bewertung von Suizidgedanken in klinischen Studien; Notwendigkeit von Studien in ambulanten Einrichtungen, in der Notaufnahme und in der Liaison-Beratung; Notwendigkeit von Forschung über die Verabreichung von Ketamin; begrenztes Wissen über die positiven und negativen Auswirkungen von Begleitbehandlungen. (Jollant et al., 2023)
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Von 34 Studien berichteten fünf über die Überlegenheit von Ketamin oder Esketamin gegenüber Placebo bei der Verringerung von SI bei depressiven Personen innerhalb einer Woche, während fünf Studien negative Ergebnisse lieferten. Einzelne Studien berichteten über positive Ergebnisse für die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					einmonatige antisuizidale Wirksamkeit von Buprenorphin, Paroxetin, einem Krisenreaktionsplan und assertivem Fallmanagement. Die meisten Studien waren nicht ausreichend aussagekräftig und wiesen ein mittleres bis hohes Risiko für Verzerrungen auf. (Lengvenyte et al., 2021)
Suizidalität (Ketamine) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 3 Studien.			**Niedrig** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es wurden drei relevante, prospektive Studien mit einer durchschnittlichen Stichprobengröße von 25,7 ermittelt. In jeder dieser Studien wurden 0,2 mg/kg Ketamin bei Personen eingesetzt, die eine aktive Behandlung erhielten. In jeder Studie wurde über einen Rückgang der depressiven Symptome bei den mit Ketamin behandelten Personen berichtet. Eine Studie berichtete über eine signifikante Verringerung der SI im Vergleich zu Placebo nach 90 Minuten, die nach 230 Minuten nicht mehr signifikant war. In keiner Studie wurden signifikante unerwünschte Ereignisse gemeldet. (Maguire et al., 2021)
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Schnell wirkende Medikamente wie Ketamin können bei akutem Suizidrisiko eine Rolle spielen, sind aber zur Vorbeugung von Suizidversuchen nicht erprobt. Ketamin reduziert die Suizidgedanken bei schweren Depressionen und bipolaren Störungen innerhalb von 1-4 Stunden und nicht erst nach Wochen wie andere Antidepressiva. Eine rasche, robuste Verringerung der Suizidgedanken kann die Sicherheit der Patienten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					erheblich erhöhen, doch die Wirkung von Ketamin auf suizidales Verhalten ist unbekannt und hat daher in der Forschung zur Suizidprävention Priorität. Es werden weitere Informationen über die relative Wirksamkeit von intranasalem und intravenösem Ketamin benötigt. (Mann et al., 2023)
Suizidgedanken (Ketamine) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 6 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Neun Veröffentlichungen (sechs Studien und drei Fallberichte) erfüllten die Suchkriterien für die Bewertung von SI nach Verabreichung von Ketamin in Subanästhesie. Es gab keine Studien, die die Auswirkungen auf Suizidversuche oder den Tod durch Suizid untersuchten. In jeder Studie wurde eine rasche und klinisch signifikante Verringerung der SI nachgewiesen, wobei die Ergebnisse mit den zuvor beschriebenen Daten zu Ketamin und behandlungsresistenten Depressionen vergleichbar sind. In der Literatur wird von insgesamt 137 Patienten mit SI berichtet, die therapeutisches Ketamin erhalten haben. In sieben Studien wurde eine Dosis von 0,5 mg/kg intravenös über 40 Minuten verabreicht, während in einer Studie ein intravenöser Bolus von 0,2 mg/kg und in einer anderen Studie eine flüssige Suspension verabreicht wurde. Die frühesten signifikanten Ergebnisse wurden nach 40 Minuten beobachtet, die längsten Ergebnisse wurden bis zu 10 Tage nach der Infusion beobachtet. (Reinstatler & Youssef, 2015)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Ketamine)	Basierend auf Daten von Patienten und 27 Studien.			**Hoch**	Von 27 Studien, die sich mit Ketamin zur Behandlung von Suizidgedanken befassten, berichteten nur vier über gemischte oder negative Ergebnisse, und von neun Übersichten war Ketamin nur in fünf signifikant vorteilhaft. Ein vorübergehender Anstieg der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, Dissoziation, Verwirrung, verschwommenes Sehen, Übelkeit und Schwindel waren die häufigsten unerwünschten Wirkungen; die meisten waren jedoch leicht. Mehr als zwei Drittel der eingeschlossenen Studien wurden als von geringer oder kritisch geringer Qualität eingestuft. In den meisten Übersichten wurden vorläufige Belege für die kurzfristige Wirksamkeit von Ketamin bei Suizidalität angeführt; die langfristigen Auswirkungen blieben jedoch unbekannt. Aufgrund der geringen Qualität vieler Studien und der Einschränkungen bei den Kernstudien sind weitere Untersuchungen erforderlich. (Shamabadi et al., 2022)
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 15 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Ergebnisse von Studien mit Esketamin zeigten keine antisuizidale Wirkung, da keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt wurden. Intravenös verabreichtes Ketamin schien den Schweregrad von Suizidgedanken und depressiven Symptomen bei Personen mit Suizidgedanken zu Beginn der Behandlung rasch zu verringern, obwohl retrospektive Studien darauf hindeuten, dass diese Wirkungen möglicherweise nur von kurzer Dauer sind.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Während der doppelblinden Behandlungsphasen unternahmen 2,4 % der Patienten aus den Behandlungsgruppen und 1,5 % der Patienten aus den Kontrollgruppen einen Suizidversuch, wobei es sowohl in der Behandlungs- als auch in der Kontrollgruppe in dieser Phase keine Todesfälle durch Suizid gab. Auf der Grundlage der gesamten gepoolten Stichproben wurden die Studien als relativ sicher eingestuft, und die kontinuierliche Einbeziehung dieser Studienpopulation in künftige klinische Studien wird empfohlen. Künftige Forschungsarbeiten sollten darauf abzielen, die Wirksamkeit von Ketamin bei Patienten mit Suizidalität zu Beginn der Studie im Längsschnitt zu untersuchen. (Siegel et al., 2021)
Suizidgedanken (Ketamine) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 11 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Ketamin reduzierte rasch (innerhalb eines Tages) die Suizidgedanken sowohl bei den von den Ärzten durchgeführten als auch bei den von den Patienten selbst gemeldeten Ergebnissen signifikant. Die Effektstärken waren mäßig bis groß (Cohen's d=0,48-0,85) zu allen Zeitpunkten nach der Verabreichung. Eine Sensitivitätsanalyse zeigte, dass Ketamin im Vergleich zu Kontrollbehandlungen signifikante Vorteile bei den einzelnen Suizid-Items des MADRS, des HAM-D und des QIDS-SR, nicht jedoch beim BDI, hatte. Die Wirkung von Ketamin auf Suizidgedanken blieb auch dann signifikant, wenn man die gleichzeitigen Veränderungen im Schweregrad der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					depressiven Symptome berücksichtigte. (Wilkinson et al., 2018)
Suizidgedanken bei Erwachsenen mit Psychischen Störungen (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 572 Patienten und 15 Studien.			**Hoch**	Die Evidenz wurde als mäßig bis gering eingestuft. In den meisten Studien wurde Ketamin in einer Dosis von 0,5 mg/kg über eine einzige intravenöse Infusion über einen Zeitraum von 30 bis 45 Minuten verabreicht. Es wurde nur eine einzige Studie mit intranasalem Ketamin gefunden. 4 Stunden nach der Infusion war die Behandlung mit Ketamin mit einer signifikanten Verringerung der Werte für Suizidgedanken verbunden (standardisierte mittlere Differenz = 0,51, 95 % Konfidenzintervall = [-1,00, -0. 03]), die bis 72 Stunden nach der Infusion anhielt (Zeitpunkte zwischen 12 und 24 Stunden: standardisierte mittlere Differenz=-0,63, 95 % Konfidenzintervall=[-0,99, -0,26]; zwischen 24 und 72 Stunden: standardisierte mittlere Differenz=-0,57, 95 % Konfidenzintervall=[-0,99, -0,14]), danach jedoch nicht mehr. Allerdings waren die Ergebnisse sehr heterogen. In einer einzigen Studie mit Esketamin wurden marginale Auswirkungen auf Suizidgedanken beobachtet. Was die tatsächliche Suizidalität anbelangt, so gab es praktisch keine Daten über die Auswirkungen von Ketamin oder Esketamin. (Witt et al., 2020)
Suizidgedanken/ Suizidversuche bei Patient*innen mit behandlungsresistenter Depression (Kohortenstudie)	Basierend auf Daten von 321.367 Patienten und 1 Studien. (Beobachtungsstudien)			**Sehr niedrig** Keine randomisierte Studie	Die Verschreibung von Ketamin (einschließlich Esketamin) war im Vergleich zur Verschreibung anderer gängiger Antidepressiva mit einem deutlich geringeren

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Ketamin/ Esketamin	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Beobachtungszeit: 270 Tage.				Risiko für Suizidgedanken verbunden: HR = 0,65 (95% CI: 0,53 - 0,81) bei 1 Tag - 7 Tage, 0,78 (95% CI: 0,66 - 0,92) bei 1 Tag - 30 Tage, 0,81 (95% CI: 0,70 - 0,92) bei 1 Tag - 90 Tage, 0,82 (95% CI: 0,72 - 0,92) bei 1 Tag - 180 Tage und 0,83 (95% CI: 0,74 - 0,93) bei 1 Tag - 270 Tage. Dieser Trend war besonders ausgeprägt bei Erwachsenen über 24 Jahren, Männern und weißen Patienten mit TRD. Kein signifikanter Unterschied wurde bei Suizidversuchen beobachtet, mit Ausnahme eines signifikant erhöhten Risikos für Jugendliche (im Alter von 10-24 Jahren) bei 1 Tag - 30 Tagen mit HR = 2,22 (95% CI: 1,01-4,87). (Pan et al., 2023)

Referenzen

43. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. Focus (American Psychiatric Publishing) 2023;21(2):182-196 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

385. Chen C-C, Zhou NA, Hu NA, Feng J-G, Wang X-B. Acute Effects of Intravenous Sub-Anesthetic Doses of Ketamine and Intranasal Inhaled Esketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychiatric disease and treatment 2023;19:587-599 Pubmed Journal

386. Floriano I, Silvinato A, Bernardo WM. The use of esketamine in the treatment of patients with severe depression and suicidal ideation: systematic review and meta-analysis. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992) 2023;69(4):e2023D694 Pubmed Journal

387. Jollant F, Colle R, Nguyen TML, Corruble E, Gardier AM, Walter M, et al. Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. Therapeutic advances in psychopharmacology 2023;13:20451253231151327 Pubmed Journal

388. Lengvenyte A, Olié E, Strumila R, Navickas A, Gonzalez Pinto A, Courtet P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2021;22(9):670-685 Pubmed Journal

389. Maguire L, Bullard T, Papa L. Ketamine for acute suicidality in the emergency department: A systematic review. The American journal of emergency medicine 2021;43:54-58 Pubmed Journal

390. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. Drugs in R&D 2015;15(1):37-43 Pubmed Journal

391. Shamabadi A, Ahmadzade A, Hasanzadeh A. Ketamine for suicidality: An umbrella review. British journal of clinical pharmacology 2022;88(9):3990-4018 Pubmed Journal

392. Siegel AN, Di Vincenzo JD, Brietzke E, Gill H, Rodrigues NB, Lui LMW, et al. Antisuicidal and antidepressant effects of ketamine and esketamine in

patients with baseline suicidality: A systematic review. Journal of psychiatric research 2021;137:426-436 Pubmed Journal

393. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. The American journal of psychiatry 2018;175(2):150-158 Pubmed Journal

394. Witt K, Potts J, Hubers A, Grunebaum MF, Murrough JW, Loo C, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2020;54(1):29-45 Pubmed Journal

395. Pan Y, Gorenflo MP, Davis PB, Kaelber DC, De Luca S, Xu R. Suicidal ideation and suicide attempt following ketamine prescription in patients with treatment-resistant depression: a nation-wide cohort study. Research square 2023. Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Verweis auf die Empfehlung der Leitlinie ADHS:

Psychostimulantien (Methylphenidat, Amphetamin und dessen Derivate) **sollen** Patient*innen mit ADHS gemäß den Empfehlungen der LL ADHS angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient*Innen mit akuter Suizidalität
Intervention: Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation

Vergleichsintervention: Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Atomoxetine) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Sehr niedrig** Alle 14 Studien von einem Unternehmen	In den Atomoxetin-Studien zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beging kein Patient Suizid. Die Häufigkeit von Suizidgedanken betrug 0,37 % (5/1357) bei pädiatrischen Patienten, die Atomoxetin einnahmen, gegenüber 0 % (0/851) in der Placebogruppe; Mantel-Haenszel-Inzidenzdifferenz von 0,46 (95 % Konfidenzintervall 0,09-0,83; p =.016) und Mantel-Haenszel-Risikoverhältnis von 2,92 (95 % Konfidenzintervall 0,63-13,57; p =.172). Die Häufigkeit von Suizid-bezogenen Ereignissen bei pädiatrischen Patienten mit ADHS unterschied sich nicht zwischen Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlungen (Mantel-Haenszel-Inzidenzdifferenz von -0,12 (95%-Konfidenzintervall -0,62 bis 0,38; p = 0,649). Die Zahl der für ein zusätzliches Suizid-Ereignis bei pädiatrischen Patienten erforderlichen Schädigung liegt bei 227 im Vergleich zu der Zahl, die für die Behandlung von fünf Patienten erforderlich ist, um eine Remission der ADHS-Symptome zu erreichen. (Bangs et al., 2008)
Suizidalität (Atomoxetine) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Nur eine Studie eingeschlossen, nur ein Unternehmen	In diesem Datensatz wurden keine abgeschlossenen Suizide in der pädiatrischen oder erwachsenen Population berichtet. Ein pädiatrischer Fall (Suizidversuch) (und keine Ereignisse bei erwachsenen Patienten) wurde als suizidales Verhalten in der Atomoxetin-Gruppe

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					kategorisiert. Die Häufigkeit von kombiniertem suizidalem Verhalten oder Suizidgedanken unter Atomoxetin-Behandlung betrug 0,37 % bei pädiatrischen Patienten (gegenüber 0,07 % unter Placebo) und 0,11 % bei Erwachsenen (gegenüber 0,12 % unter Placebo), und das Risiko war im Vergleich zu Placebo statistisch nicht signifikant (MHRR = 1,57; p = 0,42 bzw. MHRR = 0,96; p = 0,96). Bei pädiatrischen Patienten wurden im Vergleich zu Placebo nur Suizidgedanken häufiger berichtet (MHRR = 1,63; p = 0,41). (Bangs et al., 2014)
Behandlung einer behandlungsresistenten Episode einer schweren Depression. (Psilocybin) (RCT)	Basierend auf Daten von Patienten und 2 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Insgesamt waren 79 Teilnehmer in der 25-mg-Gruppe, 75 in der 10-mg-Gruppe und 79 in der 1-mg-Gruppe. Der mittlere MADRS-Gesamtwert bei Studienbeginn lag in jeder Gruppe bei 32 oder 33. Die kleinste quadratische mittlere Veränderung der Punktzahl von Studienbeginn bis Woche 3 betrug -12,0 für die 25-mg-Gruppe, -7,9 für die 10-mg-Gruppe und -5,4 für die 1-mg-Gruppe; der Unterschied zwischen der 25-mg-Gruppe und der 1-mg-Gruppe betrug -6,6 (95% Konfidenzintervall [CI], -10,2 bis -2,9; P<0,001) und zwischen der 10-mg-Gruppe und der 1-mg-Gruppe -2,5 (95% CI, -6,2 bis 1,2; P=0,18). In der 25-mg-Gruppe unterstützten die Inzidenzen des Ansprechens und der Remission nach 3 Wochen, nicht jedoch das anhaltende Ansprechen nach 12 Wochen, im Allgemeinen die primären Ergebnisse. Unerwünschte Ereignisse traten bei 179 von 233 Teilnehmern (77 %)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					auf, darunter Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel. Suizidgedanken, suizidales Verhalten oder Selbstverletzungen traten in allen Dosisgruppen auf. (Goodwin et al., 2022)
Selbstverletzendes Denken und Verhalten (Psychopharmaka) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 718 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im Durchschnitt bewirkten die Medikamente eine 8%ige Verringerung der Häufigkeit selbstverletzenden Denkens und Verhaltens (SITB) und eine Verringerung der Symptome und des Schweregrads um 0,2 Standardabweichungen. Die Ergebnisse waren über die potenziellen Einflussfaktoren hinweg weitgehend konsistent, und es wurden keine signifikanten Hinweise auf Publikationsverzerrungen festgestellt. Nur eine Medikamentenklasse (d. h. Antipsychotika) und zwei spezifische Medikamente (d. h. Citalopram, Ketamin) zeigten überdurchschnittliche Behandlungseffekte. Psychostimulanzien und typische Antipsychotika können iatrogene Wirkungen haben. Weniger als 4 % der eingeschlossenen Studien setzten voraus, dass die Probanden eine SITB aufwiesen, und fast die Hälfte der analysierten Effekte stammte aus Studien, die Probanden aufgrund des SITB-Risikos ausschlossen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Psychopharmaka geringe Behandlungseffekte auf die SITB haben. Diese Ergebnisse sollten jedoch vor dem Hintergrund der methodischen Einschränkungen der vorhandenen Literatur

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					betrachtet werden, einschließlich des Mangels an Studien, die bewusst Personen mit SITB einschließen. (Huang et al., 2022)
Suizidalität bei ADHS (Methylphenidat und Atomoxetin) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Hoch**	Neun Studien wurden in diese quantitative Analyse einbezogen. Die Analyse umfasste 602864 Patienten mit ADHS (521125 und 81739 Patienten nahmen Methylphenidat [MPH-Gruppe] bzw. Atomoxetin [ATX-Gruppe]) und 19230 gesunde Kontrollpersonen. Die Gesamtschätzungen lagen in der Reihenfolge der Kontroll-, MPH- und ATX-Gruppen; es wurde jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit von Ereignissen festgestellt (p=0,553 für Kontrolle vs. MPH; p=1,000 für Kontrolle vs. ATX; p=1,000 für MPH vs. ATX). (Kim et al., 2023)
Unerwünschte Folgen von Atomoxetin bei Kindern mit Autismus. (RCT)	Basierend auf Daten von 128 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Indirektheit Generierung einer Zufallssequenz Verdeckte Zuordnung Verblindung von Teilnehmern und Personal Verblindung bei der Ergebnisbewertung	ATX wurde mit vermindertem Appetit und Müdigkeit in Verbindung gebracht, war aber ansonsten gut verträglich. Die meisten berichteten Nebenwirkungen dauerten 4 Wochen oder weniger. Im Gegensatz zu Berichten über Kinder mit typischer Entwicklung (TD) gab es keine Probleme mit QTc-Veränderungen oder Suizidgedanken. (Tumuluru et al., 2017)
Suizidalität (Klassische Psychedelika) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 64 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem lebenslangen Konsum klassischer Psychedelika und Suizidalität waren gemischt, wobei die Studien einen positiven, negativen oder keinen signifikanten Zusammenhang feststellten.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung	**Intervention** Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Es wurde eine kleine Anzahl von Berichten über Suizide und verminderte Suizidalität nach nicht-klinischem klassischem psychedelischem Konsum gefunden. Es wurden mehrere Fälle von Suizid im Rahmen der frühen psychedelischen Therapie festgestellt; es war jedoch unklar, ob dies auf die psychedelische Therapie selbst zurückzuführen war. In neueren klinischen Studien zur psychedelischen Therapie fanden wir keine Berichte über erhöhte Suizidalität und vorläufige Belege für einen akuten und anhaltenden Rückgang der Suizidalität nach der Behandlung. (Zeifman et al., 2021)
Suizidalität (Psychedelische Therapie) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			Unbekannt	Wir haben 8 relevante Studien identifiziert und erfolgreich Daten aus 7 Studien gesammelt. Die Analyse der standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMDs) ergab, dass die psychedelische Therapie im Vergleich zum Ausgangswert mit großen Effektstärken für die akute (80-240 Minuten) und anhaltende (1 Tag, 1-8 Wochen und 3-4 Monate) Abnahme der Suizidalität verbunden war (SMD = -1,48 bis -2,36; 95% CI-Bereich, -4,30 bis 0,23). Nach 6 Monaten war die Effektgröße mittel (SMD = -0,65; 95 % KI, -1,14 bis -0,16). Die Verringerung der Suizidalität war zu allen Zeitpunkten signifikant, außer nach 7-8 Wochen. Akute und postakute Erhöhungen der Suizidalität waren selten (6,5% bzw. 3,0%). (Zeifman et al., 2022)

Referenzen

396. Zeifman RJ, Yu D, Singhal N, Wang G, Nayak SM, Weissman CR. Decreases in Suicidality Following Psychedelic Therapy: A Meta-Analysis of Individual Patient Data Across Clinical Trials. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

397. Zeifman RJ, Singhal N, Breslow L, Weissman CR. On the Relationship between Classic Psychedelics and Suicidality: A Systematic Review. ACS pharmacology & translational science 2021;4(2):436-451 Pubmed Journal

398. Zeifman RJ, Palhano-Fontes F, Hallak J, Arcoverde E, Maia-Oliveira JP, Araujo DB. The Impact of Ayahuasca on Suicidality: Results From a Randomized Controlled Trial. Frontiers in pharmacology 2019;10:1325 Pubmed Journal

399. Tumuluru RV, Corbett-Dick P, Aman MG, Smith T, Arnold LE, Pan X, et al. Adverse Events of Atomoxetine in a Double-Blind Placebo-Controlled Study in Children with Autism. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2017;27(8):708-714 Pubmed Journal

400. Kim JH, Park S, Lee YJ. Systematic Review of Suicidal Behaviors Related to Methylphenidate and Atomoxetine in Patients With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2023;34(2):125-132 Pubmed Journal

401. Huang X, Harris LM, Funsch KM, Fox KR, Ribeiro JD. Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. Translational psychiatry 2022;12(1):400 Pubmed Journal

402. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. The New England journal of medicine 2022;387(18):1637-1648 Pubmed Journal

403. Bangs ME, Wietecha LA, Wang S, Buchanan AS, Kelsey DK. Meta-analysis of suicide-related behavior or ideation in child, adolescent, and adult patients treated with atomoxetine. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2014;24(8):426-34 Pubmed Journal

404. Bangs ME, Tauscher-Wisniewski S, Polzer J, Zhang S, Acharya N, Desaiah D, et al. Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008;47(2):209-218 Pubmed Journal

5. Andere Therapieverfahren

Die Wirkung von telemedizinischen und digitalen Angeboten auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Die Akzeptanz von telemedizinischen Angeboten ist nachgewiesen, die Effektstärken auf Suizidalität sind jedoch unbekannt. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden
Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz
Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen
Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen
Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit
Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit
Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit
Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: DIGA (Apps), digitale Kriseninterventionsangebote (Telefonseelsorge, Krisenkompass) und Mailberatungen
Vergleichsintervention: Keine DIGA (Apps), digitale Kriseninterventionsangebote (Telefonseelsorge, Krisenkompass) und Mailberatungen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine telemedizinischen Angebote	**Intervention** Telemedizinische Angebote	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Akzeptanz für digitale Interventionen zur Verhinderung von Suizidalität (Systematischer				**Hoch**	Es wurde festgestellt, dass die neuen Technologien gut akzeptiert und toleriert werden als Unterstützung der Suizidprävention bei Jugendlichen. Bislang gibt

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine telemedizinischen Angebote	**Intervention** Telemedizinische Angebote	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)					es jedoch nur wenige Daten, die den Einsatz solcher Interventionen in der klinischen Praxis und für Präventionsstrategien untersuchen (Forte et al., 2021).
Selbstverletzendes Verhalten (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,84 (CI 95% 0,74 — 0,96)			**Hoch**	Die Metaanalyse ergab einen signifikanten Nutzen aller psychologischen und psychosozialen Interventionen zur Verringerung der Wiederholung von Selbstverletzungen (Risikoverhältnis 0,84; 95 % KI 0,74-0,96; Number Needed to Treat=33); Sensitivitätsanalysen zeigten jedoch, dass dieser Nutzen nicht signifikant war, wenn man sich auf eine begrenzte Anzahl hochwertiger Studien beschränkte. Die Meta-Regression zeigte, dass die Art der Intervention die Behandlungseffekte nicht veränderte (Hetrick et al., 2016).
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse zeigten einige positive Auswirkungen von mHealth-Interventionen für Personen mit erhöhtem Suizid- oder Selbstverletzungsrisiko, einschließlich einer Verringerung von Depressionen, psychischen Problemen und Selbstverletzungen sowie einer Steigerung der Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung. Keine der untersuchten Anwendungen konnte die Suizidgedanken im Vergleich zu einer Kontrollbedingung signifikant verringern (Melia et al., 2020).
Selbstverletzung oder Suizidversuch	Odds ratio 0,87 (CI 95% 0,74 — 1,04)			**Hoch**	Für jede nachfolgende Episode von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine telemedizinischen Angebote	**Intervention** Telemedizinische Angebote	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Meta-Analyse)					Selbstverletzung oder Suizidversuch gab es eine nicht signifikante Verringerung der gepoolten Odds Ratio (OR) von 0,87 (95% CI 0,74-1,04, P = 0119) für die Intervention (Einsatz von kurzen Kontakt-maßnahmen wie Telefonkontakte; Notfall- oder Krisenkarten; und Postkarten- oder Briefkontakte) im Vergleich zur Kontrolle (Milner et al., 2015).
Suizide (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,58 (CI 95% 0,24 — 1,38)			**Hoch**	Einsatz von kurzen Kontaktmaßnahmen (Telefonkontakte; Notfall- oder Krisenkarten; und Postkarten- oder Briefkontakte): Es gab keine signifikante Verringerung der Suizidwahrscheinlichkeit bei der Intervention im Vergleich zur Kontrolle (OR = 0,58, 95% CI 0,24-1,38) (Milner et al., 2015).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Hoch**	Im Allgemeinen wurden die Apps von den Teilnehmern als akzeptabel und hilfreich eingestuft. Die Wirksamkeit mobiler Apps wurde in den meisten Studien bestätigt, auch wenn sie begrenzt ist und mit sehr heterogenen Methoden bewertet wurde. Mobile Apps könnten eine hilfreiche Ergänzung zu herkömmlichen Präventionsmaßnahmen darstellen, indem sie eine Echtzeitüberwachung von Risikopersonen, personalisierte Tools zur Bewältigung von Suizidkrisen und einen unmittelbaren Zugang zu spezifischer Unterstützung bieten (Sarubbi et al, 2022).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,27 — -0,1)			**Hoch**	Einsatz von selbstgesteuerten digitalen Interventionen (App- oder webbasiert, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine telemedizinischen Angebote	**Intervention** Telemedizinische Angebote	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					theoriebasierte therapeutische Inhalte vermittelten) Das primäre Ergebnis des Gesamteffekts nach der Intervention in Bezug auf Suizidgedanken war gering, aber unmittelbar nach der aktiven Interventionsphase signifikant (Hedges' g -0,18, 95% CI -0,27 bis -0,10, p<0-0001; I2=0%, I2 CI 0,0-47,9) (Torok et al., 2020)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,23 (0,35 — -0,11)			**Hoch**	Einsatz von selbstgesteuerten digitale Interventionen (App- oder webbasiert, die theoriebasierte therapeutische Inhalte vermittelten): Das sekundäre Ziel, der Vergleich direkter und indirekter Interventionen, zeigte, dass direkte Interventionen (die auf Suizidalität abzielten) die Suizidgedanken nach der Intervention signifikant verringerten (g -0,23, 95% CI -0,35 bis -0,11, p<0,0001; I2=17-6%, I2 CI 0,0-58,6) (Torok et al., 2020)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,12 (-0,25 — 0,01)			**Hoch**	Einsatz von selbstgesteuerten digitale Interventionen (App- oder webbasiert, die theoriebasierte therapeutische Inhalte vermittelten): Indirekte Interventionen (die auf Depression abzielten) erreichten keine Signifikanz (g -0,12, 95% CI -0,25 bis 0,01, p=0-071; I2=0%, I2 CI 0-0-30-7) (Torok et al., 2020)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,36 (CI 95% 0,27 — 0,49)			**Hoch**	Digitale Interventionen zur Behandlung von Suizidgedanken und Selbstverletzungen sind möglicherweise wirksamer als eine Wartelistenkontrolle. Es ist

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine telemedizinischen Angebote	**Intervention** Telemedizinische Angebote	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					derzeit unklar, ob diese Verringerungen von Suizidgedanken klinisch signifikant sind- Suizidgedanken in drei Beobachtungsstudien vor und nach dem Test (OR 0,36, 95% CI 0,27-0,49, 3 Studien, I 2 = 0%, p < 0,0001 (Witt et al., 2017)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				**Hoch**	Einsatz von standalone-Smartphone-Apps für psychische Gesundheit: Keine signifikanten gepoolten Effekte wurden für Angstzustände, Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Alkoholkonsum gefunden (g = -0,14 bis 0,18) (Weisel et al., 2019).

Referenzen

75. Witt K, Boland A, Lamblin M, McGorry PD, Veness B, Cipriani A, et al. Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in medical students: a systematic review and meta-analysis. Evidence-based mental health 2019;22(2):84-90 Pubmed Journal

82. Forte A, Sarli G, Polidori L, Lester D, Pompili M. The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. Medicina (Kaunas, Lithuania) 2021;57(2) Pubmed Journal

84. Hetrick SE, Robinson JO, Spittal MJ, Carter G. Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. BMJ open 2016;6(9):e011024 Pubmed Journal

91. Melia R, Francis K, Hickey E, Bogue J, Duggan J, O'Sullivan M, et al. Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. JMIR mHealth and uHealth 2020;8(1):e12516 Pubmed Journal

93. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson JO, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2015;206(3):184-90 Pubmed Journal

97. Sarubbi S, Rogante E, Erbuto D, Cifrodelli M, Sarli G, Polidori L, et al. The Effectiveness of Mobile Apps for Monitoring and Management of Suicide Crisis: A Systematic Review of the Literature. Journal of clinical medicine 2022;11(19) Pubmed Journal

98. Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, Larsen ME, et al. Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. The Lancet. Digital health 2020;2(1):e25-e36 Pubmed Journal

101. Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health-a systematic review and meta-analysis. NPJ digital medicine 2019;2:118 Pubmed Journal

Psychosoziale Therapien **können** Patient*Innen mit Suizidalität angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Soziotherapie
Vergleichsintervention: Keine Soziotherapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Soziotherapie	**Intervention** Soziotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Systematischer Review)				**Hoch**	Die systematische Überprüfung ergab, dass arbeitstherapeutische Maßnahmen wie Programme zur Wiedereingliederung in das Berufsleben und Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensstils bei Erwachsenen wirksam zur Verbesserung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Soziotherapie	**Intervention** Soziotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					der Symptome von Depressionen und zur Verringerung von Angstzuständen und Suizidgedanken beitragen können (Christie et al., 2021).
Selbstverletzung	Odds ratio 0,73 (0,65 — 0,82)			**Sehr niedrig** matched cohort design, keine randomisierte Studie	Einsatz von psychosozialer Therapie nach einer vorsätzlichen Selbstverletzung: Die psychosoziale Therapie war mit einem geringeren Risiko für Selbstverletzung verbunden als keine psychosoziale Therapie (Odds Ratio OR=0,73, 95 % KI 0,65–0,82) innerhalb eines Jahres (Erlangsen et al., 2015).
Wiederholte Selbstverletzung	Odds ratio 0,84 (0,77 — 0,91)			**Sehr niedrig** matched cohort design, keine randomisierte Studie	Einsatz von psychosozialer Therapie nach einer vorsätzlichen Selbstverletzung: Langfristige Effekte (20-Jahre-Follow-up) für wiederholte Selbstverletzungen (0,84, 0,77–0,91; absolute Risikoreduktion(ARR)=2,6 %, 1,5–3,7; NNT=39, 95 % KI 27–69), was bedeutet, dass 145 Vorfälle von Selbstverletzung verhindert wurden (Erlangsen et al., 2015)
Suizide	Odds ratio 0,75 (0,5 — 0,94)			**Sehr niedrig** matched cohort design, keine randomisierte Studie	Einsatz von psychosozialer Therapie nach einer vorsätzlichen Selbstverletzung: Langfristige Effekte (20-Jahre-Follow-up) wurden für Todesfälle durch Suizid (OR 0,75, 0,60–0,94; ARR 0,5 %, 0,1–0,9; NNT 188, 108–725, was bedeutet, dass 30 Todesfälle durch Suizid verhindert wurden (Erlangsen et al., 2015)
Suizidgedanken und suizidales Verhalten				**Hoch**	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Maßnahmen zur Suizid-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Soziotherapie	**Intervention** Soziotherapie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)					Sicherheitsplanung (SSP) wirksam zur Verringerung von Suizidverhalten und -gedanken beitragen (Marshall et al., 2023).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,87 (0,76 — 0,98)			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Gesamtergebnisse deuten darauf hin, dass körperliche Aktivität eine schützende Wirkung gegen Suizidgedanken hat, wenn man körperlich aktive mit inaktiven Personen vergleicht (OR = 0,87, 95%CI = 0,76-0,98, P = 0,02) (Vancampfort et al., 2018).

Referenzen

125. Christie L, Inman J, Davys D, Cook PA. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. Journal of affective disorders 2021;282:962-973 Pubmed Journal

127. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. The lancet. Psychiatry 2015;2(1):49-58 Pubmed Journal

130. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, et al. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie 2023;90(2):208-236 Pubmed Journal

133. Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2018;225:438-448 Pubmed Journal

Für die Wirkung von Ergotherapien, Bewegungstherapien, Tanztherapien, Physiotherapien ist keine ausreichende Evidenz vorhanden. Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hunde, Yoga, Mindfullness etc.)
Vergleichsintervention: Keine anderen komplementären Therapieverfahren

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine anderen komplementären Therapieverfahren	**Intervention** Andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hunde, Yo	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidales Verhalten (Systematischer Review)				**Hoch**	Der systematische Review untersucht potenzielle Schäden von meditationsbasierten Therapien. Sie fanden heraus, dass in 65 % der Studien über unerwünschte Ereignisse (8,3%) berichtet wurde, wobei Angstzustände, Depressionen und kognitive Anomalien am häufigsten und gastrointestinale Probleme und suizidales Verhalten am seltensten auftraten (Farias et al., 2020)

Referenzen

135. Farias M, Maraldi E, Wallenkampf KC, Lucchetti G. Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2020;142(5):374-393 Pubmed Journal

Zur Sicherheit und Wirksamkeit komplementärer Therapieverfahren (tiergestützte Therapien, Yoga etc.) zur Verringerung der Suizidalität bei suizidalen Patient*Innen kann aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hunde, Yoga, Mindfullness etc.)
Vergleichsintervention: Keine anderen komplementären Therapieverfahren

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine anderen komplementären Therapieverfahren	**Intervention** Andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hunde, Yo	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidales Verhalten (Systematischer Review)				**Hoch**	Der systematische Review untersucht potenzielle Schäden von meditationsbasierten Therapien. Sie fanden heraus, dass in 65 % der Studien über unerwünschte Ereignisse (8,3%) berichtet

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine anderen komplementären Therapieverfahren	**Intervention** Andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hunde, Yo	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					wurde, wobei Angstzustände, Depressionen und kognitive Anomalien am häufigsten und gastrointestinale Probleme und suizidales Verhalten am seltensten auftraten (Farias et al., 2020)

Referenzen

135. Farias M, Maraldi E, Wallenkampf KC, Lucchetti G. Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2020;142(5):374-393 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Erwachsene Patient*Innen mit Suizidalität im Kontext schwerer oder behandlungsresistenter Depressionen **soll** eine elektrokonvulsive Therapie angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen — Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Biologische Therapien
Vergleichsintervention: Keine biologischen Therapien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,77 Basierend auf Daten von 7.177 Patienten und 11 Studien.			**Hoch**	Die Assoziationen zwischen Suiziden und Elektrokonvulsionstherapie (EKT) waren nicht signifikant (OR = .77, p = .053; k = 11) (Wilkinson, 2022).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,66 (CI 95% 0,5 — 0,88) Basierend auf Daten von 43,257 Patienten und 11 Studien.	**2** pro 100	**5** pro 100	**Hoch**	In der Metaanalyse wurde in 11 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei therapieresistenter Depression das Suizidrisiko und die Gesamtmortalität signifikant gesenkt. Bei der Behandlung mit EKT zeigte sich eine signifikante Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit um 34 % (OR 0,66, 95 % CI 0,50–0,88, p = 0,0047). Die Suizidrate lag in der EKT-Gruppe bei 1,7 % gegenüber 5,0 % in der KG (Odermatt, 2025).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	0,78 (CI 95% 0,13 — 4,84) Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	**0** pro 100	**1** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) die Inzidenz von Suiziden 0.78 (0.13–4.84) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression VNS	0,33 (CI 99% 0,1 — 1,13) Basierend auf Daten von	**0** pro 100	**0** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Metaanalyse)	Patienten und 9 Studien.			eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	(VNS) die Inzidenz von Suiziden 0.33 (0.10–1.13) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	2,01 (CI 95% 0,84 — 4,85) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**2** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBS) die Inzidenz von Suiziden 2.01 (0.84–4.85) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	-0,41 (CI 95% -1,01 — -0,19) Basierend auf Daten von 403 Patienten und 5 Studien.			**Hoch**	Die Metaanalyse zeigt bei repetitiver Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) keine signifikanten Effekte auf Suizidalität oder Mortalität. Die Wirkung von rTMS auf Suizidgedanken war mit einer Standardisierte Mittelwertdifferenz von −0,41 (95 % CI −1,01 – 0,19, p = 0,1795) nicht signifikant (Odermatt, 2025).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	**0** pro 100	**0** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende	In der Metaanalyse mit 30 Studien wurden in keiner der 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie Suizidversuche berichtet (Bergfeld, 2018).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metanalyse)	4,85 (CI 95% 3,25 — 7,32) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**5** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation (VNS) die Inzidenz von Suizidversuchen 4,85 (3,25–7,32) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	5,58 (CI 95% 3,19 — 9,87) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**6** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBT) die Inzidenz von Suizidversuchen 5,58 (3,19–9,87) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).
Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	0,16 (CI 95% -0,08 — 0,39) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde in randomisierten kontrollierten Studien ein nicht signifikanter Rückgang der Suizidgedanken nach Behandlung mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) festgestellt (g = 0,158, 95% Konfidenzintervall [KI] = -0,078 bis 0,393, P = .191) (Mehta, 2022)
Suizidgedanken bei therapieresistenter	0,69 (CI 95% 0,46 — 0,92)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde bei unkontrollierten Studien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Depression bei rTMS (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (Beobachtungsstudien)				ein signifikanter Rückgang der Suizidgedanken (g = 0,692, 95% KI = 0,463 bis 0,922, P < .001) festgestellt. (Mehta, 2022)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im systematischen Review zeigte die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Vergleich zur Psychopharmakotherapie bei Patienten mit unipolarer Depression eine überlegene antisuizidale Wirkung (Baldacara, 2021).
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review berichteten 10 von 14 Studien der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) über eine signifikante Wirksamkeit der EKT auf die Suizidalität (Chen, 2021)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 46 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Elektrokonvulsionstherapie (EKT) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken Suiziden assoziiert. Es gab 11 Studien zur EKT, bei denen Suizidalität das primäre Ergebnis war, und sieben davon zeigten eine Reduzierung der Suizidgedanken oder -absichten sowie weniger Suizidversuche und Suizide (Kucuker, 2021).
Suizidalität bei VNS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review gab es nur wenig Literatur, die sich mit der potenziell schützenden Wirkung der Vagusnervstimulation (VNS) in Bezug auf Suizidgedanken befasste (Kucuker, 2021)
Suizidalität bei				**Niedrig**	Im systematischen Review

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	ist die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) der EKT bei Depressionen ohne oder mit Suizidalität unterlegen; sie hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit (Baldacara, 2021)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review gab es in vier Studien statistisch signifikante Effekte von aktiver repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) auf Suizidgedanken. Fünf Studien zeigten einen positiven, aber nicht signifikanten Effekt der aktiven rTMS auf die Suizidalität im Vergleich zur Scheinbehandlung (Chen, 2021).
Suizidalität bei MKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 2 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review wurde in zwei Studien zur Magnetkrampftherapie (MKT) eine signifikante Reduktion der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).
Suizidalität bei tDCS (Systematischer Review)	3,2 (CI 95% 0,7 — 5,5) Basierend auf Daten von 245 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischem Review wurde in einer Studie zur ranskraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) eine signifikante Abnahme der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).
Suizidalität bei MST (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 50 Patienten und 2 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Magnetkrampftherapie (MST) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken und Suiziden assoziiert (Kucuker, 2021).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Mortalität bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metaanalyse)	Odds ratio 0,4 (CI 95% 0,18 — 0,92) Basierend auf Daten von 14.275 Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	In der Metaanalyse wies in drei Studien die Vagusnerv-Stimulation (VNS) eine starke Senkung der Mortalität durch alle Ursachen (etwa 60 %) auf (OR 0,40, 95 % CI 0,18–0,92, p = 0,0306) (Odermatt, 2025).
Gesamtmortalität bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 0,42 (CI 95% 0,11 — 1,5) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**0** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) betrugt die Gesamtmortalität 0,42 [0,11 - 1,52] Todesfälle pro 1.000 Patienten und 0,06 [0,02 - 0,23] Todesfälle pro 1.000 EKT-Behandlungen. Der Herztod machte 29 % (23/79) der Todesfälle aus (Duma, 2019).
Akutes Herzversagen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 24 (CI 95% 12,48 — 46,13) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**24** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörte akutes Herzversagen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer Inzidenz [CI 95] von 24 [12,48 - 46,13] pro 1.000 Patient*Innen oder 2,44 [1,27 - 4,69], 4,66 [2,15 - 10,09] und 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Herzrhythmus-störungen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 25,83 (CI 95% 14,83 — 45) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**26** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörten Herzrhythmusstörungen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer Inzidenz [CI 95] von 25,83 [14,83 - 45,00] pro 1.000 Patient*Innen oder 4,66 [2,15 - 10,09] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Lungenödem als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 4,92 (CI 95% 0,85 — 28,6) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**5** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehört akutes Lungenödem zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignisse mit einer Inzidenz [CI 95] von 4,92 [0,85 - 28,60] pro 1.000 Patienten oder 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Suizidgedanken bei Nicht-invasiver Hirnstimulation (TMS) (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Hoch**	(r)TMS: Hochfrequente repetitive TMS-Protokolle (rTMS) waren mit einer signifikanten Verringerung der Suizidgedanken verbunden, wobei einzelne Studien Verbesserungen zwischen 20 % und über 35 % auf Skalen wie der Skala für Suizidgedanken (SSI) und der Beck-Skala für Suizidgedanken (BSI) berichteten ($p < 0,01$). Die Metaanalyse zeigte, dass aktive rTMS im Vergleich zu Scheinkontrollbedingungen die Suizidgedanken signifikant reduzierte ($Z = 16,79$, $p < 0,0001$). Die Heterogenität war hoch ($I^2 = 99$ %, Chi-Quadrat = 473,22, df = 3, $p < 0,0001$). Hochfrequente rTMS-Protokolle schienen am wirksamsten zu sein; tiefe TMS (dTMS) zeigte gemischte Ergebnisse, und nur eine Studie verwendete transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS). (Iannuzzo et al., 2025)
Suizidgedanken bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 415 Patienten und 10 Studien.			**Hoch**	rTMS reduzierte Suizidgedanken signifikant ($k = 10$, $n = 802$, Hedges'g = −0,390, 95 %-Konfidenzintervall [KI] = −0,193 bis −0,588, $p < 0,001$) In der Subgruppenanalyse reduzierte rTMS die Suizidgedanken bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Patient*Innen mit nicht behandlungsresistenter Depression (non-TRD) (−0,208), jedoch nicht bei Patienten mit TRD. rTMS als Kombinationstherapie hatte eine größere Wirkung als die Monotherapie (−0,500 vs. −0,210). Die Suizidgedanken nahmen bei Patient*Innen, die mehr als zehn Behandlungssitzungen erhielten, signifikant ab (-0,255). Die rTMS-Gruppe zeigte eine gute Verträglichkeit ohne schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (Chen et al., 2022)
Suizidgedanken bei Depressionen bei TMS (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von 566 Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	TMS: Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass die Suizidgedanken der Gruppe, die eine TMS-Behandlung erhielt, signifikant niedriger waren [standardisierte mittlere Differenz (SMD) = −0,415, 95 %-Konfidenzintervall (KI): −0,741 bis −0,090, P = 0,012] als die der Kontrollgruppe. Die Subgruppenanalyse zeigte, dass das Alter, das TMS-Muster, die Häufigkeit der Intervention und die Stimulationsschwelle die Wirksamkeit der TMS beeinflussten. (Cui et al., 2022)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			Unbekannt	rTMS: Die hochfrequente rTMS-Behandlung des linken dorsolateralen präfrontalen Kortex als Ergänzung zu Antidepressiva ist vielversprechend, um suizidales Verhalten bei behandlungsresistenter Depression zu reduzieren. Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da die untersuchten Studien ein erhebliches Verzerrungspotenzial aufweisen. (Godi et al.,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2021)
Suizidales Verhalten bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	rTMS: Insgesamt war der dorsolaterale präfrontale Kortex links (DLPFC) in den meisten Studien das häufigste Stimulationsziel. Es ist derzeit noch nicht klar, ob die Verringerung des suizidalen Verhaltens zumindest in einigen Fällen durch eine Abschwächung der Depression vermittelt wird. Obwohl hinsichtlich der Stimulationsparameter (z. B. Frequenz, Anzahl der Sitzungen, Intensität der Stimulation) eine gewisse methodische Heterogenität festgestellt wurde, zeigten die meisten der analysierten Artikel, dass rTMS eine sichere, anwendbare, gut verträgliche und reproduzierbare Methode zur Behandlung von suizidalen Verhaltens ist. Die wichtigsten Ergebnisse deuten darauf hin, dass TMS insgesamt sicher, gut verträglich und wirksam bei der Behandlung von Suizidverhalten ist. Die wirksamste Behandlung scheint die bilaterale TMS sowie die Kombination mit Antidepressiva zu sein. Um die genannten Studienergebnisse zu replizieren, sind weitere Längsschnittstudien erforderlich. (Serfaini et al., 2021)
Suizidalität bei EKT und rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	EKT Signifikante Reduktion der Suizidalität bei schweren Depressionen (Evidenzgrad 1) Empfohlen bei: Bipolaren Störungen, Schizophrenie, Depression in Schwangerschaft (bei Suizidrisiko), älteren Menschen & Parkinson-Patient*Innen mit Depression Überlegene antisuizidale Wirkung bei unipolarer Depression (Evidenzgrad 3) rTMS ist der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					EKT bei Depression (mit/ ohne Suizidalität) unterlegen, hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit. Für tDCS, MST, VNS und DBS liegen keine spezifischen Daten zur Reduktion von Suizidalität vor (Baldacara et al., 2021)

Referenzen

140. Baldaçara L, Grudtner RR, da S Leite V, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2021;43(5):538-549 Pubmed Journal

142. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. Journal of affective disorders 2018;235:362-367 Pubmed Journal

146. Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leaune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. Brain and behavior 2021;11(5):e02144 Pubmed Journal

148. Duma A, Maleczek M, Panjikaran B, Herkner H, Karrison T, Nagele P. Major Adverse Cardiac Events and Mortality Associated with Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology 2019;130(1):83-91 Pubmed Journal

150. Godi SM, Spoorthy MS, Purushotham A, Tikka SK. Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality - A systematic review. Asian journal of psychiatry 2021;63:102755 Pubmed Journal

151. Kucuker MU, Almorsy AG, Sonmez AI, Ligezka AN, Doruk Camsari D, Lewis CP, et al. A Systematic Review of Neuromodulation Treatment Effects on Suicidality. Frontiers in human neuroscience 2021;15:660926 Pubmed Journal

153. Mehta S, Konstantinou G, Weissman CR, Daskalakis ZJ, Voineskos D, Downar J, et al. The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

513. Odermatt J., Sarlon J., Schaefer N., Ulrich S., Ridder M., Schneider E., et al. Electroconvulsive therapy reduces suicidality and all-cause mortality in refractory depression: A systematic review and meta-analysis of neurostimulation studies. 2025. Journal Webseite

518. Iannuzzo F, Turiaco F, Messina V, Minutoli AM, Silvestri MC, Muscatello MRA, et al. Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and metanalysis of the current literature. AIMS neuroscience 2025;12(3):332-350 Pubmed Journal

519. Chen G-W, Hsu T-W, Ching P-Y, Pan C-C, Chou P-H, Chu C-S. Efficacy and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation: A Systemic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:884390 Pubmed Journal

520. Cui Y, Fang H, Bao C, Geng W, Yu F, Li X. Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation for Reducing Suicidal Ideation in Depression: A Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2021;12:764183 Pubmed Journal

521. Serafini G, Canepa G, Aguglia A, Amerio A, Bianchi D, Magnani L, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;105:109981 Pubmed Journal

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Neuer Vorschlag: Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation **sollte** erwachsenen Patient*innen mit suizidalem Verhalten im Kontext affektiver Erkrankungen angeboten werden. Im Jugendalter sind dazu noch Studien notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden: Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen: Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Biologische Therapien
Vergleichsintervention: Keine biologischen Therapien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,77 Basierend auf Daten von 7.177 Patienten und 11 Studien.			**Hoch**	Die Assoziationen zwischen Suiziden und Elektrokonvulsionstherapie (EKT) waren nicht signifikant (OR = .77, p = .053; k = 11) (Wilkinson, 2022).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,66 (CI 95% 0,5 — 0,88) Basierend auf Daten von 43,257 Patienten und 11 Studien.	**2** pro 100	**5** pro 100	**Hoch**	In der Metaanalyse wurde in 11 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei therapieresistenter Depression das Suizidrisiko und die Gesamtmortalität signifikant gesenkt. Bei der Behandlung mit EKT zeigte sich eine signifikante Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit um 34 % (OR 0,66, 95 % CI 0,50–0,88, p = 0,0047). Die Suizidrate lag in der EKT-Gruppe bei 1,7 % gegenüber 5,0 % in der KG (Odermatt, 2025).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	0,78 (CI 95% 0,13 — 4,84) Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	**0** pro 100	**1** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) die Inzidenz von Suiziden 0.78 (0.13–4.84) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression VNS (Metaanalyse)	0,33 (CI 99% 0,1 — 1,13) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**0** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation (VNS) die Inzidenz von Suiziden 0.33 (0.10–1.13) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	2,01 (CI 95% 0,84 — 4,85) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**2** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBS) die Inzidenz von Suiziden 2.01 (0.84–4.85)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	-0,41 (CI 95% -1,01 — -0,19) Basierend auf Daten von 403 Patienten und 5 Studien.			**Hoch**	Die Metaanalyse zeigt bei repetitiver Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) keine signifikanten Effekte auf Suizidalität oder Mortalität. Die Wirkung von rTMS auf Suizidgedanken war mit einer Standardisierte Mittelwertdifferenz von −0,41 (95 % CI −1,01 – 0,19, p = 0,1795) nicht signifikant (Odermatt, 2025).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	**0** pro 100	**0** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien wurden in keiner der 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie Suizidversuche berichtet (Bergfeld, 2018).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metanalyse)	4,85 (CI 95% 3,25 — 7,32) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**5** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation (VNS) die Inzidenz von Suizidversuchen 4,85 (3,25–7,32) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	5,58 (CI 95% 3,19 — 9,87) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**6** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBT) die Inzidenz von Suizidversuchen 5,58 (3,19–9,87) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).
Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	0,16 (CI 95% -0,08 — 0,39) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde in randomisierten kontrollierten Studien ein nicht signifikanter Rückgang der Suizidgedanken nach Behandlung mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) festgestellt (g = 0,158, 95% Konfidenzintervall [KI] = -0,078 bis 0,393, P = .191) (Mehta, 2022)
Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	0,69 (CI 95% 0,46 — 0,92) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (Beobachtungsstudien)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde bei unkontrollierten Studien ein signifikanter Rückgang der Suizidgedanken (g = 0,692, 95% KI = 0,463 bis 0,922, P < .001) festgestellt. (Mehta, 2022)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im systematischen Review zeigte die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Vergleich zur Psychopharmakotherapie bei Patienten mit unipolarer Depression eine überlegene antisuizidale Wirkung (Baldacara, 2021).
Suizidalität bei EKT				**Niedrig**	Im systematischen Review

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	berichteten 10 von 14 Studien der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) über eine signifikante Wirksamkeit der EKT auf die Suizidalität (Chen, 2021)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 46 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Elektrokonvulsionstherapie (EKT) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken Suiziden assoziiert. Es gab 11 Studien zur EKT, bei denen Suizidalität das primäre Ergebnis war, und sieben davon zeigten eine Reduzierung der Suizidgedanken oder -absichten sowie weniger Suizidversuche und Suizide (Kucuker, 2021).
Suizidalität bei VNS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review gab es nur wenig Literatur, die sich mit der potenziell schützenden Wirkung der Vagusnervstimulation (VNS) in Bezug auf Suizidgedanken befasste (Kucuker, 2021)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im systematischen Review ist die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) der EKT bei Depressionen ohne oder mit Suizidalität unterlegen; sie hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit (Baldacara, 2021)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der	Im systematischen Review gab es in vier Studien statistisch signifikante Effekte von aktiver repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) auf Suizidgedanken. Fünf Studien zeigten einen positiven, aber nicht

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Heterogenität.	signifikanten Effekt der aktiven rTMS auf die Suizidalität im Vergleich zur Scheinbehandlung (Chen, 2021).
Suizidalität bei MKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 2 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review wurde in zwei Studien zur Magnetkrampftherapie (MKT) eine signifikante Reduktion der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).
Suizidalität bei tDCS (Systematischer Review)	3,2 (CI 95% 0,7 — 5,5) Basierend auf Daten von 245 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischem Review wurde in einer Studie zur ranskraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) eine signifikante Abnahme der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).
Suizidalität bei MST (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 50 Patienten und 2 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Magnetkrampftherapie (MST) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken und Suiziden assoziiert (Kucuker, 2021).
Mortalität bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metaanalyse)	Odds ratio 0,4 (CI 95% 0,18 — 0,92) Basierend auf Daten von 14.275 Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	In der Metaanalyse wies in drei Studien die Vagusnerv-Stimulation (VNS) eine starke Senkung der Mortalität durch alle Ursachen (etwa 60 %) auf (OR 0,40, 95 % CI 0,18–0,92, p = 0,0306) (Odermatt, 2025).
Gesamtmortalität bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 0,42 (CI 95% 0,11 — 1,5) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**0** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) betrugt die Gesamtmortalität 0,42 [0,11 - 1,52] Todesfälle pro 1.000 Patienten und 0,06 [0,02 - 0,23] Todesfälle pro 1.000 EKT-Behandlungen. Der Herztod machte 29 % (23/

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					79) der Todesfälle aus (Duma, 2019).
Akutes Herzversagen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 24 (CI 95% 12,48 — 46,13) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**24** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörte akutes Herzversagen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer Inzidenz [CI 95] von 24 [12,48 - 46,13] pro 1.000 Patient*Innen oder 2,44 [1,27 - 4,69], 4,66 [2,15 - 10,09] und 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Herzrhythmus-störungen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 25,83 (CI 95% 14,83 — 45) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**26** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörten Herzrhythmusstörungen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer Inzidenz [CI 95] von 25,83 [14,83 - 45,00] pro 1.000 Patient*Innen oder 4,66 [2,15 - 10,09] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Lungenödem als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 4,92 (CI 95% 0,85 — 28,6) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**5** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehört akutes Lungenödem zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignisse mit einer Inzidenz [CI 95] von 4,92 [0,85 - 28,60] pro 1.000 Patienten oder 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Suizidgedanken bei Nicht-invasiver Hirnstimulation (TMS)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Hoch**	(r)TMS: Hochfrequente repetitive TMS-Protokolle (rTMS) waren mit einer signifikanten Verringerung der Suizidgedanken

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Metaanalyse)					verbunden, wobei einzelne Studien Verbesserungen zwischen 20 % und über 35 % auf Skalen wie der Skala für Suizidgedanken (SSI) und der Beck-Skala für Suizidgedanken (BSI) berichteten ($p < 0,01$). Die Metaanalyse zeigte, dass aktive rTMS im Vergleich zu Scheinkontrollbedingungen die Suizidgedanken signifikant reduzierte ($Z = 16,79$, $p < 0,0001$). Die Heterogenität war hoch ($I^2 = 99$ %, Chi-Quadrat = 473,22, df = 3, $p < 0,0001$). Hochfrequente rTMS-Protokolle schienen am wirksamsten zu sein; tiefe TMS (dTMS) zeigte gemischte Ergebnisse, und nur eine Studie verwendete transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS). (Iannuzzo et al., 2025)
Suizidgedanken bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 415 Patienten und 10 Studien.			**Hoch**	rTMS reduzierte Suizidgedanken signifikant (k = 10, n = 802, Hedges'g = −0,390, 95 %-Konfidenzintervall [KI] = −0,193 bis −0,588, $p < 0,001$) In der Subgruppenanalyse reduzierte rTMS die Suizidgedanken bei Patient*Innen mit nicht behandlungsresistenter Depression (non-TRD) (−0,208), jedoch nicht bei Patienten mit TRD. rTMS als Kombinationstherapie hatte eine größere Wirkung als die Monotherapie (−0,500 vs. −0,210). Die Suizidgedanken nahmen bei Patient*Innen, die mehr als zehn Behandlungssitzungen erhielten, signifikant ab (-0,255). Die rTMS-Gruppe zeigte eine gute Verträglichkeit ohne schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (Chen et al., 2022)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken bei Depressionen bei TMS (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von 566 Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	TMS: Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass die Suizidgedanken der Gruppe, die eine TMS-Behandlung erhielt, signifikant niedriger waren [standardisierte mittlere Differenz (SMD) = −0,415, 95 %-Konfidenzintervall (KI): −0,741 bis −0,090, P = 0,012] als die der Kontrollgruppe. Die Subgruppenanalyse zeigte, dass das Alter, das TMS-Muster, die Häufigkeit der Intervention und die Stimulationsschwelle die Wirksamkeit der TMS beeinflussten. (Cui et al., 2022)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			Unbekannt	rTMS: Die hochfrequente rTMS-Behandlung des linken dorsolateralen präfrontalen Kortex als Ergänzung zu Antidepressiva ist vielversprechend, um suizidales Verhalten bei behandlungsresistenter Depression zu reduzieren. Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da die untersuchten Studien ein erhebliches Verzerrungspotenzial aufweisen. (Godi et al., 2021)
Suizidales Verhalten bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	rTMS: Insgesamt war der dorsolaterale präfrontale Kortex links (DLPFC) in den meisten Studien das häufigste Stimulationsziel. Es ist derzeit noch nicht klar, ob die Verringerung des suizidalen Verhaltens zumindest in einigen Fällen durch eine Abschwächung der Depression vermittelt wird. Obwohl hinsichtlich der Stimulationsparameter (z. B. Frequenz, Anzahl der Sitzungen, Intensität der Stimulation) eine gewisse methodische Heterogenität festgestellt wurde, zeigten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					die meisten der analysierten Artikel, dass rTMS eine sichere, anwendbare, gut verträgliche und reproduzierbare Methode zur Behandlung von suizidalen Verhaltens ist. Die wichtigsten Ergebnisse deuten darauf hin, dass TMS insgesamt sicher, gut verträglich und wirksam bei der Behandlung von Suizidverhalten ist. Die wirksamste Behandlung scheint die bilaterale TMS sowie die Kombination mit Antidepressiva zu sein. Um die genannten Studienergebnisse zu replizieren, sind weitere Längsschnittstudien erforderlich. (Serfaini et al., 2021)
Suizidalität bei EKT und rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	EKT Signifikante Reduktion der Suizidalität bei schweren Depressionen (Evidenzgrad 1) Empfohlen bei: Bipolaren Störungen, Schizophrenie, Depression in Schwangerschaft (bei Suizidrisiko), älteren Menschen & Parkinson-Patient*Innen mit Depression Überlegene antisuizidale Wirkung bei unipolarer Depression (Evidenzgrad 3) rTMS ist der EKT bei Depression (mit/ ohne Suizidalität) unterlegen, hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit. Für tDCS, MST, VNS und DBS liegen keine spezifischen Daten zur Reduktion von Suizidalität vor (Baldacara et al., 2021)

Referenzen

140. Baldaçara L, Grudtner RR, da S Leite V, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2021;43(5):538-549 Pubmed Journal

142. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. Journal of affective disorders

2018;235:362-367 Pubmed Journal

146. Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leaune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. Brain and behavior 2021;11(5):e02144 Pubmed Journal

148. Duma A, Maleczek M, Panjikaran B, Herkner H, Karrison T, Nagele P. Major Adverse Cardiac Events and Mortality Associated with Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology 2019;130(1):83-91 Pubmed Journal

150. Godi SM, Spoorthy MS, Purushotham A, Tikka SK. Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality - A systematic review. Asian journal of psychiatry 2021;63:102755 Pubmed Journal

151. Kucuker MU, Almorsy AG, Sonmez AI, Ligezka AN, Doruk Camsari D, Lewis CP, et al. A Systematic Review of Neuromodulation Treatment Effects on Suicidality. Frontiers in human neuroscience 2021;15:660926 Pubmed Journal

153. Mehta S, Konstantinou G, Weissman CR, Daskalakis ZJ, Voineskos D, Downar J, et al. The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

513. Odermatt J., Sarlon J., Schaefer N., Ulrich S., Ridder M., Schneider E., et al. Electroconvulsive therapy reduces suicidality and all-cause mortality in refractory depression: A systematic review and meta-analysis of neurostimulation studies. 2025. Journal Webseite

518. Iannuzzo F, Turiaco F, Messina V, Minutoli AM, Silvestri MC, Muscatello MRA, et al. Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and metanalysis of the current literature. AIMS neuroscience 2025;12(3):332-350 Pubmed Journal

519. Chen G-W, Hsu T-W, Ching P-Y, Pan C-C, Chou P-H, Chu C-S. Efficacy and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation: A Systemic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:884390 Pubmed Journal

520. Cui Y, Fang H, Bao C, Geng W, Yu F, Li X. Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation for Reducing Suicidal Ideation in Depression: A Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2021;12:764183 Pubmed Journal

521. Serafini G, Canepa G, Aguglia A, Amerio A, Bianchi D, Magnani L, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;105:109981 Pubmed Journal

Die Wirkung von weiteren biologischen Verfahren (z.B: Lichttherapie) auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Biologische Therapien
Vergleichsintervention: Keine biologischen Therapien

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,77 Basierend auf Daten von 7.177 Patienten und 11 Studien.			**Hoch**	Die Assoziationen zwischen Suiziden und Elektrokonvulsionstherapie (EKT) waren nicht signifikant (OR = .77, p = .053; k = 11) (Wilkinson, 2022).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	Odds ratio 0,66 (CI 95% 0,5 — 0,88) Basierend auf Daten von 43,257 Patienten und 11 Studien.	**2** pro 100	**5** pro 100	**Hoch**	In der Metaanalyse wurde in 11 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei therapieresistenter Depression das Suizidrisiko und die Gesamtmortalität signifikant gesenkt. Bei der Behandlung mit EKT zeigte sich eine signifikante Verringerung der Suizid-wahrscheinlichkeit um 34 % (OR 0,66, 95 % CI 0,50–0,88, p = 0,0047). Die Suizidrate lag in der EKT-Gruppe bei 1,7 % gegenüber 5,0 % in der KG (Odermatt, 2025).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei EKT (Metaanalyse)	0,78 (CI 95% 0,13 — 4,84) Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	**0** pro 100	**1** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) die Inzidenz von Suiziden 0.78 (0.13–4.84) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				(Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizide bei therapieresistenter Depression VNS (Metaanalyse)	0,33 (CI 99% 0,1 — 1,13) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**0** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation (VNS) die Inzidenz von Suiziden 0.33 (0.10–1.13) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	2,01 (CI 95% 0,84 — 4,85) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**2** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBS) die Inzidenz von Suiziden 2.01 (0.84–4.85) pro 100 Patientenjahre. Keine statistisch signifikanten Zu- oder Abnahme der Suizide (Bergfeld, 2018).
Suizide bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	-0,41 (CI 95% -1,01 — -0,19) Basierend auf Daten von 403 Patienten und 5 Studien.			**Hoch**	Die Metaanalyse zeigt bei repetitiver Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) keine signifikanten Effekte auf Suizidalität oder Mortalität. Die Wirkung von rTMS auf Suizidgedanken war mit einer Standardisierte Mittelwertdifferenz von −0,41 (95 % CI −1,01 – 0,19, p = 0,1795) nicht signifikant (Odermatt, 2025).
Suizidversuche bei therapieresistenter		**0**	**0**	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung	In der Metaanalyse mit 30 Studien wurden in keiner

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Depression bei EKT (Metanalyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 5 Studien.	pro 100	pro 100	fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	der 5 Studien zur Elektrokonvulsionstherapie Suizidversuche berichtet (Bergfeld, 2018).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metanalyse)	4,85 (CI 95% 3,25 — 7,32) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**5** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Vagusnervstimulation (VNS) die Inzidenz von Suizidversuchen 4,85 (3,25–7,32) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).
Suizidversuche bei therapieresistenter Depression bei DBS (Metaanalyse)	5,58 (CI 95% 3,19 — 9,87) Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.	**0** pro 100	**6** pro 100	**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	In der Metaanalyse mit 30 Studien betrug in 9 Studien zur Tiefenhirnstimulation (DBT) die Inzidenz von Suizidversuchen 5,58 (3,19–9,87) pro 100 Patientenjahre (Bergfeld, 2018).
Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	0,16 (CI 95% -0,08 — 0,39) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (randomisierte kontrollierte Studien)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde in randomisierten kontrollierten Studien ein nicht signifikanter Rückgang der Suizidgedanken nach Behandlung mit repetitiver transkranieller

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Magnetstimulation (rTMS) festgestellt (g = 0,158, 95% Konfidenzintervall [KI] = -0,078 bis 0,393, P = .191) (Mehta, 2022)
Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression bei rTMS (Metaanalyse)	0,69 (CI 95% 0,46 — 0,92) Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. (Beobachtungsstudien)			Unbekannt	In der Metaanalyse wurde bei unkontrollierten Studien ein signifikanter Rückgang der Suizidgedanken (g = 0,692, 95% KI = 0,463 bis 0,922, P < .001) festgestellt. (Mehta, 2022)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im systematischen Review zeigte die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Vergleich zur Psychopharmakotherapie bei Patienten mit unipolarer Depression eine überlegene antisuizidale Wirkung (Baldacara, 2021).
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review berichteten 10 von 14 Studien der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) über eine signifikante Wirksamkeit der EKT auf die Suizidalität (Chen, 2021)
Suizidalität bei EKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 46 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Elektrokonvulsionstherapie (EKT) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken Suiziden assoziiert. Es gab 11 Studien zur EKT, bei denen Suizidalität das primäre Ergebnis war, und sieben davon zeigten eine Reduzierung der Suizidgedanken oder -absichten sowie weniger Suizidversuche und Suizide (Kucuker, 2021).
Suizidalität bei VNS (Systematischer				**Moderat** Einschlusskriterien	Im systematischen Review gab es nur wenig Literatur,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	die sich mit der potenziell schützenden Wirkung der Vagusnervstimulation (VNS) in Bezug auf Suizidgedanken befasste (Kucuker, 2021)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im systematischen Review ist die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) der EKT bei Depressionen ohne oder mit Suizidalität unterlegen; sie hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit (Baldacara, 2021)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review gab es in vier Studien statistisch signifikante Effekte von aktiver repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) auf Suizidgedanken. Fünf Studien zeigten einen positiven, aber nicht signifikanten Effekt der aktiven rTMS auf die Suizidalität im Vergleich zur Scheinbehandlung (Chen, 2021).
Suizidalität bei MKT (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 2 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischen Review wurde in zwei Studien zur Magnetkrampftherapie (MKT) eine signifikante Reduktion der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).
Suizidalität bei tDCS (Systematischer Review)	3,2 (CI 95% 0,7 — 5,5) Basierend auf Daten von 245 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Im systematischem Review wurde in einer Studie zur ranskraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) eine signifikante Abnahme der Suizidgedanken festgestellt (Chen, 2021).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei MST (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 50 Patienten und 2 Studien.			**Moderat** Einschlusskriterien fehlen. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben.	Im systematischen Review war Magnetkrampftherapie (MST) mit einer niedrigeren Rate von Suizidgedanken und Suiziden assoziiert (Kucuker, 2021).
Mortalität bei therapieresistenter Depression bei VNS (Metaanalyse)	Odds ratio 0,4 (CI 95% 0,18 — 0,92) Basierend auf Daten von 14.275 Patienten und 3 Studien.			**Hoch**	In der Metaanalyse wies in drei Studien die Vagusnerv-Stimulation (VNS) eine starke Senkung der Mortalität durch alle Ursachen (etwa 60 %) auf (OR 0,40, 95 % CI 0,18–0,92, p = 0,0306) (Odermatt, 2025).
Gesamtmortalität bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 0,42 (CI 95% 0,11 — 1,5) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**0** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) betrugt die Gesamtmortalität 0,42 [0,11 - 1,52] Todesfälle pro 1.000 Patienten und 0,06 [0,02 - 0,23] Todesfälle pro 1.000 EKT-Behandlungen. Der Herztod machte 29 % (23/79) der Todesfälle aus (Duma, 2019).
Akutes Herzversagen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 24 (CI 95% 12,48 — 46,13) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**24** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörte akutes Herzversagen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer Inzidenz [CI 95] von 24 [12,48 - 46,13] pro 1.000 Patient*Innen oder 2,44 [1,27 - 4,69], 4,66 [2,15 - 10,09] und 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Herzrhythmus-störungen als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT (Metaanalyse)	Relatives Risiko 25,83 (CI 95% 14,83 — 45) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**26** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehörten Herzrhythmusstörungen zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignissen mit einer

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Inzidenz [CI 95] von 25,83 [14,83 - 45,00] pro 1.000 Patient*Innen oder 4,66 [2,15 - 10,09] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Lungenödem als schwerwiegendes unerwünschtes kardiales Ereignis bei EKT **(Metaanalyse)**	Relatives Risiko 4,92 (CI 95% 0,85 — 28,6) Basierend auf Daten von 106.569 Patienten und 82 Studien.	**0** pro 1000	**5** pro 1000	**Hoch**	In der Metaanalyse mit 82 Studien (n=786.995 EKT-Behandlungen) gehört akutes Lungenödem zu den am häufigsten berichteten schwerwiegenden unerwünschten kardialen Ereignisse mit einer Inzidenz [CI 95] von 4,92 [0,85 - 28,60] pro 1.000 Patienten oder 1,50 [0,71 - 3,14] pro 1.000 EKT-Behandlungen (Duma, 2019).
Suizidgedanken bei Nicht-invasiver Hirnstimulation (TMS) **(Metaanalyse)**	Basierend auf Daten von Patienten und 9 Studien.			**Hoch**	(r)TMS: Hochfrequente repetitive TMS-Protokolle (rTMS) waren mit einer signifikanten Verringerung der Suizidgedanken verbunden, wobei einzelne Studien Verbesserungen zwischen 20 % und über 35 % auf Skalen wie der Skala für Suizidgedanken (SSI) und der Beck-Skala für Suizidgedanken (BSI) berichteten ($p < 0,01$). Die Metaanalyse zeigte, dass aktive rTMS im Vergleich zu Scheinkontrollbedingungen die Suizidgedanken signifikant reduzierte ($Z = 16,79$, $p < 0,0001$). Die Heterogenität war hoch ($I^2 = 99$ %, Chi-Quadrat = 473,22, df = 3, $p < 0,0001$). Hochfrequente rTMS-Protokolle schienen am wirksamsten zu sein; tiefe TMS (dTMS) zeigte gemischte Ergebnisse, und nur eine Studie verwendete transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS). (Iannuzzo et al., 2025)
Suizidgedanken bei rTMS				**Hoch**	rTMS reduzierte Suizidgedanken signifikant

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)	Basierend auf Daten von 415 Patienten und 10 Studien.				(k = 10, n = 802, Hedges'g = −0,390, 95 %-Konfidenzintervall [KI] = −0,193 bis −0,588, p < 0,001) In der Subgruppenanalyse reduzierte rTMS die Suizidgedanken bei Patient*Innen mit nicht behandlungsresistenter Depression (non-TRD) (−0,208), jedoch nicht bei Patienten mit TRD. rTMS als Kombinationstherapie hatte eine größere Wirkung als die Monotherapie (−0,500 vs. −0,210). Die Suizidgedanken nahmen bei Patient*Innen, die mehr als zehn Behandlungssitzungen erhielten, signifikant ab (-0,255). Die rTMS-Gruppe zeigte eine gute Verträglichkeit ohne schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (Chen et al., 2022)
Suizidgedanken bei Depressionen bei TMS (Metaanalyse)	Basierend auf Daten von 566 Patienten und 8 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	TMS: Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass die Suizidgedanken der Gruppe, die eine TMS-Behandlung erhielt, signifikant niedriger waren [standardisierte mittlere Differenz (SMD) = −0,415, 95 %-Konfidenzintervall (KI): −0,741 bis −0,090, P = 0,012] als die der Kontrollgruppe. Die Subgruppenanalyse zeigte, dass das Alter, das TMS-Muster, die Häufigkeit der Intervention und die Stimulationsschwelle die Wirksamkeit der TMS beeinflussten. (Cui et al., 2022)
Suizidalität bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 20 Studien.			Unbekannt	rTMS: Die hochfrequente rTMS-Behandlung des linken dorsolateralen präfrontalen Kortex als Ergänzung zu Antidepressiva ist vielversprechend, um suizidales Verhalten bei behandlungsresistenter

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Depression zu reduzieren. Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da die untersuchten Studien ein erhebliches Verzerrungspotenzial aufweisen. (Godi et al., 2021)
Suizidales Verhalten bei rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	rTMS: Insgesamt war der dorsolaterale präfrontale Kortex links (DLPFC) in den meisten Studien das häufigste Stimulationsziel. Es ist derzeit noch nicht klar, ob die Verringerung des suizidalen Verhaltens zumindest in einigen Fällen durch eine Abschwächung der Depression vermittelt wird. Obwohl hinsichtlich der Stimulationsparameter (z. B. Frequenz, Anzahl der Sitzungen, Intensität der Stimulation) eine gewisse methodische Heterogenität festgestellt wurde, zeigten die meisten der analysierten Artikel, dass rTMS eine sichere, anwendbare, gut verträgliche und reproduzierbare Methode zur Behandlung von suizidalen Verhaltens ist. Die wichtigsten Ergebnisse deuten darauf hin, dass TMS insgesamt sicher, gut verträglich und wirksam bei der Behandlung von Suizidverhalten ist. Die wirksamste Behandlung scheint die bilaterale TMS sowie die Kombination mit Antidepressiva zu sein. Um die genannten Studienergebnisse zu replizieren, sind weitere Längsschnittstudien erforderlich. (Serfaini et al., 2021)
Suizidalität bei EKT und rTMS (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 85 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	EKT Signifikante Reduktion der Suizidalität bei schweren Depressionen (Evidenzgrad 1) Empfohlen bei: Bipolaren Störungen, Schizophrenie, Depression

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine biologischen Therapien	**Intervention** Biologische Therapien	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	in Schwangerschaft (bei Suizidrisiko), älteren Menschen & Parkinson-Patient*Innen mit Depression Überlegene antisuizidale Wirkung bei unipolarer Depression (Evidenzgrad 3) rTMS ist der EKT bei Depression (mit/ ohne Suizidalität) unterlegen, hat jedoch Potenzial und eine gewisse Wirksamkeit. Für tDCS, MST, VNS und DBS liegen keine spezifischen Daten zur Reduktion von Suizidalität vor (Baldacara et al., 2021)

Referenzen

140. Baldaçara L, Grudtner RR, da S Leite V, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2021;43(5):538-549 Pubmed Journal

142. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. Journal of affective disorders 2018;235:362-367 Pubmed Journal

146. Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leaune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. Brain and behavior 2021;11(5):e02144 Pubmed Journal

148. Duma A, Maleczek M, Panjikaran B, Herkner H, Karrison T, Nagele P. Major Adverse Cardiac Events and Mortality Associated with Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology 2019;130(1):83-91 Pubmed Journal

150. Godi SM, Spoorthy MS, Purushotham A, Tikka SK. Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality - A systematic review. Asian journal of psychiatry 2021;63:102755 Pubmed Journal

151. Kucuker MU, Almorsy AG, Sonmez AI, Ligezka AN, Doruk Camsari D, Lewis CP, et al. A Systematic Review of Neuromodulation Treatment Effects on Suicidality. Frontiers in human neuroscience 2021;15:660926 Pubmed Journal

153. Mehta S, Konstantinou G, Weissman CR, Daskalakis ZJ, Voineskos D, Downar J, et al. The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

513. Odermatt J., Sarlon J., Schaefer N., Ulrich S., Ridder M., Schneider E., et al. Electroconvulsive therapy reduces suicidality and all-cause mortality in refractory depression: A systematic review and meta-analysis of neurostimulation studies. 2025. Journal Webseite

518. Iannuzzo F, Turiaco F, Messina V, Minutoli AM, Silvestri MC, Muscatello MRA, et al. Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and metanalysis of the current literature. AIMS neuroscience 2025;12(3):332-350 Pubmed Journal

519. Chen G-W, Hsu T-W, Ching P-Y, Pan C-C, Chou P-H, Chu C-S. Efficacy and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation: A Systemic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:884390 Pubmed Journal

520. Cui Y, Fang H, Bao C, Geng W, Yu F, Li X. Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation for Reducing Suicidal Ideation in Depression: A Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2021;12:764183 Pubmed Journal

521. Serafini G, Canepa G, Aguglia A, Amerio A, Bianchi D, Magnani L, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;105:109981 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Expertenkonsens: Suizidale Personen **sollten** flächendeckend Zugang zu Kriseninterventionsdiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozial-psychiatrischen Diensten erhalten. Auf diesem Gebiet ist begleitende Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Krisendienste/ sozial-psychiatrische Dienste
Vergleichsintervention: Kein Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Krisendienste/ sozial-psychiatrische Dienste

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Kris	**Intervention** Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Krisendie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Übergang von stationärer Versorgung in die ambulante Versorgung durch Mobile Kriseninterventionsteams (RCT)	Relatives Risiko 2,35 (CI 95% 1,55 — 3,56) Basierend auf Daten von 120 Patienten und 1 Studien.			**Moderat** Ungenauigkeit	Ein erfolgreicher erster klinischer Kontakt nach der Entlassung aus der Notaufnahme (hier als „Anbindung“ an die Versorgung bezeichnet) erfolgte bei 39 von 56 (69,6 %) Teilnehmern, die in die MCT-Gruppe randomisiert wurden, gegenüber 19 von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kein Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Kris	**Intervention** Angebot von Kriseninterventionsdienste/ psychosoziale Krisendie	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					64 (29,6 %) in der OPC-Gruppe (relatives Risiko = 2,35, 95 % CI = 1,55-3,56, p < 0,001). Bei Intention-to-treat-Analysen wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Symptome oder funktionelle Ergebnisse festgestellt, weder 2 Wochen noch 3 Monate nach der Einschreibung. Wir fanden auch keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnissen zwischen den Teilnehmern, die ihren ersten verordneten Termin über MCT oder OPC wahrnahmen, und denen, die dies nicht taten. Allerdings zeigten die Gruppen (MCT vs. OPC, Anwesenheit beim ersten Termin vs. Nichterscheinen) signifikante Verbesserungen, behielten jedoch ein klinisch signifikantes Maß an Funktionsstörungen bei und nahmen in den 6 Monaten nach Studieneinschluss weiterhin in ähnlichem Maße ED-Dienste in Anspruch. (Currier et al., 2010)

Referenzen

171. Currier GW, Fisher SG, Caine ED. Mobile crisis team intervention to enhance linkage of discharged suicidal emergency department patients to outpatient psychiatric services: a randomized controlled trial. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine 2010;17(1):36-43 Pubmed Journal

---

Der Einfluss der Verbesserung der Verbesserung des Schlafs auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Verbesserung des Schlafs
Vergleichsintervention: Keine Verbesserung des Schlafs

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Verbesserung des Schlafs	**Intervention** Verbesserung des Schlafs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Review)				**Sehr niedrig** kein systematischer Review	Schlaflosigkeit ist einer der stärksten Risikofaktoren für einen vollendeten Suizid bei Erwachsenen. Schlaflosigkeit in der vorangegangenen Woche sagte ein 5-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu Kontrollpersonen voraus, selbst nach Kontrolle des Schweregrads der Stimmungssymptome. (Brent et al., 2013)
Suizidrisiko (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	Es bestand ein signifikanter und unabhängiger Zusammenhang zwischen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Verbesserung des Schlafs	**Intervention** Verbesserung des Schlafs	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Patienten und 65 Studien.			eingehalten. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Schlafstörungen und Suizidrisiko. Psychiatrische Störungen, durch Schlafentzug verursachte neurokognitive Defizite, emotionale Dysregulation, Veränderungen der zirkadianen Rhythmen und negative Gefühle trugen neben anderen Faktoren zu diesem Zusammenhang bei. Schlafmangel kann zu einem höheren Maß an Impulsivität führen und damit die ungeplante Suizidalität erhöhen. Schlafstörungen können daher suizidales Verhalten vorhersagen und damit zu einem potenziellen therapeutischen Ziel werden. (Porras-Segovia et al., 2019)

Referenzen

195. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013;52(12):1260-71 Pubmed Journal

198. Khazaie H, Zakiei A, McCall WV, Noori K, Rostampour M, Sadeghi Bahmani D, et al. Relationship between Sleep Problems and Self-Injury: A Systematic Review. Behavioral sleep medicine 2021;19(5):689-704 Pubmed Journal

201. Porras-Segovia A, Pérez-Rodríguez MM, López-Esteban P, Courtet P, Barrigón M ML, López-Castromán J, et al. Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. Sleep medicine reviews 2019;44:37-47 Pubmed Journal

6. Versorgung

Information

Evidenzbasiertes Statement: Die erste Woche und der erste Monat nach der Entlassung nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt sind Phasen mit erhöhtem Suizidrisiko.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden: Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen: Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) ambulante Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Umbralla Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studienauswahl wurde nicht doppelt	Eingeschlossene Reviews, die sich mit der Prävention wiederholter Suizidversuche befassen (n = 14), ergaben Folgendes: Übergangsprogramme für

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				durchgeführt.	Notaufnahmen können Suizidtote, Krankenhausaufenthalte und die Nichteinhaltung von Behandlungen reduzieren (basierend auf RCTs und CCSs); die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einem RCT); Antidepressiva können das kurzfristige Suizidrisiko bei einigen Patienten erhöhen (basierend auf RCTs und Meta-Analysen); dieser Anstieg wird durch einen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Rückgang der Suizide im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen mit Antidepressiva ausgeglichen (basierend auf Beobachtungsstudien); und die Prävention mit psychosozialen Interventionen erfordert weitere Untersuchungen (Bennett et al. 2015).
Suizide (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Untersuchte Maßnahmen: telefonische Kontakte, Briefe, grüne Karten, Postkarten, strukturierte Besuche und aufsuchende Gemeinschaftsprogramme. Es wurde eine Verbesserung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch die Patienten festgestellt, aber die Nachweise für suizidales Verhalten waren widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,15 (-0,19 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care-Interventionen mit einer anerkannten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					psychologischen Behandlung waren mit einem geringen Rückgang der Suizidgedanken verbunden (SMD, -0,15 [95%CI -0,19 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,25 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care war bei Patienten über 65 Jahren wirksamer zur Verringerung der Suizidgedanken (SMD, -0,18 [95%CI -0,25 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,11 (-0,15 — -0,08)			**Hoch**	Wir beobachteten eine geringe signifikante klinische Verbesserung der Suizidgedanken durch kooperative Versorgung (Collaborative Care) im Vergleich zur üblichen Behandlung (SMD, -0,11 [95%CI, -0,15 bis -0,08]; I2, 0-47% [95%CI 0,04% bis 4,90%]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizide (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die 34 eingeschlossenen Arbeiten umfassten 29 Studien, die über Suizide im ersten Monat nach der Entlassung berichteten (3551 Suizide in 222 546 Patientenjahren) und 24 Studien, die über Suizide in der ersten Woche nach der Entlassung berichteten (1928 Suizide in 60 880 Patientenjahren). Die gepoolte Schätzung der Suizidrate im ersten Monat nach der Entlassung betrug 2060 pro 100 000 Personenjahre (95% CI=1300 bis 3280, I2 =90). Die gepoolte Schätzung der Selbstmordrate in der ersten Woche nach der Entlassung betrug 2950 Selbstmorde pro 100 000 Personenjahre (95 % CI=1740 bis 5000, I2 =88) Chung et al., 2019).
Suizidgedanken	Odds ratio 0,52			**Niedrig**	Im Vergleich zum

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)	(0,35 — 0,77)			Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Ausgangswert verringerten sich die Suizidgedanken bei den Probanden, die eine kollaborative Versorgungsinterventionen (Collaborative Care Interventions) erhielten, signifikant (Odds Ratio [OR], 0,52; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,35-0,77), nicht jedoch bei denjenigen, die eine übliche Behandlung erhielten (OR, 0,85; 95% CI, 0,50-1,43) (Huang et al. 2009)
Suizide (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,49 (0,1 — 2,2)			**Hoch**	Das CMHT-Management (Community mental health teams) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Todesfällen durch Suizid und unter untersuchten Umständen (n=587, 3 RCTs, RR 0,49 CI 0,1 bis 2,2), obwohl insgesamt weniger Todesfälle in der CMHT-Gruppe auftraten (Malone et al., 2007).
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suizid vor. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe von Psychiatern hat die Suizidraten (12-19), die nicht tödlichen Suizidversuche (20, 21) und die Suizidgedanken gesenkt. Es wurde festgestellt, dass sich dieser Ansatz der kollaborativen Versorgung (Integration von psychiatrischen Fachwissen in der Primärversorgung) positiv auf Suizidgedanken auswirkt, jedoch meist nicht die Suizidalität verhindert. Ausnahmen sind ein

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					kollegiales Versorgungsprogramm, an dem medizinische Laienhelfer sowohl in der Primärversorgung als auch in privaten Einrichtungen beteiligt waren (116), und Studien zum Depressionsscreening, bei denen Psychiater die antidepressive Behandlung überwachten, was zu einem Rückgang der Suizidraten bei Männern und Frauen führte (Mann et al., 2023)
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)				**Hoch**	Obwohl die Evidenzbasis klein ist, scheinen kurze psychologische Interventionen bei der Verringerung von Suizid und Suizidversuchen wirksam zu sein. Alle bisherigen Studien wurden mit Personen durchgeführt, die die Notaufnahme aufgesucht hatten. Eine frühzeitige Einbindung und therapeutische Intervention auf der Grundlage psychologischer Theorien zu suizidalem Verhalten, die bei Folgekontakten fortgesetzt wird, könnte sich als besonders vorteilhaft erweisen (McCabe et al. 2018)
Screening für Suizidrisiko (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Minimale Evidenz deutet darauf hin, dass Screening-Instrumente einige Erwachsene mit erhöhtem Suizidrisiko in der Primärversorgung identifizieren können, aber die Genauigkeit war in Studien mit älteren Erwachsenen geringer. Minimale Belege, die sich auf Hochrisiko-populationen beschränken, deuten auf eine schlechte Leistung von Screening-Instrumenten bei Jugendlichen hin. Studien zeigten, dass Psychotherapie die Zahl der Suizidversuche bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Hochrisikoerwachsenen reduziert, nicht aber bei Jugendlichen (O'Connor et al. 2013).
Suizide (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Zu den wirksamen Interventionen gehörten vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening/-managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Gruppenaktivitäten umfassen (Okolie et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Groß angelegte Interventionen, die sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Einrichtungen durchgeführt wurden, scheinen Selbstverletzungen und Suizidgedanken nach der Intervention und in geringerem Maße bei der Nachuntersuchung zu verringern. In kommunalen Einrichtungen scheinen vielschichtige, ortsbezogene Ansätze eine Wirkung zu haben (Robinson et al., 2018)
Suizide nach Klinikentlassung (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Suizidrate nach der Entlassung betrug 483 Suizidtote pro 100 000 Personenjahre (95 %

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Konfidenzintervall (KI) 445-520, Vorhersageintervall (PI) 200-770) mit hoher Heterogenität zwischen den Stichproben (I2 = 92). Die Suizidrate war im ersten Jahr nach der Entlassung am höchsten (851 pro 100 000 Personenjahre), blieb aber langfristig erhöht. Die Suizidraten waren in Stichproben von Männern (716 pro 100 000 Personenjahre) und älteren Menschen (799 pro 100 000 Personenjahre) erhöht, in Stichproben von jüngeren Menschen (107 pro 100 000 Personenjahre) und in zwischen 2010 und 2018 veröffentlichten Studien (329 pro 100 000 Personenjahre) jedoch niedriger (Wang et al. 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen von Screening in der Primärversorgung, in der allgemeinen öffentlichen Aufklärung und in Medienrichtlinien für die Suizidprävention zu bewerten. Weitere Ansätze, die weiter untersucht werden müssen, sind die Schulung von Gatekeepern, die Ausbildung von Ärzten sowie die Unterstützung durch Internet und Beratungsstellen (Zalsmann et al. 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Neuer Vorschlag:

Konsensbasierte Empfehlung:

Niedrigschwellige, fachlich qualitätsgesicherte Suizidpräventionsangebote **sollen** für alle Personen zugänglich sein. Für einzelne niedrigschwellige Maßnahmen liegen Wirksamkeitsbelege vor; die Evidenzlage ist jedoch je nach Angebotsform, Zielgruppe und Endpunkt heterogen. Evidenzbasierte Maßnahmen **sollen** vorrangig eingesetzt werden. Für Maßnahmen, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit noch nicht hinreichend belegt sind, soll eine Begleitevaluation erfolgen. Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich Zielgruppeneignung, möglicher unerwünschter Wirkungen und der Wirkung auf Suizidversuche und Suizide.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) ambulante Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Umbralla Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eingeschlossene Reviews, die sich mit der Prävention wiederholter Suizidversuche befassen (n = 14), ergaben Folgendes: Übergangsprogramme für Notaufnahmen können Suizidtote, Krankenhausaufenthalte und die Nichteinhaltung von Behandlungen reduzieren (basierend auf RCTs und CCSs); die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einem RCT); Antidepressiva können das kurzfristige Suizidrisiko bei einigen Patienten erhöhen (basierend auf RCTs und Meta-Analysen); dieser Anstieg wird durch einen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Rückgang der Suizide im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Antidepressiva ausgeglichen (basierend auf Beobachtungsstudien); und die Prävention mit psychosozialen Interventionen erfordert weitere Untersuchungen (Bennett et al. 2015).
Suizide (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Untersuchte Maßnahmen: telefonische Kontakte, Briefe, grüne Karten, Postkarten, strukturierte Besuche und aufsuchende Gemeinschaftsprogramme. Es wurde eine Verbesserung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch die Patienten festgestellt, aber die Nachweise für suizidales Verhalten waren widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,15 (-0,19 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care-Interventionen mit einer anerkannten psychologischen Behandlung waren mit einem geringen Rückgang der Suizidgedanken verbunden (SMD, -0,15 [95%CI -0,19 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,25 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care war bei Patienten über 65 Jahren wirksamer zur Verringerung der Suizidgedanken (SMD, -0,18 [95%CI -0,25 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,11 (-0,15 — -0,08)			**Hoch**	Wir beobachteten eine geringe signifikante klinische Verbesserung der Suizidgedanken durch kooperative Versorgung (Collaborative Care) im Vergleich zur üblichen Behandlung (SMD, -0,11 [95%CI, -0,15 bis -0,08]; I2,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					0-47% [95%CI 0,04% bis 4,90%]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizide (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die 34 eingeschlossenen Arbeiten umfassten 29 Studien, die über Suizide im ersten Monat nach der Entlassung berichteten (3551 Suizide in 222 546 Patientenjahren) und 24 Studien, die über Suizide in der ersten Woche nach der Entlassung berichteten (1928 Suizide in 60 880 Patientenjahren). Die gepoolte Schätzung der Suizidrate im ersten Monat nach der Entlassung betrug 2060 pro 100 000 Personenjahre (95% CI=1300 bis 3280, I2 =90). Die gepoolte Schätzung der Selbstmordrate in der ersten Woche nach der Entlassung betrug 2950 Selbstmorde pro 100 000 Personenjahre (95 % CI=1740 bis 5000, I2 =88) Chung et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (0,35 — 0,77)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Im Vergleich zum Ausgangswert verringerten sich die Suizidgedanken bei den Probanden, die eine kollaborative Versorgungsinterventionen (Collaborative Care Interventions) erhielten, signifikant (Odds Ratio [OR], 0,52; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,35-0,77), nicht jedoch bei denjenigen, die eine übliche Behandlung erhielten (OR, 0,85; 95% CI, 0,50-1,43) (Huang et al. 2009)
Suizide (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,49 (0,1 — 2,2)			**Hoch**	Das CMHT-Management (Community mental health teams) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Todesfällen durch Suizid und unter untersuchten Umständen (n=587, 3 RCTs, RR 0,49 CI 0,1 bis 2,2), obwohl

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					insgesamt weniger Todesfälle in der CMHT-Gruppe auftraten (Malone et al., 2007).
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suizid vor. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe von Psychiatern hat die Suizidraten (12-19), die nicht tödlichen Suizidversuche (20, 21) und die Suizidgedanken gesenkt. Es wurde festgestellt, dass sich dieser Ansatz der kollaborativen Versorgung (Integration von psychiatrischen Fachwissen in der Primärversorgung) positiv auf Suizidgedanken auswirkt, jedoch meist nicht die Suizidalität verhindert. Ausnahmen sind ein kollegiales Versorgungsprogramm, an dem medizinische Laienhelfer sowohl in der Primärversorgung als auch in privaten Einrichtungen beteiligt waren (116), und Studien zum Depressionsscreening, bei denen Psychiater die antidepressive Behandlung überwachten, was zu einem Rückgang der Suizidraten bei Männern und Frauen führte (Mann et al., 2023)
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)				**Hoch**	Obwohl die Evidenzbasis klein ist, scheinen kurze psychologische Interventionen bei der Verringerung von Suizid und Suizidversuchen wirksam zu sein. Alle bisherigen Studien wurden mit Personen durchgeführt,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					die die Notaufnahme aufgesucht hatten. Eine frühzeitige Einbindung und therapeutische Intervention auf der Grundlage psychologischer Theorien zu suizidalem Verhalten, die bei Folgekontakten fortgesetzt wird, könnte sich als besonders vorteilhaft erweisen (McCabe et al. 2018)
Screening für Suizidrisiko (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Minimale Evidenz deutet darauf hin, dass Screening-Instrumente einige Erwachsene mit erhöhtem Suizidrisiko in der Primärversorgung identifizieren können, aber die Genauigkeit war in Studien mit älteren Erwachsenen geringer. Minimale Belege, die sich auf Hochrisiko-populationen beschränken, deuten auf eine schlechte Leistung von Screening-Instrumenten bei Jugendlichen hin. Studien zeigten, dass Psychotherapie die Zahl der Suizidversuche bei Hochrisikoerwachsenen reduziert, nicht aber bei Jugendlichen (O'Connor et al. 2013).
Suizide (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Zu den wirksamen Interventionen gehörten vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening/-managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie),

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Gruppenaktivitäten umfassen (Okolie et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Groß angelegte Interventionen, die sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Einrichtungen durchgeführt wurden, scheinen Selbstverletzungen und Suizidgedanken nach der Intervention und in geringerem Maße bei der Nachuntersuchung zu verringern. In kommunalen Einrichtungen scheinen vielschichtige, ortsbezogene Ansätze eine Wirkung zu haben (Robinson et al., 2018)
Suizide nach Klinikentlassung (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Suizidrate nach der Entlassung betrug 483 Suizidtote pro 100 000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall (KI) 445-520, Vorhersageintervall (PI) 200-770) mit hoher Heterogenität zwischen den Stichproben (I2 = 92). Die Suizidrate war im ersten Jahr nach der Entlassung am höchsten (851 pro 100 000 Personenjahre), blieb aber langfristig erhöht. Die Suizidraten waren in Stichproben von Männern (716 pro 100 000 Personenjahre) und älteren Menschen (799 pro 100 000 Personenjahre) erhöht, in Stichproben von jüngeren Menschen (107 pro 100 000 Personenjahre) und in zwischen 2010 und 2018 veröffentlichten Studien (329 pro 100 000 Personenjahre) jedoch niedriger (Wang et al. 2019).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen von Screening in der Primärversorgung, in der allgemeinen öffentlichen Aufklärung und in Medienrichtlinien für die Suizidprävention zu bewerten. Weitere Ansätze, die weiter untersucht werden müssen, sind die Schulung von Gatekeepern, die Ausbildung von Ärzten sowie die Unterstützung durch Internet und Beratungsstellen (Zalsmann et al. 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for

the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasierte Empfehlung:

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Nachuntersuchung und Folgebehandlung von Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, **soll** kurzfristig, maximal eine Woche nach Entlassung, organisiert und durchgeführt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) ambulante Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Umbralla Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eingeschlossene Reviews, die sich mit der Prävention wiederholter Suizidversuche befassen (n = 14), ergaben Folgendes: Übergangsprogramme für Notaufnahmen können Suizidtote, Krankenhausaufenthalte und die Nichteinhaltung von Behandlungen reduzieren (basierend auf RCTs und CCSs); die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einem RCT); Antidepressiva können das kurzfristige Suizidrisiko bei einigen Patienten erhöhen (basierend auf RCTs und Meta-Analysen); dieser Anstieg wird durch einen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Rückgang der Suizide im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen mit Antidepressiva ausgeglichen (basierend auf Beobachtungsstudien); und die Prävention mit psychosozialen Interventionen erfordert weitere Untersuchungen (Bennett et al. 2015).
Suizide (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende	Untersuchte Maßnahmen: telefonische Kontakte, Briefe, grüne Karten, Postkarten, strukturierte Besuche und aufsuchende Gemeinschaftsprogramme. Es wurde eine Verbesserung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch die Patienten festgestellt, aber die Nachweise für suizidales Verhalten waren widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,15 (-0,19 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care-Interventionen mit einer anerkannten psychologischen Behandlung waren mit einem geringen Rückgang der Suizidgedanken verbunden (SMD, -0,15 [95%CI -0,19 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,25 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care war bei Patienten über 65 Jahren wirksamer zur Verringerung der Suizidgedanken (SMD, -0,18 [95%CI -0,25 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,11 (-0,15 — -0,08)			**Hoch**	Wir beobachteten eine geringe signifikante klinische Verbesserung der Suizidgedanken durch kooperative Versorgung (Collaborative Care) im Vergleich zur üblichen Behandlung (SMD, -0,11 [95%CI, -0,15 bis -0,08]; I2, 0-47% [95%CI 0,04% bis 4,90%]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizide (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die 34 eingeschlossenen Arbeiten umfassten 29 Studien, die über Suizide im ersten Monat nach der Entlassung berichteten (3551 Suizide in 222 546 Patientenjahren) und 24 Studien, die über Suizide in der ersten Woche nach der Entlassung berichteten (1928 Suizide in 60 880 Patientenjahren). Die gepoolte Schätzung der Suizidrate im ersten Monat nach der Entlassung betrug 2060 pro 100 000 Personenjahre (95% CI=1300 bis 3280, I2 =90). Die gepoolte Schätzung der Selbstmordrate in der ersten Woche nach der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Entlassung betrug 2950 Selbstmorde pro 100 000 Personenjahre (95 % CI=1740 bis 5000, I2 =88) Chung et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (0,35 — 0,77)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Im Vergleich zum Ausgangswert verringerten sich die Suizidgedanken bei den Probanden, die eine kollaborative Versorgungsinterventionen (Collaborative Care Interventions) erhielten, signifikant (Odds Ratio [OR], 0,52; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,35-0,77), nicht jedoch bei denjenigen, die eine übliche Behandlung erhielten (OR, 0,85; 95% CI, 0,50-1,43) (Huang et al. 2009)
Suizide (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,49 (0,1 — 2,2)			**Hoch**	Das CMHT-Management (Community mental health teams) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Todesfällen durch Suizid und unter untersuchten Umständen (n=587, 3 RCTs, RR 0,49 CI 0,1 bis 2,2), obwohl insgesamt weniger Todesfälle in der CMHT-Gruppe auftraten (Malone et al., 2007).
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suizid vor. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe von Psychiatern hat die Suizidraten (12-19), die nicht tödlichen Suizidversuche (20, 21) und die Suizidgedanken gesenkt. Es wurde festgestellt, dass sich dieser Ansatz der kollaborativen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Versorgung (Integration von psychiatrischen Fachwissen in der Primärversorgung) positiv auf Suizidgedanken auswirkt, jedoch meist nicht die Suizidalität verhindert. Ausnahmen sind ein kollegiales Versorgungsprogramm, an dem medizinische Laienhelfer sowohl in der Primärversorgung als auch in privaten Einrichtungen beteiligt waren (116), und Studien zum Depressionsscreening, bei denen Psychiater die antidepressive Behandlung überwachten, was zu einem Rückgang der Suizidraten bei Männern und Frauen führte (Mann et al., 2023)
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)				**Hoch**	Obwohl die Evidenzbasis klein ist, scheinen kurze psychologische Interventionen bei der Verringerung von Suizid und Suizidversuchen wirksam zu sein. Alle bisherigen Studien wurden mit Personen durchgeführt, die die Notaufnahme aufgesucht hatten. Eine frühzeitige Einbindung und therapeutische Intervention auf der Grundlage psychologischer Theorien zu suizidalem Verhalten, die bei Folgekontakten fortgesetzt wird, könnte sich als besonders vorteilhaft erweisen (McCabe et al. 2018)
Screening für Suizidrisiko (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Minimale Evidenz deutet darauf hin, dass Screening-Instrumente einige Erwachsene mit erhöhtem Suizidrisiko in der Primärversorgung identifizieren können, aber die Genauigkeit war in Studien mit älteren Erwachsenen geringer. Minimale Belege, die sich auf Hochrisiko-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					populationen beschränken, deuten auf eine schlechte Leistung von Screening-Instrumenten bei Jugendlichen hin. Studien zeigten, dass Psychotherapie die Zahl der Suizidversuche bei Hochrisikoerwachsenen reduziert, nicht aber bei Jugendlichen (O'Connor et al. 2013).
Suizide (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Zu den wirksamen Interventionen gehörten vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening/-managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Gruppenaktivitäten umfassen (Okolie et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Groß angelegte Interventionen, die sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Einrichtungen durchgeführt wurden, scheinen Selbstverletzungen und Suizidgedanken nach der Intervention und in geringerem Maße bei der Nachuntersuchung zu verringern. In kommunalen Einrichtungen scheinen vielschichtige, ortsbezogene Ansätze eine Wirkung zu

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					haben (Robinson et al., 2018)
Suizide nach Klinikentlassung (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Suizidrate nach der Entlassung betrug 483 Suizidtote pro 100 000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall (KI) 445-520, Vorhersageintervall (PI) 200-770) mit hoher Heterogenität zwischen den Stichproben (I2 = 92). Die Suizidrate war im ersten Jahr nach der Entlassung am höchsten (851 pro 100 000 Personenjahre), blieb aber langfristig erhöht. Die Suizidraten waren in Stichproben von Männern (716 pro 100 000 Personenjahre) und älteren Menschen (799 pro 100 000 Personenjahre) erhöht, in Stichproben von jüngeren Menschen (107 pro 100 000 Personenjahre) und in zwischen 2010 und 2018 veröffentlichten Studien (329 pro 100 000 Personenjahre) jedoch niedriger (Wang et al. 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen von Screening in der Primärversorgung, in der allgemeinen öffentlichen Aufklärung und in Medienrichtlinien für die Suizidprävention zu bewerten. Weitere Ansätze, die weiter untersucht werden müssen, sind die Schulung von Gatekeepern, die Ausbildung von Ärzten sowie die Unterstützung durch Internet und Beratungsstellen (Zalsmann et al. 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, **sollen** unmittelbar kontaktiert werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) stationäre Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Kurzzeit-Krisenstationen) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 12 Studien.			**Hoch**	Die Daten deuten darauf hin, dass die Einheiten bei vielen Ergebnissen Vorteile bringen. Die Einheiten konnten die Zahl der psychiatrischen Aufenthalte verringern (42 % nach der Intervention im Vergleich zu 49,8 % vor der Intervention; Differenz = 7,8 %; P < 0,0001) und die ambulante Nachsorge verbessern (χ2 = 37,42, d.f. = 1; P < 0,001). Die Metaanalyse ergab eine signifikante Verringerung der Verweildauer in der Notaufnahme (um 164,24 min; 95% CI -261,24 bis -67,23 min; P < 0,001) und der Zahl der stationären Aufnahmen (Odds Ratio 0,55, 95% CI 0,43-0,68; P < 0,001). Eine Studie beschrieb eine experimentelle Einheit für Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und ist die einzige Studie, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Daten über Veränderungen der Suizidalität lieferte.42 Die Studie kam zu dem Schluss, dass die Einheit keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Suizidversuchen im Vergleich zur üblichen Behandlung hatte. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Wahrscheinlichkeit wiederholter Suizidversuche in der Nachbeobachtungszeit (Hazard Ratio der Wiederholung für Patienten in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Gruppe mit üblicher Behandlung war 1,24; 95% CI 0,68-2,27). Dementsprechend gab es auch keinen Unterschied in der Anzahl der Suizidversuche pro Patient in der Nachbeobachtungszeit (z = 0,49, P = 0,62).4 (Anderson et al., 2022)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Nur für wenige kurze nicht-pharmakologische Interventionen gab es eine konsistente Evidenz: Räume zur sensorischen Modulation verbesserten durchgängig den Leidensdruck in stationären Einrichtungen. Kurze Einweisungen können Suizidversuche und Wiedereinweisungen verringern, wenn sie von einer Psychotherapie begleitet werden. Suizid-spezifische Interventionen in Notaufnahmen können depressive Symptome verbessern, nicht aber die Suizidversuchsrate. Es gab Hinweise darauf, dass kurze nicht-pharmakologische Interventionen die Häufigkeit von Selbstverletzungen auf stationären Stationen nicht verringern. Wir fanden keine Belege für häufig eingesetzte Interventionen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					wie Selbstmordverbote, spezielle Beobachtung oder stationäre Interventionen zur Selbstverletzung. (Huber et al., 2024)
Suizidalität (psychologischen Kurzinterventionen) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Hoch**	Die Hauptergebnisse waren Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken, Depressionen und Krankenhausaufenthalte. Die Interventionen umfassten ein frühzeitiges therapeutisches Engagement, die Bereitstellung von Informationen, eine Sicherheitsplanung und Nachkontakte für mindestens 12 Monate. Die Interventionen stützten sich in unterschiedlichem Maße auf psychologische Theorien und Techniken. Zwei Studien, in denen Suizidgedanken gemessen wurden, zeigten keine Wirkung. Zwei Studien zeigten weniger Suizidversuche, eine weniger Suizide und eine eine Wirkung auf Depressionen. (McCabe et al., 2018)
Suizide (Auf Informations- und Kommunikationstechnologien basierende Interventionen zur Suizidprävention in klinischen Einrichtungen) (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Niedrig** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei den meisten IKT handelte es sich um computergestützte Interventionen und/oder Anwendungen (n=55). Diese IKT wurden in der Regel als indizierte Strategien (n=49) eingesetzt, die auf Patienten abzielten, bei denen ein aktives Suizidrisiko bestand. Die drei am häufigsten ermittelten Interventionskategorien zur Suizidprävention waren Nachsorge nach der Entlassung (n=27), Screening und/oder Bewertung (n=22) und Sicherheitsplanung (n=20). Es wurden nur wenige Informationen über Umsetzungsstrategien,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Hindernisse und Erleichterungen ermittelt. Zu den am häufigsten genannten Umsetzungsstrategien gehörten Schulung, Ausbildung und Initiativen zur Zusammenarbeit. (Shin, et al., 2024)
Suizide (Psychosozialer Interventionen bei stationären Psychiatriepatienten)	Basierend auf Daten von Patienten und 10 Studien.			**Niedrig** Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Alle Studien untersuchten psychosoziale Interventionen zur Verringerung von Suiziden, keine untersuchte eine psychosoziale Intervention bei Selbstverletzungen. Bei den meisten psychosozialen Interventionen handelte es sich um CBT und Dialektische Verhaltenstherapie (DBT). Die Interventionen waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrzahl handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs). (Yiu et al., 2021)

Referenzen

409. Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. Psychiatry research 2021;305:114175 Pubmed Journal

410. Shin HD, Durocher K, Sequeira L, Zaheer J, Torous J, Strudwick G. Information and communication technology-based interventions for suicide prevention implemented in clinical settings: a scoping review. BMC health services research 2023;23(1):281 Pubmed Journal

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

412. Huber JP, Milton A, Brewer MC, Norrie LM, Hartog SM, Glozier N. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2024;58(3):207-226 Pubmed Journal

413. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani JO, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. BJPsych open 2022;8(4):e144 Pubmed Journal

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Patient*Innen mit Suizidalität **sollte** eine kollaborative Versorgung/ Intervention angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) ambulante Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Umbralla Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eingeschlossene Reviews, die sich mit der Prävention wiederholter Suizidversuche befassen (n = 14), ergaben Folgendes: Übergangsprogramme für Notaufnahmen können Suizidtote, Krankenhausaufenthalte

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					und die Nichteinhaltung von Behandlungen reduzieren (basierend auf RCTs und CCSs); die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einem RCT); Antidepressiva können das kurzfristige Suizidrisiko bei einigen Patienten erhöhen (basierend auf RCTs und Meta-Analysen); dieser Anstieg wird durch einen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Rückgang der Suizide im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen mit Antidepressiva ausgeglichen (basierend auf Beobachtungsstudien); und die Prävention mit psychosozialen Interventionen erfordert weitere Untersuchungen (Bennett et al. 2015).
Suizide (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Untersuchte Maßnahmen: telefonische Kontakte, Briefe, grüne Karten, Postkarten, strukturierte Besuche und aufsuchende Gemeinschaftsprogramme. Es wurde eine Verbesserung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch die Patienten festgestellt, aber die Nachweise für suizidales Verhalten waren widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,15 (-0,19 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care-Interventionen mit einer anerkannten psychologischen Behandlung waren mit einem geringen Rückgang

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					der Suizidgedanken verbunden (SMD, -0,15 [95%CI -0,19 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,25 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care war bei Patienten über 65 Jahren wirksamer zur Verringerung der Suizidgedanken (SMD, -0,18 [95%CI -0,25 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,11 (-0,15 — -0,08)			**Hoch**	Wir beobachteten eine geringe signifikante klinische Verbesserung der Suizidgedanken durch kooperative Versorgung (Collaborative Care) im Vergleich zur üblichen Behandlung (SMD, -0,11 [95%CI, -0,15 bis -0,08]; I2, 0-47% [95%CI 0,04% bis 4,90%]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizide (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die 34 eingeschlossenen Arbeiten umfassten 29 Studien, die über Suizide im ersten Monat nach der Entlassung berichteten (3551 Suizide in 222 546 Patientenjahren) und 24 Studien, die über Suizide in der ersten Woche nach der Entlassung berichteten (1928 Suizide in 60 880 Patientenjahren). Die gepoolte Schätzung der Suizidrate im ersten Monat nach der Entlassung betrug 2060 pro 100 000 Personenjahre (95% CI=1300 bis 3280, I2 =90). Die gepoolte Schätzung der Selbstmordrate in der ersten Woche nach der Entlassung betrug 2950 Selbstmorde pro 100 000 Personenjahre (95 % CI=1740 bis 5000, I2 =88) Chung et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (0,35 — 0,77)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten.	Im Vergleich zum Ausgangswert verringerten sich die Suizidgedanken bei den Probanden, die eine

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	kollaborative Versorgungsinterventionen (Collaborative Care Interventions) erhielten, signifikant (Odds Ratio [OR], 0,52; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,35-0,77), nicht jedoch bei denjenigen, die eine übliche Behandlung erhielten (OR, 0,85; 95% CI, 0,50-1,43) (Huang et al. 2009)
Suizide (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,49 (0,1 — 2,2)			**Hoch**	Das CMHT-Management (Community mental health teams) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Todesfällen durch Suizid und unter untersuchten Umständen (n=587, 3 RCTs, RR 0,49 CI 0,1 bis 2,2), obwohl insgesamt weniger Todesfälle in der CMHT-Gruppe auftraten (Malone et al., 2007).
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suizid vor. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe von Psychiatern hat die Suizidraten (12-19), die nicht tödlichen Suizidversuche (20, 21) und die Suizidgedanken gesenkt. Es wurde festgestellt, dass sich dieser Ansatz der kollaborativen Versorgung (Integration von psychiatrischen Fachwissen in der Primärversorgung) positiv auf Suizidgedanken auswirkt, jedoch meist nicht die Suizidalität verhindert. Ausnahmen sind ein kollegiales Versorgungsprogramm, an dem medizinische

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Laienhelfer sowohl in der Primärversorgung als auch in privaten Einrichtungen beteiligt waren (116), und Studien zum Depressionsscreening, bei denen Psychiater die antidepressive Behandlung überwachten, was zu einem Rückgang der Suizidraten bei Männern und Frauen führte (Mann et al., 2023)
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)				**Hoch**	Obwohl die Evidenzbasis klein ist, scheinen kurze psychologische Interventionen bei der Verringerung von Suizid und Suizidversuchen wirksam zu sein. Alle bisherigen Studien wurden mit Personen durchgeführt, die die Notaufnahme aufgesucht hatten. Eine frühzeitige Einbindung und therapeutische Intervention auf der Grundlage psychologischer Theorien zu suizidalem Verhalten, die bei Folgekontakten fortgesetzt wird, könnte sich als besonders vorteilhaft erweisen (McCabe et al. 2018)
Screening für Suizidrisiko (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Minimale Evidenz deutet darauf hin, dass Screening-Instrumente einige Erwachsene mit erhöhtem Suizidrisiko in der Primärversorgung identifizieren können, aber die Genauigkeit war in Studien mit älteren Erwachsenen geringer. Minimale Belege, die sich auf Hochrisiko-populationen beschränken, deuten auf eine schlechte Leistung von Screening-Instrumenten bei Jugendlichen hin. Studien zeigten, dass Psychotherapie die Zahl der Suizidversuche bei Hochrisikoerwachsenen reduziert, nicht aber bei Jugendlichen (O'Connor et

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					al. 2013).
Suizide (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Zu den wirksamen Interventionen gehörten vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening/-managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Gruppenaktivitäten umfassen (Okolie et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Groß angelegte Interventionen, die sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Einrichtungen durchgeführt wurden, scheinen Selbstverletzungen und Suizidgedanken nach der Intervention und in geringerem Maße bei der Nachuntersuchung zu verringern. In kommunalen Einrichtungen scheinen vielschichtige, ortsbezogene Ansätze eine Wirkung zu haben (Robinson et al., 2018)
Suizide nach Klinikentlassung (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Suizidrate nach der Entlassung betrug 483 Suizidtote pro 100 000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall (KI) 445-520, Vorhersageintervall (PI)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					200-770) mit hoher Heterogenität zwischen den Stichproben (I2 = 92). Die Suizidrate war im ersten Jahr nach der Entlassung am höchsten (851 pro 100 000 Personenjahre), blieb aber langfristig erhöht. Die Suizidraten waren in Stichproben von Männern (716 pro 100 000 Personenjahre) und älteren Menschen (799 pro 100 000 Personenjahre) erhöht, in Stichproben von jüngeren Menschen (107 pro 100 000 Personenjahre) und in zwischen 2010 und 2018 veröffentlichten Studien (329 pro 100 000 Personenjahre) jedoch niedriger (Wang et al. 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen von Screening in der Primärversorgung, in der allgemeinen öffentlichen Aufklärung und in Medienrichtlinien für die Suizidprävention zu bewerten. Weitere Ansätze, die weiter untersucht werden müssen, sind die Schulung von Gatekeepern, die Ausbildung von Ärzten sowie die Unterstützung durch Internet und Beratungsstellen (Zalsmann et al. 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) stationäre Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Kurzzeit-Krisenstationen) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 12 Studien.			**Hoch**	Die Daten deuten darauf hin, dass die Einheiten bei vielen Ergebnissen Vorteile bringen. Die Einheiten konnten die Zahl der psychiatrischen Aufenthalte verringern (42 % nach der Intervention im Vergleich zu 49,8 % vor der Intervention; Differenz = 7,8 %; P < 0,0001) und die ambulante Nachsorge verbessern (χ2 = 37,42, d.f. = 1; P < 0,001). Die Metaanalyse ergab eine signifikante Verringerung der Verweildauer in der Notaufnahme (um 164,24

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					min; 95% CI -261,24 bis -67,23 min; P < 0,001) und der Zahl der stationären Aufnahmen (Odds Ratio 0,55, 95% CI 0,43-0,68; P < 0,001). Eine Studie beschrieb eine experimentelle Einheit für Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und ist die einzige Studie, die Daten über Veränderungen der Suizidalität lieferte.42 Die Studie kam zu dem Schluss, dass die Einheit keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Suizidversuchen im Vergleich zur üblichen Behandlung hatte. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Wahrscheinlichkeit wiederholter Suizidversuche in der Nachbeobachtungszeit (Hazard Ratio der Wiederholung für Patienten in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Gruppe mit üblicher Behandlung war 1,24; 95% CI 0,68-2,27). Dementsprechend gab es auch keinen Unterschied in der Anzahl der Suizidversuche pro Patient in der Nachbeobachtungszeit (z = 0,49, P = 0,62).4 (Anderson et al., 2022)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Nur für wenige kurze nicht-pharmakologische Interventionen gab es eine konsistente Evidenz: Räume zur sensorischen Modulation verbesserten durchgängig den Leidensdruck in stationären Einrichtungen. Kurze Einweisungen können Suizidversuche und Wiedereinweisungen verringern, wenn sie von einer Psychotherapie begleitet werden. Suizid-spezifische Interventionen in Notaufnahmen können

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					depressive Symptome verbessern, nicht aber die Suizidversuchsrate. Es gab Hinweise darauf, dass kurze nicht-pharmakologische Interventionen die Häufigkeit von Selbstverletzungen auf stationären Stationen nicht verringern. Wir fanden keine Belege für häufig eingesetzte Interventionen wie Selbstmordverbote, spezielle Beobachtung oder stationäre Interventionen zur Selbstverletzung. (Huber et al., 2024)
Suizidalität (psychologischen Kurzinterventionen) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Hoch**	Die Hauptergebnisse waren Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken, Depressionen und Krankenhausaufenthalte. Die Interventionen umfassten ein frühzeitiges therapeutisches Engagement, die Bereitstellung von Informationen, eine Sicherheitsplanung und Nachkontakte für mindestens 12 Monate. Die Interventionen stützten sich in unterschiedlichem Maße auf psychologische Theorien und Techniken. Zwei Studien, in denen Suizidgedanken gemessen wurden, zeigten keine Wirkung. Zwei Studien zeigten weniger Suizidversuche, eine weniger Suizide und eine eine Wirkung auf Depressionen. (McCabe et al., 2018)
Suizide (Auf Informations- und Kommunikationstechnologien basierende Interventionen zur Suizidprävention in klinischen Einrichtungen) (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Niedrig** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei den meisten IKT handelte es sich um computergestützte Interventionen und/oder Anwendungen (n=55). Diese IKT wurden in der Regel als indizierte Strategien (n=49) eingesetzt, die auf Patienten abzielten, bei denen ein aktives Suizidrisiko bestand.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Die drei am häufigsten ermittelten Interventionskategorien zur Suizidprävention waren Nachsorge nach der Entlassung (n=27), Screening und/oder Bewertung (n=22) und Sicherheitsplanung (n=20). Es wurden nur wenige Informationen über Umsetzungsstrategien, Hindernisse und Erleichterungen ermittelt. Zu den am häufigsten genannten Umsetzungsstrategien gehörten Schulung, Ausbildung und Initiativen zur Zusammenarbeit. (Shin, et al., 2024)
Suizide (Psychosozialer Interventionen bei stationären Psychiatriepatienten)	Basierend auf Daten von Patienten und 10 Studien.			**Niedrig** Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Alle Studien untersuchten psychosoziale Interventionen zur Verringerung von Suiziden, keine untersuchte eine psychosoziale Intervention bei Selbstverletzungen. Bei den meisten psychosozialen Interventionen handelte es sich um CBT und Dialektische Verhaltenstherapie (DBT). Die Interventionen waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrzahl handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs). (Yiu et al., 2021)

Referenzen

409. Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. Psychiatry research 2021;305:114175 Pubmed Journal

410. Shin HD, Durocher K, Sequeira L, Zaheer J, Torous J, Strudwick G. Information and communication technology-based interventions for suicide

prevention implemented in clinical settings: a scoping review. BMC health services research 2023;23(1):281 Pubmed Journal

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

412. Huber JP, Milton A, Brewer MC, Norrie LM, Hartog SM, Glozier N. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2024;58(3):207-226 Pubmed Journal

413. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani JO, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. BJPsych open 2022;8(4):e144 Pubmed Journal

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Hausärzt*innen und (Fach-)Ärzt*innen ohne psychiatrische Fachausbildung **sollten** Schulungen hinsichtlich Suizidprävention und im Umgang mit suizidalen Patient*innen angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) ambulante Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Umbralla Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt.	Eingeschlossene Reviews, die sich mit der Prävention wiederholter Suizidversuche befassen (n = 14), ergaben Folgendes: Übergangsprogramme für Notaufnahmen können Suizidtote, Krankenhausaufenthalte und die Nichteinhaltung von Behandlungen reduzieren (basierend auf RCTs und CCSs); die Schulung von Primärversorgern in der Behandlung von Depressionen kann wiederholte Suizidversuche reduzieren (basierend auf einem RCT); Antidepressiva können das kurzfristige Suizidrisiko bei einigen Patienten erhöhen (basierend auf RCTs und Meta-Analysen); dieser Anstieg wird durch einen allgemeinen bevölkerungsbezogenen Rückgang der Suizide im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen mit Antidepressiva ausgeglichen (basierend auf Beobachtungsstudien); und die Prävention mit psychosozialen Interventionen erfordert weitere Untersuchungen (Bennett et al. 2015).
Suizide (Systematischer Review)				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende	Untersuchte Maßnahmen: telefonische Kontakte, Briefe, grüne Karten, Postkarten, strukturierte Besuche und aufsuchende Gemeinschaftsprogramme. Es wurde eine Verbesserung der Inanspruchnahme von ambulanten Diensten durch die Patienten festgestellt, aber die Nachweise für suizidales Verhalten waren widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,15 (-0,19 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care-Interventionen mit einer anerkannten psychologischen Behandlung waren mit einem geringen Rückgang der Suizidgedanken verbunden (SMD, -0,15 [95%CI -0,19 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,18 (-0,25 — -0,11)			**Hoch**	Collaborative Care war bei Patienten über 65 Jahren wirksamer zur Verringerung der Suizidgedanken (SMD, -0,18 [95%CI -0,25 bis -0,11]) (Grigoroglou et al. 2021)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	-0,11 (-0,15 — -0,08)			**Hoch**	Wir beobachteten eine geringe signifikante klinische Verbesserung der Suizidgedanken durch kooperative Versorgung (Collaborative Care) im Vergleich zur üblichen Behandlung (SMD, -0,11 [95%CI, -0,15 bis -0,08]; I2, 0-47% [95%CI 0,04% bis 4,90%]) (Grigoroglou et al. 2021).
Suizide (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die 34 eingeschlossenen Arbeiten umfassten 29 Studien, die über Suizide im ersten Monat nach der Entlassung berichteten (3551 Suizide in 222 546 Patientenjahren) und 24 Studien, die über Suizide in der ersten Woche nach der Entlassung berichteten (1928 Suizide in 60 880 Patientenjahren). Die gepoolte Schätzung der Suizidrate im ersten Monat nach der Entlassung betrug 2060 pro 100 000 Personenjahre (95% CI=1300 bis 3280, I2 =90). Die gepoolte Schätzung der Selbstmordrate in der ersten Woche nach der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Entlassung betrug 2950 Selbstmorde pro 100 000 Personenjahre (95 % CI=1740 bis 5000, I2 =88) Chung et al., 2019).
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,52 (0,35 — 0,77)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Im Vergleich zum Ausgangswert verringerten sich die Suizidgedanken bei den Probanden, die eine kollaborative Versorgungsinterventionen (Collaborative Care Interventions) erhielten, signifikant (Odds Ratio [OR], 0,52; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,35-0,77), nicht jedoch bei denjenigen, die eine übliche Behandlung erhielten (OR, 0,85; 95% CI, 0,50-1,43) (Huang et al. 2009)
Suizide (Cochrane Review)	Relatives Risiko 0,49 (0,1 — 2,2)			**Hoch**	Das CMHT-Management (Community mental health teams) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Todesfällen durch Suizid und unter untersuchten Umständen (n=587, 3 RCTs, RR 0,49 CI 0,1 bis 2,2), obwohl insgesamt weniger Todesfälle in der CMHT-Gruppe auftraten (Malone et al., 2007).
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Schulung von Hausärzten in der Erkennung und Behandlung von Depressionen beugt Suizid vor. Die Schulung von Hausärzten und Krankenschwestern auf lokaler und staatlicher Ebene zur besseren Erkennung und Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Hilfe von Psychiatern hat die Suizidraten (12-19), die nicht tödlichen Suizidversuche (20, 21) und die Suizidgedanken gesenkt. Es wurde festgestellt, dass sich dieser Ansatz der kollaborativen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Versorgung (Integration von psychiatrischen Fachwissen in der Primärversorgung) positiv auf Suizidgedanken auswirkt, jedoch meist nicht die Suizidalität verhindert. Ausnahmen sind ein kollegiales Versorgungsprogramm, an dem medizinische Laienhelfer sowohl in der Primärversorgung als auch in privaten Einrichtungen beteiligt waren (116), und Studien zum Depressionsscreening, bei denen Psychiater die antidepressive Behandlung überwachten, was zu einem Rückgang der Suizidraten bei Männern und Frauen führte (Mann et al., 2023)
Suizide und Suizidversuche (Systematischer Review)				**Hoch**	Obwohl die Evidenzbasis klein ist, scheinen kurze psychologische Interventionen bei der Verringerung von Suizid und Suizidversuchen wirksam zu sein. Alle bisherigen Studien wurden mit Personen durchgeführt, die die Notaufnahme aufgesucht hatten. Eine frühzeitige Einbindung und therapeutische Intervention auf der Grundlage psychologischer Theorien zu suizidalem Verhalten, die bei Folgekontakten fortgesetzt wird, könnte sich als besonders vorteilhaft erweisen (McCabe et al. 2018)
Screening für Suizidrisiko (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Minimale Evidenz deutet darauf hin, dass Screening-Instrumente einige Erwachsene mit erhöhtem Suizidrisiko in der Primärversorgung identifizieren können, aber die Genauigkeit war in Studien mit älteren Erwachsenen geringer. Minimale Belege, die sich auf Hochrisiko-

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					populationen beschränken, deuten auf eine schlechte Leistung von Screening-Instrumenten bei Jugendlichen hin. Studien zeigten, dass Psychotherapie die Zahl der Suizidversuche bei Hochrisikoerwachsenen reduziert, nicht aber bei Jugendlichen (O'Connor et al. 2013).
Suizide (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Zu den wirksamen Interventionen gehörten vielseitige, auf die Grundversorgung ausgerichtete Depressionsscreening/-managementprogramme, Behandlungsmaßnahmen (Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Erwachsene sowie gemeindebasierte Programme, die Aufklärung, Gatekeeper-Schulung, Gruppenaktivitäten umfassen (Okolie et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Groß angelegte Interventionen, die sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Einrichtungen durchgeführt wurden, scheinen Selbstverletzungen und Suizidgedanken nach der Intervention und in geringerem Maße bei der Nachuntersuchung zu verringern. In kommunalen Einrichtungen scheinen vielschichtige, ortsbezogene Ansätze eine Wirkung zu

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) ambulante Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					haben (Robinson et al., 2018)
Suizide nach Klinikentlassung (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Suizidrate nach der Entlassung betrug 483 Suizidtote pro 100 000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall (KI) 445-520, Vorhersageintervall (PI) 200-770) mit hoher Heterogenität zwischen den Stichproben (I2 = 92). Die Suizidrate war im ersten Jahr nach der Entlassung am höchsten (851 pro 100 000 Personenjahre), blieb aber langfristig erhöht. Die Suizidraten waren in Stichproben von Männern (716 pro 100 000 Personenjahre) und älteren Menschen (799 pro 100 000 Personenjahre) erhöht, in Stichproben von jüngeren Menschen (107 pro 100 000 Personenjahre) und in zwischen 2010 und 2018 veröffentlichten Studien (329 pro 100 000 Personenjahre) jedoch niedriger (Wang et al. 2019).
Suizidalität (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen von Screening in der Primärversorgung, in der allgemeinen öffentlichen Aufklärung und in Medienrichtlinien für die Suizidprävention zu bewerten. Weitere Ansätze, die weiter untersucht werden müssen, sind die Schulung von Gatekeepern, die Ausbildung von Ärzten sowie die Unterstützung durch Internet und Beratungsstellen (Zalsmann et al. 2016)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Konsenbasiert: Stationäre Versorgung von suizidalen Patient*innen soll nach Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden erfolgen und wenn möglich auf Grund einer partizipativen Entscheidungsfindung getroffen werden. Forschung ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: (Rein) stationäre Versorgung
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität (Kurzzeit-Krisenstationen) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 12 Studien.			**Hoch**	Die Daten deuten darauf hin, dass die Einheiten bei vielen Ergebnissen Vorteile bringen. Die Einheiten konnten die Zahl der psychiatrischen Aufenthalte verringern (42 % nach der Intervention im Vergleich zu 49,8 % vor der Intervention; Differenz = 7,8 %; P < 0,0001) und die ambulante Nachsorge verbessern (χ2 = 37,42, d.f. = 1; P < 0,001). Die Metaanalyse ergab eine signifikante Verringerung der Verweildauer in der Notaufnahme (um 164,24 min; 95% CI -261,24 bis -67,23 min; P < 0,001) und der Zahl der stationären Aufnahmen (Odds Ratio 0,55, 95% CI 0,43-0,68; P < 0,001). Eine Studie beschrieb eine experimentelle Einheit für Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, und ist die einzige Studie, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Daten über Veränderungen der Suizidalität lieferte.42 Die Studie kam zu dem Schluss, dass die Einheit keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Suizidversuchen im Vergleich zur üblichen Behandlung hatte. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Wahrscheinlichkeit wiederholter Suizidversuche in der Nachbeobachtungszeit (Hazard Ratio der Wiederholung für Patienten in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Gruppe mit üblicher Behandlung war 1,24; 95% CI 0,68-2,27). Dementsprechend gab es auch keinen Unterschied in der Anzahl der Suizidversuche pro Patient in der Nachbeobachtungszeit (z = 0,49, P = 0,62).4 (Anderson et al., 2022)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Nur für wenige kurze nicht-pharmakologische Interventionen gab es eine konsistente Evidenz: Räume zur sensorischen Modulation verbesserten durchgängig den Leidensdruck in stationären Einrichtungen. Kurze Einweisungen können Suizidversuche und Wiedereinweisungen verringern, wenn sie von einer Psychotherapie begleitet werden. Suizid-spezifische Interventionen in Notaufnahmen können depressive Symptome verbessern, nicht aber die Suizidversuchsrate. Es gab Hinweise darauf, dass kurze nicht-pharmakologische Interventionen die Häufigkeit von Selbstverletzungen auf stationären Stationen nicht verringern. Wir fanden keine Belege für häufig eingesetzte Interventionen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					wie Selbstmordverbote, spezielle Beobachtung oder stationäre Interventionen zur Selbstverletzung. (Huber et al., 2024)
Suizidalität (psychologischen Kurzinterventionen) (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Hoch**	Die Hauptergebnisse waren Suizid, Suizidversuche, Suizidgedanken, Depressionen und Krankenhausaufenthalte. Die Interventionen umfassten ein frühzeitiges therapeutisches Engagement, die Bereitstellung von Informationen, eine Sicherheitsplanung und Nachkontakte für mindestens 12 Monate. Die Interventionen stützten sich in unterschiedlichem Maße auf psychologische Theorien und Techniken. Zwei Studien, in denen Suizidgedanken gemessen wurden, zeigten keine Wirkung. Zwei Studien zeigten weniger Suizidversuche, eine weniger Suizide und eine eine Wirkung auf Depressionen. (McCabe et al., 2018)
Suizide (Auf Informations- und Kommunikationstechnologien basierende Interventionen zur Suizidprävention in klinischen Einrichtungen) (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 70 Studien.			**Niedrig** Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Bei den meisten IKT handelte es sich um computergestützte Interventionen und/oder Anwendungen (n=55). Diese IKT wurden in der Regel als indizierte Strategien (n=49) eingesetzt, die auf Patienten abzielten, bei denen ein aktives Suizidrisiko bestand. Die drei am häufigsten ermittelten Interventionskategorien zur Suizidprävention waren Nachsorge nach der Entlassung (n=27), Screening und/oder Bewertung (n=22) und Sicherheitsplanung (n=20). Es wurden nur wenige Informationen über Umsetzungsstrategien,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** (Rein) stationäre Versorgung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Hindernisse und Erleichterungen ermittelt. Zu den am häufigsten genannten Umsetzungsstrategien gehörten Schulung, Ausbildung und Initiativen zur Zusammenarbeit. (Shin, et al., 2024)
Suizide (Psychosozialer Interventionen bei stationären Psychiatriepatienten)	Basierend auf Daten von Patienten und 10 Studien.			**Niedrig** Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Alle Studien untersuchten psychosoziale Interventionen zur Verringerung von Suiziden, keine untersuchte eine psychosoziale Intervention bei Selbstverletzungen. Bei den meisten psychosozialen Interventionen handelte es sich um CBT und Dialektische Verhaltenstherapie (DBT). Die Interventionen waren bei der Verringerung von Suizidalität, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Suizidversuchen nach der Therapie und bei der Nachuntersuchung nicht wirksamer als Kontrollbehandlungen. Bei der Mehrzahl handelte es sich jedoch um kleine Pilot- oder Durchführbarkeitsstudien (RCTs). (Yiu et al., 2021)

Referenzen

409. Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. Psychiatry research 2021;305:114175 Pubmed Journal

410. Shin HD, Durocher K, Sequeira L, Zaheer J, Torous J, Strudwick G. Information and communication technology-based interventions for suicide prevention implemented in clinical settings: a scoping review. BMC health services research 2023;23(1):281 Pubmed Journal

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

412. Huber JP, Milton A, Brewer MC, Norrie LM, Hartog SM, Glozier N. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2024;58(3):207-226 Pubmed Journal

413. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani JO, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. BJPsych open 2022;8(4):e144 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Safety-Planning Interventionen **sollen** erwachsenen Patient*innen nach einem Suizidversuch angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen — Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen — Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit — Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Wirksamkeit von Safety-Planning für Kinder und Jugendliche (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 15 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt. (Abbott-Smith et al., 2023)
Suizidalität (Safety-Planning) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt. (Mood et al., 2021)
Suizidalität (Telefonische Interventionen) (Brasilianische Leitlinie)	Basierend auf Daten von Patienten und 35 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obwohl zwischen den Studien eine erhebliche Heterogenität festgestellt wurde, gibt es Hinweise darauf, dass direkte telefonische Interventionen wirksam sind, wenn sie in umfassendere Präventionsprotokolle eingebunden sind und von geschultem Personal durchgeführt werden. Trotz der Einschränkungen, zu denen die Heterogenität der Stichproben, der Designs und der Ergebnismessungen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					gehörte, waren wir in der Lage, ein Protokoll für den Einsatz von Ferndiensten zur Prävention von Suizid und Suizidversuchen zu erstellen. Eine Hotline oder ein ähnliches System könnte eine wirksame Maßnahme für umfassendere Programme zur Prävention von Suiziden sein. Es sind jedoch weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um zu spezifizieren, welche Komponenten des Protokolls für die Verbesserung der Wirksamkeit entscheidend sind. (Baldaçara et al., 2023)
Suizidversuche (Kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen) (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,69 (CI 95% 0,53 — 0,89) Basierend auf Daten von 4.270 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Gepoolte Effektschätzungen zeigten, dass kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen mit einer Verringerung der nachfolgenden Suizidversuche (gepoolte Odds Ratio, 0,69; 95% CI, 0,53-0,89) und einer verstärkten Weiterverfolgung (gepoolte Odds Ratio, 3,04; 95% CI, 1,79-5,17), nicht aber mit einer Verringerung der Depressionssymptome (Hedges g = 0,28 [95% CI, -0,02 bis 0,59) verbunden waren. (Doupnik et al., 2020)
Wirksamkeit von „Safety Planning“ für suizidale Erwachsene (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 26 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die meisten Interventionen wurden persönlich durchgeführt, wobei ein Sicherheitsplan in Papierform erstellt wurde, während eine kleinere Anzahl internetbasierte Interventionen untersuchte. Zu den primären Messgrößen gehörten: Suizidalität (Ideation, Verhalten, Todesfälle; 10 Studien), suizidbezogene Ergebnisse (Depression, Hoffnungslosigkeit; 5 Studien) und Behandlungsergebnisse

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Krankenhausaufenthalte, Behandlungsbereitschaft; 7 Studien). Die Ergebnisse belegen Verbesserungen in jedem dieser Bereiche, wobei ergänzende Erkenntnisse aus den übrigen quantitativen und qualitativen Studien darauf hindeuten, dass das SPI eine durchführbare und akzeptable Intervention ist. Diese Ergebnisse sind zwar positiv, werden aber durch die Heterogenität der Interventionen und Studiendesigns eingeschränkt, so dass sich die spezifischen Auswirkungen des SPI nur schwer bestimmen und verallgemeinern lassen. Umgekehrt weist dies aber auch auf die Flexibilität des SPI hin. (Ferguson et al., 2020)
Wirksamkeit von auf Suizid ausgerichteten Interventionen bei suizidgefährdeten Personen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Von 34 Studien berichteten fünf über die Überlegenheit von Ketamin oder Esketamin gegenüber Placebo bei der Verringerung von SI bei depressiven Personen innerhalb einer Woche, während fünf Studien negative Ergebnisse lieferten. Einzelne Studien berichteten über positive Ergebnisse für die einmonatige antisuizidale Wirksamkeit von Buprenorphin, Paroxetin, einem Krisenreaktionsplan und assertivem Fallmanagement. Die meisten Studien waren nicht ausreichend aussagekräftig und wiesen ein mittleres bis hohes Risiko für Verzerrungen auf. (Lengvenyte et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,8) Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6			**Hoch**	Für die Analyse kamen 6 Studien mit 3536 Teilnehmern in Frage. Das relative Risiko für suizidales

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Studien.				Verhalten bei Patienten, die eine SPTI erhielten, lag bei 0,570 (95% CI 0,408-0,795, P = 0,001; number needed to treat, 16). Für Suizidgedanken wurde kein signifikanter Effekt gefunden. (Nuij et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Maßnahmen zur Suizidsicherheitsplanung (SSP) wirksam zur Verringerung von Suizidverhalten und Suizidgedanken beitragen. Die Nachweise für ihre Wirksamkeit bei der Verringerung der Symptome psychischer Erkrankungen, der Förderung der Resilienz und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen sind jedoch begrenzt. In der Studie wurden die Interventionen in drei Gruppen eingeteilt: Standard- und erweiterte SSP-Interventionen, elektronisch durchgeführte SSP-Interventionen und in komplexe Ansätze integrierte SSP. Die meisten der in die Untersuchung einbezogenen Studien stammten aus den USA, gefolgt von Taiwan. Die Überprüfung umfasste insgesamt 22 Studien mit 2 388 Teilnehmern. Die kritische Bewertung reichte von 38,5 bis 92,3, was insgesamt auf eine mäßig-hohe Qualität der Evidenz hinweist. Die Studie lieferte auch eine visuelle Zusammenfassung der Wirksamkeit dieser Interventionen auf wichtige psychosoziale Ergebnisse, darunter Suizidgedanken, Suizidverhalten, psychische Gesundheitssymptome, Resilienz und Inanspruchnahme von Dienstleistungen. (Marshall

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					et al., 2023)
Suizide an Hotspots (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Wir identifizierten 23 Artikel mit 18 einzigartigen Studien. Nachdem wir einen Ausreißer entfernt hatten, wurden Maßnahmen, die den Zugang zu Hilfsmitteln einschränkten, mit einer Verringerung der Anzahl der Suizide pro Jahr in Verbindung gebracht (Inzidenzratenverhältnis 0-09, 95% CI 0-03-0-27; p<0-0001), ebenso wie Maßnahmen, die zur Hilfesuche ermutigen (0-49, 95% CI 0-29-0-83; p=0-0086), und Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch Dritte erhöhen (0-53, 95% CI 0-31-0-89; p=0-0155). Wenn wir nur die Studien einschlossen, die eine bestimmte Intervention isoliert bewerteten, war die Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0-07, 95% CI 0-02-0-19; p<0-0001), ebenso wie die Ermutigung zur Hilfesuche (0-39, 95% CI 0-19-0-80; p=0-0101); keine Studie bewertete die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch eine dritte Partei als alleinige Intervention. (Pirkis et al., 2015)
Suizide (Kurzinterventionen für Jungendliche) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Es gab keinen signifikanten Unterschied bei den nachfolgenden Suizidversuchen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Eine Analyse der anschließenden Krisendienste konnte nicht durchgeführt werden, da keine qualifizierten Daten vorlagen. Die wichtigsten sekundären Ergebnisse waren ein Rückgang der

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					unmittelbaren psychiatrischen Krankenhausaufenthalte und eine verstärkte Inanspruchnahme psychosozialer Dienste sowie eine leichte Verbesserung der nachfolgenden depressiven Symptome. (Pitts et al., 2024)

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

130. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, et al. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie 2023;90(2):208-236 Pubmed Journal

388. Lengvenyte A, Olié E, Strumila R, Navickas A, Gonzalez Pinto A, Courtet P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2021;22(9):670-685 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

415. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2021;219(2):419-426 Pubmed Journal

416. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):1022-1045 Pubmed Journal

417. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2020;77(10):1021-1030 Pubmed Journal

418. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2023;45(1):54-61 Pubmed Journal

419. Abbott-Smith S, Ring N, Dougall N, Davey J. Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? - A systematic scoping review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(5):899-910 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Safety-Planning Interventionen **sollen** Kindern und Jugendlichen nach einem Suizidversuch angeboten werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Wirksamkeit von Safety-Planning für Kinder und Jugendliche (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 15 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(Abbott-Smith et al., 2023)
Suizidalität (Safety-Planning) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt. (Mood et al., 2021)
Suizidalität (Telefonische Interventionen) (Brasilianische Leitlinie)	Basierend auf Daten von Patienten und 35 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obwohl zwischen den Studien eine erhebliche Heterogenität festgestellt wurde, gibt es Hinweise darauf, dass direkte telefonische Interventionen wirksam sind, wenn sie in umfassendere Präventionsprotokolle eingebunden sind und von geschultem Personal durchgeführt werden. Trotz der Einschränkungen, zu denen die Heterogenität der Stichproben, der Designs und der Ergebnismessungen gehörte, waren wir in der Lage, ein Protokoll für den Einsatz von Ferndiensten zur Prävention von Suizid und Suizidversuchen zu erstellen. Eine Hotline oder ein ähnliches System könnte eine wirksame Maßnahme für umfassendere Programme zur Prävention von Suiziden sein. Es sind jedoch weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um zu

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					spezifizieren, welche Komponenten des Protokolls für die Verbesserung der Wirksamkeit entscheidend sind. (Baldaçara et al., 2023)
Suizidversuche (Kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen) (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,69 (CI 95% 0,53 — 0,89) Basierend auf Daten von 4.270 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Gepoolte Effektschätzungen zeigten, dass kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen mit einer Verringerung der nachfolgenden Suizidversuche (gepoolte Odds Ratio, 0,69; 95% CI, 0,53-0,89) und einer verstärkten Weiterverfolgung (gepoolte Odds Ratio, 3,04; 95% CI, 1,79-5,17), nicht aber mit einer Verringerung der Depressionssymptome (Hedges g = 0,28 [95% CI, -0,02 bis 0,59) verbunden waren. (Doupnik et al., 2020)
Wirksamkeit von „Safety Planning" für suizidale Erwachsene (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 26 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die meisten Interventionen wurden persönlich durchgeführt, wobei ein Sicherheitsplan in Papierform erstellt wurde, während eine kleinere Anzahl internetbasierte Interventionen untersuchte. Zu den primären Messgrößen gehörten: Suizidalität (Ideation, Verhalten, Todesfälle; 10 Studien), suizidbezogene Ergebnisse (Depression, Hoffnungslosigkeit; 5 Studien) und Behandlungsergebnisse (Krankenhausaufenthalte, Behandlungsbereitschaft; 7 Studien). Die Ergebnisse belegen Verbesserungen in jedem dieser Bereiche, wobei ergänzende Erkenntnisse aus den übrigen quantitativen und qualitativen Studien darauf hindeuten, dass das SPI eine durchführbare und akzeptable Intervention ist. Diese Ergebnisse sind zwar positiv, werden aber durch

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					die Heterogenität der Interventionen und Studiendesigns eingeschränkt, so dass sich die spezifischen Auswirkungen des SPI nur schwer bestimmen und verallgemeinern lassen. Umgekehrt weist dies aber auch auf die Flexibilität des SPI hin. (Ferguson et al., 2020)
Wirksamkeit von auf Suizid ausgerichteten Interventionen bei suizidgefährdeten Personen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Von 34 Studien berichteten fünf über die Überlegenheit von Ketamin oder Esketamin gegenüber Placebo bei der Verringerung von SI bei depressiven Personen innerhalb einer Woche, während fünf Studien negative Ergebnisse lieferten. Einzelne Studien berichteten über positive Ergebnisse für die einmonatige antisuizidale Wirksamkeit von Buprenorphin, Paroxetin, einem Krisenreaktionsplan und assertivem Fallmanagement. Die meisten Studien waren nicht ausreichend aussagekräftig und wiesen ein mittleres bis hohes Risiko für Verzerrungen auf. (Lengvenyte et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,8) Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Für die Analyse kamen 6 Studien mit 3536 Teilnehmern in Frage. Das relative Risiko für suizidales Verhalten bei Patienten, die eine SPTI erhielten, lag bei 0,570 (95% CI 0,408-0,795, P = 0,001; number needed to treat, 16). Für Suizidgedanken wurde kein signifikanter Effekt gefunden. (Nuij et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Maßnahmen zur Suizidsicherheitsplanung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(SSP) wirksam zur Verringerung von Suizidverhalten und Suizidgedanken beitragen. Die Nachweise für ihre Wirksamkeit bei der Verringerung der Symptome psychischer Erkrankungen, der Förderung der Resilienz und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen sind jedoch begrenzt. In der Studie wurden die Interventionen in drei Gruppen eingeteilt: Standard- und erweiterte SSP-Interventionen, elektronisch durchgeführte SSP-Interventionen und in komplexe Ansätze integrierte SSP. Die meisten der in die Untersuchung einbezogenen Studien stammten aus den USA, gefolgt von Taiwan. Die Überprüfung umfasste insgesamt 22 Studien mit 2 388 Teilnehmern. Die kritische Bewertung reichte von 38,5 bis 92,3, was insgesamt auf eine mäßig-hohe Qualität der Evidenz hinweist. Die Studie lieferte auch eine visuelle Zusammenfassung der Wirksamkeit dieser Interventionen auf wichtige psychosoziale Ergebnisse, darunter Suizidgedanken, Suizidverhalten, psychische Gesundheitssymptome, Resilienz und Inanspruchnahme von Dienstleistungen. (Marshall et al., 2023)
Suizide an Hotspots (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende	Wir identifizierten 23 Artikel mit 18 einzigartigen Studien. Nachdem wir einen Ausreißer entfernt hatten, wurden Maßnahmen, die den Zugang zu Hilfsmitteln einschränkten, mit einer Verringerung der Anzahl der Suizide pro Jahr in Verbindung gebracht (Inzidenzratenverhältnis

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Erklärung der Heterogenität.	0-09, 95% CI 0-03-0-27; p<0-0001), ebenso wie Maßnahmen, die zur Hilfesuche ermutigen (0-49, 95% CI 0-29-0-83; p=0-0086), und Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch Dritte erhöhen (0-53, 95% CI 0-31-0-89; p=0-0155). Wenn wir nur die Studien einschlossen, die eine bestimmte Intervention isoliert bewerteten, war die Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0-07, 95% CI 0-02-0-19; p<0-0001), ebenso wie die Ermutigung zur Hilfesuche (0-39, 95% CI 0-19-0-80; p=0-0101); keine Studie bewertete die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch eine dritte Partei als alleinige Intervention. (Pirkis et al., 2015)
Suizide (Kurzinterventionen für Jungendliche) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Es gab keinen signifikanten Unterschied bei den nachfolgenden Suizidversuchen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Eine Analyse der anschließenden Krisendienste konnte nicht durchgeführt werden, da keine qualifizierten Daten vorlagen. Die wichtigsten sekundären Ergebnisse waren ein Rückgang der unmittelbaren psychiatrischen Krankenhausaufenthalte und eine verstärkte Inanspruchnahme psychosozialer Dienste sowie eine leichte Verbesserung der nachfolgenden depressiven Symptome. (Pitts et al., 2024)

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

130. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, et al. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie 2023;90(2):208-236 Pubmed Journal

388. Lengvenyte A, Olié E, Strumila R, Navickas A, Gonzalez Pinto A, Courtet P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2021;22(9):670-685 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

415. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2021;219(2):419-426 Pubmed Journal

416. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):1022-1045 Pubmed Journal

417. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2020;77(10):1021-1030 Pubmed Journal

418. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2023;45(1):54-61 Pubmed Journal

419. Abbott-Smith S, Ring N, Dougall N, Davey J. Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? - A systematic scoping review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(5):899-910 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Sowohl in der medizinischen Notfallversorgung wie auch in der psychosozialen Krisenversorgung **sollen** Angebote und Kompetenzen der Suizidprävention verfügbar sein.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning
Vergleichsintervention: Treatment as Usual

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Wirksamkeit von Safety-Planning für Kinder und Jugendliche (Scoping Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 15 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt. (Abbott-Smith et al., 2023)
Suizidalität (Safety-Planning) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Im Zeitraum 2008-2021 wurden fünfzehn Studien vorgelegt. Insgesamt gibt es vielversprechende, aber begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Sicherheitsplanung für Kinder/Jugendliche, wobei jedoch für einige demografische Untergruppen vollständige Beweislücken bestehen. Es wurde festgestellt, dass Fachkräfte des Gesundheitswesens eine Intervention zur Sicherheitsplanung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					durchführen sollten, die gemeinsam durchgeführt wird, entwicklungsgerecht ist und die Beteiligung der Eltern/Betreuer anerkennt. (Mood et al., 2021)
Suizidalität (Telefonische Interventionen) (Brasilianische Leitlinie)	Basierend auf Daten von Patienten und 35 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Obwohl zwischen den Studien eine erhebliche Heterogenität festgestellt wurde, gibt es Hinweise darauf, dass direkte telefonische Interventionen wirksam sind, wenn sie in umfassendere Präventionsprotokolle eingebunden sind und von geschultem Personal durchgeführt werden. Trotz der Einschränkungen, zu denen die Heterogenität der Stichproben, der Designs und der Ergebnismessungen gehörte, waren wir in der Lage, ein Protokoll für den Einsatz von Ferndiensten zur Prävention von Suizid und Suizidversuchen zu erstellen. Eine Hotline oder ein ähnliches System könnte eine wirksame Maßnahme für umfassendere Programme zur Prävention von Suiziden sein. Es sind jedoch weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um zu spezifizieren, welche Komponenten des Protokolls für die Verbesserung der Wirksamkeit entscheidend sind. (Baldaçara et al., 2023)
Suizidversuche (Kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen) (Meta-Analyse)	Odds ratio 0,69 (CI 95% 0,53 — 0,89) Basierend auf Daten von 4.270 Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Gepoolte Effektschätzungen zeigten, dass kurze Suizid-Präventionsmaßnahmen mit einer Verringerung der nachfolgenden Suizidversuche (gepoolte Odds Ratio, 0,69; 95% CI, 0,53-0,89) und einer verstärkten Weiterverfolgung (gepoolte Odds Ratio, 3,04; 95% CI, 1,79-5,17), nicht aber mit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					einer Verringerung der Depressionssymptome (Hedges g = 0,28 [95% CI, -0,02 bis 0,59) verbunden waren. (Doupnik et al., 2020)
Wirksamkeit von „Safety Planning" für suizidale Erwachsene (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 26 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die meisten Interventionen wurden persönlich durchgeführt, wobei ein Sicherheitsplan in Papierform erstellt wurde, während eine kleinere Anzahl internetbasierte Interventionen untersuchte. Zu den primären Messgrößen gehörten: Suizidalität (Ideation, Verhalten, Todesfälle; 10 Studien), suizidbezogene Ergebnisse (Depression, Hoffnungslosigkeit; 5 Studien) und Behandlungsergebnisse (Krankenhausaufenthalte, Behandlungsbereitschaft; 7 Studien). Die Ergebnisse belegen Verbesserungen in jedem dieser Bereiche, wobei ergänzende Erkenntnisse aus den übrigen quantitativen und qualitativen Studien darauf hindeuten, dass das SPI eine durchführbare und akzeptable Intervention ist. Diese Ergebnisse sind zwar positiv, werden aber durch die Heterogenität der Interventionen und Studiendesigns eingeschränkt, so dass sich die spezifischen Auswirkungen des SPI nur schwer bestimmen und verallgemeinern lassen. Umgekehrt weist dies aber auch auf die Flexibilität des SPI hin. (Ferguson et al., 2020)
Wirksamkeit von auf Suizid ausgerichteten Interventionen bei suizidgefährdeten Personen	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt	Von 34 Studien berichteten fünf über die Überlegenheit von Ketamin oder Esketamin gegenüber Placebo bei der Verringerung von SI bei

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
(Systematischer Review)				durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	depressiven Personen innerhalb einer Woche, während fünf Studien negative Ergebnisse lieferten. Einzelne Studien berichteten über positive Ergebnisse für die einmonatige antisuizidale Wirksamkeit von Buprenorphin, Paroxetin, einem Krisenreaktionsplan und assertivem Fallmanagement. Die meisten Studien waren nicht ausreichend aussagekräftig und wiesen ein mittleres bis hohes Risiko für Verzerrungen auf. (Lengvenyte et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,57 (CI 95% 0,41 — 0,8) Basierend auf Daten von 3.536 Patienten und 6 Studien.			**Hoch**	Für die Analyse kamen 6 Studien mit 3536 Teilnehmern in Frage. Das relative Risiko für suizidales Verhalten bei Patienten, die eine SPTI erhielten, lag bei 0,570 (95% CI 0,408-0,795, P = 0,001; number needed to treat, 16). Für Suizidgedanken wurde kein signifikanter Effekt gefunden. (Nuij et al., 2021)
Wirksamkeit von "Safety-Planning" (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Maßnahmen zur Suizidsicherheitsplanung (SSP) wirksam zur Verringerung von Suizidverhalten und Suizidgedanken beitragen. Die Nachweise für ihre Wirksamkeit bei der Verringerung der Symptome psychischer Erkrankungen, der Förderung der Resilienz und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen sind jedoch begrenzt. In der Studie wurden die Interventionen in drei Gruppen eingeteilt: Standard- und erweiterte SSP-Interventionen, elektronisch durchgeführte SSP-Interventionen und in

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					komplexe Ansätze integrierte SSP. Die meisten der in die Untersuchung einbezogenen Studien stammten aus den USA, gefolgt von Taiwan. Die Überprüfung umfasste insgesamt 22 Studien mit 2 388 Teilnehmern. Die kritische Bewertung reichte von 38,5 bis 92,3, was insgesamt auf eine mäßig-hohe Qualität der Evidenz hinweist. Die Studie lieferte auch eine visuelle Zusammenfassung der Wirksamkeit dieser Interventionen auf wichtige psychosoziale Ergebnisse, darunter Suizidgedanken, Suizidverhalten, psychische Gesundheitssymptome, Resilienz und Inanspruchnahme von Dienstleistungen. (Marshall et al., 2023)
Suizide an Hotspots (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 18 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Wir identifizierten 23 Artikel mit 18 einzigartigen Studien. Nachdem wir einen Ausreißer entfernt hatten, wurden Maßnahmen, die den Zugang zu Hilfsmitteln einschränkten, mit einer Verringerung der Anzahl der Suizide pro Jahr in Verbindung gebracht (Inzidenzratenverhältnis 0-09, 95% CI 0-03-0-27; p<0-0001), ebenso wie Maßnahmen, die zur Hilfesuche ermutigen (0-49, 95% CI 0-29-0-83; p=0-0086), und Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch Dritte erhöhen (0-53, 95% CI 0-31-0-89; p=0-0155). Wenn wir nur die Studien einschlossen, die eine bestimmte Intervention isoliert bewerteten, war die Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0-07, 95% CI 0-02-0-19;

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Treatment as Usual	**Intervention** Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safetyplanning	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					p<0-0001), ebenso wie die Ermutigung zur Hilfesuche (0-39, 95% CI 0-19-0-80; p=0-0101); keine Studie bewertete die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Intervention durch eine dritte Partei als alleinige Intervention. (Pirkis et al., 2015)
Suizide (Kurzinterventionen für Jungendliche) (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Es gab keinen signifikanten Unterschied bei den nachfolgenden Suizidversuchen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Eine Analyse der anschließenden Krisendienste konnte nicht durchgeführt werden, da keine qualifizierten Daten vorlagen. Die wichtigsten sekundären Ergebnisse waren ein Rückgang der unmittelbaren psychiatrischen Krankenhausaufenthalte und eine verstärkte Inanspruchnahme psychosozialer Dienste sowie eine leichte Verbesserung der nachfolgenden depressiven Symptome. (Pitts et al., 2024)

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

130. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, et al. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie 2023;90(2):208-236 Pubmed Journal

388. Lengvenyte A, Olié E, Strumila R, Navickas A, Gonzalez Pinto A, Courtet P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2021;22(9):670-685 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

415. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2021;219(2):419-426 Pubmed Journal

416. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):1022-1045 Pubmed Journal

417. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2020;77(10):1021-1030 Pubmed Journal

418. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2023;45(1):54-61 Pubmed Journal

419. Abbott-Smith S, Ring N, Dougall N, Davey J. Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? - A systematic scoping review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(5):899-910 Pubmed Journal

7. Universelle Prävention

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Verfügbarkeitsreduzierende Maßnahmen wie beispielsweise die Erschwerung der Möglichkeit sich mit giftigen Gasen das Leben zu nehmen, Erschwerung des Zugangs zu Pestiziden, kleinere Packungsgrößen von bestimmten Arzneimittelgruppen, Gesetze zur Reglementierung des Erwerbs und des Besitzes von Schusswaffen sowie Vorschriften zur sicheren Aufbewahrung von Schusswaffen sind wirksame Maßnahmen, um die Suizidrate zu senken und **sollen** umgesetzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden: Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen: Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Menschen mit Suizidalität
Intervention: Eingeschränkter Zugang zu/ Erwerb von potentiell tödlichen Mitteln
Vergleichsintervention: Keine verfügbarkeitsreduzierenden Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Maßnahmen	**Intervention** Eingeschränkter Zugang	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,07 (CI 95% 0,02 — 0,19)			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht	Einschränkung des Zugangs zu Mitteln war mit einer Verringerung des

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Maßnahmen	**Intervention** Eingeschränkter Zugang	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Suizidrisikos verbunden (0,07, 95% CI 0,02-0,19; p<0.0001) (Pirkis et al. 2015)
Suizide (Systematischer Review)	Relatives Risiko 43			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Restriktion zu tödlichen Mitteln (insbesondere Kontrolle von Analgetika) war mit Rückgang von Suiziden um insgesamt 43 % seit 2005 verbunden (Zalsman, 2016).
Suizide (Systematischer Review)	Relatives Risiko 86 (79 — 91)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Restriktion zu tödlichen Mitteln (Hotspots für Suizid durch Springen) war mit Rückgang um 86 % seit 2005 verbunden (Zalsmann, 2016)
Suizide (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Einschränkung des Zugangs zu tödlichen Methoden führt zu einem Rückgang der Suizide durch diese Methode (Mann et al., 2005).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Maßnahmen	**Intervention** Eingeschränkter Zugang	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)				**Hoch**	Einschränkung von Gift war mit einem Rückgang der methoden-spezifischen Suizidraten verbunden, ohne dass es zu einer entsprechenden Verlagerung hin zur Verwendung anderer Methoden kam (Lim et al., 2021).
Suizide (Cochrane Review)				**Hoch**	Maßnahmen zur Einschränkung des Springens, die allein oder in Kombination mit anderen Maßnahmen durchgeführt wurden, verringerten die Zahl der Suizide durch Springen verringern (Cochrane Okolie, et al., 1996).

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

10. Lim JS, Buckley NA, Chitty KM, Moles RJ, Cairns R. Association Between Means Restriction of Poison and Method-Specific Suicide Rates: A Systematic Review. JAMA health forum 2021;2(10):e213042 Pubmed Journal

13. Okolie C, Hawton K, Lloyd K, Price SF, Dennis M, John A. Means restriction for the prevention of suicide on roads. The Cochrane database of systematic reviews 2020;9(9):CD013738 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bauliche Risikobereiche in Kliniken und “High Risk Places” wie Brücken, Hochhäuser, Bahngleise oder Klippen **sollen** durch geeignete Barrieren zum Beispiel durch vertikale Barrieren oder horizontale Schutznetze gesichert werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Menschen mit Suizidalität
Intervention: Bauliche, präventive Sicherung in Kliniken oder Hotspots
Vergleichsintervention: Keine präventiven Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende	Hinweise darauf, dass Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln Suizide an Hotspots ohne Substitutionseffekte verhindern kann (Cox et al., 2013).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizide (Cochrane Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Bauliche Einschränkungen für Sprungsuizide sind geeignet die Häufigkeit von Suiziden durch Springen zu verringern (Okolie et al., 2020)
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 100 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Wir stellten fest, dass fast alle Maßnahmen gegen physische Barrieren (100 %) die Suizidsterblichkeit an bestimmten Standorten wirksam reduzierten (Ishimo et al., 2021)
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,07 (0,02 — 0,19) Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Einschränkung des Zugangs zu Mitteln (als isolierte Intervention) war mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0,07, 95% CI 0,02-0,19; p<0.0001) (Pirkis et al., 2007)

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

506. Cox GR, Owens C, Robinson JO, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC public health 2013;13:214 Pubmed Journal

507. Okolie C, Wood S, Hawton K, Kandalama U, Glendenning AC, Dennis M, et al. Means restriction for the prevention of suicide by jumping. The Cochrane database of systematic reviews 2020;2(2):CD013543 Pubmed Journal

508. Ishimo M-C, Sampasa-Kanyinga H, Olibris B, Chawla M, Berfeld N, Prince SA, et al. Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: a systematic review. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention 2021;27(2):184-193 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: In “High Risk Places” **sollen** Hinweise auf Notfalltelefone und Kriseninterventionsdienste angebracht werden. Darüber hinaus **sollen** bauliche präventive Maßnahmen in Kliniken schon im Planungsstadium oder durch Nachrüstung älterer Gebäude angewendet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Menschen mit Suizidalität
Intervention: Bauliche, präventive Sicherung in Kliniken oder Hotspots
Vergleichsintervention: Keine präventiven Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl	Hinweise darauf, dass Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln Suizide an Hotspots ohne Substitutionseffekte verhindern kann (Cox et al., 2013).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	
Suizide (Cochrane Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Bauliche Einschränkungen für Sprungsuizide sind geeignet die Häufigkeit von Suiziden durch Springen zu verringern (Okolie et al., 2020)
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 100 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Wir stellten fest, dass fast alle Maßnahmen gegen physische Barrieren (100 %) die Suizidsterblichkeit an bestimmten Standorten wirksam reduzierten (Ishimo et al., 2021)
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,07 (0,02 — 0,19) Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Einschränkung des Zugangs zu Mitteln (als isolierte Intervention) war mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0,07, 95% CI 0,02-0,19; p<0.0001) (Pirkis et al., 2007)

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

506. Cox GR, Owens C, Robinson JO, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC public health 2013;13:214 Pubmed Journal

507. Okolie C, Wood S, Hawton K, Kandalama U, Glendenning AC, Dennis M, et al. Means restriction for the prevention of suicide by jumping. The Cochrane database of systematic reviews 2020;2(2):CD013543 Pubmed Journal

508. Ishimo M-C, Sampasa-Kanyinga H, Olibris B, Chawla M, Berfeld N, Prince SA, et al. Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: a systematic review. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention 2021;27(2):184-193 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Kliniken **sollen** zur Verbesserung der Suizidprävention ihre Daten zu stattgefundenen Kliniksuiziden an die zentrale Kliniksuiziderhebung melden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Menschen mit Suizidalität
Intervention: Bauliche, präventive Sicherung in Kliniken oder Hotspots
Vergleichsintervention: Keine präventiven Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Hinweise darauf, dass Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln Suizide an Hotspots ohne Substitutionseffekte verhindern kann (Cox et al., 2013).
Suizide (Cochrane Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	Bauliche Einschränkungen für Sprungsuizide sind geeignet die Häufigkeit von Suiziden durch Springen zu verringern (Okolie et al., 2020)
Suizide (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 100 Studien.			**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Wir stellten fest, dass fast alle Maßnahmen gegen physische Barrieren (100 %) die Suizidsterblichkeit an bestimmten Standorten wirksam reduzierten (Ishimo et al., 2021)
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,07 (0,02 — 0,19) Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien.			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine	Einschränkung des Zugangs zu Mitteln (als isolierte Intervention) war mit einer Verringerung des Suizidrisikos verbunden (0,07, 95% CI 0,02-0,19; p<0.0001) (Pirkis et al., 2007)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** keine Intervention	**Intervention** Bauliche, präventive Sicherung	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	

Referenzen

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

506. Cox GR, Owens C, Robinson JO, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC public health 2013;13:214 Pubmed Journal

507. Okolie C, Wood S, Hawton K, Kandalama U, Glendenning AC, Dennis M, et al. Means restriction for the prevention of suicide by jumping. The Cochrane database of systematic reviews 2020;2(2):CD013543 Pubmed Journal

508. Ishimo M-C, Sampasa-Kanyinga H, Olibris B, Chawla M, Berfeld N, Prince SA, et al. Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: a systematic review. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention 2021;27(2):184-193 Pubmed Journal

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Medienberichte über Suizide können Nachfolgesuizide hervorrufen. Die bestehenden Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizide **sollen** verbreitet und angewendet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen — Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit (Awareness)
Vergleichsintervention: Keine Intervention

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,97 (CI 95% 0,96 — 0,98)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Insgesamt bewerteten 7 von 13 Studien (54 %) Kampagnen in den Massenmedien im Hinblick auf Verhaltensresultate. Von drei eigenständigen Massenmedienkampagnen berichtete nur eine über einen positiven Interventionseffekt in Bezug auf Suizide (Inzidenzratenverhältnis von 0,971, KI: 0,957-0,985). Insgesamt zeigten nur 5 von 13 Studien (38 %), dass Kampagnen in den Massenmedien einen positiven Interventionseffekt für Verhaltensresultate hatten (Torok et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 13 Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Hoch**	Das Suizid stieg um 13 % in dem Zeitraum, nachdem die Medien über den Tod eines Prominenten durch Suizid berichtet hatten. Die Berichterstattung über den Tod von Prominenten durch Suizid scheint die Zahl der Suizide in den nächsten 1 bis 2 Monaten um 8 bis 18 % zu erhöhen, und die Information über die Suizidmethode war mit einem Anstieg des Risikos für Suizid durch dieselbe Methode um 18 bis 44 % verbunden (Niederkrothenthaler et al, 2020).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Meta-Analyse)	0,26 (0,09 — 0,43) Basierend auf Daten von Patienten und 10 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Schätzung von 10 Studien zu 98 prominenten Suiziden ergab einen durchschnittlichen Anstieg der Suizidrate von 0,26 (95 % CI 0,09 bis 0,43) im Monat nach einem Bericht über einen prominenten Suizid. Die Studienregion und die Art des Prominenten scheinen einen Einfluss auf die Größe des Effekts zu haben (Niederkrothentaler et al, 2012)
Suizide (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 12 Studien.			**Hoch**	Die Darstellung von Suiziden in Unterhaltungsmedien kann zu einem Anstieg von Suiziden und Suiziden in der Bevölkerung führen (Niederkrothentaler et al, 2013).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Analyse ergab Hinweise darauf, dass die Exposition gegenüber Erzählungen über Hoffnung und Genesung zu einer geringen, aber statistisch signifikanten Verringerung der mittleren Suizidgedanken im Vergleich zu aktiven Kontrollen führte. Es gab keine ausreichenden Belege für die Schlussfolgerung, dass Erzählungen über Hoffnung und Genesung mit Unterschieden in den Einstellungen und Absichten zur Hilfesuche zwischen den Gruppen verbunden waren (Niederkrothentaler et al, 2013)

Referenzen

17. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2020;368:m575 Pubmed Journal

18. Niederkrotenthaler T, Fu K-W, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. Journal of epidemiology and community health 2012;66(11):1037-42 Pubmed Journal

19. Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2022;7(2):e156-e168 Pubmed Journal

120. Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. Suicide & life-threatening behavior 2017;47(6):672-687 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit **sollten** durchgeführt und weiter beforscht werden, da es bislang keine hinreichende Evidenz für die Wirkungen der meisten medialen suizidpräventiven Maßnahmen gibt.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit (Awareness)
Vergleichsintervention: Keine Intervention

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Systematischer Review)	Relatives Risiko 0,97 (CI 95% 0,96 — 0,98)			**Sehr niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Informationen über die Finanzierung/ Interessenkonflikten.	Insgesamt bewerteten 7 von 13 Studien (54 %) Kampagnen in den Massenmedien im Hinblick auf Verhaltensresultate. Von drei eigenständigen Massenmedienkampagnen berichtete nur eine über einen positiven Interventionseffekt in Bezug auf Suizide (Inzidenzratenverhältnis von 0,971, KI: 0,957-0,985). Insgesamt zeigten nur 5 von 13 Studien (38 %), dass Kampagnen in den Massenmedien einen positiven Interventionseffekt für Verhaltensresultate hatten (Torok et al., 2017)
Suizide (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 13 Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Hoch**	Das Suizid stieg um 13 % in dem Zeitraum, nachdem die Medien über den Tod eines Prominenten durch Suizid berichtet hatten. Die Berichterstattung über den Tod von Prominenten durch Suizid scheint die Zahl der Suizide in den nächsten 1 bis 2 Monaten um 8 bis 18 % zu erhöhen, und die Information über die Suizidmethode war mit einem Anstieg des Risikos für Suizid durch dieselbe Methode um 18 bis 44 % verbunden (Niederkrothenthaler et al, 2020).
Suizide (Meta-Analyse)	0,26 (0,09 — 0,43) Basierend auf Daten von Patienten und 10 Studien.			**Hoch**	Die gepoolte Schätzung von 10 Studien zu 98 prominenten Suiziden ergab einen durchschnittlichen Anstieg der Suizidrate von 0,26 (95 % CI 0,09 bis 0,43) im Monat nach einem Bericht über einen prominenten Suizid. Die Studienregion und die Art des Prominenten scheinen einen Einfluss auf die Größe des Effekts zu haben (Niederkrothentaler et al,

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention** suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					2012)
Suizide (Meta-Analyse)	Basierend auf Daten von Patienten und 12 Studien.			**Hoch**	Die Darstellung von Suiziden in Unterhaltungsmedien kann zu einem Anstieg von Suiziden und Suiziden in der Bevölkerung führen (Niederkrothentaler et al, 2013).
Suizidgedanken (Meta-Analyse)				**Hoch**	Die gepoolte Analyse ergab Hinweise darauf, dass die Exposition gegenüber Erzählungen über Hoffnung und Genesung zu einer geringen, aber statistisch signifikanten Verringerung der mittleren Suizidgedanken im Vergleich zu aktiven Kontrollen führte. Es gab keine ausreichenden Belege für die Schlussfolgerung, dass Erzählungen über Hoffnung und Genesung mit Unterschieden in den Einstellungen und Absichten zur Hilfesuche zwischen den Gruppen verbunden waren (Niederkrothentaler et al, 2013)

Referenzen

17. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2020;368:m575 Pubmed Journal

18. Niederkrotenthaler T, Fu K-W, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. Journal of epidemiology and community health 2012;66(11):1037-42 Pubmed Journal

19. Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2022;7(2):e156-e168 Pubmed Journal

120. Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. Suicide & life-threatening behavior 2017;47(6):672-687 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Zur Reduzierung von Suiziden bei älteren Menschen ist eine höhere gesellschaftliche Anerkennung von älteren Menschen notwendig. Ihre soziale Teilhabe an der Gesellschaft u.a. durch Bekämpfung der Altersarmut, barrierefreien Zugang zu psychosozialen Angeboten, zu Pflege und Gesundheitsversorgung **sollte** gefördert werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden
Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wertvorstellungen und Präferenzen
Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen
Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit
Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit
Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit
Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Maßnahmen zur Auseinandersetzung mit dem Altern
Vergleichsintervention: Keine Maßnahmen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizide (Review/ Commentary)				**Sehr niedrig** Keine systematische Suche	Altersdiskriminierung und Menschenrechts-verletzungen können zu Suizid bei älteren Menschen beitragen. Altersdiskriminierung kann auch dazu führen, dass Depressionen und Suizidgedanken abgetan werden, während Annahmen über die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsinterventio n**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkei t der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Unwirksamkeit psychologischer Behandlungen zu einer geringeren Inanspruchnahme führen können (Wand et al., 2021)

Referenzen

509. Wand A, Verbeek H, Hanon C, de Mendonça Lima CA, Rabheru K, Peisah C. Is Suicide the End Point of Ageism and Human Rights Violations?. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2021;29(10):1047-1052 Pubmed Journal

Suizidpräventive Maßnahmen in den sozialen Medien **können** ein- oder fortgeführt werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Suizidpräventive Maßnahmen in sozialen Medien
Vergleichsintervention: Keine Intervention

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidprävention in sozialen Medien (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 30 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Social-Media-Plattformen können eine große Zahl ansonsten schwer erreichbarer Personen erreichen, sie können es anderen ermöglichen, nach einem Ausdruck von Suizidgedanken im Internet zu intervenieren, und sie bieten ein anonymes, zugängliches und nicht wertendes Forum für den Erfahrungsaustausch. Zu den Herausforderungen gehören Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Nutzerverhaltens und der genauen Risikobewertung, Fragen im Zusammenhang mit der Privatsphäre und der Vertraulichkeit sowie die Möglichkeit der Ansteckung. Soziale Medien scheinen ein erhebliches Potenzial für die Suizidprävention zu bergen; allerdings sind weitere Forschungen über ihre Sicherheit und Wirksamkeit erforderlich. (Robinson et al. 2016)

Referenzen

26. Robinson JO, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. Early intervention in psychiatry 2016;10(2):103-21 Pubmed Journal

Stark , Moderat qualität der Evidenz

Universelle schulbasierte Suizidpräventionsprogramme **sollen** zur Verringerung der Suizidalität im Jugendalter flächendeckend angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Kinder- und Jugendalter
Intervention: Allgemeine Schulpräventionsprogramme
Vergleichsintervention: Keine allgemeinen Schulpräventionsprogramme

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Hilfesuchverhalten (Systematischer Review)	Odds ratio 3,48 (CI 95% 1,93 — 6,29) Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vier Studien, die sich mit der Wirksamkeit von Interventionen zur Psychoedukation über Depressionen befassten, fanden einen signifikanten Effekt bei der Steigerung der Hilfesuche. King et al. [99] stellten fest, dass nach den Interventionen eine Zunahme des zukünftigen hilfesuchenden Verhaltens zu verzeichnen war, die auch nach drei Monaten noch anhielt (t = 4,634/ p < .001). Strunk et al. [100] stellten eine signifikante Zunahme der Hilfesuche

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					fest (p < 0,0005), die jedoch bei der Nachuntersuchung nicht aufrechterhalten wurde (p = 0,014). Robinson et al. [95] stellten fest, dass die Interventionsgruppe nach dem Test mit größerer Wahrscheinlichkeit Hilfe suchte (Odds ratio (95% C.I.) = 3,48 (1,93, 6,29), p < 0,0001), und Ruble et al. [96] stellten eine erhöhte Absicht fest, nach der Intervention Hilfe bei anderen zu suchen (t = 13,658/ p < 0,0001.). (Aguirre Velasco et al., 2020)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 0,45 (CI 95% 0,24 — 0,85)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es hat sich gezeigt, dass schulische Aufklärungsprogramme die Zahl der Suizidversuche (Odds Ratio [OR] 0-45, 95% CI 0-24-0-85; p=0-014) und Suizidgedanken (0-5, 0-27-0-92; p=0-025) verringern. RCTs zeigen zunehmend einen Rückgang der Suizidversuche und Suizidgedanken nach schulischen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Bewusstseins für Suizid, mit oder ohne kombiniertes Screening. Während die Evaluierung allgemeiner öffentlicher Aufklärungskampagnen zugenommen hat, bleibt der Mangel an RCTs eine große Einschränkung, was bedeutet, dass keine Aussagen über die Wirksamkeit dieser Kampagnen zur Verringerung von Suiziden gemacht werden können. (Zalsman et al., 2016)
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,5 (CI 95% 0,27 — 0,92)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung	Es hat sich gezeigt, dass schulische Aufklärungsprogramme die Zahl der Suizidversuche (Odds Ratio [OR] 0-45, 95% CI 0-24-0-85; p=0-014) und

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Suizidgedanken (0-5, 0-27-0-92; p=0-025) verringern. RCTs zeigen zunehmend einen Rückgang der Suizidversuche und Suizidgedanken nach schulischen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Bewusstseins für Suizid, mit oder ohne kombiniertes Screening. Während die Evaluierung allgemeiner öffentlicher Aufklärungskampagnen zugenommen hat, bleibt der Mangel an RCTs eine große Einschränkung, was bedeutet, dass keine Aussagen über die Wirksamkeit dieser Kampagnen zur Verringerung von Suiziden gemacht werden können. (Zalsman et al., 2016)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,76 (CI 95% 0,5 — 1,16) Basierend auf Daten von Patienten und 99 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Suizidgedanken, dichotomisch gemessen: Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab es kaum Hinweise auf einen Effekt nach der Intervention (k = 1, RR = 0-76, 95% CI 0-50 bis 1-16) oder bei der Nachbeobachtung (k = 2 (4 Interventionsarme), RR = 0-72, 95% CI 0-51 bis 1-03, I2 = 0%). Suizidgedanken werden fortlaufend gemessen: Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab es starke Hinweise auf einen Effekt der Intervention auf Suizidgedanken nach der Intervention (k = 7, SMD = -0-41, 95% CI -0-57 bis -0-24, I2 = 15-2%). Bei der Nachuntersuchung war der Effekt nicht mehr signifikant (k = 5, SMD = -0-21, 95% CI -0-52 bis 0-1, I2 = 46-9%). (Robinson et al., 2018)
Suizidprävention (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 43 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine	Vierzehn Interventionen setzten universelle Strategien zur Suizidprävention ein, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				ausreichende Erklärung der Heterogenität.	sich an die gesamte Schülerschaft richteten. Diese Interventionen konzentrierten sich auf die Verringerung von nicht-tödlichem suizidalem Verhalten (NFSB) (n = 11), die Veränderung von Wissen, Einstellung und/ oder Stigmatisierung über Suizid (n = 5) und die Verbesserung des hilfesuchenden Verhaltens von Schülern (n = 3). Viele Studien führten zu einer Verringerung von Suizidgedanken, Suizidversuchen, Einstellungen, Wissen und hilfesuchendem Verhalten. (Breet et al., 2021)
Psychische Gesundheit bei schwangeren Jugendlichen und jugendlichen Eltern (Systematischer Review)	Höher ist besser Basierend auf Daten von 3.245 Patienten und 17 Studien.	Differenz:	**MD 0,35 Größer**	**Hoch**	Die Interventionen hatten geringe bis moderate positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (SMD = 0,35, Evidenz von sehr geringer Qualität) und moderate positive Auswirkungen auf den Schulbesuch (SMD = 0,64, Evidenz von hoher Qualität). Trotz der ermutigenden Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen auf die positive psychische Gesundheit und den Schulbesuch besteht eine kritische Evidenzlücke in Bezug auf die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, zur Vorbeugung von Störungen, Selbstverletzungen und anderen Risikoverhaltensweisen bei schwangeren Jugendlichen und Jugendlichen in der Elternschaft. (Laurenzi et al., 2020)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

36. Breet E, Matooane M, Tomlinson M, Bantjes J. Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. BMC public health 2021;21(1):1116 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

103. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings JO, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. BMC psychiatry 2020;20(1):293 Pubmed Journal

211. Bergmans Y., Kellington K., Smith T., Pond A., Groving M., Shelton E., et al. Providing virtual suicide prevention groups for people experiencing suicidality: Pivoting service delivery during the COVID-19 pandemic. 2021.

212. Boiko OM, Maklin MV, Enikolopov SN. The experience of discussing suicidal topics in an outpatient support group for people with mental disorders. 2018.

213. Boyce M., Munn-Giddings C., Secker J.. 'It is a safe space': self-harm self-help groups. 2018.

214. Gilat I, Shahar G. Suicide prevention by online support groups: an action theory-based model of emotional first aid. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2009;13(1):52-63 Pubmed Journal

215. Gilat I, Tobin Y, Shahar G. Offering support to suicidal individuals in an online support group. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2011;15(3):195-206 Pubmed Journal

216. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. Psychological services 2018;15(3):289-297 Pubmed Journal

217. Maple M, Wayland S, Pearce T, Sanford R, Bhullar N. A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. Community mental health journal 2022;58(8):1621-1629 Pubmed Journal

218. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al. Social support and suicide in Japanese men and women - the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. Journal of psychiatric research 2011;45(12):1545-50 Pubmed Journal

306. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, et al. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. Reproductive health 2020;17(1):65 Pubmed Journal

Schwach , Moderat qualität der Evidenz

Evidenzbasierte Programme zur Verbesserung des sozialen Klimas an Schulen sowie zur Verringerung von Mobbing an Schulen **sollten** umfassend angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Moderat

Wertvorstellungen und Präferenzen — Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Kinder- und Jugendalter
Intervention: Allgemeine Schulpräventionsprogramme
Vergleichsintervention: Keine allgemeinen Schulpräventionsprogramme

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Hilfesuchverhalten (Systematischer Review)	Odds ratio 3,48 (CI 95% 1,93 — 6,29) Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Moderat** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vier Studien, die sich mit der Wirksamkeit von Interventionen zur Psychoedukation über Depressionen befassten, fanden einen signifikanten Effekt bei der Steigerung der Hilfesuche. King et al. [99] stellten fest, dass nach den Interventionen eine Zunahme des zukünftigen hilfesuchenden Verhaltens zu verzeichnen war, die auch nach drei Monaten noch anhielt (t = 4,634/ p < .001). Strunk et al. [100] stellten eine signifikante Zunahme der Hilfesuche fest (p < 0,0005), die jedoch bei der Nachuntersuchung nicht aufrechterhalten wurde (p = 0,014). Robinson et al. [95] stellten fest, dass die Interventionsgruppe nach dem Test mit größerer Wahrscheinlichkeit Hilfe suchte (Odds ratio (95% C.I.) = 3,48 (1,93, 6,29), p < 0,0001), und Ruble et al. [96] stellten eine erhöhte Absicht fest, nach der Intervention Hilfe bei anderen zu suchen (t =

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					13,658/ p < 0,0001.). (Aguirre Velasco et al., 2020)
Suizidversuche (Systematischer Review)	Odds ratio 0,45 (CI 95% 0,24 — 0,85)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es hat sich gezeigt, dass schulische Aufklärungsprogramme die Zahl der Suizidversuche (Odds Ratio [OR] 0-45, 95% CI 0-24-0-85; p=0-014) und Suizidgedanken (0-5, 0-27-0-92; p=0-025) verringern. RCTs zeigen zunehmend einen Rückgang der Suizidversuche und Suizidgedanken nach schulischen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Bewusstseins für Suizid, mit oder ohne kombiniertes Screening. Während die Evaluierung allgemeiner öffentlicher Aufklärungskampagnen zugenommen hat, bleibt der Mangel an RCTs eine große Einschränkung, was bedeutet, dass keine Aussagen über die Wirksamkeit dieser Kampagnen zur Verringerung von Suiziden gemacht werden können. (Zalsman et al., 2016)
Suizidgedanken (Systematischer Review)	Odds ratio 0,5 (CI 95% 0,27 — 0,92)			**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es hat sich gezeigt, dass schulische Aufklärungsprogramme die Zahl der Suizidversuche (Odds Ratio [OR] 0-45, 95% CI 0-24-0-85; p=0-014) und Suizidgedanken (0-5, 0-27-0-92; p=0-025) verringern. RCTs zeigen zunehmend einen Rückgang der Suizidversuche und Suizidgedanken nach schulischen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Bewusstseins für Suizid, mit oder ohne kombiniertes Screening. Während die Evaluierung allgemeiner öffentlicher

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Aufklärungskampagnen zugenommen hat, bleibt der Mangel an RCTs eine große Einschränkung, was bedeutet, dass keine Aussagen über die Wirksamkeit dieser Kampagnen zur Verringerung von Suiziden gemacht werden können. (Zalsman et al., 2016)
Suizidgedanken (Meta-Analyse)	Relatives Risiko 0,76 (CI 95% 0,5 — 1,16) Basierend auf Daten von Patienten und 99 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Suizidgedanken, dichotomisch gemessen: Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab es kaum Hinweise auf einen Effekt nach der Intervention (k = 1, RR = 0-76, 95% CI 0-50 bis 1-16) oder bei der Nachbeobachtung (k = 2 (4 Interventionsarme), RR = 0-72, 95% CI 0-51 bis 1-03, I2 = 0%). Suizidgedanken werden fortlaufend gemessen: Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab es starke Hinweise auf einen Effekt der Intervention auf Suizidgedanken nach der Intervention (k = 7, SMD = -0-41, 95% CI -0-57 bis -0-24, I2 = 15-2%). Bei der Nachuntersuchung war der Effekt nicht mehr signifikant (k = 5, SMD = -0-21, 95% CI -0-52 bis 0-1, I2 = 46-9%). (Robinson et al., 2018)
Suizidprävention (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 43 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vierzehn Interventionen setzten universelle Strategien zur Suizidprävention ein, die sich an die gesamte Schülerschaft richteten. Diese Interventionen konzentrierten sich auf die Verringerung von nicht-tödlichem suizidalem Verhalten (NFSB) (n = 11), die Veränderung von Wissen, Einstellung und/ oder Stigmatisierung über Suizid (n = 5) und die Verbesserung des hilfesuchenden Verhaltens von Schülern (n = 3). Viele Studien führten zu einer

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verringerung von Suizidgedanken, Suizidversuchen, Einstellungen, Wissen und hilfesuchendem Verhalten. (Breet et al., 2021)
Psychische Gesundheit bei schwangeren Jugendlichen und jugendlichen Eltern (Systematischer Review)	Höher ist besser Basierend auf Daten von 3.245 Patienten und 17 Studien.	Differenz:	**MD 0,35 Größer**	**Hoch**	Die Interventionen hatten geringe bis moderate positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (SMD = 0,35, Evidenz von sehr geringer Qualität) und moderate positive Auswirkungen auf den Schulbesuch (SMD = 0,64, Evidenz von hoher Qualität). Trotz der ermutigenden Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen auf die positive psychische Gesundheit und den Schulbesuch besteht eine kritische Evidenzlücke in Bezug auf die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, zur Vorbeugung von Störungen, Selbstverletzungen und anderen Risikoverhaltensweisen bei schwangeren Jugendlichen und Jugendlichen in der Elternschaft. (Laurenzi et al., 2020)

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

36. Breet E, Matooane M, Tomlinson M, Bantjes J. Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. BMC public health 2021;21(1):1116 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

103. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings JO, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. BMC psychiatry 2020;20(1):293 Pubmed Journal

211. Bergmans Y., Kellington K., Smith T., Pond A., Groving M., Shelton E., et al. Providing virtual suicide prevention groups for people experiencing suicidality: Pivoting service delivery during the COVID-19 pandemic. 2021.

212. Boiko OM, Maklin MV, Enikolopov SN. The experience of discussing suicidal topics in an outpatient support group for people with mental disorders. 2018.

213. Boyce M., Munn-Giddings C., Secker J.. 'It is a safe space': self-harm self-help groups. 2018.

214. Gilat I, Shahar G. Suicide prevention by online support groups: an action theory-based model of emotional first aid. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2009;13(1):52-63 Pubmed Journal

215. Gilat I, Tobin Y, Shahar G. Offering support to suicidal individuals in an online support group. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2011;15(3):195-206 Pubmed Journal

216. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. Psychological services 2018;15(3):289-297 Pubmed Journal

217. Maple M, Wayland S, Pearce T, Sanford R, Bhullar N. A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. Community mental health journal 2022;58(8):1621-1629 Pubmed Journal

218. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al. Social support and suicide in Japanese men and women - the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. Journal of psychiatric research 2011;45(12):1545-50 Pubmed Journal

306. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, et al. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. Reproductive health 2020;17(1):65 Pubmed Journal

Zur Prävention von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen **können** psychosoziale Beratungsangebote eingesetzt werden.

Es gibt keine ausreichende Evidenz für die Verringerung von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen allein durch psychosoziale Beratungsangebote. Weitere Forschung ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Kinder- und Jugendalter
Intervention: Psychosoziale Beratungsangebote
Vergleichsintervention: Keine psychosoziale Beratungsangebote

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (RCT)	Gemessen mit: SIQ - JR Skala: 0 — 90 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 448 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 6 Wochen.	25,55 (Mittelwert) Differenz:	29,71 (Mittelwert) **MD 4,2 kleiner**	**Moderat** Unzureichende Randomisierte Sequenzgenerierung, unvollständige Ergebnisdaten	YST-II hatte nur sehr begrenzte positive Auswirkungen, die durch eine Vorgeschichte von mehreren Suizidversuchen gemildert wurden, und keine negativen Auswirkungen. Bei Personen mit mehreren Suizidversuchen führte sie zu einem schnelleren Rückgang der Suizidgedanken (SIQ-JR) in den ersten 6 Wochen nach der Krankenhauseinweisung (geringe bis mittlere Effektgröße). Bei Personen, die keinen mehrfachen Suizidversuch unternommen hatten, ging die Behandlung mit einem stärkeren Rückgang der funktionellen Beeinträchtigung (CAFAS) nach 3 und 12 Monaten einher (geringe Effektstärken). YSTII hatte keine Auswirkungen auf Suizidversuche und keine dauerhaften Auswirkungen auf die SIQ-JR-Werte. Der Haupteffekt der Behandlung zeigt, dass die TAU+YST-II-Teilnehmer nach sechs Wochen einen stärkeren Rückgang der SIQ-JR-Werte aufwiesen als die Teilnehmer der TAU-Gruppe, wobei die SIQ-JR-Werte der TAU+YST-II-Teilnehmer im Durchschnitt um 4,2 Punkte niedriger waren als die der TAU-Gruppe, bereinigt um die Ausgangswerte (p = .04).

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention**	**Intervention**	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Dies ist ein kleiner Effekt (d = .21) (King et al., 2009)

Referenzen

29. King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. Journal of consulting and clinical psychology 2009;77(5):880-93 Pubmed Journal

8. Weitere Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention inkl. Postvention

Schwach , Hoch qualität der Evidenz

Wiederholte Gatekeeper Schulungen **sollten** zur Vermittlung des Wissens und zur gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Suizidalität bei Personengruppen eingesetzt werden, die häufig mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen.

Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden: Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen: Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit: Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit: Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Allgemeinbevölkerung
Intervention: Gatekeeper-Schulungen
Vergleichsintervention: Keine Gatekeeper-Schulungen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Gatekeeper-Schulungen	**Intervention** Gatekeeper-Schulungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidgedanken (Cochrane Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien.			**Hoch**	Vier kontrollierte Vorher-Nachher-Studien untersuchten die Auswirkungen der Schulung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Gatekeeper-Schulungen	**Intervention** Gatekeeper-Schulungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					von Gatekeepern. Die Gatekeeper-Schulungen verbesserten das kurzfristige Suizidwissen von Studenten, Peer-Beratern in Studentenwohnheimen sowie von Lehrkräften und Mitarbeitern. Keine Hinweise auf eine Wirkung auf die suizidbezogenen Einstellungen oder Verhaltensweisen. Keine Hinweise auf Auswirkungen der Gatekeeper-Schulung von Peer-Beratern auf suizidbezogenes Wissen, Selbstwirksamkeit oder Gatekeeper-Verhalten, gemessen vier bis sechs Monate nach der Intervention (COCHRANE, Harrod et al., 2014).
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 97 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Aufklärung von Gatekeepern über die Suizidalität von Jugendlichen ist nicht sehr wirksam. Für die Schulung von Gatekeepern zur Prävention von Suizidalität bei Erwachsenen liegen keine randomisierten Studien vor (Mann et al., 2023).
Suizidalität (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 21 Studien.			**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Vielfältige Interventionen, die sich an Ärzte der Primärversorgung, an die Bevölkerung und an gefährdete ältere Menschen in der Gemeinde richten, können Suizidalität wirksam verhindern und Suizidgedanken bei älteren Erwachsenen verringern. Es werden jedoch mehr qualitativ hochwertige Studien benötigt, um den Erfolg der Interventionen zu belegen (Okolie et al., 2017)
Suizidwissen (Systematischer				**Sehr niedrig** Vorabregistrierung	Wissen und Selbstwirksamkeit zeigten

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Gatekeeper-Schulungen	**Intervention** Gatekeeper-Schulungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 39 Studien.			fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	die stärkste Dauerhaftigkeit des Trainingseffekts, obwohl ein gewisser Verfall des Wissens im Laufe der Zeit zu beobachten war (M follow-up delay 6,1 Monate). Bei 57 % (4/7) der identifizierten Studien, die dieses Konstrukt untersuchten, war die Gatekeeper-Einstellung bei der Nachuntersuchung (4,4 Monate) auf das Ausgangsniveau zurückgegangen (Holmes et al., 2021).
Suizidwissen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 4 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias). Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Die Ausbildung von Gatekeepern ist erfolgreich bei der Vermittlung von Wissen, dem Aufbau von Fähigkeiten und der Prägung von Einstellungen der Teilnehmer. Es besteht ein Bedarf an randomisierten kontrollierten Studien. Darüber hinaus muss die Wirkung der Gatekeeper-Schulung auf die Suizidrate noch vollständig geklärt werden (Isaac et al., 2019).
Suizidwissen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 14 Studien.			**Hoch**	In den meisten der einbezogenen Studien wurde eine Verbesserung des Wissens, der Einstellungen, der Selbstwirksamkeit, der Fähigkeiten und der Wahrscheinlichkeit des Eingreifens der Gatekeeper festgestellt. Die Belege für eine Verbesserung der Einstellungen und des

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Gatekeeper-Schulungen	**Intervention** Gatekeeper-Schulungen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Verhaltens der Gatekeeper waren uneinheitlich. Die meisten eingeschlossenen Studien waren methodisch schwach (Mo et al. 2018).

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

39. Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGuiseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. The Cochrane database of systematic reviews 2014;2014(10):CD009439 Pubmed Journal

40. Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2021;25(2):177-207 Pubmed Journal

41. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik S-L, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2009;54(4):260-8 Pubmed

44. Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. Child and adolescent psychiatry and mental health 2018;12:29 Pubmed Journal

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

Schwach , Niedrig qualität der Evidenz

Suizidalen Personen **sollten** flächendeckend Zugang zu einer ambulanten, aufsuchenden Versorgung erhalten. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Niedrig

Wertvorstellungen und Präferenzen Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhilfe
Vergleichsintervention: Keine ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhilfe

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jug	**Intervention** Ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhil	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Krankenhauseinweisungen im Rahmen der kooperativen Versorgung chronisch Kranker durch ärztliche Teams (RCT)	Basierend auf Daten von 5.596 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Indirektheit, Erzeugung zufälliger Reihenfolgen, Verblindung von Teilnehmern und Personal, unvollständige Ergebnisdaten	In Post-hoc-Analysen verbesserte sich die MCS bei Veteranen mit 3 oder mehr behandelten psychischen Diagnosen im Vergleich zu anderen (β = 5,03; 95% CI, 2,24-7,82; P < .001). Psychiatrische Krankenhausaufenthalte zeigten einen robusten Rückgang während der Fazilitation (β = -0,12; 95% CI, -0,16 bis -0,07; P < .001); dieses Ergebnis hielt 4 internen Validitätstests stand. (Bauer et al., 2019)
Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte, unabhängige Bewertungen der klinischen und sozialen Funktion sowie der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen (RCT)	Basierend auf Daten von 189 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 20 Monate.			**Moderat** Ungenauigkeit	Für die Überlegenheit der Verbesserung im Programm für die tägliche Lebensführung (DLP) gegenüber den Kontrollen, P= 0,08 nach 4 Monaten; 0,09 nach 20 Monaten. PSE-Total: Die marginale Überlegenheit der DLP gegenüber den Kontrollen war nach 4 und 11 Monaten nicht signifikant und lag nach 20 Monaten im Trend

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jug	**Intervention** Ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhil	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					(0,09). (Marks et al., 1994)
Suizidversuche bei Intensive stationäre und Community Intervention versus Routineversorgung (RCT)	Basierend auf Daten von 274 Patienten und 1 Studien.			**Niedrig** Ungenauigkeit, Verdeckte Zuordnung, Blindierung von Teilnehmern und Personal, Unvollständige Ergebnisdaten	Es wurden keine Unterschiede im Ergebnis festgestellt. Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Suizidversuchs in der 12-monatigen Nachbeobachtungsphase betrug 0,17 für die Patienten in der Versuchsgruppe und 0,15 für die Kontrollgruppe. Es gab keine Unterschiede in den Bewertungen auf der SCL-90 und der Hoffnungslosigkeits-Skala. Die Patienten der Experimentalgruppe nahmen signifikant häufiger an ambulanten Behandlungssitzungen teil. SCHLUSSFOLGERUNGEN: Die allgemeine Durchführung eines intensiven stationären und gemeindenahen Interventionsprogramms für Suizidversuchspatienten scheint nicht gerechtfertigt. (van der Sande et al., 1997)

Referenzen

182. Bauer MS, Miller CJ, Kim BO, Lew R, Stolzmann K, Sullivan J, et al. Effectiveness of Implementing a Collaborative Chronic Care Model for Clinician Teams on Patient Outcomes and Health Status in Mental Health: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2019;2(3):e190230 Pubmed Journal

187. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1994;165(2):179-94 Pubmed

188. van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, van der Graaf Y, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1997;171:35-41 Pubmed

---

Der Einfluss von Peer-Arbeit auf die Reduktion von Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Peer-Arbeit
Vergleichsintervention: Keine Peer-Arbeit

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Peer-Arbeit	**Intervention** Peer-Arbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Trauersymptome bei Hinterbliebenen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 32 Studien.			**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Von den 32 Studien, die alle Einschlusskriterien erfüllten, wiesen die meisten nach, dass die Peer-Unterstützung für die Hinterbliebenen hilfreich ist, da sie die Trauersymptome verringert und das Wohlbefinden und die persönliche Entwicklung steigert. Die Studien zeigten auch Vorteile für die Anbieter von Peer-Unterstützung, einschließlich einer gesteigerten persönlichen Entwicklung und eines positiven Sinns im Leben.

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Peer-Arbeit	**Intervention** Peer-Arbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Mehrere Studien befassten sich mit dem wachsenden Trend zu internetbasierten Peer-Support-Programmen und kamen zu dem Ergebnis, dass diese zum Teil aufgrund ihrer leichten Zugänglichkeit von Vorteil sind. Peer-Unterstützung scheint besonders wertvoll für Überlebende von Suizidverlusten zu sein, ein Ergebnis, das möglicherweise mit der Stigmatisierung und der mangelnden Unterstützung durch Familie und Freunde zusammenhängt, die viele Überlebende von Suiziden erfahren. Die untersuchten Studien liefern konsistente Belege dafür, dass die Unterstützung durch Gleichaltrige für die Hinterbliebenen von Vorteil ist. (Bartone et al., 2019)
Wiederaufnahme nach Peer-Unterstützung bei der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Versorgung (RCT)	Relatives Risiko 0,97 (CI 95% 0,82 — 1,14) Basierend auf Daten von 590 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 12 Monate.			**Moderat** Verblindung bei der Ergebnisbewertung Unvollständige Ergebnisdaten	Die individuelle Peer-Unterstützung bei der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Versorgung war in den 12 Monaten nach der Entlassung nicht besser als die übliche Versorgung allein. Diese endgültige, qualitativ hochwertige Studie beseitigt die Unsicherheit in der Evidenzbasis und legt nahe, dass die Peer-Unterstützung nicht eingesetzt werden sollte, um die Rückübernahme nach der Entlassung von Patienten mit Rückübernahmerisiko zu verringern. (Gillard et al., 2022)
Nicht-suizidale Selbstverletzung bei Peer-Support-App (RCT)	Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 131 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 2 Monate.	**1,62** NSSI-Häufigkeit (Mittelwert) Differenz:	**1,3** NSSI-Häufigkeit (Mittelwert) **MD 0,32 kleiner** CI 95%	**Moderat** Indirektheit Ungenauigkeit	Die Nutzung der Peer-Support-App stand in Zusammenhang mit einer verringerten NSSI-Häufigkeit und einem größeren Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das NSSI-Verhalten im Laufe des

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Peer-Arbeit	**Intervention** Peer-Arbeit	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Studienzeitraums zu ändern. Es wurden jedoch keine Auswirkungen auf den NSSI-Drang, den Kontakt mit informeller Unterstützung, das Interesse an einer Therapie oder die Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe beobachtet. Die Ergebnisse liefern eine vorläufige Unterstützung für die Erwägung des Einsatzes von mobilen Peer-Support-Apps als Ergänzung zu NSSI-Interventionen und weisen auf die Notwendigkeit größerer Studien hin. (Kruzan et al., 2022)

Referenzen

203. Bartone PT, Bartone JV, Violanti JM, Gileno ZM. Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. Omega 2019;80(1):137-166 Pubmed Journal

206. Gillard S, Bremner S, Patel A, Goldsmith L, Marks J, Foster R, et al. Peer support for discharge from inpatient mental health care versus care as usual in England (ENRICH): a parallel, two-group, individually randomised controlled trial. The lancet. Psychiatry 2022;9(2):125-136 Pubmed Journal

209. Kruzan KP, Whitlock J, Bazarova NN, Bhandari A, Chapman J. Use of a Mobile Peer Support App Among Young People With Nonsuicidal Self-injury: Small-scale Randomized Controlled Trial. JMIR formative research 2022;6(1):e26526 Pubmed Journal

Der Einfluss von Selbsthilfegruppen auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz Sehr niedrig

Wertvorstellungen und Präferenzen Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Ressourcen Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Gerechtigkeit Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Suizidale Patient:innen
Intervention: Selbsthilfegruppen
Vergleichsintervention: Keine Selbsthilfegruppen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Selbsthilfegruppen	**Intervention** Selbsthilfegruppen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidalität bei SOSA (Survivors of Suicide Attempts) Selbsthilfegruppen	Basierend auf Daten von 92 Patienten und 1 Studien. Beobachtungszeit: 8 Wochen.			Unbekannt/ Keine randomisierte Studie	Die Teilnehmer dieser Studie berichteten über eine signifikante Verringerung der Suizidgedanken, der Hoffnungslosigkeit, des Suizidwunsches und der Suizidabsichten nach Abschluss des Programms Survivors of Suicide Attempts (SOSA). Darüber hinaus berichteten die Teilnehmer nach der Teilnahme an der SOSA-Gruppe über eine signifikante Zunahme der Resilienzeinschätzung. Bemerkenswert ist, dass Personen, die gleichzeitig an einer psychiatrischen Behandlung teilnahmen, keine signifikant stärkere Verringerung der Suizidsymptome aufwiesen als Personen, die nicht an einer gleichzeitigen Behandlung teilnahmen, was den potenziellen Nutzen der SOSA-Intervention unterstreicht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das SOSA-Selbsthilfegruppenmodell

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Selbsthilfegruppen	**Intervention** Selbsthilfegruppen	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					bei der therapeutischen Beeinflussung von Suizidsymptomen und der Stärkung der Resilienz bei Überlebenden von Suizidversuchen nützlich sein könnte. (Hom et al., 2018)
Suizidgedanken	Basierend auf Daten von 43 Patienten und 1 Studien.			**Sehr niedrig** Keine randomisierte Studie	Die Ergebnisse zeigten statistisch signifikante Verbesserungen bei den depressiven Symptomen, der wahrgenommenen Belastung, der Resilienz und der Hilfesuche von der Ausgangssituation (T1) bis zur unmittelbaren Nachuntersuchung (T2) und bei der wahrgenommenen Belastung von T1 bis zur einmonatigen Nachuntersuchung (T3). Eine Pervasivitätsanalyse zeigte, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer über Verbesserungen bei den wichtigsten Studienergebnissen als Folge der Teilnahme an der Eclipse-Gruppe berichteten. Psychoedukative Selbsthilfegruppen könnten für Personen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, eine breite Anwendung finden, indem sie den Schweregrad der Suizidgedanken durch eine Verringerung der depressiven Symptome, des Belastungsgefühls und des vereitelten Zugehörigkeitsgefühls verringern. | Suizidgedanken | t1 = 21,59 (13,32) | t2 = 18,77 (14.11) | t3 = 23.94 (12,23) | (Maple et al., 2022)

Referenzen

216. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. Psychological services 2018;15(3):289-297 Pubmed Journal

217. Maple M, Wayland S, Pearce T, Sanford R, Bhullar N. A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. Community mental health journal 2022;58(8):1621-1629 Pubmed Journal

In dem Bereich der Postvention ist Forschung, insbesondere für die vulnerable Gruppe der Kinder- und Jugendlichen, erforderlich, um zielgruppenspezifische Angebote entwickeln zu können.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: An- und Zugehörige
Intervention: (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige
Vergleichsintervention: Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl	Ziel dieses Reviews war es, die Dienste zur Unterstützung der Hinterbliebenen von Suizidopfern und die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)				wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Akzeptanz von Methoden der Nachsorge zu bewerten. Der Review ergab, dass die Bewertungen spezifischer Postpräventionsdienste meist als mittel oder hoch eingestuft wurden. Zu den erfolgreichen Bewertungen der Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit gehörten der Standby-Dienst in Australien, SOBS-Gruppen, der LOSS-Dienst, Kunstprojekte, Online-Foren und die Online-Ressource Help is at Hand. Eine kontinuierliche Evaluierung der Nachsorgeleistungen würde es den Diensten ermöglichen, weiterhin einen guten Betreuungsstandard zu bieten (Abbate et al. 2022).
Psychische Beeinträchtigung bei Hinterbliebenen von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die Recherchen ergaben 10 Artikel (acht Studien), und die Qualität der Studien war mittelmäßig. Menschen, die durch Euthanasie/PAS einen Verlust erlitten haben, wiesen im Allgemeinen ähnliche oder niedrigere Werte bei der Messung von gestörter Trauer, psychischer Gesundheit und posttraumatischem Stress auf als bei Menschen, deren Angehörige auf natürliche Weise gestorben sind. Der Mangel an sozialer Unterstützung und die Geheimhaltung können die Trauer verstärken. Die Einbeziehung in den Entscheidungsprozess und das Gefühl, den Willen des Verstorbenen zu respektieren, können die Trauer erleichtern (Andriessen et al., 2019).
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der	Es wurden acht Studien und 12 Leitlinien einbezogen, die nur wenige Belege für die Wirksamkeit enthielten. Dennoch scheinen die Bereitstellung von

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Heterogenität.	Unterstützung entsprechend dem Grad der Trauer, die Einbeziehung geschulter Freiwilliger/Peers und die Konzentration der Interventionen auf die Trauer vielversprechende Komponenten einer wirksamen Postprävention zu sein. Die Annahme eines Public-Health-Ansatzes für die Postvention kann es ermöglichen, das Dienstleistungsangebot auf die Bedürfnisse der Hinterbliebenen zuzuschneiden und die Postvention mit Suizidpräventions-programmen abzustimmen (Andriessen et al., 2019a)
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die Nachweise für die Wirksamkeit von Interventionen für Menschen, die Hinterbliebene eines Suizides sind, zu bewerten- Insgesamt war die Qualität der Studien schwach. Während es einige Belege für die Wirksamkeit von Interventionen bei unkomplizierter Trauer gab, fehlten Belege für die Wirksamkeit von Interventionen bei komplizierter Trauer. Auf der Grundlage dieser spärlichen Belege scheinen Interventionen vielversprechend zu sein, die unterstützende, therapeutische und pädagogische Ansätze beinhalten, das soziale Umfeld der Hinterbliebenen einbeziehen und eine Reihe von Sitzungen umfassen, die von geschulten Moderatoren geleitet werden (Andriessen et al., 2019b).
Unterstützung Hinterbliebener von				**Moderat** Keine ausreichende	Die thematische Analyse ergab vier Themen:

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Suizidopfern (Systematischer Review)				Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Motivation, Auswirkungen, Aspekte der Intervention, die die Ergebnisse behinderten/verbesserten, und Empfehlungen der Autoren für die Praxis der Peer-Unterstützung. Obwohl die meisten Studien, die in diese Untersuchung einbezogen wurden, methodische Einschränkungen aufwiesen, weisen die Studien auf den potenziellen Nutzen von Peer-Unterstützung für Hinterbliebene nach einem Suizid hin (Higgins et al., 2022).
Suizid bei Hinterbliebenen von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen das erhöhte Risiko für Suizid und psychische Erkrankungen bei Männern, die einen Suizid erlebt haben, und den Bedarf an maßgeschneiderter Unterstützung für diese Kohorte. Geschlechtsspezifische Faktoren, einschließlich kultureller Normen und Bewältigungsstrategien, haben einen erheblichen Einfluss auf die Erfahrungen von Männern mit einem Suizidtrauerfall (Logan et al., 2024)
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Der systematische Review untersucht die Effektivität on Interventionen zur Unterstützung von Hinterbliebenen nach einem Suizid. Im Vergleich zu keiner Intervention ergaben einzelne Studien Hinweise auf einen gewissen Nutzen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Familienintervention von vier Sitzungen mit einer psychiatrischen Krankenschwester, einer von einem Psychologen geleiteten 10-wöchigen

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Trauergruppenintervention für Kinder und einer 8-wöchigen Gruppentherapie für Erwachsene, die von einer psychiatrischen Fachkraft und einem Freiwilligen durchgeführt wurde (McDaid et al., 2008).
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Interventionen für Suizidhinterbliebene zeigten eine Reduzierung des psychischen Belastungserlebens auf, dennoch konnte dieser Effekt nicht in einem kontrollierten Design bestätigt werden. Das heißt, es liegt derzeit keine Evidenz dafür vor, dass eine Intervention nach dem Suizid einer nahestehenden Person wirksamer ist als keine oder eine unspezifische Intervention. Insgesamt gibt es bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien und dieser Umstand weist auf einen hohen Forschungsbedarf hin (Wagner et al., 2021).
Interventionen zur Unterstützung von An- und Zugehörigen nach einem Suizid (Systematischer Review)				**Moderat**	Die Ergebnisse liefern wichtige Informationen für Forscher, Dienstleistungsanbieter und politische Entscheidungsträger, um die Bereitstellung evidenzbasierter Unterstützung für Menschen, die einen Suizid begangen haben, zu verbessern. Es ergaben sich insgesamt drei Hauptkategorien von Komponenten: (1) Struktur und Inhalt der Intervention, (2) Moderator und (3) Modalität (Peer, Gruppe, Gemeinschaft, Online): In unserer narrativen Synthese wurden die als wirksam empfundenen Komponenten in Bezug auf

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Struktur und Inhalt der Interventionen, Moderatoren und Modalität (Peer, Gruppe, Gemeinschaft, Online) aufgeführt. Beschränkungen: Die Qualität der eingeschlossenen Übersichten ( ) variierte beträchtlich, und nicht alle Übersichten berichteten über die wahrgenommene Wirksamkeit der Komponenten der Interventionen (Hofmann 2025)
Interventionen zur Unterstützung von An- und Zugehörigen nach einem Suizid (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Wir identifizierten 19 von Experten begutachtete Studien und 14 Leitlinien (2014-2024) aus den USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Europa, die sich in Bezug auf Maßnahmen, Settings und Populationen unterschieden, denen es jedoch an Qualität und Allgemeinverständlichkeit mangelte. Leitlinien, die auf theoretischen Modellen basieren, insbesondere auf dem Public-Health-Modell, richteten die Nachsorge auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Überlebenden von Suizidverlusten aus. Bei der Überprüfung wurden potenziell wirksame Komponenten für die Nachsorge ermittelt, wie z. B. der Einsatz von geschulten Freiwilligen in Selbsthilfe- und Therapiegruppen, Schulungsprogramme am Arbeitsplatz und kunstbasierte Interventionen, die den Hinterbliebenen von Selbstmördern in Australien zugute kommen könnte. (Ramammurthy et al., 2024)

Referenzen

361. Abbate L., Chopra J., Poole H., Saini P.. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. 2022. Journal Webseite

362. Andriessen K., Krysinska K., Dransart D., Dargis L., Mishara B.. Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 2019. Journal Webseite

363. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson JO, Reavley N, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC psychiatry 2019;19(1):49 Pubmed Journal

364. Andriessen K, Krysinska K, Kõlves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. Frontiers in psychology 2019;10:2677 Pubmed Journal

365. Higgins A., Hybolt L., Meuser O., Cook J., Downes C., Morrissey J.. Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. 2022. Journal Webseite

366. Logan N, Krysinska K, Andriessen K. Impacts of suicide bereavement on men: a systematic review. Frontiers in public health 2024;12:1372974 Pubmed Journal

367. McDaid C, Trowman R, Golder SU, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(6):438-43 Pubmed Journal

368. Wagner B., Hofmann L., Grafiadeli R.. Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. 2021. Journal Webseite

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: An- und Zugehörigen **sollte** nach einem Suizid eines nahestehenden Menschen Postvention für Erwachsene im Sinne von (psycho-)therapeutischen und psychosozialen Interventionen angeboten werden.

(z.B: Psychosoziale Notfallversorgung, Kriseninterventionen, Selbsthilfegruppen, Trauergruppen, individuelle Beratung durch Trauerberater/-begleiter, kirchliche Angebote und niedrigschwellige Online-Angebote).

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: An- und Zugehörige
Intervention: (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige
Vergleichsintervention: Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt.	Ziel dieses Reviews war es, die Dienste zur Unterstützung der Hinterbliebenen von Suizidopfern und die Akzeptanz von Methoden der Nachsorge zu bewerten. Der Review ergab, dass die Bewertungen spezifischer Postpräventionsdienste meist als mittel oder hoch eingestuft wurden. Zu den erfolgreichen Bewertungen der Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit gehörten der Standby-Dienst in Australien, SOBS-Gruppen, der LOSS-Dienst, Kunstprojekte, Online-Foren und die Online-Ressource Help is at Hand. Eine kontinuierliche Evaluierung der Nachsorgeleistungen würde es den Diensten ermöglichen, weiterhin einen guten Betreuungsstandard zu bieten (Abbate et al. 2022).
Psychische Beeinträchtigung bei Hinterbliebenen von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die Recherchen ergaben 10 Artikel (acht Studien), und die Qualität der Studien war mittelmäßig. Menschen, die durch Euthanasie/PAS einen Verlust erlitten haben, wiesen im Allgemeinen ähnliche oder niedrigere Werte bei der Messung von gestörter Trauer, psychischer Gesundheit und posttraumatischem Stress auf als bei Menschen, deren Angehörige auf natürliche Weise gestorben sind. Der Mangel an sozialer

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Unterstützung und die Geheimhaltung können die Trauer verstärken. Die Einbeziehung in den Entscheidungsprozess und das Gefühl, den Willen des Verstorbenen zu respektieren, können die Trauer erleichtern (Andriessen et al., 2019).
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Es wurden acht Studien und 12 Leitlinien einbezogen, die nur wenige Belege für die Wirksamkeit enthielten. Dennoch scheinen die Bereitstellung von Unterstützung entsprechend dem Grad der Trauer, die Einbeziehung geschulter Freiwilliger/Peers und die Konzentration der Interventionen auf die Trauer vielversprechende Komponenten einer wirksamen Postprävention zu sein. Die Annahme eines Public-Health-Ansatzes für die Postvention kann es ermöglichen, das Dienstleistungsangebot auf die Bedürfnisse der Hinterbliebenen zuzuschneiden und die Postvention mit Suizidpräventions-programmen abzustimmen (Andriessen et al., 2019a)
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Moderat** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die Nachweise für die Wirksamkeit von Interventionen für Menschen, die Hinterbliebene eines Suizides sind, zu bewerten- Insgesamt war die Qualität der Studien schwach. Während es einige Belege für die Wirksamkeit von Interventionen bei unkomplizierter Trauer gab, fehlten Belege für die Wirksamkeit von Interventionen bei komplizierter Trauer. Auf der Grundlage dieser

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					spärlichen Belege scheinen Interventionen vielversprechend zu sein, die unterstützende, therapeutische und pädagogische Ansätze beinhalten, das soziale Umfeld der Hinterbliebenen einbeziehen und eine Reihe von Sitzungen umfassen, die von geschulten Moderatoren geleitet werden (Andriessen et al., 2019b).
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Moderat** Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die thematische Analyse ergab vier Themen: Motivation, Auswirkungen, Aspekte der Intervention, die die Ergebnisse behinderten/verbesserten, und Empfehlungen der Autoren für die Praxis der Peer-Unterstützung. Obwohl die meisten Studien, die in diese Untersuchung einbezogen wurden, methodische Einschränkungen aufwiesen, weisen die Studien auf den potenziellen Nutzen von Peer-Unterstützung für Hinterbliebene nach einem Suizid hin (Higgins et al., 2022).
Suizid bei Hinterbliebenen von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Hoch**	Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen das erhöhte Risiko für Suizid und psychische Erkrankungen bei Männern, die einen Suizid erlebt haben, und den Bedarf an maßgeschneiderter Unterstützung für diese Kohorte. Geschlechtsspezifische Faktoren, einschließlich kultureller Normen und Bewältigungsstrategien, haben einen erheblichen Einfluss auf die Erfahrungen von Männern mit einem Suizidtrauerfall (Logan et al., 2024)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Der systematische Review untersucht die Effektivität on Interventionen zur Unterstützung von Hinterbliebenen nach einem Suizid. Im Vergleich zu keiner Intervention ergaben einzelne Studien Hinweise auf einen gewissen Nutzen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Familienintervention von vier Sitzungen mit einer psychiatrischen Krankenschwester, einer von einem Psychologen geleiteten 10-wöchigen Trauergruppenintervention für Kinder und einer 8-wöchigen Gruppentherapie für Erwachsene, die von einer psychiatrischen Fachkraft und einem Freiwilligen durchgeführt wurde (McDaid et al., 2008).
Unterstützung Hinterbliebener von Suizidopfern (Systematischer Review)				**Niedrig** Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität.	Interventionen für Suizidhinterbliebene zeigten eine Reduzierung des psychischen Belastungserlebens auf, dennoch konnte dieser Effekt nicht in einem kontrollierten Design bestätigt werden. Das heißt, es liegt derzeit keine Evidenz dafür vor, dass eine Intervention nach dem Suizid einer nahestehenden Person wirksamer ist als keine oder eine unspezifische Intervention. Insgesamt gibt es bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien und dieser Umstand weist auf einen hohen Forschungsbedarf hin (Wagner et al., 2021).
Interventionen zur Unterstützung von An- und Zugehörigen nach einem Suizid (Systematischer				**Moderat**	Die Ergebnisse liefern wichtige Informationen für Forscher, Dienstleistungsanbieter und politische Entscheidungsträger, um

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)					die Bereitstellung evidenzbasierter Unterstützung für Menschen, die einen Suizid begangen haben, zu verbessern. Es ergaben sich insgesamt drei Hauptkategorien von Komponenten: (1) Struktur und Inhalt der Intervention, (2) Moderator und (3) Modalität (Peer, Gruppe, Gemeinschaft, Online): In unserer narrativen Synthese wurden die als wirksam empfundenen Komponenten in Bezug auf Struktur und Inhalt der Interventionen, Moderatoren und Modalität (Peer, Gruppe, Gemeinschaft, Online) aufgeführt. Beschränkungen: Die Qualität der eingeschlossenen Übersichten ( ) variierte beträchtlich, und nicht alle Übersichten berichteten über die wahrgenommene Wirksamkeit der Komponenten der Interventionen (Hofmann 2025)
Interventionen zur Unterstützung von An- und Zugehörigen nach einem Suizid (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine ausreichende Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	Wir identifizierten 19 von Experten begutachtete Studien und 14 Leitlinien (2014-2024) aus den USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Europa, die sich in Bezug auf Maßnahmen, Settings und Populationen unterschieden, denen es jedoch an Qualität und Allgemeinverständlichkeit mangelte. Leitlinien, die auf theoretischen Modellen basieren, insbesondere auf dem Public-Health-Modell, richteten die Nachsorge auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Überlebenden von Suizidverlusten aus. Bei der Überprüfung wurden potenziell wirksame

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine (psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Intervention** (Psychosoziale) Interventionen für An- und Zugehörige	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					Komponenten für die Nachsorge ermittelt, wie z. B. der Einsatz von geschulten Freiwilligen in Selbsthilfe- und Therapiegruppen, Schulungsprogramme am Arbeitsplatz und kunstbasierte Interventionen, die den Hinterbliebenen von Selbstmördern in Australien zugute kommen könnte. (Ramammurthy et al., 2024)

Referenzen

361. Abbate L., Chopra J., Poole H., Saini P.. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. 2022. Journal Webseite

362. Andriessen K., Krysinska K., Dransart D., Dargis L., Mishara B.. Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 2019. Journal Webseite

363. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson JO, Reavley N, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC psychiatry 2019;19(1):49 Pubmed Journal

364. Andriessen K, Krysinska K, Kõlves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. Frontiers in psychology 2019;10:2677 Pubmed Journal

365. Higgins A., Hybolt L., Meuser O., Cook J., Downes C., Morrissey J.. Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. 2022. Journal Webseite

366. Logan N, Krysinska K, Andriessen K. Impacts of suicide bereavement on men: a systematic review. Frontiers in public health 2024;12:1372974 Pubmed Journal

367. McDaid C, Trowman R, Golder SU, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(6):438-43 Pubmed Journal

368. Wagner B., Hofmann L., Grafiadeli R.. Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. 2021. Journal Webseite

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Postvention nach Patientensuizid **soll** für Behandelnde und Mitpatient*innen angeboten werden. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wertvorstellungen und Präferenzen	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Behandler:innen
Intervention: Nachsorge nach dem Suizid eines/einer Patient*in die psychische Gesundheit des/der Behandelnden
Vergleichsintervention: Kontrollgruppe

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe	**Intervention** Nachsorge nach dem Suizid eines/einer Patient*in die psychische	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Stressbewältigung für Psychiater (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien.			**Sehr niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Erklärung für die Auswahl der eingeschlossenen Studien fehlt. Suchstrategie ist nicht ausreichend beschrieben. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausgeschlossenen Studien aufgeführt. Studien nicht ausreichend detailliert beschrieben. Keine ausreichende	Psychiater berichten über eine Reihe von Stressoren bei ihrer Arbeit, darunter Stress im Zusammenhang mit ihrer Arbeit und persönlicher Stress. Ein persönlicher Stress, der für Psychiater sehr schwer zu bewältigen ist, ist der Suizid von Patienten. Zu den Bewältigungsstrategien gehören die Unterstützung durch Kollegen. In keiner Studie wurde der Einsatz von Maßnahmen zur Stressbewältigung für Psychiater untersucht. (Fothergill et al., 2004)

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe	**Intervention** Nachsorge nach dem Suizid eines/einer Patient*in die psychische	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Qualitätsbewertung (Risk of Bias).	
Erfahrungen und Bedürfnisse erwachsener Pflegepersonen von suizidgefährdeten Erwachsenen (Systematischer Review)	Basierend auf Daten von Patienten und 31 Studien.			**Niedrig** Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Datenextraktion wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Rechtzeitige Unterstützung für pflegende Angehörige ist wichtig. Die Maßnahmen sollten sich auf emotionale Reaktionen, Beziehungsänderungen und eine wirksame Unterstützung der Pflegebedürftigen beziehen. Längsschnittuntersuchungen sind erforderlich, um die Auswirkungen der kontinuierlichen Pflege bei mehrfachen Suizidversuchen zu verstehen. Wenn die Pflegenden angemessen ausgestattet und unterstützt werden, verbessern sich die Sicherheit und das Wohlbefinden der Patienten. (Lascelles et al., 2024)
Gesundheit von Behandlern (Systematischer Review)				**Niedrig** Vorabregistrierung fehlt/ wurde nicht eingehalten. Studienauswahl wurde nicht doppelt durchgeführt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Angehörige des Gesundheitswesens können von de Suizid eines Patienten betroffen sein, unabhängig von der Praxisumgebung. Es werden mehr Informationen benötigt, um ein besseres Verständnis für die Umsetzung von Nachsorgemaßnahmen nach einem Patientensuizid zu erlangen und praktische und universell einsetzbare Unterstützungsdienste zu schaffen, die den Bedürfnissen von Angehörigen des Gesundheitswesens entsprechen. 58(88 %) Artikel berichteten über die emotionalen Auswirkungen eines Patientensuizids, und 50 (76 %) über die beruflichen Auswirkungen eines Patientensuizids . 33 Artikel beschrieben eine Änderung der Praxis Gewohnheiten, die bei 51 %-100 % der Fachkräfte in

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Kontrollgruppe	**Intervention** Nachsorge nach dem Suizid eines/einer Patient*in die psychische	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					diesen Stichproben auftraten. Die Wahrnehmung der Unterstützung war sehr unterschiedlich, wobei 11 % bis 87 % der Angehörigen der Gesundheitsberufe das Gefühl hatten, ausreichende Unterstützung zu erhalten . Die Fachkräfte des Gesundheitswesens wünschten sich formale Unterstützung, einschließlich einer Überweisung an (12 %-82 %), mehr Schulungen zur Suizidprävention oder nachsorge (4 %-70 %), Nachbesprechung oder Supervision (41 %- 75 %), formale Fallbesprechung (18 %-20 %), Freistellung (12 %) und Rechtsbeistand (4 %) (Jupina et al., 2024)

Referenzen

316. Lascelles KM, Davey Z, Jackson D, Aveyard H. Experiences and needs of adult informal carers of adults at risk of suicide: A systematic review with mixed methods analysis. Journal of advanced nursing 2024;80(5):1686-1718 Pubmed Journal

317. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. The International journal of social psychiatry 2004;50(1):54-65 Pubmed

9. Assistierter Suizid

Information

Evidenzbasiertes Statement: Es gibt Hinweise, dass die Zahl der Suizide durch die Legalisierung des assistierten Suizids nicht verringert wird. Es gibt Hinweise darauf, dass die Gesamtzahl der Suizide sowie die Zahl der assistierten Suizide durch die Legalisierung erhöht wird.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden — Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz — Hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen — Keine wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Gerechtigkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Annehmbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Umsetzbarkeit — Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Klinische Frage/ PICO

Population: Gesamtsuizidaliät
Intervention: Gesetzliche Regelung des assistierten Suizids
Vergleichsintervention: Keine gesetzliche Regelung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine gesetzliche Regelung	**Intervention** Gesetzliche Regelung des assistierten Suizids	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Psychische Beeinträchtigungen nach assistiertem Suizid (Systematischer				**Hoch**	Es gibt kaum Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Trauer oder psychische Beeinträchtigungen bei Menschen, die

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine gesetzliche Regelung	**Intervention** Gesetzliche Regelung des assistierten Suizids	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Review)					Nahestehende durch PAS (Physician-Assisted Suicide) verlieren. Da immer mehr Länder die Sterbehilfe legalisieren, sind qualitativ hochwertige Studien zu den Faktoren erforderlich, die den Trauerprozess behindern oder erleichtern können (Andriessen et al., 2020).
Suizide (nicht assistiert) (Systematischer Review)				**Niedrig** Bestandteile des PICO - Formats wurden nicht genutzt. Keine ausreichende Erklärung der Heterogenität. Keine Berücksichtigung des Publikationsbias.	Die Ergebnisse dieser Überprüfung stützen nicht die Hypothese, dass die Einführung von EAS (Euthanasia and assisted suicide) die Raten des nicht-assistierten Suizids verringert. Vier Studien berichteten über einen Anstieg der Gesamtrate des selbst-initiierten Todes (assistiert) und in einigen Fällen über einen Anstieg des nicht-assistierten Suizids. Dieser Anstieg des nicht-assistierten Suizids war meist nicht signifikant, wenn sozio-demografische Faktoren kontrolliert wurden. Studien aus der Schweiz und Oregon berichteten über erhöhte Raten des selbstinitiierten (assistierten) Todes bei älteren Frauen, was mit höheren Raten von depressiven Erkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe übereinstimmt (Doherty et al. 2022)

Referenzen

219. Andriessen K, Krysinska K, Castelli Dransart DA, Dargis L, Mishara BL. Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Crisis 2020;41(4):255-272 Pubmed Journal

220. Bellolio A J, Rosso R P. [The social impact of physician-assisted death legalization]. Revista medica de Chile 2021;149(11):1650-1656 Pubmed Journal

221. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. [Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects]. Atencion primaria 2022;54(1):102170 Pubmed Journal

222. Chao Y-S, Boivin A, Marcoux I, Garnon G, Mays N, Lehoux P, et al. International changes in end-of-life practices over time: a systematic review.

BMC health services research 2016;16(1):539 Pubmed

223. Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. European journal of pediatrics 2017;176(7):837-847 Pubmed Journal

224. Dholakia SY, Bagheri A, Simpson A. Emotional impact on healthcare providers involved in medical assistance in dying (MAiD): a systematic review and qualitative meta-synthesis. BMJ open 2022;12(7):e058523 Pubmed Journal

225. Doherty AM, Axe CJ, Jones DA. Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. BJPsych open 2022;8(4):e108 Pubmed Journal

226. Kono M, Arai N, Takimoto Y. Identifying practical clinical problems in active euthanasia: A systematic literature review of the findings in countries where euthanasia is legal. Palliative & supportive care 2023;21(4):705-713 Pubmed Journal

227. Marina S, Wainwright T, Ricou M. The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. International journal of psychology : Journal international de psychologie 2021;56(1):64-74 Pubmed Journal

228. Nicolini ME, Kim SYH, Churchill ME, Gastmans C. Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. Psychological medicine 2020;50(8):1241-1256 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Personen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids **soll** proaktiv Hilfe und Beratung ohne Zielerwartung über ihre Anliegen, ihre Probleme und ihre Leiden angeboten werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Patient:innen mit Suizidalität

Intervention: Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid
Vergleichsintervention: Keine Beratung / Aktive Kontrollgruppe

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Beratung / Aktive Kontrollgruppe	**Intervention** Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Personen die assistierten Suizid erfragt/in Anspruch genommen haben				**Moderat**	Von den 24 ausgewählten Studien befassten sich 13(54 %) mit pEAS (patients having received or requesting EAS) in den Niederlanden, 4(17 %) in Belgien und 7(29 %) in der Schweiz. In den Niederlanden waren pEAS-C überwiegend Frauen (70- 77 %) und wiesen häufig mindestens zwei psychiatrische Störungen auf (56-97 %). Es handelte sich hauptsächlich um psychische Störungen (55-70 %) und Persönlichkeitsstörungen (52-54 %). 34-52 % hatten in der Vergangenheit Suizidversuche unternommen. Außerdem hatten 37-62 % von ihnen mindestens eine komorbide Erkrankung. In Belgien waren pEAS-C überwiegend Frauen (75 %), aber die Mehrheit (71 %) hatte eine einzige Diagnose, nämlich eine affektive Störung (Calati et al., 2021)
Sterbewunsch				**Sehr niedrig**	Die mit dem Sterbewunsch verbundenen Faktoren waren oft komplex und multifaktoriell; psychologische, existenzielle und soziale Gründe scheinen jedoch stärker im Vordergrund zu stehen als solche, die direkt mit körperlichen Symptomen wie Schmerzen zusammenhängen (Hudson et al. 2006)
Depression und psychische Belastung					Die Dignity-Intervention wurde durchschnittlich 2,2 Wochen lang durchgeführt und umfasste 2,8 Sitzungen. Die Effektgrößen waren heterogen und es wurde

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Keine Beratung / Aktive Kontrollgruppe	**Intervention** Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
					eine Subgruppenanalyse durchgeführt. Interventionen in Würde hatten einen signifikanten Effekt auf Depression (ES= -1,05, p<.001, I2=15%) und Angst (ES= -1,01, p<.001, I2=0). In Bezug auf den Sinn des Lebens waren die Maßnahmen zur Förderung der Würde wirksam (ES= -1,64, p=.005), wobei die Effektstärken noch heterogen waren (Oh et al., 2014)
Einstellungen gegenüber Sterbehilfe und assistierten Suizid				**Sehr niedrig**	Die allgemeine Unterstützung für Sterbehilfe und assistierten Suizid war in allen Patientengruppen beträchtlich, wobei die Unterstützung für diese als persönliche Option geringer war. Die Gruppe der Krebs-/ Todeskranken/ Palliativpatienten hatte im Median die geringste allgemeine Unterstützung für Sterbehilfe (60 % /IQ1=47, IQ3=65J) und assistierten Suizid (50 % /IQ1=38, IQ3=71J), während die Gruppe der allgemeinen/älteren/ jüngeren Patienten im Median die geringste persönliche Präferenz für diese Maßnahmen hatte (18 % /IQ1=14, IQ3=27J) (Parkinson et al., 2006).

Referenzen

227. Marina S, Wainwright T, Ricou M. The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. International journal of psychology : Journal international de psychologie 2021;56(1):64-74 Pubmed Journal

229. Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. Journal of psychiatric research 2021;135:153-173 Pubmed Journal

230. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R, et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. Palliative medicine 2006;20(7):693-701 Pubmed

231. Oh PJ, Shin SR. [Effects of dignity interventions on psychosocial and existential distress in terminally ill patients: a meta-analysis]. Journal of Korean Academy of Nursing 2014;44(5):471-83 Pubmed Journal

232. Parkinson L., Ranmrid K., Kerridge I., Clover K., Ravenscroft P., Cavenagh J., et al. Patients' Attitudes towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Review of the Literature Published over Fifteen Years. 2006.

233. Patel T, Christy K, Grierson L, Shadd J, Farag A, O'Toole D, et al. Clinician responses to legal requests for hastened death: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMJ supportive & palliative care 2021;11(1):59-67 Pubmed Journal

234. Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, et al. A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying. Journal of pain and symptom management 2023;65(2):e123-e136 Pubmed Journal

235. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. BMJ open 2017;7(9):e016659 Pubmed Journal

236. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. PloS one 2016;11(3):e0151435 Pubmed Journal

237. Rodríguez-Prat A, Wilson DM, Agulles R. Autonomy and control in the wish to die in terminally ill patients: A systematic integrative review. Palliative & supportive care 2021;19(6):759-766 Pubmed Journal

238. Tomlinson E, Stott J. Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(1):10-20 Pubmed Journal

239. Xu H, Stjernswärd S, Glasdam S, Fu C. Circumstances affecting patients' euthanasia or medically assisted suicide decisions from the perspectives of patients, relatives, and healthcare professionals: A qualitative systematic review. Death studies 2024;48(4):326-351 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Konsensbasiert: Ein Register zur verpflichtenden strukturierten Erfassung assistierter Suizide **soll** eingerichtet werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden	Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Gerechtigkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative
Umsetzbarkeit	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Klinische Frage/ PICO

Population: Personen mit Suizidalität
Intervention: Systematische Dokumentation oder Einführung eines Registers bezüglich des assistierten Suizids
Vergleichsintervention: Keine Dokumentation / Keine Einführung eines Registers

Referenzen

240. Physician-assisted suicide: toward a comprehensive understanding. Report of the Task Force on Physician-assisted Suicide of the Society for Health and Human Values. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges 1995;70(7):583-90 Pubmed

241. Aubry R. End-of-life, euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation in France. Revue neurologique 2016;172(12):719-724 Pubmed Journal

242. Banner D, Schiller CJ, Freeman S. Medical assistance in dying: A political issue for nurses and nursing in Canada. Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals 2019;20(4):e12281 Pubmed Journal

243. Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V. Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine. Deutsches Arzteblatt international 2019;116(33-34):545-552 Pubmed Journal

244. Burrows S, Laflamme L. Assessment of accuracy of suicide mortality surveillance data in South Africa: investigation in an urban setting. Crisis 2007;28(2):74-81 Pubmed

245. Frei A, Bucher T, Walter M, Ajdacic-Gross V. Suicides in the Canton of Lucerne over 5 years: subjects with and without psychiatric history and diagnosis. Swiss medical weekly 2013;143:w13779 Pubmed Journal

246. Steck N, Egger M, Zwahlen M, . Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;208(5):484-90 Pubmed Journal

247. Youngner SJ. Bureaucratizing suicide. Psychology, public policy, and law : an official law review of the University of Arizona College of Law and the University of Miami School of Law 2000;6(2):402-7 Pubmed

248. Neves MFD. States of uncertainty: plural laws and affective governance in the context of assisted suicide in Germany. 2018. Journal

Referenzen

1. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59 Pubmed Journal

2. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson JO, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):994-1001 Pubmed Journal

3. Mishara BL, Bardon C. Systematic review of research on railway and urban transit system suicides. Journal of affective disorders 2016;193:215-26 Pubmed Journal

4. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. The American journal of psychiatry 2021;178(7):611-624 Pubmed Journal

5. Bernert RA, Hom MA, Roberts LW. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry 2014;38(5):585-92 Pubmed Journal

6. Links PS, Hoffman B. Preventing suicidal behaviour in a general hospital psychiatric service: priorities for programming. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2005;50(8):490-6 Pubmed

7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294(16):2064-74 Pubmed

8. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. International journal of epidemiology 2005;34(2):433-42 Pubmed

9. Krysinska K, Batterham PJ, Tye M, Shand F, Calear AL, Cockayne N, et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2016;50(2):115-8 Pubmed Journal

10. Lim JS, Buckley NA, Chitty KM, Moles RJ, Cairns R. Association Between Means Restriction of Poison and Method-Specific Suicide Rates: A Systematic Review. JAMA health forum 2021;2(10):e213042 Pubmed Journal

11. Altavini CS, Asciutti APR, Solis ACO, Wang Y-P. Revisiting evidence of primary prevention of suicide among adult populations: A systematic overview. Journal of affective disorders 2022;297:641-656 Pubmed Journal

12. Cai Z, Junus A, Chang Q, Yip PSF. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2022;300:121-129 Pubmed Journal

13. Okolie C, Hawton K, Lloyd K, Price SF, Dennis M, John A. Means restriction for the prevention of suicide on roads. The Cochrane database of systematic reviews 2020;9(9):CD013738 Pubmed Journal

14. Reifels L, Mishara BL, Dargis L, Vijayakumar L, Phillips MR, Pirkis J. Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. Suicide & life-threatening behavior 2019;49(4):1019-1031 Pubmed Journal

15. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: a review of effectiveness. Crisis 2012;33(4):190-8 Pubmed Journal

16. Leaune E., Leclerc J., Fender R., Notredame CE, Jurek L., Poulet E.. The association between 13 Reasons Why and suicidal ideation and behaviors, mental health symptoms, and help-seeking behaviors in youths: An integrative systematic review. International Journal of Mental Health 2022. Journal Webseite

17. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2020;368:m575 Pubmed Journal

18. Niederkrotenthaler T, Fu K-W, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. Journal of epidemiology and community health 2012;66(11):1037-42 Pubmed Journal

19. Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2022;7(2):e156-e168 Pubmed Journal

20. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. International journal of environmental research and public health 2012;9(1):123-38 Pubmed Journal

21. Mishara BL, Dargis L. Systematic comparison of recommendations for safe messaging about suicide in public communications. Journal of affective disorders 2019;244:124-154 Pubmed Journal

22. Brennan C, Saraiva S, Mitchell E, Melia R, Campbell L, King N, et al. Self-harm and suicidal content online, harmful or helpful? A systematic review of the recent evidence. Journal of Public Mental Health 2022. Journal Webseite

23. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. PloS one 2013;8(10):e77555 Pubmed Journal

24. Dyson MP, Hartling L, Shulhan J, Chisholm A, Milne A, Sundar P, et al. A Systematic Review of Social Media Use to Discuss and View Deliberate Self-Harm Acts. PloS one 2016;11(5):e0155813 Pubmed Journal

25. Perry Y, Werner-Seidler A, Calear AL, Christensen H. Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic

Review. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2016;25(2):73-9 Pubmed

26. Robinson JO, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, et al. Social media and suicide prevention: a systematic review. Early intervention in psychiatry 2016;10(2):103-21 Pubmed Journal

27. Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. Suicide & life-threatening behavior 2009;39(3):252-68 Pubmed Journal

28. Jackson J, Farr M, Birnie K, Davies P, Mamluk L, O'Brien M, et al. Preventing male suicide through a psychosocial intervention that provides psychological support and tackles financial difficulties: a mixed method evaluation. BMC psychiatry 2022;22(1):333 Pubmed Journal

29. King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. Journal of consulting and clinical psychology 2009;77(5):880-93 Pubmed Journal

30. Macgowan MJ. Psychosocial Treatment of Youth Suicide: A Systematic Review of the Research. Sagepublications 2004. Journal Webseite

31. Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. The New Zealand medical journal 2007;120(1251):U2459 Pubmed

32. Headey A, Pirkis J, Merner B, VandenHeuvel A, Mitchell P, Robinson J, et al. A review of 156 local projects funded under Australia's National Suicide Prevention Strategy: Overview and lessons learned. ADVANCES IN MENTAL HEALTH 2006;5(3) Pubmed Journal

33. Lewitzka U, Sauer C, Bauer M, Felber W. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. BMC psychiatry 2019;19(1):158 Pubmed Journal

34. Platt S, Niederkrotenthaler T. Suicide Prevention Programs. Crisis 2020;41(Suppl 1):S99-S124 Pubmed Journal

35. Schlichthorst M, Reifels L, Spittal M, Clapperton A, Scurrah K, Kolves K, et al. Evaluating the Effectiveness of Components of National Suicide Prevention Strategies. Crisis 2023;44(4):318-328 Pubmed Journal

36. Breet E, Matooane M, Tomlinson M, Bantjes J. Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. BMC public health 2021;21(1):1116 Pubmed Journal

37. Chauliac N, Leaune E, Gardette V, Poulet E, Duclos A. Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. Journal of geriatric psychiatry and neurology 2020;33(6):307-315 Pubmed Journal

38. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. BMC public health 2013;13:463 Pubmed Journal

39. Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGuiseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. The Cochrane database of systematic reviews 2014;2014(10):CD009439 Pubmed Journal

40. Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2021;25(2):177-207 Pubmed Journal

41. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik S-L, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2009;54(4):260-8 Pubmed

42. Linskens EJ, Venables NC, Gustavson AM, Sayer NA, Murdoch M, MacDonald R, et al. Population- and Community-Based Interventions to Prevent Suicide. Crisis 2023;44(4):330-340 Pubmed Journal

43. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. Focus (American Psychiatric Publishing) 2023;21(2):182-196 Pubmed Journal

44. Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. Child and adolescent psychiatry and mental health 2018;12:29 Pubmed Journal

45. Morton M, Wang S, Tse K, Chung C, Bergmans Y, Ceniti A, et al. Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. Journal of community psychology 2021;49(6):1838-1871 Pubmed Journal

46. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. Journal of affective disorders 2019;246:506-514 Pubmed Journal

47. Nasir BF, Hides L, Kisely S, Ranmuthugala G, Nicholson GC, Black E, et al. The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. BMC psychiatry 2016;16(1):357 Pubmed

48. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International psychogeriatrics 2017;29(11):1801-1824 Pubmed Journal

49. Pistone I, Beckman U, Eriksson E, Lagerlöf H, Sager M. The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. The International journal of social psychiatry 2019;65(5):399-412 Pubmed Journal

50. Richard O, Jollant F, Billon G, Attoe C, Vodovar D, Piot M-A. Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. Medical education online 2023;28(1):2199469 Pubmed Journal

51. Robinson JO, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide- related behavior in young people. Crisis 2013;34(3):164-82 Pubmed Journal

52. Russell DH, Trew S, Higgins DJ. Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. The American journal of orthopsychiatry 2021;91(5):647-659 Pubmed Journal

53. Shaw C, Stuart J, Thomas T, Kõlves K. Suicidal behaviour and ideation in Guyana: A systematic literature review. Lancet regional health. Americas 2022;11:100253 Pubmed Journal

54. Torok M, Calear AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. Journal of adolescence 2019;73:100-112 Pubmed Journal

55. Wolitzky-Taylor K, LeBeau RT, Perez M, Gong-Guy E, Fong T. Suicide prevention on college campuses: What works and what are the existing gaps? A systematic review and meta-analysis. Journal of American college health : J of ACH 2020;68(4):419-429 Pubmed Journal

56. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Implementation of gatekeeper training programs for suicide prevention in Japan: a systematic review. International journal of mental health systems 2019;13:2 Pubmed Journal

57. York J, Lamis DA, Berman AL, Joiner TE, Mcintosh JL, Silverman MM, et al. A Systematic Review Process to evaluate suicide prevention programs: A sample case of community-based programs. 2013. Journal Webseite

58. Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadeo S, Messiah A. [Suicidal behavior prevention for children under age 13: A systematic review]. L'Encephale 2017;43(3):273-280 Pubmed Journal

59. Brann KL, Baker D, Smith-Millman MK, Watt SJ, DiOrio C. A meta-analysis of suicide prevention programs for school-aged youth. Children and Youth Services Review 2021. Journal Webseite

60. Bruni TP, Drevon D, Hixson M, Wyse R, Corcoran S, Fursa S. The effect of functional behavior assessment on school-based interventions: A meta-analysis of single-case research. Psychology in the Schools 2017. Journal Webseite

61. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. European child & adolescent psychiatry 2016;25(5):467-82 Pubmed Journal

62. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, Palmer JC, Caro P, López-López JA, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in

children and young people: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2019;6(12):1011-1020 Pubmed Journal

63. Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention 2011;17(1):43-9 Pubmed Journal

64. Evans R, Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. BMC public health 2016;16:401 Pubmed Journal

65. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. Campbell systematic reviews 2021;17(2):e1143 Pubmed Journal

66. Gaynor K, O'Reilly MD, Redmond D, Nealon C, Twomey C, Hennessy E. A meta-analysis of targeted interventions for reducing suicide-related behaviour and ideation in adolescents: Implications for trial design. Comprehensive psychiatry 2023;122:152374 Pubmed Journal

67. Gijzen MWM, Rasing SPA, Creemers DHM, Engels RCME, Smit F. Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. Journal of affective disorders 2022;298(Pt A):408-420 Pubmed Journal

68. Gwyther K, Swann R, Casey K, Purcell R, Rice SM. Developing young men's wellbeing through community and school-based programs: A systematic review. PloS one 2019;14(5):e0216955 Pubmed Journal

69. Hajnal A. Cyberbullying Prevention: Which Design Features Foster the Effectiveness of School-Based Programs?. 2021. Journal Webseite

70. Itzhaky L, Davaasambuu S, Ellis SP, Cisneros-Trujillo S, Hannett K, Scolaro K, et al. Twenty-six years of psychosocial interventions to reduce suicide risk in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2022;300:511-531 Pubmed Journal

71. Katz C, Bolton S-L, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depression and anxiety 2013;30(10):1030-45 Pubmed Journal

72. Walsh EH, Herring MP, McMahon J. A Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research 2023;24(2):365-381 Pubmed Journal

73. Walsh EH, McMahon J, Herring MP. Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 2022;63(8):836-845 Pubmed Journal

74. Wei Y, Kutcher S, LeBlanc JC. Hot Idea or Hot Air: A Systematic Review of Evidence for Two Widely Marketed Youth Suicide Prevention Programs and Recommendations for Implementation. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2015;24(1):5-16 Pubmed

75. Witt K, Boland A, Lamblin M, McGorry PD, Veness B, Cipriani A, et al. Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in medical students: a systematic review and meta-analysis. Evidence-based mental health 2019;22(2):84-90 Pubmed Journal

76. Aggarwal S, Patton G, Berk M, Patel V. Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(10):1729-1750 Pubmed Journal

77. Arshad U, Farhat-Ul-Ain, Gauntlett J, Husain N, Chaudhry N, Taylor PJ. A Systematic Review of the Evidence Supporting Mobile- and Internet-Based Psychological Interventions For Self-Harm. Suicide & life-threatening behavior 2020;50(1):151-179 Pubmed Journal

78. Bailey E, Robinson JO, Witt K. Interventions for youth suicide and suicide-related behaviour: An update to a systematic review. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2023;31(4):505-523 Pubmed Journal

79. Diano F, Sica LS, Ponticorvo M. A Systematic Review of Mobile Apps as an Adjunct to Psychological Interventions for Emotion Dysregulation. International journal of environmental research and public health 2023;20(2) Pubmed Journal

80. Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch M-R, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. Journal of medical Internet research 2013;15(11):e247 Pubmed Journal

81. Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Pratap A, Rosenbaum S, et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2017;16(3):287-298 Pubmed Journal

82. Forte A, Sarli G, Polidori L, Lester D, Pompili M. The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. Medicina (Kaunas, Lithuania) 2021;57(2) Pubmed Journal

83. Grist R, Porter J, Stallard P. Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review. Journal of medical Internet research 2017;19(5):e176 Pubmed Journal

84. Hetrick SE, Robinson JO, Spittal MJ, Carter G. Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. BMJ open 2016;6(9):e011024 Pubmed Journal

85. Hobson GR, Caffery LJ, Neuhaus M, Langbecker DH. Mobile Health for First Nations Populations: Systematic Review. JMIR mHealth and uHealth 2019;7(10):e14877 Pubmed Journal

86. Jiménez-Muñoz L, Peñuelas-Calvo I, Díaz-Oliván I, Gutiérrez-Rojas L, Baca-García E, Porras-Segovia A. Suicide Prevention in Your Pocket: A Systematic Review of Ecological Momentary Interventions for the Management of Suicidal Thoughts and Behaviors. Harvard review of psychiatry 30(2):85-99 Pubmed Journal

87. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis 2011;32(2):88-98 Pubmed Journal

88. Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. PloS one 2016;11(4):e0152285 Pubmed Journal

89. Malakouti SK, Rasouli N, Rezaeian M, Nojomi M, Ghanbari B, Shahraki Mohammadi A. Effectiveness of self-help mobile telephone applications (apps) for suicide prevention: A systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran 2020;34:85 Pubmed Journal

90. Melbye S, Kessing LV, Bardram JE, Faurholt-Jepsen M. Smartphone-Based Self-Monitoring, Treatment, and Automatically Generated Data in Children, Adolescents, and Young Adults With Psychiatric Disorders: Systematic Review. JMIR mental health 2020;7(10):e17453 Pubmed Journal

91. Melia R, Francis K, Hickey E, Bogue J, Duggan J, O'Sullivan M, et al. Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. JMIR mHealth and uHealth 2020;8(1):e12516 Pubmed Journal

92. Menon V, Rajan TM, Sarkar S. Psychotherapeutic Applications of Mobile Phone-based Technologies: A Systematic Review of Current Research and Trends. Indian journal of psychological medicine 2017;39(1):4-11 Pubmed Journal

93. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson JO, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2015;206(3):184-90 Pubmed Journal

94. Panagiotopoulou E, Peiris C, Hayes D. Behavior change techniques in mobile apps targeting self-harm in young people: a systematic review. Translational behavioral medicine 2021;11(3):832-841 Pubmed Journal

95. Pospos S, Young IT, Downs N, Iglewicz A, Depp C, Chen JY, et al. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry 2018;42(1):109-120 Pubmed Journal

96. Robinson JO, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, et al. What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. EClinicalMedicine 2018;4-5:52-91 Pubmed Journal

97. Sarubbi S, Rogante E, Erbuto D, Cifrodelli M, Sarli G, Polidori L, et al. The Effectiveness of Mobile Apps for Monitoring and Management of Suicide Crisis: A Systematic Review of the Literature. Journal of clinical medicine 2022;11(19) Pubmed Journal

98. Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, Larsen ME, et al. Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. The Lancet. Digital health 2020;2(1):e25-e36 Pubmed Journal

99. Varzgani F, Tulu B, Djamasbi S, Frost EB, Wang Z. Suicide Prevention Thr ention Through Smar ough Smartphone Applications: A tphone Applications: A Systematic Review of Literature. Healthcare Informatics & Health Information Technology (SIG Health) 2021. Webseite

100. Wang K, Varma DS, Prosperi M. A systematic review of the effectiveness of mobile apps for monitoring and management of mental health symptoms or disorders. Journal of psychiatric research 2018;107:73-78 Pubmed Journal

101. Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health-a systematic review and meta-analysis. NPJ digital medicine 2019;2:118 Pubmed Journal

102. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2017;17(1):297 Pubmed Journal

103. Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings JO, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. BMC psychiatry 2020;20(1):293 Pubmed Journal

104. Arendt F, Scherr S, Niederkrotenthaler T, Krallmann S, Till B. Effects of Awareness Material on Suicide-Related Knowledge and the Intention to Provide Adequate Help to Suicidal Individuals. Crisis 2018;39(1):47-54 Pubmed Journal

105. Cecchin HFG, Murta SG, de Macedo EOS, Moore RA. Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. Psicologia, reflexao e critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS 2022;35(1):22 Pubmed Journal

106. Dabkowski E, Porter JE. An exploration into suicide prevention initiatives for mental health nurses: A systematic literature review. International journal of mental health nursing 2021;30(3):610-623 Pubmed Journal

107. de Aguiar KR, Bilhalva JB, Cabelleira MD, Guimarães GO, Madureira T, Agako A, et al. The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy 2022;44:e20210316 Pubmed Journal

108. Di Nota PM, Bahji A, Groll D, Carleton RN, Anderson GS. Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews 2021;10(1):126 Pubmed Journal

109. Dillon CB, Saab MM, Meehan E, Goodwin MJ, Murphy M, Heffernan MS, et al. Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. Journal of affective disorders 2020;276:898-906 Pubmed Journal

110. Gabilondo A. [Suicide prevention, review of the WHO model and reflection on its development in Spain. SESPAS Report 2020]. Gaceta sanitaria 2020;34 Suppl 1:27-33 Pubmed Journal

111. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. International review of psychiatry (Abingdon, England) 2014;26(4):467-75 Pubmed Journal

112. Hill K, Somerset S, Armstrong D, Schwarzer R, Chan C. Saving Lives: A Systematic Review on the Efficacy of Theory-Informed Suicide Prevention Programs. Community mental health journal 2022;58(3):454-473 Pubmed Journal

113. Hill K, Somerset S, Schwarzer R, Chan C. Promoting the Community's Ability to Detect and Respond to Suicide Risk Through an Online Bystander Intervention Model-Informed Tool. Crisis 2021;42(3):225-231 Pubmed Journal

114. Krysinska K, Andriessen K, Ozols I, Reifels L, Robinson JO, Pirkis J. Effectiveness of Psychosocial Interventions for Family Members and Other Informal Support Persons of Individuals Who Have Made a Suicide Attempt. Crisis 2022;43(3):245-260 Pubmed Journal

115. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, Lamotagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. Health promotion international 2015;30(1):29-37 Pubmed Journal

116. Nawaz RF, Anderson JK, Colville L, Fraser-Andrews C, Ford TJ. Review: Interventions to prevent or manage self-harm among students in educational settings - a systematic review. Child and adolescent mental health 2024;29(1):56-69 Pubmed Journal

117. Rouget BW, Aubry J-M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. Journal of affective disorders 2007;98(1-2):11-27 Pubmed

118. Salerno JP. Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. The Journal of school health 2016;86(12):922-931 Pubmed Journal

119. Seppälä EM, Bradley C, Moeller J, Harouni L, Nandamudi D, Brackett MA. Promoting Mental Health and Psychological Thriving in University Students: A Randomized Controlled Trial of Three Well-Being Interventions. Frontiers in psychiatry 2020;11:590 Pubmed Journal

120. Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. Suicide & life-threatening behavior 2017;47(6):672-687 Pubmed Journal

121. Val A., Míguez M.. The prevention of suicidal behavior in adolescents in the school: A systematic review. 2021. Journal Webseite

122. Yeung CY, Men VY, Yip PSF. The evolution of charcoal-burning suicide: A systematic scoping review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2023;57(3):344-361 Pubmed Journal

123. Birkbak J, Stuart EA, Lind BD, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Psychosocial therapy and causes of death after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. Psychological medicine 2016;46(16):3419-3427 Pubmed

124. Blomdahl C, Guregård S, Rusner M, Wijk H. A manual-based phenomenological art therapy for individuals diagnosed with moderate to severe depression (PATd): A randomized controlled study. Psychiatric rehabilitation journal 2018;41(3):169-182 Pubmed Journal

125. Christie L, Inman J, Davys D, Cook PA. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. Journal of affective disorders 2021;282:962-973 Pubmed Journal

126. Custer VL, Wassink KE. Occupational therapy intervention for an adult with depression and suicidal tendencies. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 1991;45(9):845-8 Pubmed

127. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA, Qin P, Stenager E, Larsen KJ, et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. The lancet. Psychiatry 2015;2(1):49-58 Pubmed Journal

128. Kashiwa A, Sweetman MM, Helgeson L. Occupational Therapy and Veteran Suicide: A Call to Action. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2017;71(5):7105100010p1-7105100010p6 Pubmed Journal

129. Kirby AV, Terrill AL, Schwartz A, Henderson J, Whitaker BN, Kramer J. Occupational Therapy Practitioners' Knowledge, Comfort, and Competence Regarding Youth Suicide. OTJR : occupation, participation and health 2020;40(4):270-276 Pubmed Journal

130. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, et al. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie 2023;90(2):208-236 Pubmed Journal

131. Steeg S, Carr M, Emsley R, Hawton K, Waters K, Bickley H, et al. Suicide and all-cause mortality following routine hospital management of self-harm: Propensity score analysis using multicentre cohort data. PloS one 2018;13(9):e0204670 Pubmed Journal

132. Steeg S, Kapur N. Psychosocial therapy after self-harm associated with reduced repetition, suicide, and all-cause mortality in Denmark. Evidence-based mental health 2015;18(3):91 Pubmed Journal

133. Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Rosenbaum S, Schuch FB, Mugisha J, et al. Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2018;225:438-448 Pubmed Journal

134. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2016;2016(5):CD012189 Pubmed Journal

135. Farias M, Maraldi E, Wallenkampf KC, Lucchetti G. Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2020;142(5):374-393 Pubmed Journal

136. Gallegos AM, Crean HF, Pigeon WR, Heffner KL. Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. Clinical psychology review 2017;58:115-124 Pubmed Journal

137. Gangadhar BN, Naveen GH, Rao MG, Thirthalli J, Varambally S. Positive antidepressant effects of generic yoga in depressive out-patients: A comparative study. Indian journal of psychiatry 2013;55(Suppl 3):S369-73 Pubmed Journal

138. Naveen GH, Thirthalli J, Rao MG, Varambally S, Christopher R, Gangadhar BN. Positive therapeutic and neurotropic effects of yoga in depression: A comparative study. Indian journal of psychiatry 2013;55(Suppl 3):S400-4 Pubmed Journal

139. Weston LY. Mindfulness in Class and in Life: Mental Health and Emotional Resilience Alongside Academic Studies. 2020. Webseite

140. Baldaçara L, Grudtner RR, da S Leite V, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2021;43(5):538-549 Pubmed Journal

141. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H-J, . World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2002;3(2):69-86 Pubmed

142. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. Journal of affective disorders 2018;235:362-367 Pubmed Journal

143. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. BMJ (Clinical research ed.) 2015;351:h4978 Pubmed Journal

144. Cardish RJ. Psychopharmacologic management of suicidality in personality disorders. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2007;52(6 Suppl 1):115S-127S Pubmed

145. Chammas F, Januel D, Bouaziz N. Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. Frontiers in psychiatry 2022;13:997974 Pubmed Journal

146. Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leaune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. Brain and behavior 2021;11(5):e02144 Pubmed Journal

147. Døssing E, Pagsberg AK. Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents: A Systematic Review of Current Literature and Guidelines. The journal of ECT 2021;37(3):158-170 Pubmed Journal

148. Duma A, Maleczek M, Panjikaran B, Herkner H, Karrison T, Nagele P. Major Adverse Cardiac Events and Mortality Associated with Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology 2019;130(1):83-91 Pubmed Journal

149. Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD, et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. Psychological bulletin 2020;146(12):1117-1145 Pubmed Journal

150. Godi SM, Spoorthy MS, Purushotham A, Tikka SK. Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality - A systematic review. Asian journal of psychiatry 2021;63:102755 Pubmed Journal

151. Kucuker MU, Almorsy AG, Sonmez AI, Ligezka AN, Doruk Camsari D, Lewis CP, et al. A Systematic Review of Neuromodulation Treatment Effects on Suicidality. Frontiers in human neuroscience 2021;15:660926 Pubmed Journal

152. Lesage A, Lemasson M, Medina K, Tsopmo J, Sebti N, Potvin S, et al. The Prevalence of Electroconvulsive Therapy Use Since 1973: A Meta-analysis. The journal of ECT 2016;32(4):236-242 Pubmed

153. Mehta S, Konstantinou G, Weissman CR, Daskalakis ZJ, Voineskos D, Downar J, et al. The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

154. Tørring N, Sanghani SN, Petrides G, Kellner CH, Østergaard SD. The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2017;135(5):388-397 Pubmed Journal

155. Traynor J, Koudys J, Weichel M, Prompiengchai S, Bousleiman S, Lipsitz O, et al. The Transdiagnostic Comparative Efficacy of Non-Invasive Neurostimulation Interventions for Suicidal Ideation: Initial Results From a Systematic Review and Meta-Analysis. 2022.

156. Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. Depression and anxiety 2022;39(2):100-112 Pubmed Journal

157. Doty B, Bass J, Ryan T, Zhang A, Wilcox H. Systematic review of suicide prevention studies with data on youth and young adults living in low-income and middle-income countries. BMJ open 2022;12(9):e055000 Pubmed Journal

158. Blades CA, Stritzke WGK, Page AC, Brown JD. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. Clinical psychology review 2018;64:1-12 Pubmed Journal

159. Bryan CJ, Clemans TA, Hernandez AM, Mintz J, Peterson AL, Yarvis JS, et al. EVALUATING POTENTIAL IATROGENIC SUICIDE RISK IN TRAUMA-FOCUSED GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF PTSD IN ACTIVE DUTY MILITARY PERSONNEL. Depression and anxiety 2016;33(6):549-57 Pubmed Journal

160. Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. Journal of consulting and clinical psychology 2018;86(2):116-124 Pubmed Journal

161. de Beurs DP, Ghoncheh R, Geraedts AS, Kerkhof AJFM. Psychological Distress Because of Asking about Suicidal Thoughts: A Randomized Controlled Trial among Students. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2016;20(2):153-9 Pubmed Journal

162. DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. Suicide & life-threatening behavior 2018;48(5):531-543 Pubmed Journal

163. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293(13):1635-43 Pubmed

164. Harris KM, Goh MT-T. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. International journal of mental health nursing 2017;26(2):181-190 Pubmed Journal

165. Law MK, Furr RM, Arnold EM, Mneimne M, Jaquett C, Fleeson W. Does assessing suicidality frequently and repeatedly cause harm? A randomized control study. Psychological assessment 2015;27(4):1171-81 Pubmed Journal

166. Polihronis C, Cloutier P, Kaur J, Skinner R, Cappelli M. What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(2):325-347 Pubmed Journal

167. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner TE, Berman AL, Van Orden KA, Hollar D. The emotional impact and ease of recall of warning signs for suicide: a controlled study. Suicide & life-threatening behavior 2006;36(3):288-95 Pubmed

168. Bergold J., Floeth T., Zimmermann R.. Krisen im Alter–die Aufgaben der ambulanten Krisenintervention. 2001.

169. Brückner B.. Krisen im Alter - die Aufgaben der ambulanten Krisenintervention. 2005.

170. Bründel H.. Notfall Schülersuizid. 2015.

171. Currier GW, Fisher SG, Caine ED. Mobile crisis team intervention to enhance linkage of discharged suicidal emergency department patients to outpatient psychiatric services: a randomized controlled trial. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine 2010;17(1):36-43 Pubmed Journal

172. Döring GH, Witte M.. Eindrücke zur Situation der Suizidprävention für junge Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer Befragung von Krisendiensten. 2000.

173. Ennis E, Walker E. Experiences of a Community Crisis Intervention Service. Issues in mental health nursing 2022;43(2):96-102 Pubmed Journal

174. Erlemeier N.. Stand und Perspektiven ambulanter Krisenhilfe bei Suizidgefährdung im Alter - Ergebnisse einer Befragung. 2001.

175. Leenaars AA, Lester D. Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. Crisis 1995;16(1):39 Pubmed

176. Magill R, Jenkin G, Collings S. 'Really there because they care': The importance of service users' interpretations of staff motivations at a crisis intervention service in New Zealand. Health & social care in the community 2022;30(5):e1756-e1764 Pubmed Journal

177. Mazzer K, O'Riordan M, Woodward A, Rickwood D. A Systematic Review of User Expectations and Outcomes of Crisis Support Services. Crisis 2021;42(6):465-473 Pubmed Journal

178. Schneider C., Witte M., Gräbener J.. Suizidalität und Krisendienst. 2016.

179. Willuweit M., Dziurzik S., Tarner E.. Krisenberatung Bielefeld - Jahresbericht 1994. 1996.

180. Witte M.. Psychosoziale Krisenhilfe für Männer. Oder: Wen erreichen Krisendienste...nicht?. 2001.

181. Witte M.. Beratungsstellen für Menschen in Krisen in Deutschland. Überblick, Anspruch und Relevanz für die Suizidprävention. 2008.

182. Bauer MS, Miller CJ, Kim BO, Lew R, Stolzmann K, Sullivan J, et al. Effectiveness of Implementing a Collaborative Chronic Care Model for Clinician Teams on Patient Outcomes and Health Status in Mental Health: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2019;2(3):e190230 Pubmed Journal

183. Castaigne E, Hardy P, Mouaffak F. [Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them?]. L'Encephale 2017;43(1):75-80 Pubmed Journal

184. Comtois KA, Jobes DA, S O'Connor S, Atkins DC, Janis K, E Chessen C, et al. Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services. Depression and anxiety 2011;28(11):963-72 Pubmed Journal

185. Dham P, Colman S, Saperson K, McAiney C, Lourenco L, Kates N, et al. Collaborative Care for Psychiatric Disorders in Older Adults: A Systematic Review. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2017;62(11):761-771 Pubmed Journal

186. Lorillad S., Schmitt L., Andreoli A.. How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. 2011.

187. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1994;165(2):179-94 Pubmed

188. van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, van der Graaf Y, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1997;171:35-41 Pubmed

189. Wolfersdorf M., Mauerer C., Franke C., Schiller M., König F.. Krisenintervention bei Suizidalität im ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. 1999.

190. Kind N., Seker S., d'Huart D., Bürgin D., Jenkel N., Boonmann C., et al. High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study. 2023.

191. Hildebrand A., Weiss M., Stemmler M.. Online-Peer-Suizidpräventionsprogramme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen:. 2019.

192. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. Psychological bulletin 2016;142(9):969-990 Pubmed

193. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. Current psychiatry reports 2015;17(3):554 Pubmed Journal

194. Blake MJ, Allen NB. Prevention of internalizing disorders and suicide via adolescent sleep interventions. Current opinion in psychology 2020;34:37-42 Pubmed Journal

195. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2013;52(12):1260-71 Pubmed Journal

196. Ferrara P, D'Agostino A, Terzoni S, Ostinelli EG, Cavallotti S, Basi C, et al. [Triple Chronotherapy approach for reducing depressive symptoms and suicidal intent in hospitalized patients: Study protocol of a Randomized Controlled Trial]. Professioni infermieristiche 2020;73(1):21-25 Pubmed Journal

197. Kearns JC, Coppersmith DDL, Santee AC, Insel C, Pigeon WR, Glenn CR. Sleep problems and suicide risk in youth: A systematic review, developmental framework, and implications for hospital treatment. General hospital psychiatry 2020;63:141-151 Pubmed Journal

198. Khazaie H, Zakiei A, McCall WV, Noori K, Rostampour M, Sadeghi Bahmani D, et al. Relationship between Sleep Problems and Self-Injury: A Systematic Review. Behavioral sleep medicine 2021;19(5):689-704 Pubmed Journal

199. Littlewood D, Kyle SD, Pratt D, Peters S, Gooding P. Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. Clinical psychology review 2017;54:1-16 Pubmed Journal

200. McEnany GP. Sleep and Psychiatric Disorders. 2011.

201. Porras-Segovia A, Pérez-Rodríguez MM, López-Esteban P, Courtet P, Barrigón M ML, López-Castromán J, et al. Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. Sleep medicine reviews 2019;44:37-47 Pubmed Journal

202. Abou Seif N, John-Baptiste Bastien R, Wang B, Davies J, Isaken M, Ball E, et al. Effectiveness, acceptability and potential harms of peer support for self-harm in non-clinical settings: systematic review. BJPsych open 2022;8(1):e28 Pubmed Journal

203. Bartone PT, Bartone JV, Violanti JM, Gileno ZM. Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. Omega 2019;80(1):137-166 Pubmed Journal

204. Bowersox NW, Jagusch J, Garlick J, Chen JI, Pfeiffer PN. Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. American journal of community psychology 2021;68(1-2):232-248 Pubmed Journal

205. Cook FJ, Langford L, Ruocco K. Evidence- and practice-informed approach to implementing peer grief support after suicide systematically in the USA. Death studies 2017;41(10):648-658 Pubmed Journal

206. Gillard S, Bremner S, Patel A, Goldsmith L, Marks J, Foster R, et al. Peer support for discharge from inpatient mental health care versus care as usual in England (ENRICH): a parallel, two-group, individually randomised controlled trial. The lancet. Psychiatry 2022;9(2):125-136 Pubmed Journal

207. Griffiths L, Bailey DI. Learning from peer support schemes--can prison listeners support offenders who self-injure in custody?. International journal of prisoner health 2015;11(3):157-68 Pubmed Journal

208. Higgins A, Hybholt L, Meuser OA, Eustace Cook J, Downes C, Morrissey J. Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. International journal of environmental research and public health 2022;19(6) Pubmed Journal

209. Kruzan KP, Whitlock J, Bazarova NN, Bhandari A, Chapman J. Use of a Mobile Peer Support App Among Young People With Nonsuicidal Self-injury: Small-scale Randomized Controlled Trial. JMIR formative research 2022;6(1):e26526 Pubmed Journal

210. Pollock NJ, Mulay S., Valcour J., Jong M.. Peer Support for the Hardly Reached: A Systematic Review. 2016.

211. Bergmans Y., Kellington K., Smith T., Pond A., Groving M., Shelton E., et al. Providing virtual suicide prevention groups for people experiencing suicidality: Pivoting service delivery during the COVID-19 pandemic. 2021.

212. Boiko OM, Maklin MV, Enikolopov SN. The experience of discussing suicidal topics in an outpatient support group for people with mental disorders. 2018.

213. Boyce M., Munn-Giddings C., Secker J.. 'It is a safe space': self-harm self-help groups. 2018.

214. Gilat I, Shahar G. Suicide prevention by online support groups: an action theory-based model of emotional first aid. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2009;13(1):52-63 Pubmed Journal

215. Gilat I, Tobin Y, Shahar G. Offering support to suicidal individuals in an online support group. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2011;15(3):195-206 Pubmed Journal

216. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. Psychological services 2018;15(3):289-297 Pubmed Journal

217. Maple M, Wayland S, Pearce T, Sanford R, Bhullar N. A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. Community mental health journal 2022;58(8):1621-1629 Pubmed Journal

218. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al. Social support and suicide in Japanese men and women - the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. Journal of psychiatric research 2011;45(12):1545-50 Pubmed Journal

219. Andriessen K, Krysinska K, Castelli Dransart DA, Dargis L, Mishara BL. Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Crisis 2020;41(4):255-272 Pubmed Journal

220. Bellolio A J, Rosso R P. [The social impact of physician-assisted death legalization]. Revista medica de Chile 2021;149(11):1650-1656 Pubmed Journal

221. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. [Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects]. Atencion primaria 2022;54(1):102170 Pubmed Journal

222. Chao Y-S, Boivin A, Marcoux I, Garnon G, Mays N, Lehoux P, et al. International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. BMC health services research 2016;16(1):539 Pubmed

223. Cuman G, Gastmans C. Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. European journal of pediatrics 2017;176(7):837-847 Pubmed Journal

224. Dholakia SY, Bagheri A, Simpson A. Emotional impact on healthcare providers involved in medical assistance in dying (MAiD): a systematic review and qualitative meta-synthesis. BMJ open 2022;12(7):e058523 Pubmed Journal

225. Doherty AM, Axe CJ, Jones DA. Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. BJPsych open 2022;8(4):e108 Pubmed Journal

226. Kono M, Arai N, Takimoto Y. Identifying practical clinical problems in active euthanasia: A systematic literature review of the findings in countries where euthanasia is legal. Palliative & supportive care 2023;21(4):705-713 Pubmed Journal

227. Marina S, Wainwright T, Ricou M. The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. International journal of psychology : Journal international de psychologie 2021;56(1):64-74 Pubmed Journal

228. Nicolini ME, Kim SYH, Churchill ME, Gastmans C. Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. Psychological medicine 2020;50(8):1241-1256 Pubmed Journal

229. Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. Journal of psychiatric research 2021;135:153-173 Pubmed Journal

230. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R, et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. Palliative medicine 2006;20(7):693-701 Pubmed

231. Oh PJ, Shin SR. [Effects of dignity interventions on psychosocial and existential distress in terminally ill patients: a meta-analysis]. Journal of Korean Academy of Nursing 2014;44(5):471-83 Pubmed Journal

232. Parkinson L., Ranmrid K., Kerridge I., Clover K., Ravenscroft P., Cavenagh J., et al. Patients' Attitudes towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Review of the Literature Published over Fifteen Years. 2006.

233. Patel T, Christy K, Grierson L, Shadd J, Farag A, O'Toole D, et al. Clinician responses to legal requests for hastened death: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMJ supportive & palliative care 2021;11(1):59-67 Pubmed Journal

234. Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, et al. A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying. Journal of pain and symptom management 2023;65(2):e123-e136 Pubmed Journal

235. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. BMJ open 2017;7(9):e016659 Pubmed Journal

236. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. PloS one 2016;11(3):e0151435 Pubmed Journal

237. Rodríguez-Prat A, Wilson DM, Agulles R. Autonomy and control in the wish to die in terminally ill patients: A systematic integrative review. Palliative & supportive care 2021;19(6):759-766 Pubmed Journal

238. Tomlinson E, Stott J. Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(1):10-20 Pubmed Journal

239. Xu H, Stjernswärd S, Glasdam S, Fu C. Circumstances affecting patients' euthanasia or medically assisted suicide decisions from the perspectives of patients, relatives, and healthcare professionals: A qualitative systematic review. Death studies 2024;48(4):326-351 Pubmed Journal

240. Physician-assisted suicide: toward a comprehensive understanding. Report of the Task Force on Physician-assisted Suicide of the Society for Health and Human Values. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges 1995;70(7):583-90 Pubmed

241. Aubry R. End-of-life, euthanasia, and assisted suicide: An update on the situation in France. Revue neurologique 2016;172(12):719-724 Pubmed Journal

242. Banner D, Schiller CJ, Freeman S. Medical assistance in dying: A political issue for nurses and nursing in Canada. Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals 2019;20(4):e12281 Pubmed Journal

243. Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V. Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine. Deutsches Arzteblatt international 2019;116(33-34):545-552 Pubmed Journal

244. Burrows S, Laflamme L. Assessment of accuracy of suicide mortality surveillance data in South Africa: investigation in an urban setting. Crisis 2007;28(2):74-81 Pubmed

245. Frei A, Bucher T, Walter M, Ajdacic-Gross V. Suicides in the Canton of Lucerne over 5 years: subjects with and without psychiatric history and

diagnosis. Swiss medical weekly 2013;143:w13779 Pubmed Journal

246. Steck N, Egger M, Zwahlen M, . Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;208(5):484-90 Pubmed Journal

247. Youngner SJ. Bureaucratizing suicide. Psychology, public policy, and law : an official law review of the University of Arizona College of Law and the University of Miami School of Law 2000;6(2):402-7 Pubmed

248. Neves MFD. States of uncertainty: plural laws and affective governance in the context of assisted suicide in Germany. 2018. Journal

249. Carter G., Milner A., McGill K., Pirkis J., Kapur N., Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. 2017. Journal

250. Al-Sharifi A., Krynicki CR, Upthegrove R.. Self-harm and ethnicity: A systematic review. 2015. Journal

251. Beghi M., Butera E., Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F., Mollica A., et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. 2021. Journal

252. Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco R. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. 2018. Journal

253. Edwards AM, Hung R., Levin JB, Forthun L., Sajatovic M., McVoy M.. Health disparities among rural individuals with mental health conditions: A systematic literature review. 2023. Journal

254. Favril L., Yu R., Uyar A., Sharpe M., Fazel S.. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. 2022.

255. Fellmeth G., Rose-Clarke K., Zhao C., Busert L., Zheng Y., Massazza A.. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. 2018.

256. Fung Y., Chan Z.. A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. 2011.

257. Gariépy G, Danna SM, Hawke L, Henderson J, Iyer SN. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2022;57(6):1107-1121 Pubmed Journal

258. Hu F-H, Zhao D-Y, Fu X-L, Zhang W-Q, Tang W, Hu S-Q, et al. Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. HIV medicine 2023;24(5):521-532 Pubmed Journal

259. Li M, Katikireddi SV. Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: a systematic review and meta-analysis. International journal for equity in health 2019;18(1):2 Pubmed Journal

260. May AM, Klonsky ED. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. 2018.

261. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International journal of public health 2019;64(2):265-283 Pubmed Journal

262. Richardson C, Robb KA, O'Connor RC. A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. Social science & medicine (1982) 2021;276:113831 Pubmed Journal

263. Valera Ortín J, Lucerón Lucas-Torres MI. [Suicide related factors in the elderly: A systematic review.]. Revista espanola de salud publica 2021;95 Pubmed

264. Vidal-Ribas P, Govender T, Yu J, Livinski AA, Haynie DL, Gilman SE. The developmental origins of suicide mortality: a systematic review of longitudinal studies. European child & adolescent psychiatry 2024;33(7):2083-2110 Pubmed Journal

265. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. 2014.

266. Casant J, Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. International journal of environmental research and public health 2022;19(5) Pubmed Journal

267. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(6):245-57 Pubmed

268. Otis M, Barber S, Amet M, Nicholls D. Models of integrated care for young people experiencing medical emergencies related to mental illness: a realist systematic review. European child & adolescent psychiatry 2023;32(12):2439-2452 Pubmed Journal

269. Panesar B, Soni D, Khan MI, Bdair F, Holek M, Tahir T, et al. National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: systematic review. BJPsych open 2022;8(2):e54 Pubmed Journal

270. Amanollahi M, Jameie M, Looha MA, A Basti F, Cattarinussi G, Moghaddam HS, et al. Machine learning applied to the prediction of relapse, hospitalization, and suicide in bipolar disorder using neuroimaging and clinical data: A systematic review. Journal of affective disorders 2024;361:778-797 Pubmed Journal

271. Corke M, Mullin K, Angel-Scott H, Xia S, Large M. Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. BJPsych open 2021;7(1):e26 Pubmed Journal

272. Hopkins D, Rickwood DJ, Hallford DJ, Watsford C. Structured data vs. unstructured data in machine learning prediction models for suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in digital health 2022;4:945006 Pubmed Journal

273. Kusuma K, Larsen M, Quiroz JC, Gillies M, Burnett A, Qian J, et al. The performance of machine learning models in predicting suicidal ideation, attempts, and deaths: A meta-analysis and systematic review. Journal of psychiatric research 2022;155:579-588 Pubmed Journal

274. Schafer KM, Kennedy G, Gallyer A, Resnik P. A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis. PloS one 2021;16(4):e0249833 Pubmed Journal

275. Akbar R, Arya V, Conroy E, Wilcox HC, Page A. Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. Suicide & life-threatening behavior 2023;53(1):163-184 Pubmed Journal

276. Jahangiri K, Yousefi K, Mozafari A, Sahebi A. The Prevalence of Suicidal Ideation after the Earthquake: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian journal of public health 2020;49(12):2330-2338 Pubmed Journal

277. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. Journal of psychiatric research 2018;99:129-141 Pubmed Journal

278. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. Acta psychiatrica Scandinavica 2017;135(3):195-211 Pubmed Journal

279. Gini G, Espelage DL. Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. JAMA 2014;312(5):545-6 Pubmed Journal

280. Li D, He L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. Molecular psychiatry 2007;12(1):47-54 Pubmed

281. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review 2015;39:1-15 Pubmed Journal

282. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clinical psychology review 2016;49:55-66 Pubmed Journal

283. Bartoli F, Crocamo C, Carrà G. Cannabis use disorder and suicide attempts in bipolar disorder: A meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;103:14-20 Pubmed Journal

284. Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2014;167:125-35 Pubmed Journal

285. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. Journal of affective disorders 2019;245:152-162 Pubmed Journal

286. Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, et al. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews 2014;3:18 Pubmed Journal

287. McGinty J, Sayeed Haque M, Upthegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia research 2018;195:58-66 Pubmed Journal

288. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2015;50(4):525-37 Pubmed Journal

289. Prasad D, Wollenhaupt-Aguiar B, Kidd KN, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of women's health (2002) 2021;30(12):1693-1707 Pubmed Journal

290. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2018;212(5):279-286 Pubmed Journal

291. Rønnstad ATM, Halling-Overgaard A-S, Hamann CR, Skov L, Egeberg A, Thyssen JP. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology 2018;79(3):448-456.e30 Pubmed Journal

292. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. Bipolar disorders 2015;17(1):1-16 Pubmed Journal

293. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;103:109-118 Pubmed Journal

294. Stanley IH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Chu C, et al. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. Journal of consulting and clinical psychology 2018;86(11):946-960 Pubmed Journal

295. Tietbohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, Cassidy R, Zimerman A, Manfro GG, et al. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;105:34-38 Pubmed Journal

296. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. Journal of affective disorders 2019;259:302-313 Pubmed Journal

297. Wang X, Cheng S, Xu H. Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. BMC psychiatry 2019;19(1):303 Pubmed Journal

298. Amiri S, Behnezhad S. Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2020;24(sup2):S94-S112 Pubmed Journal

299. Du L, Shi H-Y, Yu H-R, Liu X-M, Jin X-H, Yan-Qian, et al. Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;276:711-719 Pubmed Journal

300. Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer PM, Knüttel H, Leitzmann MF, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. Nature medicine 2022;28(4):852-859 Pubmed Journal

301. Hofmann L, Heinrich M, Baurecht H, Langguth B, Kreuzer PM, Knüttel H, et al. Suicide Mortality Risk among Patients with Lung Cancer-A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health 2023;20(5) Pubmed Journal

302. Lee ARYB, Low CE, Yau CE, Li J, Ho R, Ho CSH. Lifetime Burden of Psychological Symptoms, Disorders, and Suicide Due to Cancer in Childhood, Adolescent, and Young Adult Years: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics 2023;177(8):790-799 Pubmed Journal

303. Ravaioli A, Crocetti E, Mancini S, Baldacchini F, Giuliani O, Vattiato R, et al. Suicide death among cancer patients: new data from northern Italy, systematic review of the last 22 years and meta-analysis. European journal of cancer (Oxford, England : 1990) 2020;125:104-113 Pubmed Journal

304. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. PloS one 2015;10(6):e0131715 Pubmed Journal

305. Pérez-Balaguer A, Peñuelas-Calvo I, Alacreu-Crespo A, Baca-García E, Porras-Segovia A. Impulsivity as a mediator between childhood maltreatment and suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. Journal of psychiatric research 2022;151:95-107 Pubmed Journal

306. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, et al. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. Reproductive health 2020;17(1):65 Pubmed Journal

307. Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, Betriu M, Palao D, Monreal JA, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. Neuroscience and biobehavioral reviews 2022;143:104964 Pubmed Journal

308. Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. Alimentary pharmacology & therapeutics 2007;26(2):183-93 Pubmed

309. Adawi M, Chen W, Bragazzi NL, Watad A, McGonagle D, Yavne Y, et al. Suicidal Behavior in Fibromyalgia Patients: Rates and Determinants of Suicide Ideation, Risk, Suicide, and Suicidal Attempts-A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis of Over 390,000 Fibromyalgia Patients. Frontiers in psychiatry 2021;12:629417 Pubmed Journal

310. Gill H, Perez CD, Gill B, El-Halabi S, Lee Y, Lipsitz O, et al. The Prevalence of Suicidal Behaviour in Fibromyalgia Patients. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;108:110078 Pubmed Journal

311. Li Z, Yang Y, Dong C, Li L, Cui Y, Zhao Q, et al. The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Psychology, health & medicine 2018;23(9):1025-1036 Pubmed Journal

312. Wei H, Li YU, Lei H, Ren J. Associations of migraines with suicide ideation or attempts: A meta-analysis. Frontiers in public health 2023;11:1140682 Pubmed Journal

313. Poorolajal J, Goudarzi M, Gohari-Ensaf F, Darvishi N. Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: a meta-analysis. Journal of research in health sciences 2022;22(1):e00537 Pubmed Journal

314. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. Neuroscience and biobehavioral reviews 2017;83:440-450 Pubmed Journal

315. Moore FR, Doughty H, Neumann T, McClelland H, Allott C, O'Connor RC. Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine 2022;45:101307 Pubmed Journal

316. Lascelles KM, Davey Z, Jackson D, Aveyard H. Experiences and needs of adult informal carers of adults at risk of suicide: A systematic review with mixed methods analysis. Journal of advanced nursing 2024;80(5):1686-1718 Pubmed Journal

317. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. The International journal of social psychiatry 2004;50(1):54-65 Pubmed

318. Schmeckenbecher J, Rattner K, Cramer RJ, Plener PL, Baran A, Kapusta ND. Effectiveness of distance-based suicide interventions: multi-level meta-analysis and systematic review. BJPsych open 2022;8(4):e140 Pubmed Journal

319. Sander LB, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof AD, Cuijpers P, et al. The Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Ideation or Behaviors on Depression, Anxiety, and Hopelessness in Individuals With Suicidal Ideation: Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data. Journal of medical Internet research 2023;25:e46771 Pubmed Journal

320. Onie S, Berlinquette P, Holland S, Livingstone N, Finemore C, Gale N, et al. Suicide Prevention Using Google Ads: Randomized Controlled Trial Measuring Engagement. JMIR mental health 2023;10:e42316 Pubmed Journal

321. Franz PJ, Mou D, Kessler DT, Stubbing J, Jaroszewski AC, Ray S, et al. Digital bibliotherapy as a scalable intervention for suicidal thoughts: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology 2022;90(8):626-637 Pubmed Journal

322. De Jaegere E, van Landschoot R, van Heeringen K, van Spijker BAJ, Kerkhof AJFM, Mokkenstorm JK, et al. The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. Behaviour research and therapy 2019;119:103406 Pubmed Journal

323. Büscher R, Torok M, Terhorst Y, Sander L. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA network open 2020;3(4):e203933 Pubmed Journal

324. Büscher R, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof AD, Cuijpers P, et al. Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. Evidence-based mental health 2022;25(e1):e8-e17 Pubmed Journal

325. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2021;3(3):CD013667 Pubmed Journal

326. Robinson JO, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2011;45(1):3-26 Pubmed Journal

327. Méndez-Bustos P, Calati R, Rubio-Ramírez F, Olié E, Courtet P, Lopez-Castroman J. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. Frontiers in psychology 2019;10:277 Pubmed Journal

328. Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2011;26(4):331-40 Pubmed Journal

329. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(12):CD012013 Pubmed Journal

330. Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2020;7(7):581-601 Pubmed Journal

331. Xiang Y, Cuijpers P, Teng T, Li X, Fan LI, Liu X, et al. Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2022;22(1):139 Pubmed Journal

332. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomised controlled trial. Lancet (London, England) 2013;381(9864):375-84 Pubmed Journal

333. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Archives of general psychiatry 2007;64(10):1132-43 Pubmed

334. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292(7):807-20 Pubmed

335. Liu W, Li G, Wang C, Yu M, Zhu M, Yang L. Can Fluoxetine Combined with Cognitive Behavioral Therapy Reduce the Suicide and Non-Suicidal Self-Injury Incidence and Recurrence Rate in Depressed Adolescents Compared with Fluoxetine Alone? A Meta-Analysis. Neuropsychiatric disease and treatment 2022;18:2543-2557 Pubmed Journal

336. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2015;175:66-78 Pubmed Journal

337. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. Journal of affective disorders 2016;200:51-7 Pubmed Journal

338. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2012;11:CD008324 Pubmed Journal

339. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ (Clinical research ed.) 2009;339:b2880 Pubmed Journal

340. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ (Clinical research ed.) 2016;352:i65 Pubmed Journal

341. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2006;16(1-2):25-32 Pubmed

342. Li K, Zhou G, Xiao Y, Gu J, Chen Q, Xie S, et al. Risk of Suicidal Behaviors and Antidepressant Exposure Among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Observational Studies. Frontiers in psychiatry 2022;13:880496 Pubmed Journal

343. KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2015;13(3):174-205 Pubmed Journal

344. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. Journal of affective disorders 2020;266:95-99 Pubmed Journal

345. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. Clinical trials (London, England) 2006;3(2):73-90; discussion 91-8 Pubmed

346. Holtmann M, Bölte S, Poustka F. [Suicidality in depressive children and adolescents during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Review and meta-analysis of the available randomised, placebo controlled trials]. Der Nervenarzt 2006;77(11):1332-7 Pubmed

347. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, Kindler S, Bschor T, Plöderl M. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of epidemiology and community health 2021. Pubmed Journal

348. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):385 Pubmed

349. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.) 2005;330(7488):396 Pubmed

350. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2006;189:393-8 Pubmed

351. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, Fusar-Poli P, Dazzan P, Thompson T, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. JAMA psychiatry 2019;76(12):1241-1255 Pubmed Journal

352. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(11):1503-14 Pubmed Journal

353. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007;297(15):1683-96 Pubmed

354. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(3):171-9 Pubmed Journal

355. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. Frontiers in psychiatry 2020;11:717 Pubmed Journal

356. Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. Journal of the Royal Society of Medicine 2016;109(10):381-392 Pubmed

357. Beasley CM, Dornseif BE, Bosomworth JC, Sayler ME, Rampey AH, Heiligenstein JH, et al. Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6804):685-92 Pubmed

358. Beasley CM, Ball SG, Nilsson ME, Polzer J, Tauscher-Wisniewski S, Plewes J, et al. Fluoxetine and adult suicidality revisited: an updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. Journal of clinical psychopharmacology 2007;27(6):682-6 Pubmed

359. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 2009;180(3):291-7 Pubmed Journal

360. Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, D'Souza DN, Perahia DG, Cavazzoni PA, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(6):587-94 Pubmed

361. Abbate L., Chopra J., Poole H., Saini P.. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. 2022. Journal Webseite

362. Andriessen K., Krysinska K., Dransart D., Dargis L., Mishara B.. Grief After Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 2019. Journal Webseite

363. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson JO, Reavley N, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC psychiatry 2019;19(1):49 Pubmed Journal

364. Andriessen K, Krysinska K, Kõlves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. Frontiers in psychology 2019;10:2677 Pubmed Journal

365. Higgins A., Hybolt L., Meuser O., Cook J., Downes C., Morrissey J.. Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. 2022. Journal Webseite

366. Logan N, Krysinska K, Andriessen K. Impacts of suicide bereavement on men: a systematic review. Frontiers in public health 2024;12:1372974 Pubmed Journal

367. McDaid C, Trowman R, Golder SU, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(6):438-43 Pubmed Journal

368. Wagner B., Hofmann L., Grafiadeli R.. Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. 2021. Journal Webseite

369. Araya P, Martínez C, Barros J. Lithium in Drinking Water as a Public Policy for Suicide Prevention: Relevance and Considerations. Frontiers in public health 2022;10:805774 Pubmed Journal

370. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar disorders 2006;8(5 Pt 2):625-39 Pubmed

371. Barjasteh-Askari F, Davoudi M, Amini H, Ghorbani M, Yaseri M, Yunesian M, et al. Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2020;264:234-241 Pubmed Journal

372. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. L'Encephale 2016;42(3):234-41 Pubmed Journal

373. Brown EE, Gerretsen P, Pollock B, Graff-Guerrero A. Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. Medical hypotheses 2018;115:94-102 Pubmed Journal

374. Chen T-Y, Kamali M, Chu C-S, Yeh C-B, Huang S-Y, Mao W-C, et al. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. Journal of affective disorders 2019;245:812-818 Pubmed Journal

375. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2013;346:f3646 Pubmed Journal

376. D'Anci KE, Uhl S, Giradi G, Martin C. Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. Annals of internal medicine 2019;171(5):334-342 Pubmed Journal

377. Eyre-Watt B, Mahendran E, Suetani S, Firth J, Kisely S, Siskind D. The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2021;55(2):139-152 Pubmed Journal

378. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. The Journal of clinical psychiatry 2007;68(3):380-3 Pubmed

379. McKnight RF, de La Motte de Broöns de Vauvert SJGN, Chesney E, Amit BH, Geddes J, Cipriani A. Lithium for acute mania. The Cochrane database of systematic reviews 2019;6(6):CD004048 Pubmed Journal

380. Memon A, Rogers I, Fitzsimmons SMDD, Carter B, Strawbridge R, Hidalgo-Mazzei D, et al. Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;217(6):667-678 Pubmed Journal

381. Nabi Z, Stansfeld J, Plöderl M, Wood L, Moncrieff J. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e65 Pubmed Journal

382. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. BJPsych open 2022;8(6):e199 Pubmed Journal

383. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2001;104(3):163-72 Pubmed

384. Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. Bipolar disorders 2017;19(7):575-586 Pubmed Journal

385. Chen C-C, Zhou NA, Hu NA, Feng J-G, Wang X-B. Acute Effects of Intravenous Sub-Anesthetic Doses of Ketamine and Intranasal Inhaled Esketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychiatric disease and treatment 2023;19:587-599 Pubmed Journal

386. Floriano I, Silvinato A, Bernardo WM. The use of esketamine in the treatment of patients with severe depression and suicidal ideation: systematic review and meta-analysis. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992) 2023;69(4):e2023D694 Pubmed Journal

387. Jollant F, Colle R, Nguyen TML, Corruble E, Gardier AM, Walter M, et al. Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. Therapeutic advances in psychopharmacology 2023;13:20451253231151327 Pubmed Journal

388. Lengvenyte A, Olié E, Strumila R, Navickas A, Gonzalez Pinto A, Courtet P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2021;22(9):670-685 Pubmed Journal

389. Maguire L, Bullard T, Papa L. Ketamine for acute suicidality in the emergency department: A systematic review. The American journal of emergency medicine 2021;43:54-58 Pubmed Journal

390. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. Drugs in R&D

2015;15(1):37-43 Pubmed Journal

391. Shamabadi A, Ahmadzade A, Hasanzadeh A. Ketamine for suicidality: An umbrella review. British journal of clinical pharmacology 2022;88(9):3990-4018 Pubmed Journal

392. Siegel AN, Di Vincenzo JD, Brietzke E, Gill H, Rodrigues NB, Lui LMW, et al. Antisuicidal and antidepressant effects of ketamine and esketamine in patients with baseline suicidality: A systematic review. Journal of psychiatric research 2021;137:426-436 Pubmed Journal

393. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. The American journal of psychiatry 2018;175(2):150-158 Pubmed Journal

394. Witt K, Potts J, Hubers A, Grunebaum MF, Murrough JW, Loo C, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2020;54(1):29-45 Pubmed Journal

395. Pan Y, Gorenflo MP, Davis PB, Kaelber DC, De Luca S, Xu R. Suicidal ideation and suicide attempt following ketamine prescription in patients with treatment-resistant depression: a nation-wide cohort study. Research square 2023. Pubmed Journal

396. Zeifman RJ, Yu D, Singhal N, Wang G, Nayak SM, Weissman CR. Decreases in Suicidality Following Psychedelic Therapy: A Meta-Analysis of Individual Patient Data Across Clinical Trials. The Journal of clinical psychiatry 2022;83(2) Pubmed Journal

397. Zeifman RJ, Singhal N, Breslow L, Weissman CR. On the Relationship between Classic Psychedelics and Suicidality: A Systematic Review. ACS pharmacology & translational science 2021;4(2):436-451 Pubmed Journal

398. Zeifman RJ, Palhano-Fontes F, Hallak J, Arcoverde E, Maia-Oliveira JP, Araujo DB. The Impact of Ayahuasca on Suicidality: Results From a Randomized Controlled Trial. Frontiers in pharmacology 2019;10:1325 Pubmed Journal

399. Tumuluru RV, Corbett-Dick P, Aman MG, Smith T, Arnold LE, Pan X, et al. Adverse Events of Atomoxetine in a Double-Blind Placebo-Controlled Study in Children with Autism. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2017;27(8):708-714 Pubmed Journal

400. Kim JH, Park S, Lee YJ. Systematic Review of Suicidal Behaviors Related to Methylphenidate and Atomoxetine in Patients With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2023;34(2):125-132 Pubmed Journal

401. Huang X, Harris LM, Funsch KM, Fox KR, Ribeiro JD. Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. Translational psychiatry 2022;12(1):400 Pubmed Journal

402. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. The New England journal of medicine 2022;387(18):1637-1648 Pubmed Journal

403. Bangs ME, Wietecha LA, Wang S, Buchanan AS, Kelsey DK. Meta-analysis of suicide-related behavior or ideation in child, adolescent, and adult patients treated with atomoxetine. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2014;24(8):426-34 Pubmed Journal

404. Bangs ME, Tauscher-Wisniewski S, Polzer J, Zhang S, Acharya N, Desaiah D, et al. Meta-analysis of suicide-related behavior events in patients treated with atomoxetine. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008;47(2):209-218 Pubmed Journal

405. Bingham KS, Rothschild AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Meyers BS, Banerjee S, et al. The Association of Baseline Suicidality With Treatment Outcome in Psychotic Depression. The Journal of clinical psychiatry 2017;78(8):1149-1154 Pubmed Journal

406. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, Lynskey M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. Pharmacoepidemiology and drug safety 2009;18(2):93-103 Pubmed Journal

407. Hochschild A, Keilp JG, Madden SP, Burke AK, Mann JJ, Grunebaum MF. Ketamine vs midazolam: Mood improvement reduces suicidal ideation in depression. Journal of affective disorders 2022;300:10-16 Pubmed Journal

408. Jonas JM, Hearron AE. Alprazolam and suicidal ideation: a meta-analysis of controlled trials in the treatment of depression. Journal of clinical psychopharmacology 1996;16(3):208-11 Pubmed

409. Yiu HW, Rowe S, Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. Psychiatry research 2021;305:114175 Pubmed Journal

410. Shin HD, Durocher K, Sequeira L, Zaheer J, Torous J, Strudwick G. Information and communication technology-based interventions for suicide prevention implemented in clinical settings: a scoping review. BMC health services research 2023;23(1):281 Pubmed Journal

411. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC psychiatry 2018;18(1):120 Pubmed Journal

412. Huber JP, Milton A, Brewer MC, Norrie LM, Hartog SM, Glozier N. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2024;58(3):207-226 Pubmed Journal

413. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani JO, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. BJPsych open 2022;8(4):e144 Pubmed Journal

414. Pitts BH, Doyle R, Wood L, Dar R, De Jesus Ayala S, Sharma T, et al. Brief Interventions for Suicidal Youths in Medical Settings: A Meta-Analysis. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

415. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2021;219(2):419-426 Pubmed Journal

416. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):1022-1045 Pubmed Journal

417. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2020;77(10):1021-1030 Pubmed Journal

418. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2023;45(1):54-61 Pubmed Journal

419. Abbott-Smith S, Ring N, Dougall N, Davey J. Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? - A systematic scoping review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(5):899-910 Pubmed Journal

420. Forte A, Pompili M, Imbastaro B, De Luca GP, Mastrangelo M, Montalbani B, et al. Effects on suicidal risk: Comparison of clozapine to other newer medicines indicated to treat schizophrenia or bipolar disorder. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) 2021;35(9):1074-1080 Pubmed Journal

421. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. Schizophrenia research 2005;73(2-3):139-45 Pubmed

422. Huang X., Harris L., Funsch K., Fox K., Ribeiro J.. Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. 2022. Webseite

423. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N. Mortality Risk Associated With Long-acting Injectable Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. Schizophrenia bulletin 2016;42(6):1438-1445 Pubmed Journal

424. Masdrakis VG, Baldwin DS. Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2023;69:4-23 Pubmed Journal

425. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. International clinical psychopharmacology 2006;21(6):345-53 Pubmed

426. Vermeulen JM, van Rooijen G, van de Kerkhof MPJ, Sutterland AL, Correll CU, de Haan L. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With

Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. Schizophrenia bulletin 2019;45(2):315-329 Pubmed Journal

427. Wilkinson S., Diaz D., Rupp Z., Kidambi A., Ramirez K., Flores J., et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. 2022. Webseite

428. Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. The Psychiatric quarterly 2020;91(2):417-450 Pubmed Journal

429. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., Swaraj S., Olfson M., Large M.. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. 2019. Webseite

430. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. General hospital psychiatry 2021;71:27-35 Pubmed Journal

431. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research 2009;57(2):446-55 Pubmed Journal

432. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

433. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2013;158(10):741-54 Pubmed Journal

434. Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. Acta psychiatrica Scandinavica 2019;139(5):472-483 Pubmed Journal

435. Bahji A, Pierce M, Wong J. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents. 2021. Webseite

436. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. The Cochrane database of systematic reviews 2006;(1):CD005652 Pubmed

437. Frey LM, Hunt QA, Russon JM, Diamond G. Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. Journal of marital and family therapy 2022;48(1):154-177 Pubmed Journal

438. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(9):881-8 Pubmed Journal

439. Bornheimer LA, Zhang A, Li J, Hiller M, Tarrier N. Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(8):829-838 Pubmed Journal

440. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. Journal of psychiatric research 2016;79:8-20 Pubmed Journal

441. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2017;74(4):319-328 Pubmed Journal

442. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2013;144(3):183-90 Pubmed Journal

443. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behavior therapy 2019;50(1):60-72 Pubmed Journal

444. Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. Journal of the Royal

Society of Medicine 2017;110(10):404-410 Pubmed Journal

445. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2016;3(8):740-750 Pubmed Journal

446. Chao Y-S, Boivin A, Marcoux I, Garnon G, Mays N, Lehoux P, et al. International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. 2016.

447. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. Psychological medicine 2014;44(16):3361-3 Pubmed Journal

448. Sanz-Gómez S, Vera-Varela C, Alacreu-Crespo A, Perea-González MI, Guija JA, Giner L. Impulsivity in fatal suicide behaviour: A systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Psychiatry research 2024;337:115952 Pubmed Journal

449. Rogier G, Chiorri C, Beomonte Zobel S, Muzi S, Pace CS, Cheung MW-L, et al. The multifaceted role of emotion regulation in suicidality: Systematic reviews and meta-analytic evidence. Psychological bulletin 2024;150(1):45-81 Pubmed Journal

450. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, de la Torre-Luque A, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine 2024;54(9):1897-1904 Pubmed Journal

451. McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. Journal of psychiatric research 2019;116:51-60 Pubmed Journal

452. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. Frontiers in psychiatry 2018;9:56 Pubmed Journal

453. Bruno S, Anconetani G, Rogier G, Del Casale A, Pompili M, Velotti P. Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. Journal of affective disorders 2023;339:571-583 Pubmed Journal

454. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2006;113(3):180-206 Pubmed

455. Beach VL, Gissandaner TD, Schmidt AT. The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2022;26(3):985-1006 Pubmed Journal

456. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc 2014;18(4):366-86 Pubmed Journal

457. Bai S, Babeva KN, Kim MI, Asarnow JR. Future Directions for Optimizing Clinical Science & Safety: Ecological Momentary Assessments in Suicide/Self-Harm Research. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53 2021;50(1):141-153 Pubmed Journal

458. Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2019;19(1):44 Pubmed Journal

459. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(6):387-395 Pubmed Journal

460. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychological medicine 2018;48(7):1119-1127 Pubmed Journal

461. Lowry NJ, Goger P, Hands Ruz M, Ye F, Cha CB. Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. Pediatrics 2024;153(3) Pubmed Journal

462. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis.

Psychological medicine 2007;37(6):769-78 Pubmed

463. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2023;329(23):2068-2085 Pubmed Journal

464. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. BMJ open 2016;6(2):e009297 Pubmed Journal

465. Riblet NB, Matsunaga S, Lee Y, Young-Xu Y, Shiner B, Schnurr PP, et al. Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2022;84(1) Pubmed Journal

466. Runeson BO, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PloS one 2017;12(7):e0180292 Pubmed Journal

467. Viswanathan M, Wallace IF, Cook Middleton J, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2022;328(15):1543-1556 Pubmed Journal

468. Zarska A, Barnicot K, Lavelle M, Dorey T, McCabe R. A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2023;27(3):829-850 Pubmed Journal

469. Cano-Montalban I., Quevedo-Blasco R.. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. 2018. Journal Webseite

470. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evidence-based mental health 2022;25(4):148-155 Pubmed Journal

471. Fellmeth G, Rose-Clarke K, Zhao C, Busert LK, Zheng Y, Massazza A, et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Lancet (London, England) 2018;392(10164):2567-2582 Pubmed Journal

472. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. Transgender health 2019;4(1):226-246 Pubmed Journal

473. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Social science & medicine (1982) 2011;72(4):608-16 Pubmed Journal

474. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PloS one 2013;8(1):e51333 Pubmed Journal

475. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. Psychological medicine 2014;44(5):909-17 Pubmed Journal

476. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2013;203(6):409-16 Pubmed Journal

477. Roelfs DJ, Shor E. Financial Stress, Unemployment, and Suicide - A Meta-Analysis. Crisis 2023;44(6):506-517 Pubmed Journal

478. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Psychiatric quarterly 2019;90(4):829-842 Pubmed Journal

479. Bareeqa SB, Samar SS, Masood Y, Husain MM. Prevalence of Suicidal Behaviors in Residents of Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Omega 2023;302228231176309 Pubmed Journal

480. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical psychology review 2022;97:102190 Pubmed Journal

481. Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2020;7(8):682-691 Pubmed Journal

482. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(11):1721-31 Pubmed

483. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2014;29(12):1198-211 Pubmed Journal

484. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry 2015;30(8):802-14 Pubmed Journal

485. Xiang J, Kaminga AC, Wu XY, Lai Z, Yang J, Lian Y, et al. Lifetime prevalence of suicidal attempt among homeless individuals in North America: a meta-analysis. Journal of affective disorders 2021;287:341-349 Pubmed Journal

486. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Public health 2021;6(3):e164-e174 Pubmed Journal

487. Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research 2015;19(2):131-50 Pubmed Journal

488. Protective Factors for Transgender and Gender Non-Binary Youth Experiencing Suicidality: A Systematic Review of the Literature.

489. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics 2018;172(12):1145-1152 Pubmed Journal

490. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. American journal of public health 2016;106(5):e1-12 Pubmed Journal

491. Salway T, Plöderl M, Liu J, Gustafson P. Effects of Multiple Forms of Information Bias on Estimated Prevalence of Suicide Attempts According to Sexual Orientation: An Application of a Bayesian Misclassification Correction Method to Data From a Systematic Review. American journal of epidemiology 2019;188(1):239-249 Pubmed Journal

492. Salway T, Ross LE, Fehr CP, Burley J, Asadi S, Hawkins B, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. Archives of sexual behavior 2019;48(1):89-111 Pubmed Journal

493. Sexual Orientation and Non-Suicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review.

494. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2022;56(6):603-616 Pubmed Journal

495. Demesmaeker A, Chazard E, Vaiva G, Amad A. Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort: A Survival Tree Analysis. The Journal of clinical psychiatry 2021;82(1) Pubmed Journal

496. Furuno T, Nakagawa M, Hino K, Yamada T, Kawashima Y, Matsuoka Y, et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. Journal of affective disorders 2018;225:460-465 Pubmed Journal

497. Malakouti SK, Nojomi M, Ghanbari B, Rasouli N, Khaleghparast S, Farahani IG. Aftercare and Suicide Reattempt Prevention in Tehran, Iran. Crisis 2022;43(1):18-27 Pubmed Journal

498. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. Journal of affective disorders 2013;147(1-3):17-28 Pubmed Journal

499. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. Schizophrenia bulletin 2018;44(4):787-797 Pubmed Journal

500. Tsai Y-T, Padmalatha S, Ku H-C, Wu Y-L, Yu T, Chen M-H, et al. Suicidality Among People Living With HIV From 2010 to 2021: A Systematic Review and a Meta-regression. Psychosomatic medicine 2022;84(8):924-939 Pubmed Journal

501. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. Social science & medicine (1982) 2017;191:65-76 Pubmed Journal

502. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. Psychiatry research 2021;306:114228 Pubmed Journal

503. Hou X, Wang J, Guo J, Zhang X, Liu J, Qi L, et al. Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: a systematic review and meta-analysis. Evidence-based mental health 2022;25(1):29-35 Pubmed Journal

504. Jha S., Chan G., Orji R.. Identification of Risk Factors for Suicide and Insights for Developing Suicide Prevention Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2023.

505. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A, et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2022;376:e067068 Pubmed Journal

506. Cox GR, Owens C, Robinson JO, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC public health 2013;13:214 Pubmed Journal

507. Okolie C, Wood S, Hawton K, Kandalama U, Glendenning AC, Dennis M, et al. Means restriction for the prevention of suicide by jumping. The Cochrane database of systematic reviews 2020;2(2):CD013543 Pubmed Journal

508. Ishimo M-C, Sampasa-Kanyinga H, Olibris B, Chawla M, Berfeld N, Prince SA, et al. Universal interventions for suicide prevention in high-income Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries: a systematic review. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention 2021;27(2):184-193 Pubmed Journal

509. Wand A, Verbeek H, Hanon C, de Mendonça Lima CA, Rabheru K, Peisah C. Is Suicide the End Point of Ageism and Human Rights Violations?. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2021;29(10):1047-1052 Pubmed Journal

510. Gibbons RD, Hur K, Lavigne JE, Mann JJ. Risk of suicide attempts and intentional self-harm on alprazolam. Psychiatry research 2024;335:115857 Pubmed Journal

511. Lagerberg T, Sjölander A, Gibbons RD, Quinn PD, D'Onofrio BM, Hellner C, et al. Use of central nervous system drugs in combination with selective serotonin reuptake inhibitor treatment: A Bayesian screening study for risk of suicidal behavior. Frontiers in psychiatry 2022;13:1012650 Pubmed Journal

512. Schaffer A., Isometsä E., Tondo L., Moreno D., Sinyor M., Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2015. Webseite

513. Odermatt J., Sarlon J., Schaefer N., Ulrich S., Ridder M., Schneider E., et al. Electroconvulsive therapy reduces suicidality and all-cause mortality in refractory depression: A systematic review and meta-analysis of neurostimulation studies. 2025. Journal Webseite

514. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2010;2010(11):CD006633 Pubmed Journal

515. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. The international journal of neuropsychopharmacology 2012;15(9):1351-71 Pubmed Journal

516. Kiviniemi M, Suvisaari J, Koivumaa-Honkanen H, Häkkinen U, Isohanni M, Hakko H. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up. Schizophrenia research 2013;150(1):274-80 Pubmed Journal

517. Lee BJ, Cotes RO, Mojtabai R, Margolis RL, Nucifora FC, Nestadt PS. The Protective Effect of Clozapine on Suicide: A Population Mortality Study of

Statewide Autopsy Records in Maryland. The Journal of clinical psychiatry 2023;84(3) Pubmed Journal

518. Iannuzzo F, Turiaco F, Messina V, Minutoli AM, Silvestri MC, Muscatello MRA, et al. Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and metanalysis of the current literature. AIMS neuroscience 2025;12(3):332-350 Pubmed Journal

519. Chen G-W, Hsu T-W, Ching P-Y, Pan C-C, Chou P-H, Chu C-S. Efficacy and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation: A Systemic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:884390 Pubmed Journal

520. Cui Y, Fang H, Bao C, Geng W, Yu F, Li X. Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation for Reducing Suicidal Ideation in Depression: A Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2021;12:764183 Pubmed Journal

521. Serafini G, Canepa G, Aguglia A, Amerio A, Bianchi D, Magnani L, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 2021;105:109981 Pubmed Journal