

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AWMF-Register Nr.: 038-028	Klasse: S3
-----------------------------------	-------------------

**Langfassung der S3-Leitlinie
Umgang mit Suizidalität**

der

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

und

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)



Fassung vom 10.04.2026

Version: **1.0**

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21017 gefördert.

Herausgebende

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
sekretariat@dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
geschaefsstelle@dgkjp.de

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
geschaefsstelle@degam.de

Bitte wie folgt zitieren:

DGPPN & DGKJP, DEGAM (Hrsg.). *S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität*, Version 1.0, 10.04.2026, AWMF-Registernummer 038-028

Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Leitlinienkoordination:

Prof. Dr. med. Andreas Reif, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA, Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)

Prof. Dr. med. Katja Becker, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Leitliniensekretariat:

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

Wissenschaftlicher Dienst

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

E-Mail: leitlinien@dgppn.de

Wissenschaftliche Mitarbeitende:

Lars Meiländer (M.Sc.)

LVR-Klinik Köln

Sina Hartmann (M.Sc.)

Uniklinikum Frankfurt

Anna-Lena Leimberger (M.Sc.)

Uniklinikum Frankfurt

Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Mitglieder der Leitliniengruppe

Abkürzung	Fachgesellschaft	Expert*In	Funktion
Uni Frankfurt		Prof. Dr. Andreas Reif	LL Koordination
LVR-Köln		Prof. Dr. Barbara Schneider	LL Koordination
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention	Prof. Dr. Ute Lewitzka/ Dr. Tim Krause	Steuergruppe
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm	Prof. Dr. Barbara Schneider	Steuergruppe
DASP	Deutsche Akademie für Suizidprävention	Prof. Dr. Reinhard Lindner	Steuergruppe
DDL	Deutsche DepressionsLiga e. V.	Pamela Metzeler/ Waltraud Rinke	Steuergruppe/Betroffene
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Prof. Dr. Jochen Gensichen/ PD Dr. Karoline Lukaschek	Steuergruppe
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Katja Becker/ Prof. Dr. Paul Plener	Steuergruppe
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Prof. Dr. Thomas Forkmann, Stellvertreter: Prof. Dr. Tobias Teismann	Steuergruppe
SDDH	Stiftung Deutsche Depressionshilfe	Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Dr. Hanna Reich de Paredes	Steuergruppe

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. Thomas Pollmächer	Steuergruppe
		Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf	Expertengruppe
		Georg Fiedler	Expertengruppe
		Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak	Expertengruppe
		Dr. Ali Kemal Gün	Expertengruppe
		Dr. Nadine Glasow	Expertengruppe
		PD Dr. Martin Plöderl	Expertengruppe
		Prof. Dr. Friedrich Martin Wurst	Expertengruppe
AGUS	AGUS e.V. - Angehörige um Suizid	Martha Wahl, Irmgard Chakroun	Konsensusgruppe
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	Prof. Dr. Thomas Messer/ Prof. Dr. Andreas Menke	Konsensusgruppe
ABDA	Bundesapothekerkammer, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerkammern	Dr. Anne Schornberg	Konsensusgruppe

ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Prof. Dr. Andreas Bechdorf, M. Sc.	Konsensusgruppe
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.	Prof. Dr. Peter Brieger	Konsensusgruppe
BAGÄP	Bundesarbeitsgemeinscha ft der Ärzte und Psychologen in der Straffälligenhilfe	Tina Tremml/ Frau Dipl.- Psych. Sabine Nannt	Konsensusgruppe
BAPK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen	Heike Petereit-Zipfel	Konsensusgruppe
BDK	Bundesdirektorenkonfere nz	Prof. Dr. Jens M. Langosch	Konsensusgruppe
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie	Silke Ludowisy-Dehl, Rainer Kleißmann	Konsensusgruppe
BPtK	Bundespsychotherapeute nkammer	Dr. Dietrich Munz (Präsident BPtK -2023), Stellvertretung: Dr. Alessa Jansen (Referentin)/ Dr. Tina Wessels	Konsensusgruppe
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Dr. Sabine Köhler; Stellvertreterin: Dr. Christa Roth-Sackenheim	Konsensusgruppe
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. Christa Roth- Sackenheim, Stellvertreterin: Dr. Sabine Köhler	Konsensusgruppe

BVVP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Ariadne Sartorius, Stellvertretung: Rainer Cebulla	Konsensusgruppe
DASP	Deutsche Akademie für Suizidprävention	Prof. Dr. Arno Drinkmann, Prof. Dr. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf	Konsensusgruppe
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Prof. Dr. Eva Meisenzahl	Konsensusgruppe
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach , Stellvertreterin: Gabriele Stark-Angermeier	Konsensusgruppe
DDL	Deutsche DepressionsLiga e. V.	Waltraud Rinke/ Stellvertreterin: Pamela Metzeler	Konsensusgruppe
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Prof. Dr. Jochen Gensichen/ PD Dr. Karoline Lukaschek	Konsensusgruppe
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege	Michael Mayer M.A., Stellvertreter: Johannes Kirchhof	Konsensusgruppe
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Prof. Dr. Thomas Frodl	Konsensusgruppe
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.	PD Dr. Harald Scherk	Konsensusgruppe
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	Herrn Prof. Dr. Reinhard Lindner	Konsensusgruppe
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie	Dr. Uwe Sperling	Konsensusgruppe

DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie	Dr. Beate Baumgarte, Stellvertreter: Prof. Dr. Tillmann Supprian	Konsensusgruppe
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	Prof. Dr. Raymond Voltz	Konsensusgruppe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.	Prof. Dr. Lukas Radbruch; Prof. Dr. Claudia Bausewein	Konsensusgruppe
DGPM/DKPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V./ Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	Prof. Dr. Henning Schauenburg	Konsensusgruppe
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. Andreas Reif	Konsensusgruppe
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	Prof. Dr. Reinhard Lindner; Stellvertretung Prof. Dr. Benigna Gerisch / Georg Fiedler	Konsensusgruppe
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e. V.	Dr. Daniela Fröb	Konsensusgruppe
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention	Prof. Dr. Ute Lewitzka/ Dr. Tim Johannes Krause	Konsensusgruppe
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie	Dr. Filip Caby	Konsensusgruppe
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie	Dr. Michael Wunder	Konsensusgruppe

DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Rudi Merod	Konsensusgruppe
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.	Prof. Dr. Winfried Hardinghaus/ Benno Bolze	Konsensusgruppe
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	Prof. Dr. Ulrich Preuss	Konsensusgruppe
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.	Prof. Dr. Martin Teising, Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer	Konsensusgruppe
DPTV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V.	Dr. Christoph Koban	Konsensusgruppe
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.	Bettina Lauterbach/ Hans Nau	Konsensusgruppe
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm	Prof. Dr. Birgit Wagner, Stellvertretung: Prof. Dr. med. Barbara Schneider, (EU) M.Sc., MHBA	Konsensusgruppe
VEID	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	Dieter Kuske	Konsensusgruppe
SDD	Stiftung Deutsche Depressionshilfe	Prof. Dr. Ulrich Hegerl	Konsensusgruppe
TSSD	Telefonseelsorge Deutschland	Silke Grégorie, TS Bonn (Rhein-Sieg)	Konsensusgruppe
KJPVT	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	Prof. Aleksandra Kaurin/ Prof. Tina In-Albon	Konsensusgruppe

BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Dr. Martin Jung, Prof. Dr. Hubertus Adam	Konsensusgruppe
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	Dr. Gudrun Jacobi, Benedikt Methling	Konsensusgruppe
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.	Dr. Arnfried Heine	Konsensusgruppe
ÖGKJP	Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Paul Plener	Konsensusgruppe
Ipsilon	Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz	Dr. Stephan Kupferschmid	Konsensusgruppe
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Urs Hepp	Konsensusgruppe
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Eberhard A. Deisenhammer/ Prof. Dr. Martin Aigner	Konsensusgruppe
ÖGBP	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie	Univ. Prof. Dr. Dan Rujescu	Konsensusgruppe
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben	Dr. Christian H. Sötemann	Konsensusgruppe

DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	Dr. Gernot Heusinger von Waldegg/ PD Dr. Mathias Pfisterer	Konsensusgruppe
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Prof. Dr. Hinnerk Wulf/ Stellvertretung: PD Dr. Sigrid Wittmann	Konsensusgruppe
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.	Dr. Marcel Schorrlepp	Konsensusgruppe
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.	Prof. Dr. Christian Waydhas/ Dr. Teresa Deffner	Konsensusgruppe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.	Dr. Christoph Koban/ Björn Beck	Konsensusgruppe
DGHO	DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.	Dr. Friederike Mumm	Konsensusgruppe
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	Dr. Maya von Stauffenberg	Konsensusgruppe
SGKJPP	Die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Prof. Dr. Michael Kaess	Konsensusgruppe
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention	Univ.-Prof. Dr. Christian Haring	Konsensusgruppe

Folgende Fachgesellschaften bzw. Organisationen haben an der Leitlinienerstellung nicht teilgenommen: Bundesverband Psychiatrie Erfahrener (BPE), Bundesärztekammer (BÄK), Freunde fürs Leben e.V. (FRND), Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DGK)

1.3 Patient*innen-/Bürger*innenbeteiligung

Betroffene und deren Angehörige wurden durch die Deutsche DepressionsLiga e. V. (DDL) und AGUS e.V. - Angehörige um Suizidvertreten; beide waren in der Steuergruppe und stimmberechtigt an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

1.4 Methodische Begleitung

Bei der Erstellung wurde die Leitlinie durch Prof. Dr. med. Ina Kopp, AWMF Leitung, methodisch beraten und neutral moderiert.

1.5 Anzahl der Empfehlungen

Evidenzbasierte Empfehlung: 51

Konsensbasierte Empfehlung: 18

Evidenzbasiertes Statement: 4

Konsensbasiertes Statement: 1

Forschungsbedarf: 15

Gesamt: 89

Inhaltsverzeichnis

Definitionen.....	1
Glossar	9
Einleitung	13
Kapitel 1 Erfassung und Diagnostik.....	15
Wann ist eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens indiziert und wie häufig muss diese wiederholt werden?.....	15
Wie muss eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens durchgeführt werden?...	16
Wie soll suizidales Verhalten oder Erleben dokumentiert werden?	18
Welche Berufsgruppen können Suizidalität hinreichend detailliert abklären?.....	20
PICO-Frage 1: Führt ein strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu suizidalem Erleben, Verhalten und assoziierten Risikofaktoren, zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?	23
PICO-Frage 2: Führt ein proaktives Ansprechen zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?	40
PICO-Frage 3: Führen wiederholte Gespräche zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zu einem einzigen Gespräch?.....	44
PICO-Frage 4: Führt eine systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?	47
PICO-Frage 5: Führt die Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?	51
PICO-Frage 6: Führt die Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?	54
PICO-Frage 7: Verringert das proaktive / direkte Ansprechen von Suizidalität die Suizidalität im Vergleich zu keiner Intervention?.....	60
Kapitel 2 Risikofaktoren	65
Einleitung	65
PICO-Frage 8: Besteht bei Menschen mit bestimmten soziodemografischen Faktoren ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	68
PICO-Frage 9: Besteht bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	81

PICO-Frage 10: Besteht bei Menschen, die in einer geschlossenen Wohnform/ Wohnungslosigkeit leben, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?	90
PICO-Frage 11: Besteht bei Menschen, die einer geschlechtlichen oder sexuellen Minderheit angehören, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?	100
PICO-Frage 12: Besteht bei Menschen mit mindestens einem eigenen früheren Suizidversuch ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?	105
PICO-Frage 13: Besteht bei Menschen mit einem Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfeld ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?	109
PICO-Frage 14: Besteht bei Menschen mit wenigen oder keinen sozialen Kontakten ein erhöhtes Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung?.....	112
PICO-Frage 15: Besteht bei Menschen mit einem Psychotrauma oder schwerem Trauma ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	116
PICO-Frage 16: Besteht bei Menschen, die (Cyber-) Mobbing ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	122
PICO-Frage 17: Besteht bei Menschen mit einem bestimmten/ umschriebenen genetischen Profil ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?	126
PICO-Frage 18: Besteht bei Menschen mit psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zu Patient*innen ohne psychische Störungen?	131
PICO-Frage 19: Besteht bei Menschen mit somatischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zu Patient*innen ohne somatische Erkrankungen?	161
PICO-Frage 20: Besteht bei Menschen mit einer ausgeprägten kulturellen Identität, religiösen Überzeugung oder Spiritualität ein gemindertes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	182
PICO-Frage 21: Besteht bei Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewältigungsstrategien ein erhöhtes/ gemindertes Risiko für Suizidalität, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?.....	188
Kapitel 3 Psychotherapie	195
Methodenkritische Aspekte.....	195
Einleitung	196
Welche Wirkung hat die therapeutische Beziehung auf den Behandlungserfolg suizidaler Patient*innen?	196
PICO-Frage 22: Welche Wirkung auf suizidales Erleben und Verhalten hat Verhaltenstherapie (KVT als auch Verfahren der dritten Welle und DBT) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?	199
PICO-Frage 23: Welche Wirkung hat eine Psychodynamische Psychotherapie (einschließlich Mentalization-based Treatment, MBT und Transference-focused-	

Psychotherapy, TFP) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?	209
PICO-Frage 24: Welche Wirkung hat eine systemische und/oder eine familienfokussierte Psychotherapie bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?	217
PICO-Frage 25: Welche Wirkung hat eine psychotherapeutische Kurzintervention (< 12 Stunden; u.a. ASSIP; RISE, CLASP, CAMS, Motivational Interviewing) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?	220
PICO-Frage 26: Welche Wirkung hat eine Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?	228
PICO-Frage 27: Welche Wirkung hat eine Gruppenpsychotherapie für suizidale Patient*innen im Vergleich zum Treatment as Usual (auch Einzeltherapie)?	232
PICO-Frage 28: Welche Wirkung hat eine Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu einer Monotherapie?	235
Kapitel 4 Pharmakotherapie	239
PICO-Frage 29a: Verringert bei Patient*innen mit Suizidalität eine Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (insb. Lithium) die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	242
PICO-Frage 29b: Verringert bei Patient*innen mit erhöhtem Suizidrisiko (insb. Stimmungserkrankungen) eine Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (insb. Lithium) die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	242
PICO-Frage 30: Verringert bei Patient*innen mit (akuter) Suizidalität eine Behandlung mit Antipsychotika die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	256
PICO-Frage 31: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit Benzodiazepinen die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	267
PICO-Frage 32a: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit SSRI/ SNRI die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	273
PICO-Frage 32b: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit einem anderen Antidepressivum (nicht SSRI/ SNRI) die Suizidalität?	273
PICO-Frage 33: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit Ketamin/ Esketamin die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?	280
PICO-Frage 34: Verringert bei Patient*innen mit Suizidalität eine Behandlung mit Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation das Suizidrisiko im Vergleich zu keiner medikamentösen Behandlung?	287
Kapitel 5 Andere Therapieverfahren	289

PICO-Frage 35: Welche Wirkung haben DiGA (Apps), digitale Kriseninterventionsangebote (Krisenkompass) und Telefon- und Mailberatungen (Telefonseelsorge) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention? ...	289
PICO-Frage 36: Verringert eine psychosoziale Therapie/ Soziotherapie /Ergotherapie, Bewegungstherapie/ Tanztherapie/ Physiotherapie die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?	294
PICO-Frage 37: Verringern andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hundetherapie, Yoga, Mindfulness etc.) die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?.....	297
PICO-Frage 38: Verringern biologische Therapien die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?	299
PICO-Frage 39: Verringert das Angebot von Kriseninterventionsdiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozial-psychiatrischen Diensten die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?	307
PICO-Frage 40: Verringert die Verbesserung des Schlafs die Suizidalität bei suizidalen Menschen im Vergleich zu keiner Intervention?.....	312
Kapitel 6 Versorgung.....	316
PICO-Frage 41: Verringern ambulante Angebote und Nachsorge von suizidalen Patient*innen die Suizidalität im Vergleich zu keinen ambulanten Angeboten und Nachsorge?	316
PICO-Frage 42: Verringert eine stationäre Versorgung von suizidalen Patient*innen die Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual?	334
PICO-Frage 43: Verringern Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safety-planning, Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual nach einem Suizidversuch?	339
Kapitel 7 Universelle Prävention	347
PICO-Frage 44: Verringert der eingeschränkte Zugang zu/ Erwerb von potenziell tödlichen Mitteln die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keinen Verfügbarkeitsreduzierenden Maßnahmen?	347
PICO-Frage 45: Verringert die bauliche, präventive Sicherung die Suizidalität in Kliniken oder Hotspots (“High Risk Places”) im Vergleich zu keinen präventiven Maßnahmen? .	352
PICO-Frage 46: Verringert eine suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit (Awareness) die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?.....	359
PICO-Frage 47: Verringern Maßnahmen zur Auseinandersetzung mit dem Altern die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keinen Maßnahmen?	364
PICO-Frage 48: Verringern suizidpräventive Maßnahmen in sozialen Medien die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?	368
PICO-Frage 49: Verringern universelle schulbasierte Suizidpräventionsprogramme die Suizidalität im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu keinen universellen schulbasierten Suizidpräventionsprogrammen?	371
PICO-Frage 50: Verringern psychosoziale Beratungsangebote die Suizidalität im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu keinen psychosozialen Beratungsangeboten?	379

Kapitel 8 Weitere Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention inkl. Postvention	382
PICO-Frage 51: Verringern Gatekeeper-Schulungen die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?	382
PICO-Frage 52: Verringern eine ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhilfe die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?.....	387
PICO-Frage 53: Verringert eine Peer-Arbeit die Suizidalität bei suizidalen Menschen im Vergleich zu keiner Intervention?.....	391
PICO-Frage 54: Verringern Selbsthilfegruppen die Suizidalität bei Menschen mit Suizidalität im Vergleich zu keiner Intervention?.....	395
PICO-Frage 55: Verringert Postvention im Sinne von therapeutischen und psychosozialen Interventionen für An- und Zugehörige nach einem Suizid das Ausmaß von psychischen Störungen und von Suizidalität der An- und Zugehörigen (zzgl. Stigma, Lebensqualität, Funktionsniveau) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe?	398
PICO-Frage 56: Verbessert Postvention nach dem Suizid eines/einer Patient*in, die psychische Gesundheit des/der Behandelnden, bzw. des/der Betreuenden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe?	408
Kapitel 9 Assistierter Suizid.....	412
PICO-Frage 57: Führt eine Legalisierung des assistierten Suizids zu einer Erhöhung/Verminderung der Suizidzahlen in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Legalisierung?	412
PICO-Frage 58: Führt eine Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid bei suizidalen Patient*innen zu einer erhöhten/ geringeren Suizidalität in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Beratung/ einer aktiven Kontrollgruppe?....	416
PICO-Frage 59: Führt eine systematische Dokumentation oder die Einführung eines Registers bezüglich des assistierten Suizids bei Personen mit Suizidalität zu einer erhöhten / geringeren Suizidalität in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Dokumentation / keiner Einführung eines Registers?	422

Definitionen

Suizidalität

Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen, die den selbst herbeigeführten Tod beinhalten. Hierzu gehören Suizidgedanken, Suizidimpulse, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst.

Suizid (Selbsttötung)

Die intendierte Herbeiführung des eigenen Todes durch eine von der Person selbst durchgeführte Handlung. Der Suizid ist durch drei Merkmale bestimmt: (1) Die Person ist nach der Durchführung tot. (2) Das Verhalten der Person selbst führte zum Tod, das heißt, die Person hat die tödliche Handlung unmittelbar selbst (z.B. Erhängen, Vergiften) oder unter Einbezug Dritter (z. B: Bahnsuizid, *Suicide by Cop*) durchgeführt. (3) Die Person hatte die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, wobei diese Absicht ambivalent und auch impulsiv gewesen sein kann.¹

Suizidversuch

Eine intendierte Handlung, welche den selbst herbeigeführten Tod einer Person zur Folge haben kann.

Der Suizidversuch ist durch folgende Merkmale bestimmt: (1) Es wurde ein Verhalten gezeigt, das zumindest im subjektiven Erleben der Person das Potenzial zur Selbsttötung hatte. (2) Die Person hat die Handlung überlebt. Eine körperliche Schädigung kann, muss aber nicht eingetreten sein. (3) Die Person hatte die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, wobei diese Absicht ambivalent gewesen sein kann. (4) Ein Suizidversuch liegt auch vor, wenn die

¹ Da die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, definitionsgemäß Voraussetzung für einen Suizid ist, gelten bestimmte Todesfälle infolge eigenen Verhaltens nicht als Suizid. Dazu gehören zum Beispiel der Tod durch unzureichende Nahrungsaufnahme im Rahmen einer Anorexia nervosa, chronischer Substanzmissbrauch und Drogenkonsum und ggf. (versehentliche) Überdosierung von Drogen oder Medikamenten, Risikoverhalten (inkl. Mutproben) und riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten), oder sexuell motivierte Strangulationen ("Choking games"). Manche Todesfälle bei Menschen mit akuten Psychosen im Wahnerleben oder bei Realitätsverkennung (z.B. Sprung aus dem Fenster in der Annahme, man könne fliegen) gelten ebenfalls nicht als Suizid.

selbst initiierte Handlung während des Vollzugs selbst abgebrochen oder durch Einflussnahme Dritter unterbrochen wurde.

Suizidpläne

Alle Vorstellungen und Handlungen zur Vorbereitung eines Suizids. Hierzu gehören unter anderem die Erkundung einer Tötungsmethode oder eines Sterbeortes, die Festlegung eines Sterbedatums, das Erlangen des Zugangs zu Suizidmitteln (z. B. der Erwerb einer Waffe oder das Sammeln von Medikamenten).

Suizidgedanken

Gedanken und Vorstellungen, die eine Person hinsichtlich ihres eigenen Suizids hat. Diese Gedanken und Vorstellungen können, müssen jedoch nicht beständig sein.

Im weitesten Sinne können hierunter auch akustische Halluzinationen mit suizidalem Inhalt und suizidassoziierte Zwangsgedanken und -vorstellungen fallen.²

Suicidal Ideation

Siehe Glossar

Safety Planning

Safety Planning bezeichnet eine strukturierte, gemeinsam mit der betroffenen Person entwickelte Kurzintervention, die konkrete, individuell zugeschnittene Strategien zur Bewältigung akuter suizidaler Krisen festhält. Sie umfasst typischerweise Warnsignale, interne Bewältigungsstrategien, Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit unterstützenden Personen sowie Schritte zur Reduktion von Zugang zu potenziell letalen Mitteln. Ziel ist es, in akuten Belastungssituationen schnell handlungsfähig zu bleiben und das Risiko suizidaler Handlungen zu verringern.

Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

² Suizidgedanken kommen auch ohne Suizidpläne vor.

Eine selbst zugefügte Verletzung, die Schmerzen oder körperliche Schädigungen verursacht, aber nicht den Tod beabsichtigt. (Fußnote 3)³

Todeswünsche

Der Wunsch einer Person, tot zu sein. Je nach Lebenssituation, Alter und individuellem Erleben können verschiedene Formen von Todeswünschen unterschieden werden. So kann ein Todeswunsch reichen von der Akzeptanz des eigenen Todes im Sinne von Lebensattheit, über das Hoffen auf einen baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung und ohne eigene Handlungsvorstellungen bis hin zur Suizidalität mit zunehmendem Handlungsdruck.

Assistierter Suizid

Eine Selbsttötung mit Unterstützung Dritter. Der Suizident besitzt dabei die volle Tatherrschaft, führt die Handlung also selbst durch. Ein Beispiel für die Assistenz beim Suizid ist die *Bereitstellung* eines tödlichen Mittels.

Tötung auf Verlangen

Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch. Im Unterschied zum (assistierten) Suizid liegt die Tatherrschaft bei einem Dritten. Ein Beispiel ist die *Verabreichung* einer todbringenden Substanz.

³ Fußnote 3: Im DSM-5 werden nichtsuizidale Selbstverletzungen im Kapitel Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf aufgeführt. Die vorgeschlagenen Kriterien dafür lauten: A) Die Person hat im letzten Jahr an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst Schaden an der Körperoberfläche in einer Weise zugefügt, dass dies zu Blutungen, Blutergüssen oder Schmerz (z.B. durch Schneiden, Brennen, Stechen, Hauen, starkes Reiben) geführt hat. Dies ist in der Erwartung geschehen, dass die Verletzung nur zu geringen oder mäßigen körperlichen Schaden führt (d.h. es bestand keine suizidale Absicht). Beachte: Das Nichtvorhandensein einer Suizidabsicht wurde entweder durch die Person bestätigt oder kann daraus geschlossen werden, dass die Person wiederholt selbstschädigende Verhaltensweisen zeigt, von denen sie weiß oder gelernt hat, dass sie wahrscheinlich nicht zum Tod führen. B) Die Person führt das selbstverletzende Verhalten mit mindestens einer der folgenden Erwartungen aus: Um Entlastung von negativen Gefühlen oder einem negativen kognitiven Zustand zu erleben. Um zwischenmenschliche Probleme zu lösen. Um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen [...] C) Die absichtliche Selbstverletzung wird von mindestens einem der folgenden Merkmale begleitet: zwischenmenschliche Probleme oder negative Gefühle oder Gedanken Dazu muss kritisch angemerkt werden, dass diese Definition nur auf bestimmte selbstschädigende Handlungen zutrifft, wie sie beispielsweise bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vorkommen.

Nicht verwendet werden sollten

Auf dem Weg zu einer einheitlichen Bezeichnung suizidaler Verhaltensweisen empfiehlt es sich auf verschiedene Begriffe zu verzichten, entweder weil sie uneindeutig, tautologisch oder verharmlosend sind: *vollendeter Suizid, nicht-tödlicher Suizid, erfolgreicher Suizid, gescheiterter Versuch, Parasuizid, manipulativer Akt, erweiterter Suizid* (Crosby et al., 2011).

Nicht verwendet werden sollten wertende oder interpretierende Begriffe wie *Freitod, Selbstmord* oder *suizidwillig* etc. Denn Suizidalität ist überwiegend kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern geprägt durch kognitive Einengung, durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folge (Wolfersdorf, 2008). Der Begriff *Selbstmord* beinhaltet die Konnotation einer Straftat und damit eine Stigmatisierung des Suizidenten als potentiell Kriminellen. Besonders für Hinterbliebene nach einem Suizid ist die Verwendung dieser Begriffe sehr belastend. Suizidwillig oder Sterbewunsch negieren die der Suizidalität innewohnende Ambivalenz der Suizidvorstellungen.

Postvention

Der Begriff Postvention ist verwandt mit dem Begriff Nachsorge. Im Bereich des Gesundheitssystems wird als Nachsorge ein meist strukturiertes Angebot von (Kontroll-) Untersuchungen und Maßnahmen im Anschluss an die Primärbehandlung einer diagnostizierten Erkrankung bezeichnet, mit dem Ziel den Gesundheitszustand langfristig wieder zu stabilisieren.

Postvention, bzw. Nachsorge nach einem Suizid meint Unterstützungsangebote und Interventionen bei Personen, bei denen keine primär diagnostizierte Erkrankung vorliegt, die aber durch ihre Betroffenheit vom Suizid einer mit ihnen in engerer Beziehung stehenden, bzw. einer ihnen im Rahmen ihrer Berufstätigkeit überantworteten Person einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst psychische Störungen zu entwickeln (*second victim* Phänomen). Nachsorge hat hier das Ziel der (sekundären) Prävention

Definition An- und Zugehörige

Wenn es sich um nahe Bezugspersonen handelt, ist der Begriff "Zugehörige" im Gegensatz zu dem Begriff "Angehörige", der sich auf Bezugspersonen im familiären Kontext bezieht, nicht eindeutig definiert. Dennoch nehmen Bezugspersonen, ohne dass ein verwandtschaftliches Verhältnis besteht, eine wichtige Position ein (z. B. Lebensgefährt*innen, enge Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche).

Im Begriff `Bezugspersonen` steckt schon das Wort "Beziehung". Diese entfaltet sich zwischen Menschen ungeachtet ihres verwandtschaftlichen Grades. Emotionale Betroffenheit kann sich bei Bezugspersonen ähnlich zeigen, wie sie auch von Angehörigen erlebt wird. Daher werden Zugehörige im Kontext dieser Leitlinie hinsichtlich der Betroffenheit bedeutungsgleich mit Angehörigen betrachtet.

Zusammenfassend wird (nach Suizid) im Folgenden auch häufig von Hinterbliebenen gesprochen.

Im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid bedeutsame Begriffe

Die folgenden Definitionen lehnen sich an die Vorschläge des Deutschen Ethikrates an, „die eingeführte, aber missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben“ (Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende - STELLUNGNAHME. S. 53 bis 58)

Sterbebegleitung

Sterbebegleitung umfasst Maßnahmen zur Betreuung und Begleitung von Sterbenden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Lindern von Hunger, Durst, Übelkeit, Angst und Atemnot sowie menschliche Zuwendung und seelsorgerliche Unterstützung. Ziel ist es, die Fähigkeit des Betroffenen, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.

Therapien am Lebensende

Umfasst Maßnahmen zur Linderung von Leiden in der letzten Lebensphase. Ein angemessener Einsatz von Schmerzmitteln oder Sedierung verkürzt das Leben nicht. Auch wenn diese Therapien in Ausnahmen das Sterben beschleunigen könnten, liegt der Fokus auf der

Leidensminderung und nicht auf dem Tod des/r Patienten/in. Ein veralteter Begriff hierfür lautet **indirekte Sterbehilfe**. Sie ist in Deutschland erlaubt.

Sterben(zu)lassen

Unter Sterben(zu)lassen versteht man das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen, so dass der Sterbeprozess nicht weiter hinausgezögert wird. Dies kann das Nichteinleiten oder Beenden einer Behandlung umfassen. Ein veralteter Begriff hierfür lautet **passive Sterbehilfe**. Sie ist in Deutschland erlaubt, wenn dies mit aktuellem, vorausverfügbarem oder mutmaßlichem Einverständnis des Betroffenen erfolgt. Dies ist in Deutschland nicht nur erlaubt, sondern auch geboten, da dies sonst juristisch als strafbewehrte Körperverletzung gewertet wird.

(Bei)Hilfe zur Selbsttötung, assistierter Suizid

Bei der (Bei)Hilfe zur Selbsttötung erhält der Betroffene Unterstützung zur Durchführung eines Suizids. Der Betroffene führt die Handlung selbst durch, mit Hilfe von Substanzen in tödlicher Dosierung oder anderen Mitteln, die von Dritten bereitgestellt werden. Die Hilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland erlaubt, wenn der Suizid freiverantwortlich erfolgt.

Tötung auf Verlangen

Hierbei wird auf Wunsch des Betroffenen eine zum Tode führende Handlung von einer anderen Person ausgeführt, z. B. durch Verabreichung von Substanzen in tödlicher Dosierung. Im Gegensatz zur Beihilfe zur Selbsttötung handelt die andere Person aktiv, um den Tod herbeizuführen. Ein veralteter Begriff hierfür lautet **aktive Sterbehilfe**. Sie ist in Deutschland verboten.

Die Vorschläge des Ethikrates beseitigen nicht alle Schwierigkeiten (Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende - STELLUNGNAHME. S. 53 bis 58). Begriffe wie „Tötung auf Verlangen“ oder „Sterbenlassen“ können wertend erscheinen. Dennoch erleichtert die Begrifflichkeit die Diskussion und Differenzierung von Maßnahmen und Entscheidungen am Lebensende.

In Zusammenhang mit der Thematik stehende Begriffe

Palliative Sedierung

Palliative Sedierung zielt auf die Linderung von therapieresistenten Leid (wie zum Beispiel Schmerzen, Luftnot oder Angst) durch die überwachte proportionale Gabe von Medikamenten mit dem Ziel der Bewusstseinsreduktion bei Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen. An eine palliative Sedierung sind viele Voraussetzungen, wie Indikation, Überwachung und Dokumentation geknüpft. Mitunter wird auch der Begriff "gezielte Sedierung" verwendet. (EAPC 2024)

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)

Beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) entschließt sich eine entscheidungsfähige Person aufgrund unerträglichen anhaltenden Leidens freiwillig und bewusst auf Essen und Trinken zu verzichten, um den eigenen Tod frühzeitig herbeizuführen (DGP 2019). Da es deutliche Unterschiede zwischen FVET und Suizid gibt, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, FVET als eigene Handlungskategorie zu bewerten.

Medical Assistance in Dying (MAiD) (s.a. Glossar)

Medical Assistance in Dying (MAiD) ist eine in Kanada angewandte, gesetzlich verankerte Praxis, bei der auf den Wunsch einer Person a) ihr durch einen Arzt oder eine Pflegefachkraft eine Substanz verabreicht wird, die den Tod herbeiführt oder b) dass ein Arzt oder eine Fachpflegekraft eine Substanz an die Person abgibt bzw. ihr verschreibt, die die Person sich selbst verabreicht, um den Tod herbei zu führen.

Die folgenden Begriffe werden ebenfalls häufig benutzt: physician assisted dying, physician assisted suicide, medical aid in dying, voluntary dying, voluntary assisted dying.

Literatur

Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. *Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.*

DGP, 2019, S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2.1, (2019, August 27), Verfügbar unter:
https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2021-03.pdf,
Zugriff am 23.05.2023

Moutier, C. (2023, April 5). *Nicht-Suizidale selbstverletzung (NSSV) - Psychische Störungen*. MSD Manual Profi-Ausgabe. <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/suizidales-verhalten-und-selbstverletzung/nicht-suizidale-selbstverletzung-nssv>

Glossar

Eine wörtliche Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche und umgekehrt sollte mit großer Sorgfalt hinsichtlich der jeweiligen Bedeutung vorgenommen werden.

Suizidalität – *Suicidality*: Der deutsche Begriff Suizidalität entspricht dem englischen Begriff *suicidality*. Vor dem Hintergrund, dass in vielen Fragebögen zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens sowohl Suizidgedanken als auch suizidale Verhaltensweisen erfasst werden, findet in der englischsprachigen Literatur oft auch der Term *suicidal ideation/behaviour* Gebrauch.

Suizidales Verhalten - *Suicidal Behaviour*: Oberbegriff für jede Form suizidaler Verhaltensweisen.

Suizid / Selbsttötung – *Suicide*: Der englische Begriff *suicide* entspricht dem deutschen Begriff Suizid bzw. Selbsttötung. Die Begriffe entstammen dem lateinischen *sui caedere* = sich selbst töten. Weitere verwendete Begriffe sind: *committed suicide*, *fatal suicide*, *fatal suicide attempt*, *lethal suicide attempt*, *successful suicide*, *successful suicide attempt*. Es wird jedoch empfohlen, diese nicht zu verwenden aufgrund ihrer tautologischen bzw. abwertende Bedeutung (Silverman, 2006).

Suizidversuch - *Suicide Attempt*: Der englische Begriff *suicide attempt* entspricht dem deutschen Begriff Suizidversuch. In der englischen Sprache wird von einigen Autoren zwischen verschiedenen Suizidversuchen unterschieden: Suizidversuche, die kurz vor der Umsetzung von der Person selbst abgebrochen werden, werden als *aborted suicide attempt* (im Deutschen: "abgebrochener Suizidversuch") bezeichnet. Suizidversuche, die kurz vor der Durchführung von anderen Personen unterbrochen werden, werden als *interrupted suicide attempt* (im Deutschen: "unterbrochener Suizidversuch") bezeichnet (Posner et al., 2014).

Suizidgedanken/ Suizidvorstellungen/ Suizidabsichten/ Suizidplan - *Suicidal ideation / Suicidal thoughts/ Suicide intent / Suicide plan*: Der Begriff *suicidal ideation* wird im Englischen entweder als Oberbegriff für jegliche Form der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Suizid (inkl. *suicide intent*, *suicide wish*, *suicide desire*) verwendet, oder als Ausdruck für Suizidgedanken im engeren Sinne. Nach ICD-11 - MB26.A umfasst *suicidal ideation* "thoughts, ideas, or ruminations about the possibility of ending one's life, ranging from thinking that one would be

better off dead to formulation of elaborate plans." Die Übersetzung "suicidal ideation" in das Teilelement "Suizidgedanken" der Definition ist unzutreffend.

Selbstverletzendes Verhalten = *Deliberate Self-Harm / Self-Harm / Self-Injurious Behavior / Self-Directed Violence*: Der Begriff (deliberate) self-harm dient in der englischen (britischen) Tradition als Sammelbezeichnung für selbstverletzendes als auch suizidales Verhalten (Kapur et al., 2013). In der amerikanischen und deutschen Tradition wird hingegen – je nach Annahme einer Suizidabsicht – differenziert zwischen nicht-suizidalem (NSSI) und suizidalem Verhalten (APA, 2022). Die Begriffe *self-injurious behaviour* (Nock et al., 2006) oder *self-directed violence* (Crosby et al., 2011) werden im Englischen umfassender als Oberbegriffe für suizidale Selbstverletzungen, nicht-suizidale Selbstverletzungen und unbestimmte Selbstverletzungen, d. h. selbstverletzende Verhaltensweisen, die nicht sicher als suizidal oder nicht-suizidal klassifiziert werden können, verwendet.

Todeswunsch = *Death Wish/ Desire to Die/ Hasten to Die*. Die Begriffe *death wish*, *desire to die* und *hasten to die* stehen für einen Todeswunsch, der nicht oder noch nicht mit einer Suizidabsicht einhergeht.

Lebensmüdigkeit/ Lebensattheit/ Lebensüberdruß = *Life Weariness*. Der englische Begriff *life weariness* entspricht dem Deutschen Begriff der Lebensmüdigkeit. Genutzt werden kann auch der Term *being tired of life*.

Hinterbliebene nach Suizid = *Suicide Survivors (Suicide Loss Survivors)/ Survivors of Suicide*: Der Begriff *suicide survivors* bezeichnet Personen, die eine nahstehende Person durch Suizid verloren haben. In diesem Zusammenhang wird auch der Term *bereaved by suicide* oder *left behind* im Englischen verwendet.

Assistierter Suizid = *Assisted Suicide / Physician Assisted Suicide*. Der englische Begriff *assisted suicide* bezeichnet – wie im Deutschen –, dass eine Person bei der Umsetzung eines Suizids unterstützt wird, indem beispielsweise Medikamente verschrieben oder Suizidmittel bereitgestellt werden. Für den ärztlich assistierten Suizid wird im Englischen der Begriff *physician assisted suicide* verwendet.

Euthanasie = *Euthanasia*. Der englischsprachige Begriff *Euthanasia* wird in der Geschichte, in verschiedenen Kulturen und Rechtssystemen unterschiedlich bestimmt. Aus dem Griechischen stammend bezeichnet er einfach einen “schönen” oder “leichten” Tod, zunächst ohne eine Einwirkung durch Dritte. In der Neuzeit wird unter Euthanasie überwiegend die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen hin bestimmt. Zu beachten ist, dass in Übersetzungen “Euthanasia” zumeist mit “Sterbehilfe” übersetzt wird und umgekehrt auch. In den gesetzlichen Regelungen verschiedener Länder ist *Euthanasia* überwiegend entsprechend dem deutschen “Tötung auf Verlangen” bestimmt, einem Begriff, der im Englischen (*killling on demand*) in diesem Sinne nicht gebräuchlich ist. In Deutschland ist Begriff “Euthanasie” stark konnotiert mit mit der Ermordung von Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen im Nationalsozialismus. Er sollte deshalb im Deutschen nicht verwendet werden. Bei der Übersetzung sollte beachtet werden, was Euthanasie im jeweiligen Kultur- und Rechtsraum bedeutet.

***Medical Aid in Dying (MAID)*.** In neuerer Zeit wird von Kanada und USA ausgehend zunehmend auch die Begrifflichkeit “*Medical Aid in Dying (MAID)*” verwendet um sich von dem Begriff “Suizid” abzugrenzen. Der Begriff umfasst vom Vorgehen her sowohl den (*ärztlich*) *assistierten Suizid* als auch die *Tötung auf Verlangen*.

Literatur

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, *135*, 153–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>

Crosby, A. E., Ortega, L. A. G. & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *British Journal of Psychiatry*, *202*(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. L. & Michel, B. D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment, 19*, 309-317.

Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). Oxford: Oxford University Press.

Silverman M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 36*(5), 519–532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>

Einleitung

In Deutschland nehmen sich jährlich mehr als 10.000 Menschen das Leben (2024: 10.372 Suizide – davon 7.414 Männer und 2.958 Frauen – entsprechend einer Suizidrate von 11,6/100.000 Einwohner) (NaSPro, 2025). In Mitteleuropa steigt mit zunehmendem Lebensalter die Suizidrate an, insbesondere bei den Männern (NaSPro, 2025). Es wird davon ausgegangen, dass jeder Suizid im Mittel acht bis zehn weitere Menschen unmittelbar in Mitleidenschaft zieht (Berman et al. 2011), also pro Jahr weitere ca. 80.000-100.000. Bei jüngeren Menschen ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen. Suizidalität ist somit ein wesentlicher Faktor von Mortalität und Morbidität und stellt ein gesellschaftliches Problem dar. Es gibt bereits in der 4. Überarbeitung eine deutsche Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Thema Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (AWMF, 2016), die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) entstanden ist.

Im Vereinigten Königreich existiert die englischsprachige (evidenzbasierte) Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE-Guideline) „*Suicide prevention*“ (Nice Guidelines, 2018). Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssysteme lässt sie sich jedoch nur schwer auf die deutsche Situation anwenden und übertragen. Auch außerhalb der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hat suizidales Verhalten eine hohe Relevanz, in der hausärztlichen Versorgung, aber vor allem in der Neurologie, der Chirurgie, der Allgemeinmedizin/Inneren Medizin einschließlich der Geriatrie. Insbesondere muss im Zusammenhang mit onkologischen und palliativmedizinischen Fragestellungen an Suizidalität gedacht werden. Suizidversuche führen häufig zur Inanspruchnahme des Rettungsdienstes, der Notaufnahmen und zu intensivmedizinischer Versorgung. Die entsprechenden (Weiter-)Behandlungsketten, z. B. Vermittlung von fachpsychiatrischer Evaluation einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung und spezifische Behandlung des suizidalen Syndroms, sind jedoch nicht standardisiert und es kommt sowohl (häufig) zu Unter- als auch (seltener) zu Überversorgung. Die Qualifikation im Hinblick auf den Umgang mit suizidalem Verhalten ist sehr heterogen; da bislang keine Leitlinie existiert, besteht hier häufig Unklarheit im Hinblick auf das weitere Vorgehen und somit eine erhebliche Versorgungslücke.

Vor dem Hintergrund dieser bestehenden Versorgungslücken ist die Entwicklung und Umsetzung wirksamer, evidenzbasierter Suizidpräventionsstrategien von Bedeutung. Suizidpräventionsstrategien müssen sowohl gefährdete Individuen (indizierte Prävention) oder Gruppen (selektive Prävention) als auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen (universelle Prävention) berücksichtigen (WHO, 2014). Mehr Forschung von höherer Qualität ist erforderlich, da sich die meisten Erkenntnisse zur Suizidprävention durch Mittelrestriktionen auf Vorher-Nachher Untersuchungen beziehen, kaum auf randomisiert-kontrollierte Studien.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016) Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Zugegriffen: 27.09.2021

Berman AL (2011) Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav* 41:110-116.
10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x

NaSPro (2025). Suizide in Deutschland 2024.
<https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2024.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence NICE (2018) Preventing suicide in community and custodial settings. NICE guideline [NG105]. Zugegriffen: 27.09.2021

World Health Organization (2014) Suicide prevention: A global imperative. Zugegriffen: 09.04.2026

Kapitel 1 Erfassung und Diagnostik

Wann ist eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens indiziert und wie häufig muss diese wiederholt werden?

Eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens soll durchgeführt werden:

- (1) Im Rahmen von psychiatrischen und psychotherapeutischen Erstkontakten,
- (2) bei signifikanten Veränderungen des klinischen Erscheinungsbildes
(Zustandsverschlechterung oder plötzliche, nicht plausible Zustandsverbesserung),
- (3) bei Veränderungen des Behandlungssettings und des Überwachungsstatus bei vorheriger, in diesem Behandlungskontext relevanter Suizidalität
- (4) bei Nichtansprechen auf adäquate Therapie
- (5) bei Eintreten von oder drohenden psychosozialen Belastungen
- (6) bei Ausbruch oder Verschlechterung einer schweren körperlichen Erkrankung (insbesondere, wenn diese lebensbedrohlich ist und/oder mit körperlicher Entstellung, mit dem Verlust mentaler Funktionen oder mit massivem Schmerz assoziiert ist; vgl. Jacobs & Brewer, 2004).

Die Indikation zu einer umfassenden Beurteilung ergibt sich zudem natürlich immer, wenn Lebensmüdigkeit und Suizidalität vom Patient*innen direkt geäußert wird bzw. indirekte Äußerungen, Verhaltensweisen und versteckte Hinweise des/r Patienten/in (wie z. B. „Ich falle jedem zur Last“) Suizidalität vermuten lassen. Bei hochakuter Suizidalität (z. B. bei Patient*innen mit imperativen suizidbezogenen Stimmenhören oder explizit bekundeter Suizidabsicht) sind dem Behandlungssetting angemessen engmaschig Befunderhebungen erforderlich.

Im Kontext der Behandlung muss das Fortbestehen zuvor festgestellten suizidalen Erlebens und Verhaltens regelmäßig proaktiv angesprochen und systematisch abgeklärt werden, bis keine Anhaltspunkte für suizidales Erleben und Verhalten mehr bestehen. Das Ergebnis der Exploration von Suizidalität soll in angemessener Frequenz, mindestens einmal wöchentlich, dokumentiert werden.

Wie muss eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens durchgeführt werden?

Ein vollständiger psychopathologischer Befund, wie er zum Beispiel bei einer ausführlichen Erstuntersuchung erhoben wird, umfasst auch die Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens. Macht der Patient/die Patientin hierzu spontan keine Angaben, verneint suizidales Erleben und Verhalten auf Nachfrage und fehlen kontextuelle Hinweise, die Suizidalität vermuten lassen (ein im Vorfeld stattgehabter Suizidversuch, eine schwere, z. B. nihilistische, depressive Symptomatik, fremdanamnestic Hinweise auf Suizidalität o. ä.) genügt es zu dokumentieren, dass keine Hinweise auf Suizidalität vorliegen.

Sind die erwähnten kontextuellen Hinweise vorhanden und kommt der Untersucher dennoch zum Schluss, dass suizidales Erleben und Verhalten nicht (mehr) vorliegen, sollte eine nachvollziehbare Begründung dieser Einschätzung dokumentiert werden. Die häufig benutzte Formulierung „der Patient ist glaubhaft von (akuter) Suizidalität distanziert“ belegt zwar, dass man sich kritisch mit der Frage auseinandergesetzt hat, sollte aber durch Angaben ergänzt werden, die diese Einschätzung nachvollziehbar machen.

Finden sich in einer Untersuchung Hinweise auf suizidales Erleben und Verhalten, so sollten entsprechende Details dazu dokumentiert werden, z. B. ob es sich um passive Todeswünsche oder Suizidideen handelt, ob Handlungsabsichten bestehen oder nicht, oder ob Stimmen einen Suizid befehlen. Solche Angaben sind auch wichtig, um Handlungskonsequenzen aus dem Befund, wie die Anordnung einer 1:1 Betreuung, nachvollziehbar zu machen, die natürlich ebenfalls dokumentiert werden müssen.

Wird suizidales Erleben und Verhaltens wiederholt exploriert, so kann dann auch eine vorherige Einschätzung verwiesen werden, wenn keine Änderung eingetreten ist. Änderungen sind aber, ähnlich wie bei einer Ersteinschätzung, so nachvollziehbar zu dokumentieren, dass sie nachvollziehbar sind.

Im Hinblick auf die Gestaltung einer Behandlungsdokumentation bei suizidalen Patient*innen existieren in der Literatur diverse Vorlagen. Sofern eine Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens systematisch und mit ausreichender inhaltlicher Tiefe dokumentiert wurde, ist die Nutzung entsprechender Vorlagen jedoch nicht verbindlich.

Literatur

Dorrmann, W. (2025). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsintentionen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Friedrich, S. & Teismann, T. (2022). *Therapie-Tools: Suizidalität und Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.

Jacobs, D., & Brewer, M. (2004). APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*, 34, 373–380.

Schneider B, Wolfersdorf M. SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. PSYCH up2date 2018; 12: 439–442

Teismann, T. & Dorrmann, W. (2021). *Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Friedrich, S. (2022). *Therapie-Tools: Suizidalität und Krisenintervention*. Weinheim: Beltz.

Wie soll suizidales Verhalten oder Erleben dokumentiert werden?

Die Dokumentation medizinischer Befunde ist in verschiedener Hinsicht von erheblicher Bedeutung. Sie dient einerseits der Kommunikation mit anderen an der Behandlung beteiligten professionellen Akteuren, sie kann darüber hinaus von administrativer Bedeutung sein, zum Beispiel für die Vergütung von Leistungen, und sie ist schließlich von rechtlicher Relevanz, wenn im Nachhinein, z. B. im Rahmen einer Schadensersatzforderungen oder strafrechtlichen Vorwürfen in Zweifel gezogen wird, dass die Behandlung fachgerecht erfolgt ist (z. B. Kornhuber und Stummvoll, 2025). In all diesen Fällen geht es letztlich darum, dass Befunde nachvollziehbar und im Zusammenhang mit den daraus gezogenen Schlussfolgerungen dokumentiert sind. Eine systematische und nachvollziehbare Dokumentation von Suizidalität ist ein zentraler Bestandteil der internen Qualitätssicherung in allen Kliniken und Einrichtungen.

Wie weiter oben ausgeführt, ist die Exploration von Suizidalität notwendiger Teil jeder ausführlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Erstuntersuchung. Wenn sich entsprechende Hinweise ergeben, dann sollen diese nicht nur binär (ja/nein), sondern auch inhaltlich detailliert dokumentiert werden. Aus dieser Beschreibung muss immer erkennbar sein, ob und warum insbesondere ein akutes Risiko für eine suizidale Handlung besteht. Es ist darüber hinaus zu dokumentieren, welche therapeutischen Konsequenzen einschließlich der Anordnung von Schutzmaßnahmen getroffen worden sind.

Finden sich in einer solchen Erstexploration keine Hinweise auf suizidales Befinden oder Verhalten, so genügt im Regelfall ein kurzer negativer schriftlicher Hinweis. Wenn allerdings der restliche psychopathologische Befund Suizidalität sehr wahrscheinlich macht, z. B. bei einer psychotischen Depression, dann empfiehlt es sich, die Einschätzung einer fehlenden Suizidalität ausführlicher zu begründen. Bei einer längerdauernden Behandlung ist es empfehlenswert, auch das Fehlen von Hinweisen auf Suizidalität regelmäßig zu dokumentieren.

Erfolgen Untersuchungen der Suizidalität in kurzen Abständen, zum Beispiel bei einem/r initial aufgrund psychotischen Erlebens akut suizidalen Patienten/in, so sind Veränderungen und die daraus gezogenen therapeutischen Schlüsse in solchem Umfang zu dokumentieren, dass die veränderte Einschätzung nachvollziehbar ist. Die Dokumentation muss nachvollziehbar gestaltet werden, so dass z. B. erkennbar ist, warum man eine/n Patienten/in nicht mehr für akut suizidal und damit eine bisher angeordnete 1:1 Betreuung für entbehrlich hält. Dazu genügt der Hinweis nicht, dass keine akute Suizidalität mehr besteht. Darüber hinaus muss zusätzlich aus der Dokumentation klar werden, worauf sich diese Einschätzung stützt, z. B. auf eine relevante Verbesserung von psychotischen Symptomen.

Häufig können Patient*innen suizidale Gedanken und Impulse ausreichend selbst kontrollieren und beherrschen. Dies wird therapeutisch genutzt, um Absprachen mit den Patient*innen zu treffen, zum Beispiel derart, dass sie sich melden, falls Suizidgedanken auftreten oder drängend werden. Hierzu bedarf es aber einer Absprachefähigkeit. Diese muss in plausibler Weise dokumentiert werden, weshalb ein simpler Eintrag „Patient ist absprachefähig“ grundsätzlich dadurch zu ergänzen ist, welche konkrete Absprache getroffen wurde und was die Annahme begründet, dass der/die Patient*in sich auch an diese Absprache halten wird.

Sollte die Suizidalität zusätzlich mittels strukturierter Instrumente eingeschätzt werden (siehe PICO-Frage 1), so sind diese zum Teil der Akte zu machen, und die Ergebnisse sollten immer mit dem klinischen Eindruck bzw. Befund abgeglichen werden, um Widersprüche in der Dokumentation zu vermeiden.

Literatur

Dormann, W. (2025). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsintentionen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Friedrich, S. & Teismann, T. (2022). Therapie-Tools: Suizidalität und Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter. Weinheim: Beltz.

Jacobs, D., & Brewer, M. (2004). APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*, 34, 373–380.

Kornhuber, J., & Stummvoll, A. (2025). Haftung bei Suizid während stationärer Behandlung. *Der Nervenarzt*, 1-7.

Schneider, B., & Wolfersdorf, M. (2018). SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. *PSYCH up2date*, 12(06), 439-442.

Teismann, T. & Dormann, W. (2021). Suizidalität. Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Friedrich, S. (2022). Therapie-Tools: Suizidalität und Krisenintervention. Weinheim: Beltz.

Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2022). Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. Kohlhammer Verlag.

Welche Berufsgruppen können Suizidalität hinreichend detailliert abklären?

Die Abklärung von Suizidalität ist eine komplexe klinische Aufgabe. Entsprechend ist zwischen verschiedenen Stufen der Einschätzung und Entscheidung zu unterscheiden.

1. Feststellung und Ersteinschätzung akuter Suizidalität

Die Einschätzung, ob akute Suizidalität vorliegt, stellt eine grundlegende Kompetenz im medizinischen und psychosozialen Bereich dar und ist insbesondere im nicht-psychiatrischen (Notfall-)Setting von hoher Relevanz. Diese Einschätzung kann und muss durch alle Ärzt*innen und durch Psychologische Psychotherapeut*innen/ Fachpsychotherapeut*innen unabhängig von ihrer Fachrichtung erfolgen können. Darüber hinaus können auch ausreichend geschulte *Health Care Practitioners* (z. B. Pflegefachpersonen, Notfallsanitäter*innen, Mitarbeitende von Krisendiensten oder psychosozialen Notfallstrukturen) diese Aufgabe übernehmen, sofern sie eine entsprechende Schulung im Umgang mit suizidalen Krisen erhalten haben. Ziel dieser Stufe ist nicht eine umfassende psychopathologische Einordnung, sondern die zeitnahe Identifikation akuter Gefährdung und die Einleitung angemessener Schutz- und Weiterbehandlungsmaßnahmen.

2. Entscheidung über Schutzmaßnahmen, Unterbringung und Verlegungen

Diese zweite Stufe umfasst die strukturierte Erfassung suizidaler Gedanken, Absichten, Pläne und aktueller Risikofaktoren. Die zweite Stufe betrifft Entscheidungen mit unmittelbaren therapeutischen und freiheitseinschränkenden Konsequenzen, insbesondere:

- Anordnung, Fortführung oder Aufhebung einer 1:1-Betreuung,
- Entscheidungen im Zusammenhang mit Unterbringung, deren Beendigung oder Modifikation,
- Verlegungen zwischen Versorgungssettings (z. B. Notaufnahme, somatische Station, psychiatrische Fachabteilung, ambulantes Setting).

Diese Entscheidungen erfordern eine fachlich vertiefte Einschätzung der Suizidalität im Kontext psychischer Erkrankungen, der Verlaufsperspektive sowie der rechtlichen

Rahmenbedingungen. Deshalb muss bei all diesen Entscheidungen der Facharztstandard gewährleistet werden. Mitarbeitende, die unter Supervision und Anleitung des Facharztes diesbezüglich tätig werden, müssen entsprechend erfahren und geschult sein.

3. Gutachterliche Abklärung bei rechtlich relevanten Fragestellungen

Die dritte Stufe umfasst gutachterliche Bewertungen, etwa im Rahmen von:

- formellen Unterbringungsverfahren,
- der Beurteilung von Einwilligungs- und Entscheidungsfähigkeit bei Suizidalität,
- Fragestellungen im Kontext eines assistierten Suizids, sofern rechtlich vorgesehen (siehe S2k-Leitlinie “Assistierter Suizid”).

Diese Abklärungen gehen über eine klinische Risikoeinschätzung hinaus und erfordern eine umfassende, differenzierte Analyse des suizidalen Erlebens und Verhaltens, der zugrunde liegenden psychischen Störungen, der Motivlagen sowie der Urteils- und Willensbildung. Sie können ausschließlich durch hierfür qualifizierte Ärzt*innen (insbesondere Fachärzt*innen) sowie Psycholog*innen und (Fach-)Psychotherapeut*innen mit spezifischer Expertise im Umgang mit Suizidalität erfolgen.

Einordnung anderer Berufsgruppen

Eine fachlich vertiefte Abklärung suizidalen Erlebens und Verhaltens im engeren Sinne bleibt Personen mit entsprechender Qualifikation und spezifischer Weiterbildung im Umgang mit Suizidalität vorbehalten. Zugleich ist hervorzuheben, dass auch andere Berufsgruppen – etwa Hausärzt*innen, Notärzt*innen, Mitarbeitende von Krisendiensten oder speziell geschulte Pflegefachpersonen – über große Erfahrung und hohe Kompetenz im Umgang mit suizidalen Personen verfügen können. Vielmehr sind sie insbesondere in der Früherkennung, Erstintervention und Krisenstabilisierung unverzichtbar. Häufig stellen sie den ersten und für den weiteren Hilfeverlauf entscheidenden Kontakt im Versorgungssystem dar.

Literatur

DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the iatrogenic risk of assessing suicidality: a meta-analysis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *48*(5), 531–543. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Hallford, D. J., Rusanov, D., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, *101*, 102272. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>

Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *191*, 291–297. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.035162>

PICO-Frage 1: Führt ein strukturiertes Interview/ Screening/ Erfassungsinstrument zu suizidalem Erleben, Verhalten und assoziierten Risikofaktoren, zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?

Es existieren eine Vielzahl an Fragebögen, Risikoskalen und strukturierten Interviews zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten (Campos et al., 2023) bzw. zur Erfassung suizidassoziierter Konstrukte (z. B. Hoffnungslosigkeit, Eindruck eine Last für andere zu sein). Die Beck Suizidgedanken Skala (Beck Suicidal Ideation Scale, BSS; Kliem & Brähler, 2015) und die Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner et al., 2011) sind diejenigen Instrumente, die international am häufigsten verwendet werden (Andreotti et al., 2020). In Tabelle 1 findet sich eine Auswahl an Instrumenten zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens, die in deutscher Sprache verfügbar sind bzw. von denen eine validierte deutsche Version publiziert wurde. Bezüglich der Evidenz und der Methodik zur Untersuchung von Risikofaktoren verweisen wir auf das entsprechende Kapitel.

Tabelle 1: Übersicht über deutschsprachige Instrumente zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten

Strukturierte Interviews	
<p>Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI; dt. Fassung: Fischer et al., 2014)</p>	<p>Erfasst mit 72 Items Vorhandensein, Frequenz und Charakteristika von sechs Arten selbstverletzender Gedanken bzw. Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidplan, Suizidgesten, Suizidversuche, Gedanken an selbstverletzendes Verhalten, nichtsuizidale Selbstverletzung).</p>
<p>Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; dt. Fassung: www.cssrs.columbia.edu)</p>	<p>Erfasst mit 16 Items suizidales Erleben und Verhalten (u. a. nichtsuizidale Selbstverletzung, unterbrochener Suizidversuch, abgebrochener Suizidversuch, Suizidversuch, Planungsverhalten) in der Lebenszeit, in</p>

	den letzten drei Monaten bzw. seit der letzten Begegnung (verschiedene Versionen).
Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS-OA 1.2; dt.: https://fbz-bochum.de/dips-oa1-2)	Enthält eine Sektion innerhalb derer mit 17 Items die Kriterien der „Suizidalen Verhaltensstörung“ sowie weitere Merkmale suizidalen Erlebens und Verhaltens erfragt werden können.
Fragebögen zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten	
Beck Suicidal Ideation Scale (Beck Suizidgedanken Skala BSS; dt. Fassung: Kliem & Brähler 2015)	Erfasst mit 19 Items u. a. den Wunsch zu sterben, Intensität und Dauer von Suizidwünschen/-plänen, Vorbereitungshandlungen und zurückliegende Suizidversuche. Existiert als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument.
Suicide Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R; dt. Fassung: Glaesmer et al., 2018)	Erfasst mit vier Items vergangene Suizidgedanken, Suizidversuche, Kommunikation über Suizidalität und die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Suizidalität.
Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV; dt.: Teismann et al. 2021)	Erfasst mit sechs Items aktuelle Suizidgedanken, -absichten und -pläne. Mit drei weiteren Items werden Suizidversuche in den vergangenen vier Wochen und in der Lebensgeschichte erfragt. Es existiert auch eine validierte Fassung für den Kinder- und Jugendbereich (Friedrich et al., 2024)
Depressive Symptom Index – Suicidality Subscale	Erfasst mit vier Items die Häufigkeit und Intensität von Suizidalität.

(DSI-SS; dt. Fassung: von Glischinski et al., 2016)	
Suicide Prevention in Primary Care (SuPr-10 dt. Fassung Haas et al. (o.J. under review)	Erfasst mit fünf Items Schutzfaktoren/Moderatoren (z. B. Gründe, die vor einem Suizidversuch schützen; Lebensziele; Zuversicht) und mit weiteren fünf Items suizidales Erleben und Verhalten (vom passiven Wunsch zu sterben bis hin zum Suizidversuch). Während der vergangenen zwei Wochen. Im Rahmen der Anamnese werden zudem Suizidgedanken und Suizidversuche in der Lebensgeschichte mit zwei weiteren Items erfragt. Der Fragebogen wurde für das hausärztliche Setting entwickelt und ermöglicht eine ressourcenorientierte Nachbesprechung.
Risiko-Ratingskalen	
Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGASR-Skala; Kozel et al. 2016)	Erfasst mit 16 Items Risikofaktoren für einen Suizid
Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft (VISCI; Frottier et al., 2008)	Erfasst mit 21 Items Risikofaktoren für einen Suizid in Justizvollzugsanstalten.
Scale for Initial Risk Assessment for Suicide (SIRAS; Dahle et al., 2005)	Erfasst mit 6 Items Risikofaktoren für einen Suizid in Justizvollzugsanstalten.
Fragebögen zu suizidassoziierten Konstrukten	

<p>Beck Hoffnungslosigkeitsskala (BHS; dt. Fassung: Kliem & Brähler, 2016)</p>	<p>Erfasst mit 20 Aussagen pessimistische Zukunftserwartungen.</p>
<p>Brief Reasons for Living Scale (B-RFL; dt. Fassung: Cwik et al., 2017)</p>	<p>Erfasst mit zwölf Items Gründe, am Leben zu bleiben. Es handelt sich um die Kurzfassung der »Reasons for Living Skala«.</p>
<p>Suicide Cognitions Scale (SCS; dt. Fassung: Spangenberg et al., 2019)</p>	<p>Erfasst mit 18 Items Annahmen und Überzeugungen mit hoher Relevanz für suizidales Erleben.</p>
<p>Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; dt. Fassung: Forkmann & Glaesmer, 2013)</p>	<p>Erfasst mit 15 Items zwei Kernkonstrukte der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens: wahrgenommene Belastung (»perceived burdensomeness«) und enttäuschter Wunsch nach Zugehörigkeit (»thwarted belongingness«).</p>
<p>Short Defeat und Entrapment Scale (SDES; dt. Fassung: Höller et al., 2020)</p>	<p>Erfasst mit acht Items zwei Kernkonstrukte des »Integrativen-Motivational-Volitionalen Modells Suizidalen Verhaltens«: »defeat« und »entrapment«.</p>
<p>German Capability for Suicide Questionnaire (GCSQ; dt.: Wachtel & Teismann, 2015)</p>	<p>Erfasst mit neun Items Furchtlosigkeit vor Tod und Sterben sowie die subjektive Schmerztoleranz.</p>

Suicide Crisis-Inventory (SCI; dt. Fassung: Otte et al., 2020)	Erfasst mit 50 Items Merkmale des so genannten „Suicide Crisis Syndroms“, d. h. potentielle Warnzeichen einer akuten suizidalen Krise.
Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF-D; dt. Fassung: Ludwig et al., 2020)	Erfasst mit 16 Items stigmatisierende und abwertende Beschreibungen/Einstellungen gegenüber suizidalen Menschen.

Zu Screeningzwecken werden darüber hinaus das Suiziditem (Item 9) des Beck Depressionsfragebogens (BDI-II; Hautzinger et al., 2023) oder das Suiziditem (Item 9) des Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) häufig verwendet (Campos et al., 2023; Green et al., 2015; Rossom et al., 2017; Simon et al., 2013). Im Kinder- und Jugendbereich werden international am häufigsten die Ask-Suicide Screening Questions (ASQ; Horowitz et al., 2012) und der Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ; Reynolds & Mazza, 1999) genutzt (Scudder et al., 2022). Die beiden Fragebögen sind in deutscher Sprache bislang nicht verfügbar. Gleiches gilt für die Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS; Heisel & Flett, 2006), einen international gebräuchlichen Fragebogen zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens im höheren Lebensalter.

Die psychometrischen Eigenschaften der verschiedenen – hier genannten – Verfahren sind wiederholt untersucht und bestätigt worden (Campos et al., 2023; Forkmann et al., 2015). Gleichwohl kommen Untersuchungen zur prädiktiven Validität der verschiedensten Messinstrumente zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens konsistent zu der Schlussfolgerung, dass sich diese zur Risikobeurteilung nicht eignen, d. h. mit Hilfe der verschiedenen Instrumente (inklusive Risiko-Ratingskalen, Fragebögen zu suizidalem Erleben/Verhalten, Fragebögen zu suizidassozierten Konstrukten, Fragebögen zu suizidalen Syndromen, Interviews) lässt sich nicht mit ausreichender Präzision einschätzen, wer ein hohes Suizidrisiko und/oder wer ein niedriges Suizidrisiko hat (u .a. Carter et al., 2017; Harris

et al., 2019; Katz et al., 2016; McMillan et al., 2007; Melzer et al., 2024; Riblet et al., 2022; Runeson et al., 2017; Saab et al., 2022; Simpson et al., 2020; Steeg et al., 2018; siehe hierzu auch Hawton et al., 2022; Large et al., 2018; Seyedsalehi & Fazel, 2024). Die statistische Vorhersage vergleichsweise seltener Ereignisse ist grundsätzlich problematisch. Selbst Modelle mit hoher Sensitivität und Spezifität können aufgrund der geringen Basisrate zu einer hohen Rate falsch-positiver oder falsch-negativer Ergebnisse führen. Dies schränkt die praktische Aussagekraft und Verlässlichkeit entsprechender Vorhersagen erheblich ein. In diesem Sinne zeigte sich in Untersuchungen, dass mehr als 50 % derer, die sich suizidierten, zuvor als „Niedrig-Risikopatient*innen“ klassifiziert wurden (z. B. Large et al., 2018; Simpson et al., 2021; Steeg et al., 2018) und dass mehr als 95 % der „Hoch-Risikopatient*innen“ im Untersuchungszeitraum nicht durch einen Suizid starben (z. B. Carter et al., 2017; Large et al., 2016; Simpson et al., 2021; s. auch Quinlivan et al., 2017). Vor diesem Hintergrund wird in der NICE-Guideline (2022) explizit empfohlen, Risikobeurteilungsinstrumente und -skalen (wie auch Risikostratifizierungen in niedriges, mittleres und hohes Suizidrisiko) *nicht* zur Vorhersage von Suiziden oder erneuten Selbstverletzungen zu nutzen. Darüber hinaus empfiehlt die NICE-Guideline (2022) Risikobeurteilungsinstrumente und -skalen (wie auch Risikostratifizierungen in niedriges, mittleres und hohes Suizidrisiko) *nicht* zu verwenden, um zu entscheiden, wer eine Behandlung erhalten sollte.

Die Frage, ob strukturierte Interviews, Screenings, Erfassungsinstrumente zu suizidalem Erleben, Verhalten und assoziierten Risikofaktoren eine andere prädiktive Validität aufweisen als eine Risikoeinschätzung durch Kliniker*innen, wurde bislang nur selten untersucht und es findet sich ein heterogenes Befundmuster, in dem – in Abhängigkeit vom jeweils untersuchten Instrument und dem jeweiligen Setting – sowohl eine Überlegenheit als auch eine Unterlegenheit gefunden wurde (Corke et al., 2021; Saab et al., 2022; Quinlivan et al., 2017). Kliniker*innen sind jedoch – genauso wie die bestehenden Messinstrumente – nicht in der Lage, suizidales Verhalten präzise vorherzusagen; lediglich im Ausschluss eines solchen lassen sich zufriedenstellende Testgütekriterien erreichen (gepoolte Schätzungen für Sensitivität 0,31 [95 % KI: 0,18–0,50], Spezifität 0,85 [95 % KI: 0,75–0,92], positiver prädiktiver Wert (PPV) 0,22 (95 % KI: 0,21–0,23) und negativer prädiktiver Wert (NPV) 0,89 (95 % KI: 0,86–0,92)] (Woodford et al., 2019).

Zusammengenommen erlauben aktuell verfügbare Risiko-Ratingskalen, Fragebögen und strukturierte Interviews keine präzise Risikobeurteilung bzw. Vorhersage von suizidalem Erleben und Verhalten; insbesondere Risikostratifizierungen in ein niedriges, mittleres oder hohes Suizidrisiko sind hierbei problematisch. Mit Blick auf die prädiktive Validität lässt sich zur Über- oder Unterlegenheit entsprechender Assessments gegenüber dem Standard of Care, d. h. einer Risikoabschätzung durch Kliniker:Innen, keine abschließende Aussage treffen. Der Einsatz von Fragebögen und strukturierten Interviews bringt jedoch einen Mehrwert zur Einschätzung der Beschaffenheit suizidalen Erlebens und Verhaltens, zur Fallkonzeptionalisierung und Therapieplanung sowie zur Verlaufskontrolle, zur Behandlungsdokumentation und zur Vereinheitlichung der Sprache in Institutionen (Bryan & Rudd, 2018). Nicht wenigen Betroffenen scheint es zudem leichter zu fallen, suizidales Erleben und Verhalten in Fragebögen zu offenbaren als im persönlichen Gespräch (Vannoy & Robins, 2011), sodass das klinische Gespräch durch den Einsatz entsprechender Messinstrumente sinnvoll ergänzt wird.

1.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑ ↑	Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, soll ein professionelles Gespräch angeboten werden
Qualität der Evidenz	
Bewertung des Suizidrisikos/ Suizidvorhersage: moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. <i>Psychol Med</i>, 48(7), 1119-1127. https://doi.org/10.1017/s0033291717002537</p> <p>McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. <i>Psychol Med</i>, 37(6), 769-778. https://doi.org/10.1017/s0033291706009664</p> <p>O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA</i>, 329(23), 2068-2085. https://doi.org/10.1001/jama.2023.7787</p>

	Viswanathan, M., Wallace, I. F., Middleton, J. C., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Hudson, K., Rains, C., Vander Schaaf, E. B., & Kahwati, L. (2022). Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama-Journal of the American Medical Association</i> , 328(15), 1543-1556. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16310
	Konsensstärke: 98 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

1.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: 0	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.
Qualität der Evidenz	
Bewertung des Suizidrisikos/ Suizidvorhersage: hoch ⊕⊕⊕⊕	Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. <i>Br J Psychiatry</i> , 210(6), 387-395. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717 Corke, M., Mullin, K., Angel-Scott, H., Xia, S., & Large, M. (2021). Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. <i>BJPsych open</i> , 7(1), Article e26. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.162

Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*, 48(7), 1119-1127. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002537>

Lowry, N. J., Goger, P., Hands Ruz, M., Ye, F., & Cha, C. B. (2024). Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. *Pediatrics*, 153(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064172>

McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med*, 37(6), 769-778. <https://doi.org/10.1017/s0033291706009664>

O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 329(23), 2068-2085. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.7787>

Quinlivan, L., Cooper, J., Davies, L., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2016). Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*, 6(2), e009297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009297>

Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. (2022). Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*, 84(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14385>

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

Viswanathan, M., Wallace, I. F., Middleton, J. C., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Hudson, K., Rains, C., Vander Schaaf, E. B., & Kahwati, L. (2022). Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.

	Jama-Journal of the American Medical Association, 328(15), 1543-1556. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16310
	Konsensstärke: 94 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

1.3	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Bewertung des Suizidrisikos/ Suizidvorhersage: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. <i>Br J Psychiatry</i>, 210(6), 387-395. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717</p> <p>Corke, M., Mullin, K., Angel-Scott, H., Xia, S., & Large, M. (2021). Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. <i>BJPsych open</i>, 7(1), Article e26. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.162</p> <p>Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-</p>

	<p>analysis of high-risk categories. <i>Psychol Med</i>, 48(7), 1119-1127. https://doi.org/10.1017/s0033291717002537</p> <p>Lowry, N. J., Goger, P., Hands Ruz, M., Ye, F., & Cha, C. B. (2024). Suicide Risk Screening Tools for Pediatric Patients: A Systematic Review of Test Accuracy. <i>Pediatrics</i>, 153(3). https://doi.org/10.1542/peds.2023-064172</p> <p>McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. <i>Psychol Med</i>, 37(6), 769-778. https://doi.org/10.1017/s0033291706009664</p> <p>O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Coppola, E. L., Henninger, M. L., Thomas, R. G., & Gaynes, B. N. (2023). Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i>, 329(23), 2068-2085. https://doi.org/10.1001/jama.2023.7787</p> <p>Quinlivan, L., Cooper, J., Davies, L., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2016). Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. <i>BMJ Open</i>, 6(2), e009297. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009297</p> <p>Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. (2022). Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Clin Psychiatry</i>, 84(1). https://doi.org/10.4088/JCP.21r14385</p> <p>Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. <i>PLoS One</i>, 12(7), e0180292. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292</p> <p>Viswanathan, M., Wallace, I. F., Middleton, J. C., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Hudson, K., Rains, C., Vander Schaaf, E. B., & Kahwati, L. (2022). Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama-Journal of the American Medical Association</i>, 328(15), 1543-1556. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16310</p>
	Konsensstärke: 88 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Andreotti, E. T., Ipuchima, J. R., Cazella, S. C., Beria, P., Bortoncello, C. F., Silveira, R. C., & Ferrão, Y. A. (2020). Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42(3), 276–281. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0092>

Bryan, C.J., & Rudd, M.D. (2018). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention. New York: Guilford Press.

Campos, A. I., Van Velzen, L. S., Veltman, D. J., Pozzi, E., Ambrogi, S., Ballard, E. D., Banaj, N., Başgöze, Z., Bellow, S., Benedetti, F., Bollettini, I., Brosch, K., Canales-Rodríguez, E. J., Clarke-Rubright, E. K., Colic, L., Connolly, C. G., Courtet, P., Cullen, K. R., Dannlowski, U., Dauvermann, M. R., ... Rentería, M. E., 2023. Concurrent validity and reliability of suicide risk assessment instruments: A meta-analysis of 20 instruments across 27 international cohorts. *Neuropsychol.* 37, 315–329. <https://doi.org/10.1037/neu0000850>

Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., Spittal, M.J., 2017. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br. J. Psychiatry.* 210, 387-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>

- Corke, M., Mullin, K., Angel-Scott, H., Xia, S., & Large, M. (2021). Meta-analysis of the strength of exploratory suicide prediction models; from clinicians to computers. *BJPsych open*, 7, e26. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.162>
- Cwik, J.C., Siegmann, P., Willutzki, U., Nyhuis, P., Wolter, M., Forkmann, T., Glaesmer, H. & Teismann, T. (2017). Brief Reasons for Living Inventory: a psychometric investigation. *BMC Psychiatry*. 17:358.
- Dahle K-P, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *Int J Forensic Ment Health*. (2005) 4:53–62. doi: 10.1080/14999013.2005.10471212
- Fischer, G.; Ameis, N.; Parzer, P.; Plener, P. L.; Groschwitz, R. u.a. (2014). The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G). A tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry*, 14. S. 265.
- Forkmann, T. & Glaesmer, H. (2013). Der Interpersonal Needs Questionnaire. . www.psychometrikon.de
- Forkmann, T., Teismann, T. & Glaesmer, H. (2015). *Diagnostik von Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.
- Friedrich, S., Schneider, S. Forkmann, T., Glaesmer, H. & Teismann, T. (2024). Validierung der Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV-KJ) für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 33, 36-45.
- Frottier, P., König, F., Matschnig, T., Seyringer, M. E., & Frühwald, S. (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft [VISCI--Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions]. *Psychiatrische Praxis*, 35(1), 21–27. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970884>
- Glaesmer, H., Kapusta, N., Teismann, T., Wagner, B., Hallensleben, N., Spangenberg, L., & Forkmann, T. (2018). Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 68, 346-353.
- Green, K. L., Brown, G. K., Jager-Hyman, S., Cha, J., Steer, R. A., & Beck, A. T., 2015. The predictive validity of the Beck Depression Inventory suicide item. *J. Clin. Psychiatry* 76, 1683–1686. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09391>
- Harris, I. M., Beese, S., & Moore, D. (2019). Predicting future self-harm or suicide in adolescents: a systematic review of risk assessment scales/tools. *BMJ open*, 9(9), e029311. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029311>

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C., 2009. BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision (2nd ed.). Pearson Assessment, Frankfurt am Main.

Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922–928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)

Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2006). The Development and Initial Validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 742–751. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000218699.27899.f9>

Höller, I., Teismann, T., Cwik, J.C., Glasemer, H., Spangenberg, L., Hallensleben, N., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Juckel, G. & Forkmann, T. (2020). *Short Defeat and Entrapment Scale: A psychometric investigation in three German samples. Comprehensive Psychiatry*, 98, 152-160.

Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L., Wharff, E. A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P., & Pao, M. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(12), 1170–1176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276>

Katz, C., Randall, J. R., Sareen, J., Chateau, D., Walld, R., Leslie, W. D., Wang, J., & Bolton, J. M. (2017). Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depression and Anxiety*, 34(9), 809–816. <https://doi.org/10.1002/da.22632>

Kliem, S. & Brähler, E. (2015). *Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS, Beck Suicidal Ideation Scale)*. Frankfurt: Pearson Assessment.

Kliem, S. & Brähler, E. (2016). *Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala (BHS)*. Frankfurt: Pearson Assessment.

Kozel, B., Grieser, M., Abderhalden, C., & Cutcliffe, J. R. (2016). Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 409–417. <https://doi.org/10.1111/inm.12193>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PloS one*, 11, e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>

Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological medicine*, *48*(7), 1119–1127. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002537>

Ludwig, J., Liebherz, S., Dreier, M., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2020). Die Stigma of Suicide Scale: psychometrische Überprüfung der deutschen Kurzversion (SOSS-SF-D). *Psychiatrische Praxis*, *47*(8), 433–439. <https://doi.org/10.1055/a-1145-3992>

McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *37*(6), 769–778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009664>

Melzer, L., Forkmann, T. & Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *54*, 556-574.

Otte, S., Lutz, M., Streb, J., Cohen, L.J., Galynker, I., Dudeck, M. & Büsselmann, M. (2020) Analyzing suicidality in German forensic patients by means of the German version of the suicide crisis inventory (SCI-G), *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *31*:5, 731-746

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O'Connor, R., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, *210*, 429–436. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189993>

Reynolds, W. M., & Mazza, J. J. (1999). Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. *School Psychology Review*, *28*(1), 17–30.

Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. (2022). Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, *84*(1), 21r14385. <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14385>

Rossom, R. C., Coleman, K. J., Ahmedani, B. K., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M., & Simon, G. E. (2017). Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal

behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders*, 215, 77–84.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.037>

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS one*, 12, e0180292.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., Heffernan, S., Greaney, S., Kilty, C., Goodwin, J., Hartigan, I., O'Brien, M., Chambers, D., Twomey, U., & O'Donovan, A. (2022). Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(4), 1645–1665.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>

Scudder, A., Rosin, R., Baltich Nelson, B., Boudreaux, E. D., & Larkin, C. (2022). Suicide Screening Tools for Pediatric Emergency Department Patients: A Systematic Review.

Frontiers in psychiatry, 13, 916731. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.916731>

Seyedsalehi, A. & Fazel, S. (2024). Suicide risk assessment tools and prediction models: new evidence, methodological innovations, outdated criticisms. *BMJ Mental Health*, 27: e300990.

Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death?. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(12), 1195–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>

Simpson, S. A., Goans, C., Loh, R., Ryall, K., Middleton, M. C. A., & Dalton, A. (2021). Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screener. *Academic Emergency Medicine*, 28(6), 621–629. <https://doi.org/10.1111/acem.14198>

Spangenberg, L., Glaesmer, H., Hallensleben, N., Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., & Teismann, T. (2019). Psychometric properties of the German version of the Suicide Cognitions Scale in two clinical samples. *Psychiatry Research*, 274, 254–262.

Stegg, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., Cooper, J., Davies, L., Knipe, D., Ness, J., O'Connor, R. C., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*, 18(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z>

Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., & Cwik, J.C. (2021). Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV): Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften. *Diagnostica*, 67, 115–125.

Vannoy, S.D.; Robins, L.S. (2011). Suicide-related discussions with depressed primary care patients in the USA: Gender and quality gaps. A mixed methods analysis. *BMJ*, 1. e000198.

Von Glischinski, M., Teismann, T., Prinz, S., Gebauer, J. & Hirschfeld, G. (2016). Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale: Optimal cut points for clinical and non-clinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 543-549

Wachtel, S. & Teismann, T. (2015). *German Capability for Suicide Questionnaire*. www.psychometrikon.de

Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., Mitchell, A., & Carter, G. (2019). Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(1), 23–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12395>

PICO-Frage 2: Führt ein proaktives Ansprechen zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?

Suizidales Erleben und Verhalten sollte bei Patient*innen offen und direkt exploriert werden. Ein proaktives Ansprechen ist zudem ein wichtiges Mittel der Informationsgewinnung im Rahmen der Fallkonzeption und Behandlungsplanung. Die Studienlage weist darauf hin, dass durch das proaktive Ansprechen keine suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen der Patient*innen hervorgerufen werden. DeCou und Schumann (2018) fanden in einer Metaanalyse auf Basis von 13 prospektiven Studien keinen signifikanten Effekt von der expliziten Frage nach Suizidalität auf das Ausmaß des suizidalen Erlebens und Verhaltens der untersuchten Personen [DeCou und Schumann 2018]. Dazzi et al. (2014) fassen in ihrer Übersichtsarbeit die Ergebnisse von 13 Studien zusammen, die untersucht haben, ob die Frage nach Suizidalität bei Erwachsenen, Jugendlichen, der Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen Suicidal Ideation oder suizidales Verhalten auslösen kann [Dazzi et al. 2014]. In keiner der untersuchten Studien wurde eine statistisch signifikante Zunahme von Suicidal Ideation oder suizidalem Verhalten bei den Personen festgestellt, die nach Suizidalität gefragt wurden. Die Ergebnisse deuten vielmehr darauf hin, dass das Ansprechen und Besprechen von Suizidalität zu einer Reduktion von Suicidal Ideation und zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit bei den untersuchten Personen beitragen kann. Selbst das häufig wiederholte Fragen nach suizidalem Erleben und Verhalten zeigte in einer randomisiert-kontrollierte Studie keine iatrogenen Effekte [Law et al. 2015].

Darüber hinaus zeigte auch eine Metaanalyse von Blades et al. (2018), dass die Auseinandersetzung mit suizidbezogenen Inhalten zu einer signifikanten, wenn auch kleinen, Reduktion suizidaler Gedanken und zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit suizidalen Verhaltens führte, wobei Jugendliche fast doppelt so stark von der Reduktion profitierten als Erwachsene [Blades et al. 2018].

Die bisherigen Ergebnisse deuten also darauf hin, dass die Befragung von Patient*innen nach Suizidalität kein Risiko für erhöhtes suizidales Erleben und Verhalten für die befragten Personen darstellt und möglicherweise sogar mit einer leichten Verbesserung des subjektiven Befindens verbunden ist. Zur Frage, inwieweit ein proaktives Ansprechen zu einer

zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen führt, liegen keine Studien vor. Tatsächlich befürworten Patient*innen jedoch die Erfassung von Suizidalität und das gezielte Nachfragen in der hausärztlichen Versorgung [Christensen-LeCloux et al. 2021, Richards et al. 2019]. Gleichzeitig zeigte eine Studie, dass nur jede*r fünfte bis zehnte Patient*in vor einem Suizidversuch von sich aus suizidale Gedanken gegenüber dem/r Hausarzt*in äußerte, verglichen mit etwa einem Drittel gegenüber Psychiater*innen [Isometsä et al. 1995]. Patient*innen sehen häufig ihre Ärzt*innen in der Verantwortung, suizidale Gedanken zu explorieren und empfinden es als hilfreich, gezielt danach gefragt zu werden [Osborne et al. 2023]. Studien zeigen jedoch, dass Hausarzt*innen nur bei etwa einem Drittel der depressiven Hochrisiko-Patient*innen nach Suizidalität fragen [Feldman et al. 2007, 10]. Sowohl Psychiater*innen als auch Hausarzt*innen neigen dazu, diese Fragen negativ zu formulieren (z. B. „Sie haben doch keine Suizidgedanken, oder?“). Diese Art der Fragestellung kann die Wahrscheinlichkeit verringern, dass Patient*innen solche Gedanken äußern. Häufig endet die Exploration der Suizidalität mit der Verneinung dieser einen Frage, und die Gelegenheit für eine tiefergehende Erkundung wird verpasst [McCabe et al. 2017]. Ein freundlicher, einfühlsamer und aufmerksamer Dialog mit offenen Fragen sind wiederum Faktoren, die es erleichtern, suizidale Gedanken offen anzusprechen [Haas et al. 2023]. Patient*innen finden es zudem hilfreich, wenn ihnen ein Folgetermin angeboten wurde [Osborne et al. 2023].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es bisher keine kontrollierten Studien gibt, die empirisch untersucht haben, inwieweit ein proaktives Ansprechen zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen führt. Die Studienlage zeigt jedoch, dass (1) das proaktive Erfragen suizidalen Erlebens und Verhaltens keine negativen Effekte auf die befragten Personen hat, dass (2) Patient*innen das proaktive Erfragen suizidalen Erlebens und Verhaltens befürworten und (3) ein solches Vorgehen sogar positive Effekte auf das Befinden der befragten Personen haben sowie die Offenlegung suizidalen Erlebens und Verhaltens erleichtern kann.

Empfehlungsgrad: A ↑↑	Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität sollen auf suizidales Erleben und Verhalten proaktiv angesprochen werden (siehe Kapitel 2 Risikofaktoren)
Qualität der Evidenz	
Bewertung des Suizidrisikos: moderat ⊕⊕⊕⊖	Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). 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. <i>BMC Psychiatry</i> , 19(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7
Suizidalität allgemein: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Bai, S., Babeva, K. N., Kim, M. I., & Asarnow, J. R. (2021). Future Directions for Optimizing Clinical Science & Safety: Ecological Momentary Assessments in Suicide/Self-Harm Research. <i>J Clin Child Adolesc Psychol</i> , 50(1), 141-153. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1815208
	Konsensstärke: 97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertevorstellungen&Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

DeCou CR, Schumann ME. On the iatrogenic risk of assessing suicidality: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(5):531-43.

Blades CA, Stritzke WG, 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.

Christensen-LeCloux M, Weimer M, Bjorkgren K, Booker W, Campo JV. Universal suicide risk screening: Views of rural adults on acceptability and implementation in primary care. *General hospital psychiatry*. 2021;71:102-7.

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.

Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *The Annals of Family Medicine*. 2007;5(5):412-8.

Haas C, Sterner Ph, Brand C, Younesi P, Gensichen J, Lukaschek K. Die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Suizidprävention, optimiert für die hausärztliche Sprechstunde unter Einbezug der patientenorientierten und allgemeinmedizinischen Perspektive - Konzeption einer Validierungsstudie. *Suizidprophylaxe*. 2023;50(2):56-62.

Hooper LM, Epstein SA, Weinfurt KP, DeCoster J, Qu L, Hannah NJ. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2012;39:103-15.

Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *The American journal of psychiatry*. 1995;152(6):919-22.

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.

McCabe R, Sterno I, Priebe S, Barnes R, Byng R. How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? *BMC psychiatry*. 2017;17:1-10.

Richards JE, Hohl SD, Whiteside U, Ludman EJ, Grossman DC, Simon GE, et al. If you listen, I will talk: the experience of being asked about suicidality during routine primary care. *Journal of general internal medicine*. 2019;34:2075-82.

Osborne D, De Boer K, Meyer D, Nedeljkovic M. Raising Suicide in Medical Appointments—Barriers and Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2023;20(1):822.

PICO-Frage 3: Führen wiederholte Gespräche zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zu einem einzigen Gespräch?

Die Frage, inwieweit wiederholte Gespräche zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten im Vergleich zu einem einzigen Gespräch beitragen, ist empirisch bisher nicht gut untersucht. Es ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft, mit Fachpersonal über suizidales Erleben und Verhalten zu sprechen, größer ist, wenn eine gute Beziehung zwischen Fachperson und Patient*in besteht (Love & Morgan, 2021). Eine solche Beziehung kann bereits suizidpräventiv wirken (NVL 2022). Wiederholte Gespräche können ggf. zu einer guten Beziehung beitragen und so eine reliable Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens erleichtern.

Es ist zudem zu vermuten, dass wiederholte Gespräche dazu beitragen können, den natürlichen Verlauf suizidalen Erlebens und Verhaltens besser einzuschätzen. Studien mittels Smartphone-basierten Erfassungen, bei denen mehrfach am Tag Fragen zum subjektiven Befinden sowie zu suizidalem Erleben und Verhalten übermittelt werden (sog. *Ecological Momentary Assessments* [EMA]), konnten zeigen, dass suizidales Erleben kurzfristigen Schwankungen binnen Stunden oder Tagen unterliegt (Hallensleben et al., 2019; Kleiman et al., 2017, Kivelä et al., 2022; Gratch et al., 2020; de Beurs et al., 2015). Gleichzeitig werden in EMA-Studien tendenziell häufiger Suizidgedanken angegeben als in retrospektiven Fragebogenstudien.

Zusammengefasst kann auf Basis der begrenzten Befundlage vermutet werden, dass wiederholte Gespräche zu einer zuverlässigeren Einschätzung von suizidalem Erleben und Verhalten bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zu einem einzigen Gespräch beitragen können.

3.1	Empfehlung	Neu/Modifiziert/Geprüft Stand (Jahr)
-----	------------	-----------------------------------------

Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

de Beurs, D., Kirtley, O., Kerkhof, A., Portzky, G., & O'Connor, R. C. (2015). The Role of Mobile Phone Technology in Understanding and Preventing Suicidal Behavior. *Crisis*, 36(2), 79-82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000316>

Gratch I, Choo T-H, Galfalvy H, et al. (2020). Detecting suicidal thoughts: the power of ecological momentary assessment. *Depression and Anxiety*, 38, 8-16. DOI:

Hallensleben, N., Glaesmer, H., Forkmann, T., Rath, D., Strauss, M., Kersting, A., & Spangenberg, L. (2019). Predicting suicidal ideation by interpersonal variables, hopelessness and depression in real-time. An ecological momentary assessment study in psychiatric inpatients with depression. *European psychiatry*, 56, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.003>

Kivelä, L., van der Does, W. A., Riese, H., & Antypa, N. (2022). Don't miss the moment: a systematic review of ecological momentary assessment in suicide research. *Frontiers in digital health*, 4, 876595.

Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of Real-Time Fluctuations in Suicidal Ideation and Its Risk Factors: Results

From Two Ecological Momentary Assessment Studies. *J Abnorm Psychol*.
<https://doi.org/10.1037/abn0000273>

Love, H. A., & Morgan, P. C. (2021). You can tell me anything: Disclosure of suicidal thoughts and behaviors in psychotherapy. *Psychotherapy*, *58*(4), 533–543.
<https://doi.org/10.1037/pst0000335>

PICO-Frage 4: Führt eine systematische Fort-/Weiterbildung/ Supervision von Fachpersonal zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?

Eine systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens wird grundsätzlich empfohlen (Dillon et al., 2020; Mann et al., 2021). Es ist zudem davon auszugehen, dass Interventions- und Supervisionsangebote für Fachpersonal die Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potentiell suizidalen Patient*innen verbessern helfen und in diesem Zusammenhang offene Fragen und Belastungen thematisiert werden können.

Zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal liegen Studien zu verschiedenen Personengruppen vor. Für die Fort- und Weiterbildung von Allgemeinärzt*innen im Erkennen und Behandeln von Depression wurde in systematischen Reviews ein Effekt auf die Reduktion der Anzahl der Todesfälle durch Suizid, der Anzahl an Suizidversuchen und anderer Formen von Suizidalität berichtet (Mann et al., 2021; Bennett et al., 2015). Gleichzeitig gibt es Hinweise auf diesbezüglich bestehenden Fort- und Weiterbildungsbedarf bei Allgemeinärzt*innen, sowohl im Erwachsenenbereich (Fedorowicz et al., 2023) als auch im Kinder- und Jugendbereich (Osborne et al. 2023).

Krankenpflegepersonal profitiert ebenfalls von Fort- und Weiterbildungsangeboten. In einem systematischen Review von 11 Studien berichten Ferguson et al. (2018), dass Krankenpflegepersonal unmittelbar nach derartigen Trainingsangeboten Zuwächse an Kompetenz und Wissen gegenüber dem Thema berichten (s. auch Mughal et al., 2020). Ein Training von Krankenpflegepersonal hinsichtlich des Erkennens und Behandelns von Depression zeigte, wie bei Allgemeinärzt*innen, positive Effekte auf die Anzahl der Todesfälle durch Suizid, der Anzahl an Suizidversuchen und von Suicidal Ideation (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

In der Literatur werden unterschiedliche Arten von Fort- und Weiterbildungsangeboten betrachtet (z. B. online-Angebote, Plakatkampagnen, Gruppenangebote in Präsenz). Dabei werden insbesondere Gruppenangebote in Präsenz bevorzugt und wiederholte Kursangebote scheinen das Potential zu haben, die Effekte der Trainings noch zu verstärken (Dillon et al., 2020). Simulationsbasierte Trainings zur Suizidrisikoeinschätzung, die z. B. auch Rollenspiele

einsetzen, zeigten insgesamt positive Effekte in unkontrollierten (k=14) und prä-post-Studien (k=65; Richard et al., 2023). Metaanalytisch konnten positive Effekte auf Einstellungen zum Thema (k=2; stand. Mittelwertsdifferenz 0,65 (95 % KI: 0,43-0,87) und selbstwahrgenommene Kompetenzen (k=2; stand. Mittelwertsdifferenz 0, 95 % KI: 0,04-0,76) der Teilnehmenden gezeigt werden. Einbezogen wurden verschiedene Personengruppen wie z. B. Psychiater:Innen, Allgemeinärzt*innen, Krankenpflegepersonal, Lehrer:Innen und Sozialarbeiter*innen.

Insgesamt deutet die Ergebnislage darauf hin, dass Aus-/Fort- und Weiterbildungen und (fallbasierte) Supervisionen zu einer reliablen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens beitragen. Dabei ist die Vielzahl unterschiedlicher methodischer Konzepte und untersuchter Populationen in Verbindung mit einer nur begrenzten Anzahl von verfügbaren randomisiert-kontrollierter Studien zu berücksichtigen (vgl. Isaac et al., 2009; Richard et al., 2023; Zalsman et al., 2016), so dass derzeit keine spezifische Empfehlung bezüglich des Formats und der Inhalte der Weiterbildungen gegeben werden kann.

4.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Um zu einer zuverlässigen Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zu kommen, sollen Aus-/Fort- und Weiterbildungen und (fallbasierte) Supervisionen durchgeführt werden.
Qualität der Evidenz Bewertung des Suizidrisikos: hoch ⊕⊕⊕⊕	Bennett, K., et al. (2015). "A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews." <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> 60(6): 245-257. Mughal, F., et al. (2020). "Role of the GP in the management of patients with self-harm behaviour: a systematic review." <i>British Journal of General Practice</i> 70(694): E364-E373. Richard, O., et al. (2023). "Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis." <i>Medical Education Online</i> 28(1). Zarska, A., et al. (2023). "A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency

Sicherheit im Umgang mit Suizidalität des Personals: hoch ⊕⊕⊕⊕	Department Providers for Patients who self-harm." Arch Suicide Res 27(3): 829-850. Zarska, A., et al. (2023). "A Systematic Review of Training Interventions for Emergency Department Providers and Psychosocial Interventions delivered by Emergency Department Providers for Patients who self-harm." Arch Suicide Res 27(3): 829-850.
Suizide: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Mann, J. J., et al. (2021). "Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review." Am J Psychiatry 178(7): 611-624.
Suizidalität allgemein: moderat ⊕⊕⊕⊖	Bennett, K., et al. (2015). "A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews." Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 60(6): 245-257.
Konsensstärke: 88 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Bennett, K., et al. (2015). "A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews." Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 60(6): 245-257.

Fedorowicz, S. E., et al. (2023). "How is suicide risk assessed in healthcare settings in the UK? A systematic scoping review." PLoS One 18(2): e0280789.

Ferguson, M. S., et al. (2018). "The effectiveness of suicide prevention education programs for nurses: A systematic review." *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 39(2): 96-109.

Isaac, M., et al. (2009). "Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review." *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 54(4): 260-268.

Mann, J. J., et al. (2021). "Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review." *Am J Psychiatry* 178(7): 611-624.

Mughal, F., et al. (2020). "Role of the GP in the management of patients with self-harm behaviour: a systematic review." *British Journal of General Practice* 70(694): E364-E373.

Osborne, D., et al. (2023). "Raising Suicide in Medical Appointments-Barriers and Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20(1).

Richard, O., et al. (2023). "Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis." *Medical Education Online* 28(1).

Zalsman, G., et al. (2016). "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review." *Lancet Psychiatry* 3(7): 646-659.

PICO-Frage 5: Führt die Einbeziehung von Angehörigen/ dem sozialen Umfeld zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?

Es gibt kaum Studien, die systematisch und kontrolliert Angehörige/das soziale Umfeld in die Einschätzung suizidalen Erlebens einbeziehen. Einem systematischen Review von Pansear et al. (2022), der familienbezogene Empfehlungen aus nationalen Leitlinien zum Umgang mit Suizid zusammenfasst, zeigt, dass der Grad und die Art der Einbeziehung der Familie, die für eine wirksame Suizidprävention erforderlich sind, unklar ist. Ein Review qualitativer Studien von Simes et al. (Simes, Shochet et al. 2021), der sich auf die Behandlung von jungen Menschen mit suizidalem Erleben bezieht, stellt die positive Wirkung familienbasierter Behandlung sowie der Einbeziehung von Betreuern für die Behandlung dar. Darüber hinaus konnten keine Studien gefunden werden, die sich mit der Fragestellung befassen.

Da Angehörige auch betroffen und belastet sind, ist es sinnvoll, diese in die Abklärung und Behandlung mit einzubeziehen, sofern die betroffene Person dazu ihre Einwilligung gibt. Gemäß Nice Guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011) können Familienangehörige oder Betreuende Informationen über die Person liefern, selbst wenn die Person nicht zugestimmt hat, dass ihre Familie oder Betreuer in ihre Versorgung einbezogen werden.

5.1	Empfehlung	Neu/Modifiziert/Geprüft Stand (Jahr)
Empfehlungsgrad: EK/ B ↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.	
	Konsensstärke: 95 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertevorstellungen&Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

5.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using*

adult NHS mental health services. NICE.

Panesar, B., D. Soni, M. I. Khan, F. Bdair, M. Holek, T. Tahir, J. Woo, N. Sanger, N. P. Khumalo, L. Minuzzi, L. Thabane and Z. Samaan (2022). "National suicide management guidelines recommending family-based prevention, intervention and postvention and their association with suicide mortality rates: systematic review." BJPsych Open **8**(2): e54.

Simes, D., I. Shochet, K. Murray and I. G. Sands (2021). "A Systematic Review of Qualitative Research of the Experiences of Young People and their Caregivers Affected by Suicidality and Self-harm: Implications for Family-Based Treatment." *Adolescent Research Review*.

PICO-Frage 6: Führt die Nutzung künstlicher Intelligenz (KI) zu einer zuverlässigeren Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen im Vergleich zum Standard of Care?

Die Verwendung künstlicher Intelligenz (KI), insbesondere maschinellen Lernens (ML) und generativer Sprachmodelle (LLM), zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens wurde in den letzten Jahren häufig untersucht. Insbesondere in den letzten fünf Jahren ist ein dynamischer Anstieg der Zahl publizierter Studien zu verzeichnen. Entsprechend liegt auch eine Vielzahl an systematischen Reviews vor, wenngleich Metaanalysen eher selten sind (Corke et al., 2021; Hopkins et al., 2022; Kusuma et al., 2022; Schafer et al., 2021). Dabei werden ML-Algorithmen in verschiedenen Stichproben, z. B. klinischen und Allgemeinbevölkerungsstichproben, bei bestimmten Störungsgruppen (Amanollahi et al., 2024) oder störungsübergreifend (Pigoni et al., 2024), bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen (Senior et al., 2021) untersucht, wobei die Stichprobengrößen stark variieren (z. B. bei Ehtemam et al. (2024) von <200 bis >14.000.000). Für die Modellierung werden unterschiedliche Datenbasen genutzt, z. B. klinische Daten, soziodemographische Daten, Routinedaten, „*electronic health records*“ oder auch biologische und Bildungsdaten. Die Anzahl der in die Modelle einbezogenen Prädiktoren variierte ebenfalls beträchtlich (z. B. bei Pigoni et al. (2024) zwischen 10 und >190.000).

Die Evidenzlage ist insgesamt heterogen. Die meisten systematischen Übersichtsarbeiten zeigen, dass die KI-basierte Vorhersage von suizidalem Erleben und Verhalten unter komplexer Integration einer großen Anzahl an Prädiktoren mit größerer Präzision (70 - >90 %) gelingt als die Vorhersage mittels herkömmlicher statistischer Verfahren, wie beispielsweise der logistischen Regression (z. B. Bernert et al., 2020; Pigoni et al., 2024; Hopkins et al., 2022). Gleichzeitig schwankt die Güte der Vorhersagen beispielsweise hinsichtlich Sensitivität und Spezifität zwischen den Studien teils beträchtlich (z. B. Amanollahi et al., 2024). Inwieweit ML-Algorithmen anderen Prädiktionsmodellen für suizidales Erleben und Verhalten (inklusive klinischer Urteilsbildung) überlegen sind, wurde selten untersucht und erscheint metaanalytisch nicht gesichert. Während eine Metaanalyse von Schafer et al. (2021) Daten berichtet, die darauf hindeuten, dass ML eine bessere Vorhersage von suizidalem Erleben und Verhalten ermöglicht als theoriebasierte Vorhersagemodelle, ist ML in einer Metaanalyse von Corke et al. (2021) anderen Vorhersagemodellen (inklusive klinischer Urteilsbildung) nicht signifikant überlegen. Unter den bedeutsamsten Prädiktoren in den ML-basierten Modellen

finden sich viele bekannte Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten, wie z. B. frühere Suizidversuche, suizidales Verhalten, Selbstverletzungen, frühere psychiatrische Hospitalisierung, Alkohol- oder Substanzmissbrauch oder die Schwere einer vorliegenden psychischen Störung (Pigoni et al., 2024). ML-basierte Modelle haben gegenüber anderen statistischen Methoden jedoch den potentiellen Vorteil, eine große Anzahl an Prädiktoren und unterschiedliche Datenarten in das Modell zu integrieren. So wurden in ML-basierten Modellen auch Bildgebungsdaten und andere biologische Maße, wie Schlaf-, Sprach- oder hormonelle Parameter integriert (z. B. Bernert et al., 2020; Tio et al., 2024; Iyer et al., 2022). Dabei zeigten sich unter anderem Hinweise darauf, dass manche biologischen Parameter (wie Aktivitätsmarker in der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse, schlafbezogene Messwerte und ausgewählte genetische Marker) nur in Kombination mit psychosozialen Parametern signifikant zur Vorhersage suizidalen Erlebens und Verhaltens beitragen (Tio et al., 2024).

Trotz der intensiven Forschung zu KI-basierter Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens zeigt die Evidenzlage eine Vielzahl von Schwächen. In vielen systematischen Übersichtsarbeiten hat bis zu der Hälfte der einbezogenen Studien ein querschnittliches oder retrospektives Design – in einem aktuellen hochrangig publizierten systematischen Review, das sich auf klinische Stichproben beschränkt, sind sogar nur 19,6% der Studien prospektiv angelegt (Pigoni et al., 2024) –, was die Eignung der untersuchten Modelle für die *prospektive* Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens in Zweifel zieht. Eine Vielzahl der einbezogenen Studien nutzte zudem für solch komplexe Modellierungen vergleichsweise kleine Stichproben (z. B. bei Somé et al. (2024) waren ca. 30% der Stichproben $N < 1000$). Dies erhöht die Gefahr des „Overfittings“, d. h. der artifiziell erhöhten Anpassung des Modells an den Datensatz, und schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse potentiell ein. Dieses Problem wird noch dadurch verstärkt, dass viele Studien ihre entwickelten Modelle nicht an weiteren unabhängigen Datensätzen kreuzvalidieren (Pigoni et al., 2024). In den vorliegenden Studien werden häufig nicht alle relevanten Werte zur Beurteilung der Modellgüte berichtet, so dass auch Metaanalysen nur mit lückenhaften Informationen arbeiten können (Bernert et al., 2020). Zudem berichten Metaanalysen, dass ein großer Teil der eingeschlossenen Studien einem erheblichen *Risk for Bias* unterliegt (Kusuma et al., 2022), was mit einer Überschätzung der Effekte einhergehen kann. Einige verwendete Algorithmen („deep learning“) ermöglichen

wenig Einblick in die Auswahl und Kombination der verwendeten Prädiktoren. Dies reduziert den potentiellen klinischen Nutzen erheblich (für eine kritische Methodendiskussion s. auch Siddaway, Quinlivan, Napur, O'Connor, & de Beurs, 2020; Tucker, Tackett, Glickman, & Reger, 2019). Damit KI- bzw. ML-basierte Modelle in der klinischen Praxis unterstützend zum Einsatz kommen kann, sollte sie nicht nur valide und reliabel, sondern auch vertrauenswürdig, transparent und verständlich (*“explainable AI”*) für die handelnden Akteure sein (Joyce et al., 2023).

Zur Nutzung von Large Language Modellen wie ChatGPT liegen nur sehr wenige Studien vor. In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit stellen Omar und Kolleg*innen (2024) 16 Studien zur Nutzung solcher Modelle in der Psychiatrie vor. Hierunter sind nur zwei Studien, die untersuchten, inwieweit ChatGPT in der Lage ist, bei Suizidrisikoeinschätzungen zu unterstützen. Die Daten zeigen, dass ChatGPT das Suizidrisiko teilweise bedeutsam unterschätzte.

Zusammengefasst scheinen komplexe Prädiktionsmodelle, die maschinelles Lernen nutzen, herkömmlichen statistischen Vorhersagemodellen überlegen zu sein. Angesichts der methodischen Schwächen der vorliegenden Studien, der Intransparenz der Algorithmen und der auch bei solch komplexen Modellen immer noch suboptimalen Prädiktionsleistung (Teismann, Hilbert & Forkmann, 2022), kann der Einsatz von KI zur Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens in der klinischen Praxis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden. Insbesondere von der Nutzung von Large Language Modellen wie ChatGPT wird angesichts der Evidenzlage abgeraten. Da sich dieses Feld wie kaum ein anderes hochdynamisch entwickelt, besteht erheblicher Forschungsbedarf als auch die Notwendigkeit der kontinuierlichen Weiterbildung.

6.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↓↓	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.	

Qualität der Evidenz	
Bewertung des Suizidrisikos: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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. <i>Journal of affective disorders</i> 2024;361:778-797.</p> <p>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. <i>BJPsych open</i> 2021;7(1):e26.</p> <p>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. <i>Frontiers in digital health</i> 2022;4:945006.</p> <p>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. <i>Journal of psychiatric research</i> 2022;155:579-588.</p> <p>Schafer KM, Kennedy G, Gallyer A, Resnik P. A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis. <i>PloS one</i> 2021;16(4):e0249833.</p>
Suizidalität allgemein: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	<p>Burke, T. A., et al. (2019). "The use of machine learning in the study of suicidal and non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review." <i>J Affect Disord</i> 245: 869-884.</p>
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	Substantielle Schäden
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Amanollahi, M., et al. (2024). "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* 361: 778-797.

Bernert, R. A., et al. (2020). "Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations." *Int J Environ Res Public Health* 17(16).

Ehtemam, H., et al. (2024). "Role of machine learning algorithms in suicide risk prediction: a systematic review-meta analysis of clinical studies." *Bmc Medical Informatics and Decision Making* 24(1).

Hopkins, D., et al. (2022). "Structured data vs. unstructured data in machine learning prediction models for suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis." *Front Digit Health* 4: 945006.

Iyer, R. and D. Meyer (2022). "Detection of Suicide Risk Using Vocal Characteristics: Systematic Review." *JMIR Biomed Eng* 7(2): e42386.

Joyce, D.W., Kormilitzin, A., Smith, K.A., Cipriani, A. (2023). Explainable artificial intelligence for mental health through transparency and interpretability for understandability. *npj Digital Medicine*, 6, 1–7. doi:10.1038/s41746-023-00751-9

Omar, M., et al. (2024). "Applications of large language models in psychiatry: a systematic review." *Front Psychiatry* 15: 1422807.

Pigoni, A., et al. (2024). "Machine learning and the prediction of suicide in psychiatric populations: a systematic review." *Transl Psychiatry* 14(1): 140.

Schafer, K. M., et al. (2021). "A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis." *PLoS One* 16(4): e0249833.

Senior, M., et al. (2021). "Prediction models for child and adolescent mental health: A systematic review of methodology and reporting in recent research." *JCPP Adv* 1(3): e12034.

Siddaway, A. P., Quinlivan, L., Kapur, N., O'Connor, R. C., & de Beurs, D. (2020). Cautions, concerns, and future directions for using machine learning in relation to mental health problems and clinical and forensic risks: A brief comment on "Model complexity improves the prediction of nonsuicidal self-injury" (Fox et al., 2019). *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 88, 384-387.

Somé, N. H., et al. (2024). "The use of machine learning on administrative and survey data to predict suicidal thoughts and behaviors: a systematic review." *Front Psychiatry* 15: 1291362.

Teismann, T., Hilbert, K., Forkmann, T. (2022). Prädiktion suizidalen Verhaltens. Von der klinischen Urteilsbildung zur künstlichen Intelligenz. *Nervenheilkunde*, 41, 253-257.

Tio, E. S., et al. (2023). "Evidence for the biopsychosocial model of suicide: a review of whole person modeling studies using machine learning." *Front Psychiatry* 14: 1294666.

Tucker, R. P., Tackett, M. J., Glickman, D., & Reger, M. A. (2019). Ethical and Practical Considerations in the Use of a Predictive Model to Trigger Suicide Prevention Interventions in Healthcare Settings. *Suicide Life Threat Behav*, 49(2), 382-392. doi:10.1111/sltb.12431

PICO-Frage 7: Verringert das proaktive / direkte Ansprechen von Suizidalität die Suizidalität im Vergleich zu keiner Intervention?

Es ist auch heute noch ein weit verbreiteter Mythos, dass das proaktive Ansprechen von Suizidalität diese auslösen könne. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass das proaktive Ansprechen von Suizidalität nicht schädlich ist und sogar positive Effekte haben kann (Dazzi et al., 2014). Gould et al. (2005) führten eine randomisiert kontrollierte Studie mit Jugendlichen durch, bei der die Teilnehmer:innen im Rahmen eines Screenings zu suizidalen Gedanken befragt wurden. Sie fanden keine Hinweise auf iatrogene Effekte, das heißt negative Folgen, die durch die Befragung ausgelöst wurden. Vielmehr zeigte sich, dass das direkte Ansprechen suizidaler Gedanken nicht zu einer Zunahme suizidaler Symptome führte, sondern vielmehr mit einer geringeren Suizidalität und einem niedrigeren Stresslevel bei depressiven Studierenden mit Suizidversuchen in der Vergangenheit assoziiert war. In ähnlicher Weise kam die Metaanalyse von Blades et al. (2018) zu dem Ergebnis, dass die Konfrontation mit suizidalen Inhalten keine Erhöhung des Suizidrisikos zur Folge hatte. Stattdessen war die Auseinandersetzung mit suizidalen Themen mit einer signifikanten, wenn auch geringen Verringerung der Suizidgedanken sowie einer geringeren Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten verbunden.

Einige Studien untersuchen mögliche Risiken. Polihronis et al. (2022) führten eine systematische Überprüfung und Metaanalyse durch, die ergab, dass das Ansprechen suizidalen Verhaltens in kontrollierten Umgebungen nicht zu einem erhöhten Risiko führt. Auch in dieser Untersuchung wurde ein verringertes psychologisches Stressniveau bei depressiven Personen festgestellt, die zu suizidalen Verhaltensweisen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen befragt wurden. Harris und Goh (2017) befassten sich mit dem emotionalen Einfluss des Ansprechens auf Suizidalität und kamen zu dem Ergebnis, dass eine Erfassung der Suizidalität sicher bei Studierenden, in der Allgemeinbevölkerung und bei vulnerablen Gruppen durchgeführt werden kann. Im Gegensatz dazu berichteten de Beurs et al. (2016), dass das Beantworten von Fragen zur Suizidalität in der Beck-Suizidgedanken-Skala bei einer kleinen Minderheit von vulnerablen Personen zu emotionaler Belastung führen kann. Bei den meisten Personen zeigte sich jedoch keine Veränderung ihrer Stimmung.

Insgesamt legen die vorliegenden Studien nahe, dass das proaktive Ansprechen von Suizidalität in professionellen und kontrollierten Kontexten das Risiko suizidaler Handlungen nicht erhöht. Vielmehr kann es positive Effekte haben, indem es den Menschen die Möglichkeit bietet, offen über ihre Belastungen zu sprechen und Unterstützung zu erhalten. Potenzielle iatrogene Effekte wurden in der aktuellen Forschung nicht bestätigt. Obwohl bislang keine kontrollierten Studien empirisch untersucht haben, wie ein proaktives Ansprechen die Zuverlässigkeit der Einschätzung suizidalen Erlebens und Verhaltens bei potenziell suizidalen Patient*innen beeinflusst, zeigen die vorhandenen Studien, dass es keine negativen Auswirkungen auf die Patient*innen hat. Darüber hinaus deutet die Forschung darauf hin, dass ein solches Vorgehen wahrscheinlich sogar zu einer Verringerung suizidalen Verhaltens führen kann.

7.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕ Iatrogene(s) Suizidalität Suizidrisiko/ moderat ⊕⊕⊕⊖	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. <i>Clinical psychology review</i> 2018;64:1-12. Harris KM, Goh MT-T. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. <i>International journal of mental health nursing</i> 2017;26(2):181-190. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. <i>Psychological medicine</i> 2014;44(16):3361-3. 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

<p>Suizidalität moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>MILITARY PERSONNEL. Depression and anxiety 2016;33(6):549-57.</p> <p>DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. Suicide & life-threatening behavior 2018;48(5):531-543.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Blades, C. A., Stritzke, W. G. K., Page, A. C., & Brown, J. D. (2018). 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*, 64, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.001>

Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). 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*, 86(2), 116-124. <https://doi.org/10.1037/ccp0000275>

de Beurs, D. P., Ghoncheh, R., Geraedts, A. S., Kerkhof, A., Clinical, P., Clinical Developmental, P., & Mental, H. (2016). Psychological distress because of asking about suicidal thoughts: a randomized controlled trial among students. *ISSUE=3;ISSN=1381-1118;TITLE=Archives of Suicide Research*. <https://research.vu.nl/en/publications/1d6493b6-c12d-47a5-9d67-cb4385e18e65>

Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. *Psychological medicine*, 44(16), 3361-3363.

DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 531-543. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(13), 1635-1643. <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>

Harris, K. M., & Goh, M. T. T. (2017). Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. *International journal of mental health nursing*, 26(2), 181-190. <https://doi.org/10.1111/inm.12223>

Law, M. K., Furr, R. M., Arnold, E. M., Mneimne, M., Jaquett, C., & Fleeson, W. (2015). Does assessing suicidality frequently and repeatedly cause harm? A randomized control study. *Psychol Assess*, 27(4), 1171-1181. <https://doi.org/10.1037/pas0000118>

Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M. (2022). 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*, 26(2), 325-347. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793857>

Rudd, M. D., Mandrusiak, M., Joiner, T. E., Jr., Berman, A. L., Van Orden, K. A., & Hollar, D. (2006). The emotional impact and ease of recall of warning signs for suicide: a

controlled study. *Suicide Life Threat Behav*, 36(3), 288-295.
<https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.288>

Kapitel 2 Risikofaktoren

Einleitung

Ein Risikofaktor ist definiert als "ein Aspekt des persönlichen Verhaltens oder Lebensstils, der Umwelteinflüsse, als angeborene oder vererbte Eigenschaften, die aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse bekanntermaßen mit einem Gesundheitszustand in Zusammenhang stehen, dessen Prävention als wichtig erachtet wird." Risikofaktoren werden anhand verschiedener epidemiologischer Methoden ermittelt. Ohne methodische Sicherung in epidemiologischen Studien spricht man von "Risiken". Das wichtige Merkmal des Vorausgehens unterscheidet Risikofaktoren von anderen Faktoren, die Begleiterscheinungen oder Folgen des beobachteten Outcomes sind (Kraemer et al. 1997). Bei Suizid(alität) handelt es sich nicht um eine Krankheit, dennoch spricht man von Risikofaktoren (siehe Schneider 2003).

Erkenntnisse über Risikofaktoren für Suizid(alität) gewinnt man aus zwei Arten epidemiologischer Studien; aus Fall-Kontroll-Studien und aus Kohortenstudien (Verlaufstudien), die jeweils sowohl prospektiv als auch retrospektiv angelegt sein können. Ziel dieser Untersuchungen ist es, mögliche kausale Beziehungen darzustellen; dabei ist die Unterscheidung zwischen der kausalen Erklärung und sogenannten konfundierenden Faktoren, Mediator und Moderatorvariablen von großer Bedeutung. Die Kenntnis von Risikofaktoren und deren Interaktion ermöglicht es, zielgruppenspezifische Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln. Der Begriff der Risikofaktoren bezieht sich stets auf eine bestimmte Gruppe von Personen. Es ist jedoch unmöglich, Aussagen über die einzelnen Personen dieser Gruppe zu treffen (siehe Schneider 2003).

Risikoindikatoren sind Variablen, die im Gegensatz zu Risikofaktoren nicht direkt ursächlich zur Krankheitsentstehung (bzw. von Suizidalität) beitragen. Risikogruppen umfassen definierte Gruppen, während Risikofaktoren sich nur auf einen einzelnen Faktor beziehen. Zu den Risikogruppen für Suizid(alität) gehören psychisch Kranke, die sich in ambulanter, (teil-)stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befinden sowie auch spezifische Gruppen somatisch erkrankter Patient*innen.

Risikofaktoren können in distale und proximale Faktoren unterteilt werden. Distale Risikofaktoren umfassen beispielsweise frühkindliche Traumatisierungen, chronische psychische Erkrankungen oder anhaltende soziale Isolation. Sie erhöhen die Anfälligkeit für Suizidalität über die Lebensspanne hinweg. Proximale Risikofaktoren beziehen sich dagegen auf kurzfristig wirksame Auslöser wie akute Belastungen, Krisen oder den Verlust einer nahestehenden Person. Diese können das Suizidrisiko in der aktuellen Situation unmittelbar erhöhen.

Der Einfluss mehrerer Risikofaktoren, z. B. eine Komorbidität mehrerer (psychischer) Erkrankungen, erhöht das Suizidrisiko, wobei sich jedoch Risikokonstellationen und die quantitative Bedeutung der einzelnen Risikofaktoren in verschiedenen Risikogruppen und -populationen unterscheiden (Schneider, 2003).

Aus den genannten Risikogruppen und -konstellationen ergibt sich die Notwendigkeit, Suizidalität zu erkennen und zu behandeln sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnostik, Beratung und Behandlung von Menschen in (psychischen) Krisen zu ergreifen. Personen mit Suizidalität bei affektiven Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen und anderen psychischen Erkrankungen benötigen das Angebot der gesamten psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung (d. h. indizierte Suizidprävention) (Kraemer et al., 1997; Schneider et al., 2003, 2021).

Literatur

Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(4):337-43

Schneider B. Risikofaktoren für Suizid. Roderer Verlag, Regensburg, 2003; 214 pp., ISBN 3-89783-372-7

Schneider B, Sperling U, Eilert L, Hery D, Preuß U, Schmidt J, Wurst FM, Webers WM, Glasow N, Heinz I, Elsner A, Klipker K, Krüger U, Wolfersdorf M. Suizidprävention in der medizinischen Versorgung · Versorgungssysteme. In: Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G. Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven [Suicide Prevention Germany – Current Situation and Future Outlook]. Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021 (S. 170-189), DOI: 10.17170/kobra-202107014195; <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>,

PICO-Frage 8: Besteht bei Menschen mit bestimmten soziodemografischen Faktoren ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und Migrationshintergrund können das Risiko für Suizidalität stark beeinflussen. Studien deuten darauf hin, dass bestimmte Personengruppen zum Beispiel aufgrund kultureller, sozialer und psychischer Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche, Suizid und Suizidalität im Allgemeinen aufweisen können (Na et al., 2025).

Die Suizidstatistiken in Deutschland weisen einige konstante Effekte auf (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2024). So sterben regelmäßig mehr Männer durch Suizid (derzeit ca. 71,5 %) als Frauen (derzeit ca. 28,5 %). Die Verteilung der Suizidraten in Deutschland folgt dem sogenannten ungarischen Muster, d. h. mit zunehmendem Lebensalter steigt für beide Geschlechter das Suizidrisiko bedeutsam an, wobei auch hier Männer in jedem Lebensalter deutlich häufiger Suizide vollenden als Frauen. Beträgt die Suizidrate im Jahr 2024 bei den 20- bis 25-jährigen Männern 8,9 (Frauen: 3,6), so steigt sie bei den 85- bis 90-jährigen Männern auf 80,3 (Frauen: 25,6) (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2025). Bei den unter 25-Jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid Verstorbenen steigt – besonders bei Männern – stetig an. Lag dieses im Jahr 2000 noch bei 53,9 Jahren, so liegt es derzeit bei 60,6 für Männer und für Frauen 64,7 Jahre (2024) (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2025). Dementsprechend steigt der Anteil der über 65-Jährigen unter den durch Suizid Verstorbenen immer weiter an (47,7 % aller Suizide im Jahr 2024).

Altersbezogenes Suizidrisiko

Der Effekt vom Alter auf die Suizidalität ist sehr länderabhängig. In einer Studie von Shah (2007) wurde gezeigt, dass in 25 bzw. 27 Ländern bei Männern und Frauen mit zunehmendem Alter ein signifikanter Anstieg der Suizidrate zu verzeichnen war. In 31 bzw. 29 weiteren Ländern war hingegen bei Männern und Frauen mit zunehmendem Alter kein signifikanter Anstieg der Suizidraten zu verzeichnen. In Ländern ohne signifikanten Anstieg der Suizidraten bei Männern waren die Suizidraten in den jüngeren Altersgruppen am höchsten. In einigen wenigen Ländern sank die Suizidrate mit zunehmendem Alter. In Deutschland nimmt mit höherem Lebensalter die Suizidrate bei beiden Geschlechtern zu.

Die Risikofaktoren, die am ehesten mit Suizidversuchen und Suiziden im höheren Alter (65 Jahre und älter) in Verbindung gebracht werden, sind vorhandene körperliche Behinderung, schlechter Gesundheitszustand, alleine zu leben und der Familienstand, insbesondere Verwitmung (Beghi et al., 2021). Zu denselben Ergebnissen kommen Casant & Helbich (2022). Die Behandlung psychischer Störungen sowie psychologischer Interventionen sind als suizidpräventive Maßnahmen im höheren Alter, insbesondere bei Männern, von besonderer Bedeutung (Beghi et al., 2021).

In einer schwedischen Kohortenstudie mit 3972 Teilnehmern im Alter zwischen 70 und 108 Jahren ohne Demenz betrug die Lebenszeitprävalenz von suizidalem Erleben und Verhalten (Lebensüberdruß bis Suizidversuche) 25,2 % (Fässberg et al. 2019). Laut einer weiteren schwedischen Studie von Tuveßon et al. (2018) betrug die Odds Ratios für Lebensmüdigkeit in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen 1,49 (95 %-KI 1,18–1,87) und in der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren 2,81 (95 %-KI 2,26–3,48) im Vergleich zu den 60- bis 69-Jährigen. Für suizidale Gedanken lagen die Odds Ratios für die Altersgruppe 70–79 bei 1,51 (95 % KI: 0,80–2,96) (nicht signifikant) und für die Altersgruppe 80+ bei 1,83 (95 % KI: 0,94–3,58) (nicht signifikant) im Vergleich zur Vergleichsgruppe der 60- bis 69-Jährigen.

Geschlechtsspezifisches Suizidrisiko

In Deutschland nahmen sich im Jahr 2024 **7.414 Männer** und **2.958 Frauen** das Leben (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2025). In Mitteleuropa steigt mit zunehmendem Lebensalter die Suizidrate an, insbesondere bei den Männern (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2025). Internationale Studien zeigen dieses geschlechtsspezifische Suizidrisiko nicht durchgängig (Cano-Montalban & Quevedo-Blasco, 2018; siehe auch <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>).

In einer Metaanalyse wurden alle Phänomene suizidalen Erlebens und Verhaltens von weiblichen Jugendlichen signifikant häufiger als von männlichen angegeben (Evans et al., 2005). Ein systematisches Review von Fung & Chan (2011) beschäftigte sich mit der Frage, ob es Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, bezogen auf ältere Menschen (ab 60 Jahren). Während viele Studien tendenziell ein höheres Suizidrisiko bei älteren Männern

zeigen als bei älteren Frauen, sind solche geschlechtsspezifischen Unterschiede nur in wenigen Studien signifikant (Fung & Chan, 2011).

Das Suizidrisiko steigt bei Männern, wenn sie alleinstehend sind, geschieden oder verwitwet sind, insbesondere wenn weitere Risikofaktoren wie Alkohol- und/oder Drogenkonsum/-abhängigkeit oder Depression hinzukommen (Richardson et al., 2021).

Unterschiede zwischen Stadt – und Landbevölkerung

Es bestehen Unterschiede in den Suizidraten zwischen städtischen und ländlichen Regionen, wobei urbane Gebiete tendenziell ein geringeres Risiko aufweisen. Die statistische Signifikanz ist jedoch nicht in allen Analysen gegeben. Als beste Indikatoren für Urbanität gelten das Bevölkerungspotenzial und die Bevölkerungsdichte (Helbich et al., 2017). Casant & Helbich (2022) haben in einem Review beschrieben, dass Männer im ländlichen Raum stärker suizidgefährdet sind als Frauen, doch entspricht dies der höheren Suizidrate bei Männern im Allgemeinen. Die höhere Suizidrate wird unter anderem mit schlechterem Zugang zu Beratung und anderen Hilfsangeboten im ländlichen Raum in Zusammenhang gebracht (Casant & Helbich, 2022). Li & Katikireddi (2019) kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass die Suizidraten unter älteren Menschen in ländlichen Gebieten höher als in städtischen Gebieten sind, wobei in städtischen Gebieten diese in den letzten Jahren gestiegen sind (Li & Katikireddi, 2019).

Suizidrisiko im Zusammenhang mit ethnischer Zugehörigkeit und Migration

Signifikante Unterschiede wurden bei Suizidversuchen zwischen ethnischen Gruppen festgestellt, wobei asiatische Männer am seltensten und dunkelhäutige Frauen am häufigsten zu Suizidversuchen neigen. Einige der höchsten Suizidraten wurden bei dunkelhäutigen und ethnischen Minderheiten festgestellt. Es gibt klare ethnische Unterschiede bei Suizidversuchen und Suiziden, die durch Faktoren wie kulturellen Druck oder psychische Erkrankung beeinflusst werden können (Al-Sharifi et al., 2015).

Ein auf Europa bezogenes, von Spallek et al. (2015) durchgeführtes, systematisches Review kommt zu dem Ergebnis, dass es kein verallgemeinerbares Muster von Suiziden gibt, Einwanderer der ersten Generation ihr Suizidrisiko aus ihrem Einwanderungsland aus ihrem

Herkunftsland "mitbringen", wobei die meisten Einwanderergruppen kein erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Einwanderungslandes haben. Brennecke et al. (2020) bestätigten, dass sich das Suizidrisiko zwischen den einzelnen Einwanderergruppen stark unterscheidet und deshalb in der Suizidprävention die spezifischen Vulnerabilitäten des Herkunftslandes zu berücksichtigen sind.

Eine Studie verglich die Häufigkeit von Suizidversuchen unter Einwandernden und der heimischen Bevölkerung in den Einwanderungsländern zwischen verschiedenen Gruppen von Immigrant*innen und ihren Herkunftsländern. Die höheren Raten unter 27 von 56 Gruppen von Einwandernden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und die Ähnlichkeit der Raten unter im Ausland Geborenen und unter Einwanderern, die die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten haben, werden jedoch als Schwierigkeiten im Akkulturations- und Integrationsprozess gedeutet (Lipsicas et al. 2012). Amiri (2020) benennt eine hohe Prävalenz von Suizidalität bei Immigrantinnen und Immigranten und sieht die Notwendigkeit, der psychischen Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe hohe Aufmerksamkeit zu schenken. Die Prävalenz von Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) lag bei 16 % (95 % KI: 0,12–0,20, $I^2 = 99,4$ %), die von Suizidversuchen bei 6 % (95 % KI: 0,05–0,08, $I^2 = 98,0$ %) und die von Suizidplänen bei 4 % (95 % KI: 0,00–0,08, $I^2 = 96,8$ %). Bei Männern betrug die Prävalenz von Suicidal ideation 10 % (95 % KI: 0,04–0,17, $I^2 = 0,0$ %), bei Frauen 17 % (95 % KI: 0,10–0,24, $I^2 = 96,8$ %). Die Prävalenz von Suizidversuchen betrug 1 % (95 % KI: 0,01–0,02, $I^2 = 0,0$ %) bei Männern und 7 % (95 % KI: 0,03–0,10, $I^2 = 94,4$ %) bei Frauen. Die Odds Ratio für Suizide unter Einwanderern im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung betrug 0,91 (95 % KI: 0,90–0,93, $p < 0,001$, $I^2 = 97,6$ %) und für Suizidversuche 1,15 (95 % KI: 1,10–1,20, $p < 0,001$, $I^2 = 92,0$ %) (Amiri, 2020). In Deutschland lebende Menschen mit türkischem Migrationshintergrund haben im Vergleich zu Deutschen ohne Migrationshintergrund eine geringere Suizidrate mit Ausnahme junger Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (Razum & Zeeb, 2004). Insgesamt wird festgestellt, dass weitere Untersuchungen erforderlich sind, die kontextuelle Unterschiede der einzelnen Gruppen in Blick zu nehmen (Amiri, 2020). Es gibt auch Hinweise darauf, dass rassistische Diskriminierung einen geringen, aber signifikanten Einfluss sowohl auf Suicidal Ideation (SI) ($r = 0,16$, 95 % KI: 0,12 bis 0,19; $p < 0,0001$) sowie auf die Suizidversuche (SA) ($r = 0,13$, 95 % KI: 0,02 bis 0,23; $p = 0,018$) hat (Coimbra et al., 2022).

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen ethnischer Zugehörigkeit, kultureller Identität, Migration und Suizidalität und das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren hochkomplex ist, was Forschung in diesem Bereich vor Herausforderungen stellt (Schouler-Ocak & Khan, 2024).

Einfluss des Familienstandes auf das Suizidrisiko

Auch der Familienstand kann ein bedeutender Faktor im Zusammenhang mit Suizidalität sein. Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, dass Verheiratete im Durchschnitt ein geringeres Risiko für Suizid oder suizidales Verhalten aufweisen als Ledige, Getrennte oder Geschiedene (Øien-Ødegaard et al., 2021; Kyung-Sook et al., 2018). Besonders bei Männern scheint die schützende Wirkung einer stabilen Ehe oder Partnerschaft stärker ausgeprägt zu sein (Kyung-Sook et al., 2018). Verwitwete Personen weisen hingegen häufig ein erhöhtes Risiko auf, insbesondere im Zeitraum kurz nach dem Verlust des Partners oder der Partnerin (Kyung-Sook et al., 2018; Roškar et al., 2011). Eine Trennung ist mit einem mindestens viermal höheren Suizidrisiko assoziiert. Besonders hoch ist das Risiko bei Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren (RR = 91,62) (Wyder et al., 2009). Bei Männern zeigten die zugehörigen gepoolten Risikoverhältnisse ein erhöhtes Suizidrisiko (1,84–2,81) für Getrennte/Geschiedene (Hughes et al., 2025). Dies wurde in einer weiteren Metaanalyse bestätigt. Demnach hatten geschiedene Männer ein höheres Risiko für Suizidversuche (k = 3; OR = 1,73, 95 % KI: 1,05-2,85] und Suizid (k = 33; OR = 2,82, 95 % KI: 2,53-3,15]) als verheiratete Männer (Wilson et al., 2025).

Emotionale Bindung, soziale Unterstützung und gegenseitige Fürsorge können Belastungen abfedern und die Krisenbewältigung fördern. Umgekehrt geht das Fehlen einer stabilen Partnerschaft, insbesondere in Verbindung mit sozialer Isolation, mit einem höheren Risiko für depressive Symptome und suizidale Krisen einher (siehe PICO-Frage 14). Auch Beziehungskonflikte können kurzfristig wirksame proximale Risikofaktoren darstellen (Till et al., 2016).

Anzahl von Kindern/ Kinderlosigkeit

Mehrere Studien deuten darauf hin, dass das Suizidrisiko mit zunehmender Kinderzahl abnimmt (Høyer et al., 1993; Sörberg Wallin et al., 2022; Qin & Mortensen, 2003). Der

Zusammenhang war bei Eltern mit jungen Kindern, insbesondere bei Frauen, am stärksten ausgeprägt. Mit zunehmendem Alter schwächte er sich jedoch ab und glich sich in den älteren Altersgruppen zwischen den Geschlechtern an (Sörberg Wallin et al., 2022). Eine größere Zahl von Kindern wird mit stärkerer sozialer Integration, emotionaler Unterstützung und einem höheren Gefühl von Lebenssinn in Verbindung gebracht. Der Zusammenhang ist jedoch komplex.

Hingegen wurde Kinderlosigkeit in verschiedenen populationsbasierten Studien als Risikofaktor für Suizid identifiziert, insbesondere bei Frauen mittleren und höheren Alters (Dehara et al., 2021; Høyer et al., 1993). Dieser Zusammenhang scheint teilweise über fehlende soziale und emotionale Einbindung vermittelt zu sein. Elternschaft kann als Schutzfaktor wirken, da sie soziale Verantwortung, Zugehörigkeit und Zukunftsorientierung stärkt.

8.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Soziodemografische Faktoren (einschließlich familiäre Situation und Migration) sind wichtige Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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</p> <p>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</p> <p>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).</p>	

<p>Suizidale Gedanken (Prävalenzen):</p> <p>hoch</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p> <p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen):</p> <p>hoch</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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.</p> <p>Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco R. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. 2018.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>Konsensstärke: 100 %</p>

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

- Al-Sharifi, A., Krynicki, C. R.ua.(2015). Self-harm and ethnicity: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 61(6), 600-612.
<https://doi.org/10.1177/0020764015573085>
- Amiri, S Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis; 2022 Apr-Jun;26(2):370-405. doi: 10.1080/13811118.2020.1802379. Epub 2022 Aug 11.
- Armoon, B., Griffiths, ua (2023). Suicidal Behaviors and Risk Taking Among Homeless Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Community mental health journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01111-3>
- Beghi, M., Butera, E. ua. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 193-211.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Brennecke G , Stoeber FS , Kettner M 2, Keil J , White L , Vasilache A , von Klitzing K , Radeloff D *Journal of Affective Disorders*, 20 May 2020, 274:435-443
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020>
- Coimbra, B. M., Hoeboer, C. M., Yik, J., Mello, A. F., Mello, M. F., & Olf, M. (2022). Meta-analysis of the effect of racial discrimination on suicidality. *SSM-Population Health*, 20, 101283.
- Lipsicas, C. B., Mäkinen, I. H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., ... & Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 241-51.
- Cano-Montalban, I., & Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. *A Systematic Review. European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15-25. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
- Casant, J., & Helbich, M. (2022). Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: A literature review. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2669.
- Dehara, M., Wells, M. B., Sjöqvist, H., Kosidou, K., Dalman, C., & Sörberg Wallin, A. (2021). Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 206-215.
- Edwards, A. M., Hung, R., ua. (2023). Health disparities among rural individuals with mental health conditions: A systematic literature review. *Journal of Rural Mental Health*, 47(3), 163-178.
<https://doi.org/10.1037/rmh0000228>

Evans, E., Hawton, K., ua. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(3), 239-250.

Fässberg MM, Vanaelst B, Jonson M, Sterner TR, Ahlner F, Wetterberg H, Rydén L, Kern S, Sigström R, Zettergren A, Skoog I, Waern M. Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: from old to very old age in the Gothenburg H70 Birth Cohort Studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Apr 1;29:e26. doi: 10.1017/S2045796019000143. PMID: 30929647; PMCID: PMC8061288.

Favril, L., Yu, R., ua. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, 25(4), 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

Fellmeth, G., Rose-Clarke, ua. (2018). Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 392(10164), 2567-2582. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32558-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32558-3)

Fung, Y. L., & Chan, Z. C. Y. (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2109-2124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03649.x>

Gariépy, G., Danna, ua. (2022). 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*, 57(6), 1107-1121. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02212-8>

Helbich, M., Blüml, V., de Jong, T., Plener, P. L., Kwan, M. P., & Kapusta, N. D. (2017). Urban–rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *International journal of health geographics*, 16(1), 39.

Høyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 134-137.

Hu, F. H., Zhao, D. Y., ua. (2023). Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *HIV Med*, 24(5), 521-532. <https://doi.org/10.1111/hiv.13435>

Hughes, C. L., Liu, B., & Qin, P. (2025). Socioeconomic, demographic, and occupational risk factors for suicide amongst males: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 119986.

Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social science & medicine*, 197, 116-126.

- Li, M., & Katikireddi, S. V. (2019). Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: a systematic review and meta-analysis. *Int J Equity Health*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0881-2>
- Lindeman, S., Laara, E., ua. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 168(3), 274-279.
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 23(1), 5-20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12136>
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review.
- Milner, A. J., Spittal, M. S., ua. (2016). Does Gender Explain the Relationship Between Occupation and Suicide? Findings from a Meta-Analytic Study. *Community mental health journal*, 52(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9889-x>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., ua. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Na, P. J., Shin, J., Kwak, H. R., Lee, J., Jester, D. J., Bandara, P., ... & Jeste, D. V. (2025). Social determinants of health and suicide-related outcomes: a review of meta-analyses. *JAMA psychiatry*.
- Øien-Ødegaard, C., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021). Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population health metrics*, 19(1), 33.
- Qin, P., & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 797-802.
- Razum O , Zeeb H Suicide mortality among Turks in Germany *Der Nervenarzt*, 01 Nov 2004, 75(11):1092-1098Language:ger <https://doi.org/10.1007/s00115-003-1649-4>
- Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Soc Sci Med*, 276, 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- Roškar, S., Podlesek, A., Kuzmanić, M., Demšar, L. O., Zaletel, M., & Marušič, A. (2011). Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*.
- Schouler-Ocak, M., & Khan, M. M. (Eds.). (2024). *Suicide across cultures: Understanding the variation and complexity of the suicidal process across ethnicities and cultures*. Oxford University Press. · Print ISBN: 9780198843405 · eBook · eText ISBN:9780192581440.

- Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1141-1152.
- Sörberg Wallin, A., Sjöqvist, H., Dehara, M., Wells, M. B., Dykxhoorn, J., Kosidou, K., & Dalman, C. (2022). Parenthood and lower risk of suicide in women and men: the total Swedish population followed across adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(11), 2241-2250.
- Spallek J. , Anna Reeske, Marie Norredam , Signe Smith Nielsen, Jessica Lehnhardt, Oliver Razum Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review; *Eur J Public Health* 2015 Feb;25(1):63-71. doi: 10.1093/eurpub/cku121. Epub 2014 Aug 5.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025, Oktober 15). *Suizide in Deutschland*.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2016). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*.
- Turesson, H., Hellström, A., Sjöberg, L., Sjölund, B. M., Nordell, E., & Fagerström, C. (2018). Life weariness and suicidal thoughts in late life: a national study in Sweden. *Aging & mental health*, 22(10), 1365-1371.
- Wilson, M. J., Scott, A. J., Pilkington, V., Macdonald, J. A., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Seidler, Z. E. (2025). Suicidality in men following relationship breakdown: A systematic review and meta-analysis of global data. *Psychological Bulletin*.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- Wyder, M., Ward, P., & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of affective disorders*, 116(3), 208-213.

PICO-Frage 9: Besteht bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und Suizidalität

Die Frage befasst sich mit den Aus- und Wechselwirkungen von Lebensumständen und den wirtschaftlichen Möglichkeiten eines Individuums. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist in zahlreichen Studien mit einem erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuche assoziiert (Cairns et al., 2017; Knipe et al., 2015; Lemmi & Bantjes, 2016; Milner et al., 2014). Auch wirtschaftliche Krisen, Arbeitslosigkeit oder der Verlust von Eigentum können das individuelle Risiko steigern (WHO, 2014). Während die Zusammenhänge auf individueller Ebene gut belegt sind, ist der Einfluss kollektiver sozioökonomischer Bedingungen – etwa des allgemeinen Wohlstandsniveaus einer Region – weniger erforscht (Cairns et al., 2017). In einer systematischen Übersichtsarbeit von Leane et al. (2025) wurden 49 Artikel mit einem Untersuchungszeitraum von 1960 bis 2021 ausgewertet. Die Studien wurden hauptsächlich in Europa (n = 26) und Asien (n = 11) durchgeführt. Die meisten Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Ungleichheiten und Suizidsterblichkeit, insbesondere bei Menschen mittleren Alters und vor allem in Asien. Besonders stark wirkten sich Ungleichheiten aus, die auf den beruflichen Status zurückzuführen sind.

Bildung und Beruf

Bildung und berufliche Stellung sind zentrale Faktoren für den sozioökonomischen Status. Personen mit niedrigerem Bildungsniveau oder geringer Qualifikation zeigen in Studien deutlich höhere Raten von Suizidversuchen als Personen mit höherer Schulbildung (Adams, 2019). Auch die berufliche Position wirkt sich auf das Risiko aus: Niedrig qualifizierte Berufe weisen ein höheres Suizidrisiko auf als solche mit hohen Qualifikationsanforderungen (Milner & Spittal, 2013b). Auch Cano-Montalban & Quevedo-Blasco (2018) stellten in einer systematischen Übersichtsarbeit fest, dass Arbeitslosigkeit (17 % der Studien) und niedriger Bildungsstand (23 % der Studien) das Suizidrisiko erhöhen (Cano-Montalban & Quevedo-Blasco, 2018). Der Verlust des Arbeitsplatzes hängt signifikant mit Suizidalität zusammen.

Eine von Hughes et al. (2025) durchgeführte Metaanalyse zeigte, dass Suizide in signifikantem Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit (RR= 1,84; 95 % KI: 1,44–2,36), Trennung/Scheidung (RR = 2,27; 95 % KI: 1,84–2,81) und niedrigem Einkommen (RR = 2,69; 95 % KI: 1,52–4,77) stehen. Die Berufsklassifikationen ergaben ein erhöhtes Suizidrisiko bei Männern in qualifizierten landwirtschaftlichen Berufen (RR = 1,90; 95 % KI: 1,59–2,17) sowie bei Handwerkern und in verwandten Berufen (RR = 1,56; 95 % KI: 1,16–2,10). Demgegenüber schützten Führungspositionen und Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich vor Suizid bei Männern (Hughes et al., 2025).

Milner et al. (2013a, 2013b, 2014, 2016) stellten in mehreren Metaanalysen fest, dass Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen das Suizidrisiko beeinflusst. Berufsgruppen wie Arbeiter und Reinigungskräfte wiesen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im erwerbsfähigen Alter ein erhöhtes Risiko auf (RR = 1,84, 95 % KI: 1,46–2,33), gefolgt von Maschinenführer*innen, Schiffspersonal (RR = 1,78, 95 % KI: 1,22–2,60) und Landarbeiter*innen (RR = 1,64, 95 % KI: 1,19–2,28). Die Ergebnisse deuteten auf einen stufenweisen Risikogradienten hin, wobei die am wenigsten qualifizierten Berufe ein höheres Suizidrisiko aufwiesen als die Gruppe mit dem höchsten Qualifikationsniveau (Milner et al., 2013b). In einigen Berufsgruppen ist das Suizidrisiko für Männer und Frauen ähnlich hoch (Militär, gemeinnützige Berufe, Führungskräfte und Büroangestellte). Bei anderen Berufen (Techniker, Anlagen- und Maschinenführer*innen und Schiffspersonal, Handwerks- und verwandte Berufe sowie Fachkräfte) gibt es einige Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichen. Die Ergebnisse zeigen eine Komplexität zwischen Beruf und Suizid auf und verdeutlichen, dass individuelle, arbeitsbezogene und soziale Risikofaktoren eine Rolle spielen können (Milner et al., 2013a, 2013b, 2014, 2016).

Ärztinnen und Ärzte weisen eine deutlich höhere Suizidrate im Vergleich zu anderen Berufen auf. Laut einer Metaanalyse von Dutheil et al. (2019) war das Suizidrisiko bei Ärzt*innen erhöht (SMR = 1,44; 95 % KI: 1,16–1,72) mit einer erheblichen Heterogenität ($I^2 = 93,9\%$, $p < 0,001$). Ärztinnen hatten ein höheres Risiko (SMR = 1,9; 95 %-KI: 1,49, 2,58; $p < 0,001$ im Vergleich zu Männern). Ärzt*innen den USA waren einem höheren Risiko ausgesetzt ($p < 0,001$ im Vergleich zum Rest der Welt). Die Suizidrate ging im Laufe der Zeit zurück, insbesondere in Europa ($p = 0,044$). Ein erhöhtes Risiko könnte in einigen Fachgebieten

bestehen, darunter bei Fachärzt*innen für Anästhesie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Allgemeinchirurgie (Dutheil et al., 2019). Die meisten Studien fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Burnout und Suizidalität, wobei auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depression und Burnout bestand (Ryan et al., 2023).

In der systematischen Übersichtsarbeit von Groves et al. (2023) wird festgestellt, dass Pflegefachkräfte, insbesondere Frauen, ein erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere durch Selbstvergiftung, haben. Zu den Risikofaktoren zählen psychische Störungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, körperliche Gesundheitsprobleme sowie berufliche und zwischenmenschliche Schwierigkeiten.

Auch Landwirte und Landwirtinnen wiesen ein deutlich höheres Suizidrisiko auf. Männer (OR = 6,1), „weiße“ Personen (OR = 4,7) sowie 35- bis 54-Jährige unter den Landwirt*innen bzw. Landarbeiter*innen hatten im Vergleich zu Frauen, „Nicht-Weißen“ und Personen unter 35 Jahren ein erhöhtes Risiko, Suizid zu begehen (Behere & Bhise, 2009). Dies wird noch einmal durch die Metaanalyse von Klingelschmidt et al. (2018) bestätigt, in der bei Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft sowie in der Fischerei ebenfalls ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen wurde (gepoolte Effektstärke von 1,48; 95 % KI: 1,30–1,68).

Auf der Grundlage von 16 Studien hatten auch Beschäftigte im Transportwesen ein signifikant höheres Suizidrisiko als die erwerbstätige bzw. allgemeine Bevölkerung (gepoolte Effektstärke von 1,32; 95 % KI: 1,15–1,52) (Mathieu et al., 2022).

Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit stellt einen besonders relevanten Risikofaktor dar. Ein narratives Review von Franke et al. (2024) zeigt auf, dass ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Wohlbefinden im Allgemeinen (gemessen anhand der Lebensqualität mit dem General Health Questionnaire), Suizidversuchen, Suizidraten sowie bestimmten psychischen Störungen (Substanzkonsumstörungen, Schizophrenie, Depressionen, bipolare Störungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzstörungen und ADHS) besteht. Dieser Zusammenhang besteht unabhängig von Alter und Geschlecht. Der stärkste Zusammenhang wurde bei affektiven Störungen (Depressionen) und Substanzkonsumstörungen festgestellt. Insbesondere bei Langzeitarbeitslosigkeit war der

Zusammenhang mit psychischen Störungen deutlich erkennbar (Franke et al., 2024). Allerdings hat die Metaanalyse von Favril et al. (2022) gezeigt, dass das Suizidrisiko mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit abnimmt, vermutlich durch Anpassungsprozesse.

Soziale Risikofaktoren

Neben materiellen Bedingungen spielen psychosoziale Faktoren eine zentrale Rolle, z. B. soziale Isolation und Beziehungskonflikte; dabei ist zu berücksichtigen, dass weitere Faktoren, wie Suchtverhalten, psychische Erkrankungen und belastende Kindheitserfahrungen das Suizidrisiko zusätzlich erhöhen können (Seidler et al., 2023; Favril et al., 2022). Studien weisen darauf hin, dass insbesondere alleinlebende Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger betroffen sind und das Risiko in städtischen Gebieten höher ist als in ländlichen Regionen. Bei Kindern und Jugendlichen finden sich häufiger familiäre Belastungsfaktoren wie Trennung der Eltern (Abderrahmane et al., 2022). Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung von sozialer Unterstützung und stabilen Lebensbedingungen für die Suizidprävention.

Regionale Unterschiede

Rehkopf und Buka (2006) untersuchten, ob es Unterschiede gibt zwischen Gebieten mit hohem bzw. niedrigem sozioökonomischen Status. Das Risiko ist in Gebieten mit höherem sozioökonomischem Status am niedrigsten. Einen möglichen Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Situation eines Landes und dem Suizidrisiko untersuchten *Seidler et al. (2023)* mit dem Ergebnis, dass in reicheren Ländern dreimal so viele Männer durch Suizid sterben wie Frauen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei etwa 1,5:1 (Seidler et al., 2023).

Das soziale Umfeld und die regionale ökonomische Situation beeinflussen ebenfalls das Suizidrisiko. Personen, die in Gebieten mit niedrigem sozioökonomischen Status leben, weisen im Durchschnitt ein höheres Risiko für Suizid auf als Menschen in wohlhabenderen Regionen (Rehkopf & Buka, 2006). Neben individuellen Lebensbedingungen können somit auch strukturelle gesellschaftliche Faktoren – etwa ungleiche Einkommensverteilung oder eingeschränkter Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung – eine Rolle für die Entstehung suizidaler Krisen spielen.

Eine aktuelle ökologische Studie aus Deutschland zeigte, dass in Regionen mit hoher Deprivation das Suizidrisiko im Vergleich zu wenig deprivierten Regionen deutlich erhöht ist (RR = 1,85; 95 % KI: 1,72-2,00). Dieser Zusammenhang zeigte sich sowohl bei Männern (RR = 1,99, 95 % KI: 1,80-2,18) als auch bei Frauen (RR = 1,69, 95 % KI: 1,49-1,92) und ist in ländlichen Gebieten (RR = 2,29; 95 % KI: 2,04-2,57) stärker ausgeprägt als in städtischen Regionen (RR = 1,51; 95 % KI: 1,36-1,68) (Belau, 2024).

Ein erhöhtes Suizidrisiko steht im Zusammenhang mit ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen wie hoher Deprivation, Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen und niedrigem Bildungsniveau. Die Ergebnisse variieren dabei je nach Region und verwendeten Indikatoren, jedoch zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen statistischen Methoden (Qian et al., 2023).

Eine Metaanalyse bestätigt zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer höheren Suizidrate und einer geringeren Bevölkerungsdichte (OR = 1,87; 95 %-KI: 1,53–2,30; $p < 0,001$). Dieser Effekt zeigt sich bei Männern ($p = 0,009$), jedoch nicht bei Frauen ($p = 0,091$). Alters- oder Zeiteffekte konnten nicht konsistent nachgewiesen werden, während es Unterschiede in den Suizidmethoden je nach Kontext gibt (Davico et al., 2025).

9.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Sozioökonomische Faktoren, wie beispielsweise Armut und Arbeitslosigkeit, sind Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖	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. <i>Social science & medicine</i> (1982) 2011;72(4):608-16.	

<p>Suizidversuche (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖ Suizidalität allgemein (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PloS one 2013a;8(1):e51333.</p> <p>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.</p> <p>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 2013b;203(6):409-16.</p> <p>Roelfs DJ, Shor E. Financial Stress, Unemployment, and Suicide - A Meta-Analysis. Crisis 2023;44(6):506-517.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur:

Abderrahmane, A., Kharbach, A. u.a. (2022). Suicide attempts in Morocco: A systematic review. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 70(5), 243-251. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.05.006>

Adams, N. J., & Vincent, B. u.a.. (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgend Health*, 4(1), 226-246. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0009>

Behere, P. B., & Bhise, M. C. (2009). Farmers' suicide: Across culture. *Indian journal of psychiatry*, 51(4), 242-243.

Belau, M. H. (2024). Regionale Deprivation und Suizid - eine ökologische Studie. *Dtsch ÄrzteblInt* 2024; 121: 449-53. DOI; 10.3238/arztebl.m2024.0069

Cairns, J. M., Graham, u.a. (2017). Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Soc Sci Med*, 192, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.034>

Davico, C., De Matos, M. B., Borgogno, M., Agagliati, F., Ricci, F., Amianto, F., ... & Vitiello, B. (2025). The relationship between population density and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 189, 116-124.

Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., ... & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(12), e0226361.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., u.a. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, 25(4), 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

- Franke, A. G., Schmidt, P., & Neumann, S. (2024). Association between unemployment and mental disorders: a narrative update of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1698.
- Hughes, C. L., Liu, B., & Qin, P. (2025). Socioeconomic, demographic, and occupational risk factors for suicide amongst males: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 119986.
- Iemmi, V., Bantjes, u.a. Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(8), 774-783.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30066-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30066-9)
- Klingelschmidt, J., Milner, A., Khireddine-Medouni, I., Witt, K., Alexopoulos, E. C., Toivanen, S., ... & Niedhammer, I. (2018). Suicide among agricultural, forestry, and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 3-15.
- Knipe, D. W., Carroll, R., u.a. Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia - a systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1055.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2301-5>
- Leaune, E., Cornelis, M., Bislami, K., Chalancon, B., & Oh, H. (2025). Trends in socioeconomic inequalities in suicide mortality over the six past decades (1960-2021): A systematic review of 49 time-trends studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 104474.
- Li, Z. Y., Page, A. u.a.. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social science & medicine*, 72(4), 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Mathieu, S., Ross, V., Wardhani, R., Brough, P., Wishart, D., Chan, X. W., & Kølves, K. (2022). Suicide among transport industry workers: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(8), 598.
- Milner, A., Page, u.a.. (2013a). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(1), e51333.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>
- Milner, A., Spittal, u.a.. (2013b). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 203(6), 409-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>
- Milner, A., Page, u.a. (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychological medicine*, 44(5), 909-917. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>
- Milner, A. J., Spittal, M. S., ua. (2016). Does Gender Explain the Relationship Between Occupation and Suicide? Findings from a Meta-Analytic Study. *Community mental health journal*, 52(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9889-x>
- Qian, J., Zeritis, S., Larsen, M., & Torok, M. (2023). The application of spatial analysis to understanding the association between area-level socio-economic factors and suicide: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 58(6), 843-859.

Rehkopf, D. H., & Buka, S. L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*, 36(2), 145-157. <https://doi.org/10.1017/s003329170500588x>

Ryan, E., Hore, K., Power, J., & Jackson, T. (2023). The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Frontiers in public health*, 11, 1133484.

Seidler, I. K., Hansen, N. L., Bloch, A. P., & Larsen, C. V. L. (2023). A systematic review on risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour among Greenland Inuit. *International journal of circumpolar health*, 82(1), 2226284.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

PICO-Frage 10: Besteht bei Menschen, die in einer geschlossenen Wohnform/ Wohnungslosigkeit leben, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

1. Gefängnisse, Inhaftierung

Die empirische Basis bilden hier 2 systematische Reviews (Fazel et al., 2008 [k = 34]; Alcantara-Jimenez et al., 2023 [k = 25]) sowie 4 Metaanalysen (Favril et al., 2020 [k = 35]; Zhong et al., 2021 [k = 77]; Favril et al., 2022 [k = 20]; Alcantara-Jimenez et al., 2023 [k = 10]).

Für alle untersuchten Formen von Suizidalität liegt die Prävalenz bei Gefängnisinsassen deutlich über der der Allgemeinbevölkerung. Bei den Suiziden ist die Rate bei männlichen Häftlingen 3- bis 8 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, während die Rate bei weiblichen Häftlingen in der Regel mehr als 10 mal höher ist (Fazel et al., 2017). Das sind internationale Zahlen. Speziell für Deutschland relevant ist die Totalerhebung von Suiziden in deutschen Gefängnissen (Meischner-Al-Mousawi et al., 2024), die der kriminologische Dienst seit dem Jahr 2000 durchführt. Danach liegt die Suizidrate aktuell, d.h. im Jahr 2023, bei 165,7 / 100.000. (Zum Vergleich: Die Suizidrate in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt aktuell bei 12,1 / 100.000). Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei Inhaftierten liegt bei 20% - verglichen mit 3 % in der Allgemeinbevölkerung. Während der Inhaftierung beträgt die gepoolte Prävalenz von Suizidversuchen 8,6 % bei Männern und 12,2 % bei Frauen (gepoolt 9,7 %) (Favril et al., 2022). Die Prävalenz für selbstschädigendes Verhalten allgemein (*self-harm*) im Gefängnis liegt bei 3,8 % - gegenüber <1 % in der erwachsenen Normalbevölkerung (Favril et al., 2020).

Eine breite empirische Basis findet sich für die Beurteilung von Risikofaktoren für Suizid von Gefangenen. Sie werden gemeinhin unterteilt in demografische, klinische und kriminologische Faktoren. Die stärksten Assoziationen mit aktueller Suizidalität zeigen sich dabei durchgängig für suizidbezogene "Vorläufer", wie aktuelle oder lebenslange Suizidgedanken und frühere Selbstverletzungen. Danach folgen klinische Faktoren wie das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose, und dort besonders affektive Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und suchtbezogene Diagnosen. Zu den Haft-bedingten

Risikofaktoren gehören Einzelhaft, der Status als Untersuchungshäftling, die Verbüßung einer lebenslangen Haftstrafe, sexuelle oder körperliche Viktimisierung und geringe soziale Unterstützung während der Inhaftierung. Auch die Verurteilung wegen eines Gewaltverbrechens, insbesondere wegen Mordes, gilt als Risikofaktor. In der ausschließlich auf europäische Gefängnisse bezogenen Metaanalyse von Alcantara-Jimenez et al. (2023) werden die genannten Risikofaktoren überwiegend bestätigt und es werden zudem einige Schutzfaktoren ausgewiesen: Migrationshintergrund, verheiratet zu sein, familiäre Unterstützung, Arbeit im Gefängnis.

Literatur

Alcantara-Jimenez, M., Torres-Parra, I., Guillen-Riquelme, A., & Quevedo-Blasco, R. (2023). Psychosocial factors in prisoner suicide in European prisons: A systematic review and meta-Analysis. *Anuario De Psicologia Juridica*, 33(1), 101-114. <https://doi.org/10.5093/apj2022a13>

Favril, L., Shaw, J., & Fazel, S. (2022). Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clinical Psychology Review*, 97, 102190.

Favril, L., Yu, R. Q., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 7(8), 682-691. <Go to ISI>://WOS:000556731800021

Fazel S, Ramesh T, Hawton K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 946–52.

Meischner-Al-Mousawi, M., Hartenstein, S. & Hinz, S. (2024). Suizide von Inhaftierten in Deutschland. Verlaufsstatistik über die Jahre 2000 bis 2023. Verfügbar unter: <https://www.justiz.sachsen.de/kd/veroeffentlichungen-4184.html>

Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6(3), e164-e174. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30233-4)

10.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Inhaftierung, insbesondere Untersuchungshaft, ist ein Risikofaktor für Suizidalität und soll beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		

<p>Suizide (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical psychology review 2022;97:102190.</p> <p>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.</p>
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

2. Wohnungslosigkeit, Obdachlosigkeit (*homelessness*)

Die empirische Basis bildet hier ein systematisches Review (Flach & Razza, 2022), das sich auf 94 Artikel stützt, inhaltlich allerdings nur auf Kinder und Jugendliche fokussiert, sowie 2 Metaanalysen (Ayano et al., 2019; Xiang et al., 2021) über 20 bzw. 22 Studien. Der „Wohnungslosigkeit“ liegende Faktoren wie weibliches Geschlecht, nicht-heterosexuelle Orientierung, Missbrauchsvorgeschichte, psychiatrische Diagnosen, negative Bewältigungsstile, lange Dauer der Obdachlosigkeit und sexuelle Viktimisierung/Prostitution zugrunde (Flach & Razza, 2022). Im Kindes- und Jugendalter sollte in Deutschland Obdachlosigkeit bei Kindern und Jugendlichen nicht vorkommen, was allerdings leider nicht der Realität entspricht⁴.

Die Daten zum Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Suizidalität stammen nahezu alle aus Nordamerika (USA, CAN); europäische Studien fanden keinen Eingang. Die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse bleibt damit zunächst ungeklärt. Beachtenswert ist auch der Umstand, dass die untersuchte Population von Wohnungslosen vergleichsweise jung ist, besonders wenn man sie mit den Bewohnern von Heimen vergleicht. Der Umstand, dass Wohnungslose, die keinerlei Betreuung im Versorgungssystem haben, schwerer zu erreichen sind, führt dazu, dass es nur wenige Studien gibt, die Daten ausschließlich oder auch per Straßenbefragungen erheben. Die meisten Studien sind Institutionen-gestützt (*agency-based*) und es gibt Hinweise, dass in dem Fall die Suizidversuchsrate höher ist (Xiang et al., 2021, 346).

Der empirisch am breitesten abgesicherte Befund in diesem Bereich ist, dass Suizidversuche bei wohnungslosen Menschen mit einer Lifetime-Prävalenz um 30 % (genauer: 28,8 % bei Ayano et al., 2019, und 31,8 % bei Xiang et al., 2021) auffällig häufig und häufiger als im nicht-wohnungslosen Teil der Bevölkerung sind. Das gilt, wegen der schmalen Evidenzbasis, in etwas abgeschwächter Form auch für Suizidalität ohne Suizidhandlungen. Ihre Lifetime-

⁴ Dennoch gibt es auch in Deutschland Jugendliche oder junge Volljährige, die sich von der Familie und Hilfesystemen abgewandt haben und obdachlos sind. Wenn Eltern zumindest hinreichende Unterkunft und Versorgung nicht gewährleisten können, greift in Deutschland das Kinder- und Jugendhilfesystem, das sicherstellen soll, dass Kinder und Jugendliche in einem sicheren Rahmen aufwachsen können. Ein Mittel ist die Inobhutnahme durch das Jugendamt (§42 SGB VIII Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen). Das Jugendamt ist gesetzlich berechtigt und verpflichtet, tätig zu werden, wenn Kinder und Jugendliche um Obhut bitten und/oder eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen (wie Obdachlosigkeit oder drohende Obdachlosigkeit) besteht. Auch für Heranwachsende (junge Volljährige) ist das Jugendamt zuständig bei Gefährdungssituationen und wenn die Herkunftsfamilie kein stabiles Umfeld darstellt. Die „Hilfen für junge Volljährige“ bei 18- bis 21-Jährigen sind eine „Soll-Leistung“ der Jugendhilfe, ab dem 21. Lebensjahr wird es eine „Kann-Leistung“

Prävalenz wird mit 41,6 % und ihre Punkt-Prävalenz mit 17,8 % veranschlagt (Ayano et al., 2019).

Armoon et al. (2024) zeigten, dass die Lebenszeitprävalenzraten für NSSI, Suicidal Ideation und Suizidversuche bei Personen, die in ihrer Jugend obdachlos waren, um 42 %, 38 % bzw. 27 % höher lagen. Die Lebenszeitprävalenz von NSSI und suizidalem Verhalten war bei Jugendlichen (im Alter von 12–17 Jahren) höher als bei jungen Erwachsenen (im Alter von 18–24 Jahren). Zudem standen NSSI und suizidales Verhalten im Zusammenhang mit körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit.

Eine weitere Studie zeigte, dass 1,1 % der Suizidopfer zum Zeitpunkt ihres Todes als obdachlos beschrieben wurden, was angesichts der allgemeinen Obdachlosenquote von 0,2 % im letzten Jahrzehnt unverhältnismäßig hoch ist (Henkind et al., 2023).

Bei Personen, die aus der Haft entlassen wurden, wurde eine hohe Prävalenz der Suizidsterblichkeit festgestellt (114,5 pro 100.000 Personen) (Na et al., 2025).

10.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Wohnungslosigkeit ist ein Risikofaktor für Suizidalität und soll erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizidversuche (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	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. <i>Journal of affective disorders</i> 2021;287:341-349.	
Suizidalität allgemein (Prävalenzen): moderat	Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. <i>The Psychiatric quarterly</i> 2019;90(4):829-842.	

⊕⊕⊕⊖	
	Konsensstärke: 76 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Armoon, B., Mohammadi, R., & Griffiths, M. D. (2024). The global prevalence of non-suicidal self-injury, suicide behaviors, and associated risk factors among runaway and homeless youth: a meta-analysis. *Community mental health journal*, 60(5), 919-944.

Ayano, G., Tsegay, L., Abraha, M., & Yohannes, K. (2019). Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 829-842. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09667-8>

Flach, Y., & Razza, T. S. (2022). Suicidality in homeless children and adolescents: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 64, Article 101575. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101575>

Henkind, R., Carmichael, H., Stearns, D. R., Thomas, M., Abbitt, D., Myers, Q. W., & Velopoulos, C. G. (2023). Suicide among persons experiencing homelessness. *Journal of surgical research*, 284, 213-220.

Na, P. J., Shin, J., Kwak, H. R., Lee, J., Jester, D. J., Bandara, P., ... & Jeste, D. V. (2025). Social determinants of health and suicide-related outcomes: a review of meta-analyses. *JAMA psychiatry*, 82(4).

Xiang, J. S., Kaminga, A. C., Wu, X. Y., Lai, Z. W., Yang, J. Z., Lian, Y. J., Wang, X. Y., Wen, S. W., Liu, A. Z., & Dai, W. J. (2021). Lifetime prevalence of suicidal attempt among homeless individuals in North America: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 287, 341-349. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.052>

3. Einrichtungen der Langzeitpflege, Altenheime (*long term care facilities, nursing homes*)

Die empirische Basis bilden hier eine Metaanalyse (Bareeqa et al., 2023) über 20 Primärstudien sowie 5 systematische Reviews (Mezuk et al., 2014 [k = 36]; Murphy et al., 2015 [k = 8]; Chauliac et al., 2020 [k = 6]; Joshaghani et al., 2022 [k = 12]; Lapane et al., 2022 [k = 31]).

Wenn es hier um Bewohner und Bewohnerinnen von Langzeitpflegeeinrichtungen geht, handelt es sich immer um ältere Menschen, denn alle vorliegenden Reviews und die Metaanalyse haben das zum Einschlusskriterium gemacht. Vielfach findet sich der Hinweis, dass eine valide Erhebung von Suizidalität in Altenheimen für die Forschung schwierig ist (u. a. wegen eines *möglichen reporting bias*). Die meisten Studien deuten darauf hin, dass Suizidgedanken (aktive und passive) unter den Bewohnern weit verbreitet sind (Prävalenz im letzten Monat: 5 - 33 %), obwohl Suizide selten sind.“ Dieses Resümee von Mezuk et al. (2014) zur Suizidalität in Langzeitpflegeeinrichtungen für alte Menschen fasst die Befundlage recht gut zusammen. Die größte und aktuellste Metaanalyse zum Thema (Bareeqa et al, 2023) konstatiert eine Prävalenz von 6,4 % für „suizidales Verhalten“ allgemein (aggregiert über Suizide, Suizidversuche, Suizidgedanken, Selbstbeschädigungen und nicht-suizidale Selbstverletzungen), wobei nur für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; 8 Studien: 12 %) und „selbstverletzendes Verhalten“ (3 Studien: 40,4 %) Subgruppenanalysen vorliegen. Der Prävalenzunterschied in diesen beiden Subgruppen weist aber bereits auf eine hohe Heterogenität der Prävalenzen hin. Festgestellte rUnterschiede beim Geschlecht (Männer 7,9 % vs. Frauen 15,8 %) und zwischen Nationen (USA 1,4 % vs. Australien 36,9%) bestätigen das.

Bezüglich der Häufigkeit von Suizidalität in Langzeitpflegeeinrichtungen für alte Menschen im Vergleich zu Menschen, die nicht in einer solchen Einrichtung leben, ist die Befundlage uneindeutig. Allerdings weisen zwei (Primär-)Studien aus dem europäischen Raum, die einen entsprechenden Vergleich erlauben, beide deutlich in Richtung erhöhter Suizidraten in

Heimen (Casadebaig et al., 2003, Frankreich: bei Männern: 101 vs. 60 / 100.000 außerhalb, bei Frauen: 38 vs. 18 / 100.000; Scocco et al., 2006, Italien: 18,6 vs. 8,9 / 100.000 außerhalb).

Die gesicherten Risikofaktoren für Suizidalität bei Altenheimbewohnern unterscheiden sich nicht von denen, die auch außerhalb von Altenheimen anzutreffen sind. Als inzwischen gut gesichert gilt der Befund, dass es rund um den Umzug in ein Heim einen Zeitraum gibt, in dem das Suizidrisiko besonders hoch ist (vgl. Drinkmann, 2019, 21).

10.3	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: B ↑	Das Wohnen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ist ein Risikofaktor für Suizidalität und sollte erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖	<p>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.</p> <p>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.</p>	
Suizidalität allgemein (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>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.</p>	
Konsensstärke	90 %	

Evidence-to-Decision Framework

Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

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.

Casadebaig, F., Ruffin, D. & Philippe, A. (2003). Suicide in the elderly at home and in retirement homes in France [in French]. *Rev d'Epidémiologie Santé Publique*. 2003;51(1 pt 1):55-64.

Chauliac, N., Leane, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 33(6), 307-315. <https://doi.org/10.1177/0891988719892343>

Drinkmann, A. (2019). Suizidalität in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Suizidprophylaxe*, 46, 14 - 24.

Joshaghani, N., Villa, N., Badla, O., Goit, R., Saddik, S. E., Dawood, S. N., Rabih, A. M., Mohammed, A., Raman, A., Uprety, M., Calero, M. J., Villanueva, M. R. B., & Khan, S. (2022). How Residing in a Long-Term Care Facility Affects Suicidal Risk in Patients With Dementia: A Systematic Review. *Cureus Journal of Medical Science*, 14(8), Article e27858. <https://doi.org/10.7759/cureus.27858>

Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Arch Gerontol Geriatr*, 102, 104728. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>

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.

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.

Scocco, P., Rapattoni, M., Fantoni, G. et al. (2006). Suicidal behaviour in nursing homes: a survey in a region of north-east Italy. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(4):307-311. doi:10.1002/gps.1452.

PICO-Frage 11: Besteht bei Menschen, die einer geschlechtlichen oder sexuellen Minderheit angehören, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Begriffsklärungen:

Zu den *sexuellen Minderheiten* zählen Personen mit einer nicht-ausschließlich heterosexuellen Orientierung. Die sexuelle Orientierung umfasst nach den gängigen Definitionen drei Dimensionen: Identität bzw. Selbstbezeichnung (z.B. heterosexuell, bisexuell, homosexuell, lesbisch, schwul, queer etc.), sexuelles Verhalten (Sex mit Personen gleichen/anderen Geschlechtes), und sexuelles Erleben (zu welchem Geschlecht man sich sexuell hingezogen fühlt). Diese Klassifikationen findet man in den meisten Studien. Weil diese jedoch auf ein binäres Geschlechtskonzept (Mann/Frau) fußt, beziehen neuere Definitionen der sexuellen Orientierung daher nur das Ziel des sexuellen Interesses in Betracht: gynophil (zu Frauen), androphil (zu Männern), bisexuell (zu Männern und Frauen), pansexuell oder omnisexuell (das biologische Geschlecht ist für das sexuelle Interesse nicht zentral) oder polysexuell (mehrere Geschlechter). Asexuelle Menschen sind dementsprechend jene, die kein sexuelles Interesse haben und werden manchmal auch zu sexuellen Minoritäten gezählt.

Zu *geschlechtlichen Minderheiten* zählen transgender und intergeschlechtliche Menschen. Bei transgender (transgeschlechtliche, transidente, trans) Personen stimmt die Geschlechtsidentität nicht mit dem bei der Geburt zugeordneten Geschlecht überein, im Gegensatz zu Mehrheit der cisgender Personen, bei der so eine Übereinstimmung gegeben ist. Bei intergeschlechtlichen (intersex, inter) Personen ist das biologische Geschlecht nicht eindeutig weiblich oder männlich hinsichtliche chromosomalem, gonadalem, hormonellem oder anatomischen Geschlecht einzuordnen.

Suizidrisiko bei sexuellen Minoritäten:

In Vergleich zu heterosexuellen Personen berichten Personen, die sexuellen Minoritäten angehören, ein höheres Risiko für Suizidalität einschließlich Suizidversuchen, sowohl Jugendliche (di Giacomo et al., 2018, Hatchel et al., 2021, Plöderl et al., 2006, Yildiz et al., 2018) als auch Erwachsene (Hottes et al., 2016, Plöderl et al., 2006) und insgesamt (Marchi et

al. 2022, Plöderl & Tremblay, 2015). In der Überblicksarbeit über 45 Studien von di Giacomo et al. (2018) zum Beispiel zeigte sich für Suizidversuche bei homosexuellen Jugendlichen ein 3,7-fach erhöhtes Risiko, bei bisexuellen Jugendlichen ein 4,9-fach erhöhtes Risiko, jeweils im Vergleich zu heterosexuellen Jugendlichen. Das Suizidrisiko ist vor allem in der Coming-Out Zeit erhöht, aber auch danach (Plöderl & Tremblay, 2015). Das erhöhte Risiko findet sich sowohl in repräsentativen Populationsstichproben (hier berichteten 11 % der homo- und bisexuellen erwachsenen Personen von einem Suizidversuch im Laufe des Lebens) als auch in Stichproben aus der gay-community (20 % Suizidversuche), verglichen mit 4 % bei heterosexuellen Personen (Hottes et al., 2016). Nach Berücksichtigung von potentiellen Verzerrungseffekten in Studien durch Unterberichten der sexuellen Orientierung oder Suizidversuche, oder durch ein unterschiedliches Verständnis von „Suizidversuchen“ etc. war das Risiko für Suizidversuche bei homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Erwachsenen um das ca. 4,7-fache erhöht (Salway & Plöderl et al., 2019). Tendenziell haben bisexuelle Personen ein etwas höheres Suizidrisiko als homosexuelle Personen (Marchi et al., 2022, Plöderl & Tremblay, 2015, Salway & Ross et al. 2019) und die Unterschiede zwischen heterosexuellen und nicht-heterosexuellen Personen sind bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (Plöderl & Tremblay, 2015). Auch das Risiko für nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ist bei sexuellen Minoritäten in etwa um das Dreifache erhöht und hier haben ebenfalls bisexuelle Personen das höchste Risiko (Batejan et al.2015, Marchi et al., 2022).

Als Erklärung für das erhöhte Suizidrisiko bei sexuellen Minoritäten haben sich Minoritätenstressmodelle empirisch gut oder zumindest teilweise bestätigt (deLange et al., 2022, 44 Studien, Kaniuka et al., 2021, Luong et al. 2018, Wang et al., 2023). Nach diesen Modellen kann die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minorität mit spezifischen Stressoren wie etwa Diskriminierungserfahrungen (tatsächlich oder erwartete), internalisierte Homophobie und geringere soziale Unterstützung bis hin zu familiärer Gewalt bei jungen Angehörigen sexueller Minderheiten (z. B. McGeough & Sterzing 2018) einhergehen. Für bisexuelle Personen könnten hier noch weitere Stressfaktoren hinzukommen (z. B. nicht-Akzeptanz in heterosexuellen und homosexuellen communities), was das höhere Suizidrisiko erklären könnten (Pompili et al., 2014).

Geschlechtliche Minoritäten:

Die meisten Studien fanden bei trans Personen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu cis Personen, und zumeist noch höher als bei sexuellen Minoritäten (Adams & Vincent, 2019, Christensen et al., 2021, di Giacomo et al., 2018, Marshall et al., 2016), außer in einer neueren Überblicksarbeit (Marchi et al. 2022). Eine Überblicksarbeit basierend auf 64 Studien an erwachsenen trans Personen fand bei 47% Suizidgedanken und 27% berichteten einen Suizidversuch (Adams & Vincent, 2019). Das Suizidrisiko variiert im Transitionsprozess (geschlechtsangleichende Maßnahmen). So zeigte sich nach einer älteren Übersichtsarbeit von 2016 bei Transfrauen auch nach der Transition ein erhöhtes Suizidrisiko, jedoch nicht bzw. nicht in allen Studien Transmännern, jeweils verglichen mit cis Personen (Marshall et al., 2016). Die systematische Literaturrecherche hat keine aktuellere Übersichtsarbeit geliefert. Ein reduziertes Suizidrisiko nach der Transition wäre ein wichtiger Punkt in der Rechtfertigung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen, die vorliegende Evidenz ist jedoch limitiert. Methodisch gute Studien sind hier eine Herausforderung und eindeutige Schlussfolgerungen sind derzeit nicht möglich (McDeavitt 2024; Jackson 2023).

Minoritätenstressmodelle haben sich auch zur Erklärung der erhöhten Suizidrisikos bei trans Personen bewährt, d.h. dass Stressoren in Verbindung mit der Identifikation als trans und damit verbundene psychosoziale Stressfaktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Prävention von Suizidrisiko spielen; es kommen jedoch noch spezifische Stressoren hinzu, etwa solche die mit dem Transitionsprozess zu tun haben (Bochicchio et al. , 2021, McNeal et al., 2017, Pellicane & Ciesla, 2022, Vigny-Paul et al., 2021). Für eine Diskussion theoretischer und methodischer Probleme hierzu sei auf Wolford-Clevenger et al. (2018) verwiesen.

Zum Suizidrisiko bei intergeschlechtlichen Personen ergab sich kein Treffer in der systematischen Literaturrecherche. Eine nicht-systematische Literaturübersicht fand bei einigen, aber nicht allen intergeschlechtlichen Variationen ein erhöhtes Suizidrisiko. Die Datenlage ist allerdings unzureichend (Plöderl et al., 2018).

11.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Nicht-heterosexuelle Orientierung und/oder die Zugehörigkeit zu einer geschlechtlichen Minderheit sind Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.	

Qualität der Evidenz	
<p>Suizidversuche (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Zusätzliche Literatur:

Hatchel, T., Polanin, J. R., & Espelage, D. L. (2021). Suicidal thoughts and behaviors among LGBTQ youth: Meta-analyses and a systematic review. *Archives of suicide research*, 25(1), 1-37.

Jackson, K. F. (2024). A critical scoping review of mental health and wellbeing research with multiracial subsamples 2012–2022. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(6), 3584-3605.

McDeavitt, K. (2024). Paediatric gender medicine: longitudinal studies have not consistently shown improvement in depression or suicidality. *Acta paediatrica*, 113(8), 1757-1771.

Plöderl, M., Mahler, L., Nieder, T., & Mundle, G. (2018). LGBTI and Mental Health. In: D. Bhugra, K. S. Bhui, S. Wong, & S. Gilman (Eds.). *Oxford Textbook of Public Mental Health* (p. 225-234). Oxford: Oxford University Press.

PICO-Frage 12: Besteht bei Menschen mit mindestens einem eigenen früheren Suizidversuch ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

In der Metaanalyse von Demesmaeker (2022), die auf 41 Kohortenstudien und randomisierten kontrollierten Studien basierte und die Suizidsterblichkeit nach einem nicht tödlichen Suizidversuch untersuchte, betrug die Sterblichkeit durch Suizid nach einem Jahr 2,8 % (95 % KI: 2,2–3,5 %), nach fünf Jahren 5,6 % (95 % KI: 3,9–7,9 %) und nach zehn Jahren 7,4 % (95 % KI: 5,2–10,4 %). Die Studienlage ist sehr heterogen und die Schätzungen der Suizidrate schwanken stark, abhängig von der psychiatrischen Diagnose, der für den Suizidversuch verwendeten Methode, der Art der Studie und der betrachteten Altersgruppe. Bei Personen, die einen ersten Suizidversuch unternommen hatten, lag die Inzidenz in den darauffolgenden 10 Jahren für nachfolgende Suizide bei 5,59 % (95 % KI: 4,25–7,32 %); bei Personen, die Vergiftung als Methode wählten oder einen schweren Suizidversuch unternahmen, sogar bei 10,57 % (95 % KI: 8,79–12,67 %) bzw. 10,42 % (95 % KI: 8,09–13,34 %). Ein Jahr nach einem Suizidversuch betrug bei Personen mit affektiven Störungen die geschätzte Inzidenz eines erneuten Suizidversuchs 12,00 % (95 % KI: 7,69–18,24 %).

Pemau et al. (2024) schlossen 34 Studien in eine Metaanalyse ein, die das Risiko für die Wiederholung eines Suizidversuchs in einem Zeitraum von 3 bis 328 Monaten untersuchte. Es ergab sich eine signifikante gepoolte Effektstärke über alle Risikofaktoren hinweg (OR = 2,16 95 % KI: 1,75-2,68). Ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Versuch besteht bei Vorliegen einer der folgenden Risikofaktoren: Suizidversuche in der Vorgeschichte (OR = 2,85 95 % KI: 2,19-2,71), aktive Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR = 2,05; 95 % KI: 1,24-3,40), Alkoholmissbrauch (OR = 2,16; 95 % KI: 1,63-2,86), Drogenkonsum (OR = 2,29; 95 % KI: 1,33-3,39) und Trauma (OR = 1,58, 95 % KI: 1,12-2,24). Impulsivität und nichtsuizidale Selbstverletzung hatten jedoch keinen signifikanten Einfluss auf einen erneuten Versuch (Pemau et al., 2024). In einer weiteren Studie wurde neben anderen Faktoren auch ein früherer Suizidversuch bei Depressionen als Risikofaktor untersucht. Hier lag die Odds Ratio bei 4,84 (95 % KI: 3,26-7,20) (Hawton et al., 2013).

Die Suizidrate bzw. das Suizidrisiko nach einem Suizidversuch kann stark variieren je nach psychiatrischer Diagnose, der Methode des Suizidversuchs, der Art der Studie und der betrachteten Altersgruppe (Demesmaeker et al., 2022). In der zweijährigen prospektiven Studie von Nobile et al. (2024) unternahmen 100 (26,4 %) der eingeschlossenen 379

Patient*innen einen erneuten Suizidversuch und 6 (1,6 %) begingen Suizid. Die beiden wichtigsten Risikofaktoren für einen erneuten Suizidversuch waren das Fehlen einer Vorgeschichte gewalttätiger Suizidversuche (HR = 0,5; 95 % K: 0,29-0,88]) sowie das Vorliegen von zwei oder drei Persönlichkeitsmerkmalen aus den Bereichen Angst, Wut und emotionale Instabilität, die additiv waren (HR = 4,68; 95 % KI: 2,32-9,46) (Nobile et al., 2024). In einer Kohortenstudie mit 34.219 Teilnehmenden, die sich in stationärer Behandlung nach Selbstverletzung befanden (Nachbeobachtungszeitraum: Median: 5,3 Jahre; Adjustierung für sozioökonomische Variablen; Runeson et al., 2016) wurde ein besonders hohes Suizidrisiko nach vorheriger Verwendung folgender Methoden festgestellt: Erhängen (Männer: adjustierte HR = 5,3; 95 %KI: 4,0–7,0; Frauen: adjustierte HR = 4,5; 95 %KI: 2,5–8,1), Ertrinken (Männer: adjustierte HR = 3,6; 95 % -KI: 1,9-7,1; Frauen: adjustierte HR = 3,2; 95 % -KI: 1,3–7,8), Schneiden/ Stechen (Männer: adjustierte HR = 1,6; 95 % KI: 1,2-2,6; Frauen: adjustierte HR = 1,7; 95 % KI: 1,1–2,4), sowie Sprung aus der Höhe (Männer: adjustierte HR = 2,4; 95 %-KI: 1,5-3,7). Bei anderen Methoden als Vergiftung (Referenz) war das Suizidrisiko bei Männern erhöht bei bipolarer Störung (adjustierte HR = 12,9; 95 % KI: 5,9-28,0), nichtorganisch-psychotischen Störungen (adjustierte HR = 10,8; 95 % KI: 7,1-16,5), mittelschwerer bis schwerer Depression (adjustierte HR = 7,9; 95 % KI: 5,4-11,7), sowie Störung durch Substanzkonsum (adjustierte HR = 2,4; 95 % KI: 1,5-3,8) und für Frauen bei einer bipolaren Störung (adjustierte HR = 15,8; 95 % KI: 4,9-51,1), mittelschweren bis schweren Depression (adjustierte HR = 7,9; 95 % KI: 4,5-13,6), sowie Störung durch Substanzkonsum (adjustierte HR = 3,0; 95 % KI: 1,4-6,3) (Nobile et al., 2024).

Ein gutes Nachsorgemanagement ist bei Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten von besonderer Bedeutung (Demesmaeker et al., 2022; Furuno et al., 2018).

12.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Ein früherer Suizidversuch ist ein Risikofaktor für Suizidalität und soll erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide (Prävalenzen):	Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review	

hoch ⊕⊕⊕⊕	and meta-analysis. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2022;56(6):603-616. 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.
Suizidversuche (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖	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). 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.
wiederholtes selbstverletzendes Verhalten (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖	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.
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch

Wertevorstellungen&Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Demesmaeker, A., Chazard, E., Hoang, A., Vaiva, G., & Amad, A. (2022). Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 56(6), 603-616. <https://doi.org/10.1177/00048674211043455>

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

Nobile, B., Jaussent, I., Kahn, J. P., Leboyer, M., Risch, N., Olié, E., & Courtet, P. (2024). Risk factors of suicide re-attempt: A two-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 356, 535-544.

Runeson, B., Haglund, A., Lichtenstein, P., & Tidemalm, D. (2016). Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry*, 77(2), 240-6.

Pemau, A., Marin-Martin, C., Diaz-Marsa, M., De La Torre-Luque, A., Ayad-Ahmed, W., Gonzalez-Pinto, A., ... & survive Consortium. (2024). Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 54(9), 1897-1904.

PICO-Frage 13: Besteht bei Menschen mit einem Suizid in der Familiengeschichte/ im engen, sozialen Umfeld ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Ein Suizid in der Familie erhöht laut den meisten, aber nicht allen, Studien das Suizidrisiko signifikant (Jang et al., 2022; Li et al. 2012). Viele Studien differenzieren nicht zwischen einem genetischen und einem Umweltrisiko, was bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte. Das Risiko eines Suizids war bei Hinterbliebenen von durch Suizid Verstorbenen in einer Metaanalyse psychologischer Autopsiestudien ca. dreimal (HR = 2,76, 95 % KI: 2,55–2,98; OR = 3,7, 95 % KI: 2,3 - 5,7) höher als bei Hinterbliebenen von Nicht-Suizid-Todesfällen und war am höchsten bei Ehefrauen von Suizidenten (Favril et al., 2022). In einer Nested-Case-Control-Studie von Agerbo et al. (2002) wurde gezeigt, dass das Suizidrisiko bei Kindern, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben, erhöht ist. Der Effekt war stärker, wenn sich die Mutter suizidiert hat. Metaanalysen zu Zusammenhängen zwischen dem Suizid eines Elternteils und der Suizidalität der Kinder wurden nicht gefunden. In einer südafrikanischen Querschnittsstudie, die die multivariaten Zusammenhänge zwischen dem Suizid eines gleichgeschlechtlichen Elternteils und dem lebenslangen Suizidverhalten der Befragten untersuchte, betragen die Odds Ratios 2,7 (95 % KI: 1,5–4,9) für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) und 1,5 (95 % KI: 0,4–5,0) für Suizidversuche (Atwoli et al. 2014). Die Metaanalyse von Bratu et al. (2025) fand heraus, dass elterliches suizidales Verhalten und psychische Erkrankungen mit einem etwa 2,7-fach erhöhten Risiko für Suizidalität bei Jugendlichen verbunden sind (OR = 2,69–2,77).

Es konnte nachgewiesen werden, dass ein Suizid in der Familienanamnese bei erwachsenen Patient*innen mit Schizophrenie ein Risikofaktor für Suizidalität ist ($p < 0,0001$; Cassidy et al., 2018). Ein ähnlicher Zusammenhang konnte auch bei erwachsenen Patient*innen mit HIV-Erkrankung festgestellt werden ($R = 1,15$, 95 % KI: 0,16–2,06, $p = 0,020$) (Tsai et al., 2022).

Insgesamt sind etwa 4,31 % der Menschen jährlich und 21,83 % im Laufe ihres Lebens mit Suizid im Umfeld konfrontiert. Dabei erfolgt die Exposition häufiger über Freundes- und Peergruppen als innerhalb der Familie (Andriessen et al., 2017).

Empfehlungsgrad: A ↑↑	Suizide in der Familie sind ein Risikofaktor für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.
Qualität der Evidenz	
Suizide (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur:

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*, *325*(7355), 74.

Atwoli, L., Nock, M. K., Williams, D. R., & Stein, D. J. (2014). Association between parental psychopathology and suicidal behavior among adult offspring: results from the cross-sectional South African Stress and Health survey. *BMC psychiatry*, *14*(1), 65.

Barbeito, S., Vega, P., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra, J. A., González-Pinto, A., & Calvo, A. (2021). A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophr Res*, *235*, 80-90. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.029>

Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(4), 787-797. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx131>

Jang, H., Lee, W., Kim, Y. O., & Kim, H. (2022). Suicide rate and social environment characteristics in South Korea: the roles of socioeconomic, demographic, urbanicity, general health behaviors, and other environmental factors on suicide rate. *BMC public health*, *22*(1), 410.

Li, Y., Li, Y. F., & Cao, J. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*, *12*, Article 524. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-524>

Tsai, Y. T., Padmalatha, S., Ku, H. C., Wu, Y. L., Yu, T., Chen, M. H., & Ko, N. Y. (2022). Suicidality Among People Living With HIV From 2010 to 2021: A Systematic Review and a Meta-regression. *Psychosom Med*, *84*(8), 924-939. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000001127>

Wang, J., Park, S. Y., Kim, Y. Y., Kim, E. J., Lee, G., Seo, J., ... & Jeon, H. J. (2022). Risks of suicide among family members of suicide victims: A nationwide sample of South Korea. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 995834.

PICO-Frage 14: Besteht bei Menschen mit wenigen oder keinen sozialen Kontakten ein erhöhtes Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung?

Gesamtgesellschaftliche Veränderungen können sowohl einen mittelbaren als auch unmittelbaren Einfluss auf das Empfinden von Einsamkeit und sozialer Isolation haben. Sie beeinflussen dabei die Umstände und die individuellen Begebenheiten und Möglichkeiten, wie der Mensch sich mit seiner Umgebung in Beziehung setzen kann, beispielsweise durch häufigere Ortswechsel wegen steigender privater Mobilität oder durch einen Wandel in den Kontaktmöglichkeiten. Insbesondere der demographische Wandel, die Individualisierung und Mobilität, die Digitalisierung sowie Großereignisse wie Corona haben sich dabei als besonders einflussreich erwiesen. Sowohl im ländlichen Raum als auch in der Stadt finden sich sozial isolierte und auch einsame Menschen (Enquetekommission NRW 2022).

Die Studienlage lässt eindeutige Aussagen vor allem für klinische Populationen zu. Hier ist belegt, dass Einsamkeit und soziale Isolation zur Zunahme von suizidalen Gedanken und Handlungen führt. Einsamkeit entsteht dann, wenn Menschen eine Diskrepanz zwischen ihren individuellen sozialen Bedürfnissen und der Verfügbarkeit und/oder der Qualität von Sozialkontakten in ihrer Umwelt wahrnehmen (Bücker 2022). Insgesamt zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Einsamkeit und dem allgemeinen sowie psychischen Gesundheitszustand einer Person. So besitzen einsame Personen in NRW (Ebert et al 2021) insgesamt eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit, gleichzeitig einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand anzugeben. Ein noch stärkerer Effekt fand sich für den Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Hier besitzen einsame Personen eine über vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, gleichzeitig in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt zu sein. Wird das subjektive psychische Leid begleitet von dem Gefühl fehlender Zugehörigkeit oder gar dem Erleben, anderen zur Last zu fallen, wird der Suizid als möglicher Ausweg in Erwägung gezogen. Fehlt nun jegliche Hoffnung, diesen Zustand verändern zu können, ist die Gefahr eines Suizids erhöht (Integrativ Motivational-Volitionales Modell nach O'Connor & Kirtley, 2018). Einsamkeit und Isolation, die als Folgen von Trennung auftreten können, erhöhen das Suizidrisiko um das Vierfache (siehe PICO-Frage 8: Soziodemografische Faktoren). Auch Verwitwung steht mit einem stark erhöhten Suizidrisiko in Verbindung. Das Suizidrisiko ist in der ersten Woche nach einem Trauerfall am höchsten. Die entsprechenden standardisierten Sterblichkeitsverhältnisse (SMR) betragen 32,8 bei

Männern bzw. 28,0 bei Frauen. Im ersten Monat nach dem Trauerfall beträgt die SMR 15,1 (Männer) bzw. 11,2 (Frauen) und nach zwölf Monaten 7,2 (Männer) bzw. 4,5 (Frauen) (Ajdacic-Gross et al., 2007).

In ambulanten und stationären Versorgungsbereichen einschließlich Einrichtungen der Langzeitpflege ist die Umsetzung von Maßnahmen zur Erfassung von Einsamkeit sowie zur Reduzierung des Einsamkeitserlebens erforderlich. Soziotherapeutische Angebote und Aktivitäten vermitteln positive Erfahrungen im Hinblick auf Gemeinschaft und Zugehörigkeit. Patient*innen profitieren in besonderem Maße von der Kontinuität der betreuenden Personen.

14.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Einsamkeit und Isolation sind Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
<p>Suizide (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Suizidale Gedanken (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

<p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Konsensstärke</p>	<p>100 %</p>

Evidence-to-Decision Framework	
<p>Nutzen und Schaden</p>	<p>substantieller Netto-Nutzen</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit der Evidenz</p>	<p>hoch</p>
<p>Wertvorstellungen und Präferenzen</p>	<p>keine wesentliche Variabilität</p>
<p>Ressourcen</p>	<p>keine wichtigen Probleme</p>
<p>Gerechtigkeit</p>	<p>keine wichtigen Probleme</p>
<p>Annehmbarkeit</p>	<p>keine wichtigen Probleme</p>
<p>Umsetzbarkeit</p>	<p>keine wichtigen Probleme</p>

Literatur

Ajdacic-Gross, V., Gadola, E., Lauber, C., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rossler, W. (2007). Being widowed-a high risk period for suicide. *European Psychiatry*, 22(S1), S146-S146.

Bücker, S. (2022): Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. KNE Expertise 10/2022. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Kompetenznetz Einsamkeit. Berlin [online einsehbar: zuletzt eingesehen am 03.06.2024]

Ebert, T. Berkessel, J. Entringer, T. (2021) : Einsamkeit in Nordrhein Westfalen. Gutachten zur Vorlage bei der Enquetekommission Gutachten1NRW2021.pdf

Enquetekommission 2020: Einsamkeit. Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Der Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. [online einsehbar: zuletzt eingesehen am 03.06.2024]

O'Connor, R.C.; Kirtley, O. 2018: The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: *Philosophical Transactions Of The Royal Society B-Biological Sciences*, 373 (1754). doi:10.1098/rstb.2017.0268.

Riblet, N. B., Stevens, S. P., Watts, B. V., Gui, J., Forehand, J., Cornelius, S. et al. (2021). A Pilot Randomized Trial of a Brief Intervention to Prevent Suicide After Inpatient Psychiatric Discharge. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 72(11), 1320–1323. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000537>

PICO-Frage 15: Besteht bei Menschen mit einem Psychotrauma oder schwerem Trauma ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Unter einem psychischen Trauma wird allgemein eine seelische Verletzung verstanden, die die subjektive Bewältigungsfähigkeit des Individuums überfordert und mit einer starken psychischen Erschütterung einhergeht. Ein Psychotrauma kann durch verschiedene Erlebnisse, die den tatsächlichen oder drohenden Tod, eine ernsthafte Verletzung oder die Gefahr der körperlichen Unversehrtheit beinhalten, ausgelöst werden. Eine Vielzahl von Studien, die wiederum in einer Reihe von Übersichtsartikeln und Metaanalysen zusammengefasst wurden, beschäftigten sich mit verschiedenen Aspekten eines möglichen Zusammenhangs zwischen selbst erlittenen oder miterlebten Traumata und Suizidalität.

Kindheitstrauma

Laut einer Metaanalyse von Ng et al. (2018) besteht ein Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter und Suizidversuchen (OR=1,89; 95 % KI: 1,66–2,12; $p < 0,001$). Subgruppenanalysen von Querschnitts- und Längsschnittstudien ergaben mit ORs von 1,98 (95 % KI: 1,70 bis 2,25, $p < 0,001$) bzw. 1,65 (95 % KI: 1,37 bis 1,93, $p < 0,001$) ähnliche Ergebnisse hinsichtlich eines erhöhten Risikos. Eine weitere Studie von Zhang et al. (2025) konnte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter und Suizidversuchen festgestellt (OR = 1,09, 95 % KI: 0,81–1,45).

Interpersonelle Gewalt/ Partnerschaftliche Gewalt

Eine Metaanalyse von 29 Studien, die auf den Zusammenhang von verschiedenen Formen interpersoneller Gewalt (Misshandlung im Kindesalter, Mobbing, Beziehungsgewalt, Gewalt in der Öffentlichkeit) und suizidalen Handlungen fokussierte (Castellví et al. 2017) ermittelte Odds Ratios für interpersonelle Gewalt und Suizidversuche von 1,99 (95 % KI: 1,73–2,28) und für Suizide von 10,57 (95 % KI: 4,46–25,07). Eine neuere Metaanalyse von Spencer et al. (2024) untersuchte psychische und physische Gesundheitsaspekte in Zusammenhang mit emotionaler partnerschaftlicher Gewalt. Die stärkste Korrelation fand sich für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) vor PTBS-, Angst- und depressiven Symptomen.

In einem Review (Iovine-Wong et al. 2019) mit 56 Studien zu Risikofaktoren für suizidale Gedanken/Handlungen bei partnerschaftlicher Gewalt bei früheren weiblichen

Militärangehörigen fanden sich weitgehend überlappende Assoziationen in den Bereichen junges Alter, Arbeitslosigkeit, sexueller Minderheitenstatus, mentale Gesundheit und Militärdienst, wobei die Diagnose einer PTBS am häufigsten genannt wurde.

Katastrophen

Jahangiri et al. (2020) fassten acht Studien zusammen, in denen die Häufigkeit von Suizidalität ohne suizidalem Verhalten (Suicidal ideation) nach einem Erdbeben bei insgesamt 14 347 Personen erfragt wurde. Die Gesamthäufigkeit (zwischen 4 und 96 Monate nach dem Erdbeben) betrug 20,34%. Mit Studien zum Thema Suizid als Folge von Naturkatastrophen beschäftigten sich ebenfalls Jafari et al. (2020) in einem Übersichtartikel mit 30 eingeschlossenen Studien. Das mit Abstand am häufigsten untersuchte Ereignis war "Erdbeben". Als Suizidrisikofaktoren zeigten sich neben anderen das Vorliegen einer PTBS, der Verlust von Familienangehörigen und Verletzungen der betroffenen Person selbst oder Angehöriger.

Posttraumatische Belastungsstörung

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann die Folge einer traumatischen Lebenserfahrung sein. PTBS ist mit einem erhöhten Risiko von Suizidalität einschließlich Suizidversuchen assoziiert (Akbar et al. 2023).

Eine Metaanalyse von Untersuchungen zur Assoziation von PTBS mit Suizidalität (Akbar et al. 2023) schloss insgesamt 56 Studien ein. Das relative Risiko von PTBS-Patient*innen für Suizid betrug 2,09 (95 % KI: 1,11–3,94), für Suizidversuche 4,05 (95 % KI: 3,14–5,23) und für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; RR = 2,91; 95 % KI: 2,22–3,82).

Krysinska & Lester (2010) sowie Panagioti et al. (2012) führten zwei weitere Metaanalysen durch, in denen sie sich mit dem Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Suizidalität auseinandersetzten. Sie werteten 50 bzw. 63 Studien aus. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge für Suizidversuche und Suizidalität ohne suizidales Verhalten, jedoch nicht für Suizide. Eine Metaanalyse kam zu dem Ergebnis, dass die Berücksichtigung einer depressiven Symptomatik und anderer, bereits vor dem Trauma bestehender psychischer Erkrankungen, die Signifikanz des Zusammenhangs

zwischen PTBS und Suizidalität reduzierte, aber nicht eliminierte (Kryszynska & Lester, 2010). Dagegen fanden Panagioti et al. (2012), dass mit zunehmender Stärke der depressiven Symptomatik die Suizidalität zunimmt.

Mit dem Fokus auf den Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidalität bei Jugendlichen fassten Panagioti et al. (2015) 28 Studien in einer Metaanalyse zusammen. Sie fanden auch für diese Population eine hochsignifikante Assoziation ($d = 0,701$, 95 % KI: 0,555 - 0,848).

Weitere Risikofaktoren: Risikoberufe/ Geflüchtetenstatus

Schafer et al. (2022) führten eine Metaanalyse von Risikofaktoren für Suizidalität ohne suizidale Handlungen und nicht-letale und letale suizidale Handlungen bei früheren und aktuellen Militärangehörigen durch. In die Analyse wurden 36 Studien einbezogen. Es wurden folgende Risikofaktoren ermittelt: Schädel-Hirn-Trauma, Substanzkonsumstörung, früheres selbstschädigendes Verhalten, PTBS, depressive Symptomatik und Wut/Aggression. Die Bedeutung dieser Faktoren war mit jener in der Allgemeinbevölkerung vergleichbar.

Pompili et al (2013) wiesen in einem Übersichtsartikel mit 16 Studien einen Zusammenhang zwischen (kriegsbezogener) PTBS und suizidalen Gedanken bzw. Handlungen bei Veteranen und Veteraninnen (vor allem der US-Armee) nach und zeigten, dass das Risiko suizidalen Verhaltens noch Jahre nach dem Einsatz weiter besteht.

In einer Übersichtsarbeit zur Frage der Häufigkeit von Depressivität und Suizidalität unter minderjährigen Geflüchteten (Jin et al. 2021) wurden 25 Studien eingeschlossen. Es fanden sich erhöhte Raten für Suizidalität (zwischen 1,79% und 57,9%) und Depressivität. Depressivität, Suizidalität und PTBS interagieren hierbei miteinander.

15.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Traumatische Lebenserfahrungen sind Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.
Qualität der Evidenz	

<p>Suizide (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p>
<p>Suizidversuche (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>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.</p>
<p>Suizidale Gedanken (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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.</p>
<p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p>
<p>Konsensstärke</p>	<p>97 %</p>

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität

Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Akbar R et al. (2023) Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life Threatening Behavior* 53: 163-184.

Castellví P et al. (2017) Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 135: 195-211.

Iovine-Wong PE et al. (2019) Intimate partner violence, suicide, and their overlapping risk in women veterans: a review of the literature. *Military Medicine* 184: 5/6:e201.

Jafari H et al. (2020) Risk factors for suicidal behaviours after natural disasters: a systematic review. *Malaysian Journal of Medical Sciences* 27: 20-33.

Jahangiri K et al. (2020) The prevalence of suicidal ideation after the earthquake: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health* 49: 2330-2338.

Jin SS et al. (2021) Systematic review of depression and suicidality in child and adolescent (CAP) refugees. *Psychiatry Research* 302: 114025.

Krysinska K & Lester D (2010) Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research* 14: 1-23.

McGeough BL & Sterzing PR (2018) A systematic review of family victimization experiences among sexual minority youth. *Journal of Primary Prevention* 39: 491-528.

Ng QX et al. (2018) Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: an update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 99: 129-141.

Panagioti M et al. (2012) A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry* 53: 915-930.

Panagioti M et al. (2015) Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50: 525-537.

Pompili M et al. (2013) Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans - a literature review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 201: 802-812.

Schafer KM et al. (2022) Suicidal ideation, suicide attempts, and suicide death among veterans and service members: a comprehensive meta-analysis of risk factors. *Military Psychology* 34: 129-146.

Spencer CM et al. (2024) Mental and physical health correlates for emotional intimate partner violence perpetration and victimization: a meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse* 25: 41-53.

Zhang, Z., Jiang, C., Wang, X., Qiu, H., Li, J., Wang, Y., ... & Ju, Y. (2025). Childhood maltreatment and mental health: causal links to depression, anxiety, non-fatal self-harm, suicide attempts, and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2480884.

PICO-Frage 16: Besteht bei Menschen, die (Cyber-) Mobbing ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Mobbing bzw. Bullying bezeichnet das Phänomen, dass eine Person innerhalb einer Gruppe, der sie angehört (z. B. in der Schule oder am Arbeitsplatz), wiederholt und über längere Zeit von einer oder mehreren anderen in der Gruppe in negativer Weise mit Beleidigung, Kritik, Unterstellungen, Diffamierungen, Entwertung, Bloßstellung und Bedrohung konfrontiert wird. Diese Angriffe erfolgen in direkter oder indirekter Weise und es besteht dabei ein Machtungleichgewicht zwischen Betroffenen und Täter*innen (Gladden et al., 2014; Olweus 1993). Im deutschsprachigen Raum wird teilweise die Unterscheidung zwischen Bullying und Mobbing getroffen, dabei wird Bullying im schulischen Bereich und Mobbing im Arbeitsbereich bei Erwachsenen verwendet. International werden die Begriffe Mobbing und Bullying synonym gebraucht, in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur dominiert der Begriff Bullying.

Während das Phänomen zunächst im Kontext von sozialen Gruppen in analogen Zusammenhängen und Kontaktformen stattgefunden hat und beschrieben wurde, nimmt in der letzten Dekade die Bedeutung dieses Verhaltens im „Cyber“-Raum an Bedeutung erheblich zu und korreliert mit der Entstehung und der rasanten Zunahme der Nutzung sozialer Medien im Internet. Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigen sich mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Ziel- und Risikogruppe, in der Bullying sowohl im analogen als auch im virtuellen Raum eine große Rolle spielt. Kinder und Jugendliche, die Opfer von Bullying werden, erfahren dieses häufig gleichzeitig sowohl analog als auch virtuell (Li et al., 2024).

Bei den Auswirkungen von (Cyber-)Mobbing/Bullying wurde eine Reihe von negativen Konsequenzen für die betroffenen Personen beschrieben, wobei Effekte auf die psychische Gesundheit im Vordergrund stehen. So werden die Entwicklung von Depression, Angststörung, generell schlechterer psychischer Gesundheit sowie von Suizidalität inklusive Suizidversuchen und Suiziden und nicht-suizidaler Selbstverletzung und -schädigung beschrieben (Moore et al., 2017, Kwan et al. 2020). Empirisch klar belegt ist, dass (Cyber-) Mobbing/Bullying einen Risikofaktor für suizidales Verhalten bei jungen Menschen darstellt (Richardson et al., 2024; Li et al., 2024; Heerde et al., 2019; John et al., 2018; Karanikola et al. 2018; Holt et al. 2015). Inzwischen gibt es auch Hinweise darauf, dass die Effekte von

analogem Bullying und Cyberbullying auf Suizidalität bei jungen Menschen sogar additiv sind, d.h. Menschen, die beides erleben, zeigen nochmals signifikant erhöhte Risiken für Suizidgedanken und Suizidversuche (Ossa et al., 2023).

Zu den Faktoren, für die ein Einfluss auf ein höheres Risiko für suizidales Verhalten beschrieben werden, zählen soziodemographische Variablen, eine persönliche oder familiäre Vorgeschichte von Gewalt, situative sowie Persönlichkeitsmerkmale (Kwan et al. 2020). Limitierende Faktoren in der Vergleichbarkeit von Untersuchungen zur Thematik bestehen besonders in uneinheitlichen Methoden zur Erfassung und Quantifizierung von (Cyber-) Mobbing.

Untersuchungen zu den Auswirkungen von Mobbing bei Erwachsenen – wobei vor allem der Arbeitskontext betroffen ist – sind sowohl hinsichtlich Häufigkeit als auch Qualität seltener, wobei auch hier positive Korrelationen mit Suizidalität beschrieben werden (Luo et al., 2023).

Deutlich wird die Notwendigkeit, mit Hilfe qualitativ hochwertiger Instrumente diese Phänomene zu untersuchen und international vergleichbar zu machen. Weitere und vertiefende Befunde zu den Faktoren und zur Einschätzung des suizidalen Risikos als betroffene Person von (Cyber-) Mobbing werden gebraucht. Zum Thema Mobbing in der Schule existieren bereits evidenzbasierte Programme (Gaffney et al., 2019), jedoch wurde bisher in keinem RCT der Effekt dieser Programme auf Suizidalität untersucht. Eine nicht-randomisierte Evaluationsstudie zu schulbasierter Mobbingprävention konnte einen signifikanten Effekt der Mobbingreduktion auf das Risiko von Suizidalität ohne suizidales Verhalten und Suizidversuchen zeigen, wobei die kausale Wirkung des Programms aufgrund des Studiendesigns unklar bleibt (Jantzer et al., 2022). Präventives Vorgehen zur Reduktion von Mobbing als auch evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für den Umgang mit von Mobbing betroffenen Personen müssen wissenschaftlich fundiert (weiter-)entwickelt werden.

16.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: B ↑	(Cyber-) Mobbing stellt einen Risikofaktor für Suizidalität dar und solte erfragt und beachtet werden.	

Qualität der Evidenz	
Suizide (Prävalenzen): unbekannt/ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Gini G, Espelage DL. Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. JAMA 2014;312(5):545-6.
Konsensstärke	98 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Gladden RM, Vivolo-Kantor AM, Hamburger ME, Lumpkin CD (2014). Bullying surveillance among youths: uniform definitions for public health and recommended data elements, Version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21596>.

Heerde JA, Hemphill SA (2019). Are Bullying Perpetration and Victimization Associated with Adolescent Deliberate Self-Harm? A Meta-Analysis. Arch Suicide Res. 2019 Jul-Sep;23(3):353-381. doi: 10.1080/13811118.2018.1472690.

Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M. & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. Pediatrics, 135(2), e496-e509. doi:10.1542/peds.2014-1864.

Jantzer V, Ossa FC, Eppelmann L, Parzer P, Resch F, Kaess M (2022). Under the skin: does psychiatric outcome of bullying victimization in school persist over time? A prospective intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*. 63(6):646-654.

John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, Lloyd K, Hawton K (2018). Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018 Apr 19;20(4):e129. doi: 10.2196/jmir.9044.

Karanikola, M. N., Lyberg, A., Holm, A. L., & Severinsson, E. (2018). The association between deliberate self-harm and school bullying victimization and the mediating effect of depressive symptoms and self-stigma: a systematic review. *BioMed research international*. 2018 Oct 11:2018:4745791. doi: 10.1155/2018/4745791. eCollection 2018.

Kwan, I., Dickson, K., Richardson, M., MacDowall, W., Burchett, H., Stansfield, C., Brunton G., Sutcliffe K. & Thomas, J. (2020). Cyberbullying and children and young people's mental health: a systematic map of systematic reviews. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(2), 72-82.

Li C, Wang P, Martin-Moratinos M, Bella-Fernández M, Blasco-Fontecilla H (2024). Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Sep;33(9):2895-2909. doi: 10.1007/s00787-022-02128-x.

Luo Z, Wang J, Zhou Y, Mao Q, Lang B, Xu S (2023). Workplace bullying and suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2023 Sep; 222:166-174. doi: 10.1016/j.puhe.2023.07.007. Epub 2023 Aug 4.

Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):60–76.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford, UK: Blackwell.

Ossa FC, Jantzer V, Neumayer F, Eppelmann L, Resch F, Kaess M (2023). Cyberbullying and School Bullying Are Related to Additive Adverse Effects among Adolescents. *Psychopathology*. 2023;56(1-2):127-137. doi: 10.1159/000523992.

Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng IS (2024). Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis. *J Youth Adolesc*. 2024 Jun;53(6):1301-1322. doi: 10.1007/s10964-024-01969-w. Epub 2024 Apr 2.

PICO-Frage 17: Besteht bei Menschen mit einem bestimmten/ umschriebenen genetischen Profil ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Suizidales Verhalten hat eine heritable Basis, die zum Teil – jedoch nicht vollständig – mit der Heritabilität verschiedener psychischer Erkrankungen überlappt; die Schätzung für die Heritabilität liegt bei ca. 43%, die SNP-basierte Heritabilität für Tod durch Suizid bei ca. 25%, diejenige für Suizidversuch bei 5-7% (Docherty et al., 2020; Docherty et al., 2023; Rozanov & Mazo, 2024) . Es kann also davon ausgegangen werden, dass es eine genetische Basis für suizidales Verhalten gibt, die zwischen unterschiedlichen Phänotypen von Suizidalität überlappt, als auch mit der genetischen Basis psychischer Erkrankungen, und hier ganz besondere Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, PTSD und ADHS. Um eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Studien zu erreichen, wurde hier von der Arbeitsgruppe Suizidalität des PGC eine Operationalisierung vorgeschlagen (Colbert et al., 2025).

Ähnlich zu psychischen Erkrankungen oder Persönlichkeitsfaktoren ist der Vererbungsmodus von suizidalem Verhalten komplex-genetisch. Dies bedeutet, dass zahlreiche genetische Varianten (sog. SNP, *single nucleotide polymorphisms* = Einzelbasenaustausche) mit nur jeweils **sehr geringer** individueller Risikoerhöhung miteinander interagieren, um das Gesamtrisiko zu erhöhen. Dies bedeutet auch, dass **die Kenntnis einer einzelnen genetischen Variante keinerlei Aussagekraft** für das Risiko suizidalen Verhaltens hat. Die Summation von vielen solcher genetischer Varianten, was als polygener Risikoscore (PRS) bezeichnet wird, erklärt hingegen einen messbaren Teil der genetischen Varianz von Suizidalität. Ein solcher PRS kann aus genomweiten Assoziationsstudien (GWAS) abgeleitet werden und dann auch bei einem individuellen Menschen bestimmt werden; die größten Studien umfassen momentan ca. 250.000 Fälle für Suicidal ideation, 65.000 Fälle für Suizidversuch bzw. ca. 9.000 Fälle (Suizid) (Colbert et al., 2025; Docherty et al., 2020; Kimbrel et al., 2022; Mullins et al., 2022; He et al., 2025). Momentan ist die erklärte Varianz jedoch immer noch zu gering, um eine individuelle Prädiktion zu erlauben; eine Anwendung in der Klinik ist daher momentan nicht sinnvoll (Iltis et al., 2023). Eine Übersicht über existierende GWAS und eine kritische Würdigung ihres Nutzens zur Prädiktion findet sich in der Arbeit von Rozanov & Mazo (2024). Einige wenige genetische Varianten existieren, die das Suizidrisiko relevant erhöhen; diese sind jedoch sehr selten (DiBlasi et al., 2021). Eine Metaanalyse von GWAS zu Suizid

konnte mehrere Gene identifizieren (*NLGN1*, *ROBO2*, *ZNF28*) die als gesichert mit Suizid assoziiert gelten können; auch hier gilt jedoch, dass trotz der hohen Signifikanz die Effektstärke bzgl. der Risikoerhöhung nur gering ist (Li et al., 2023). Gleiches gilt für Risikogene bzw. Genvarianten, die in einer großen Metaanalyse von Doherty et al., (2023) zu Suizidversuchen (ca. 45.000 Fälle) identifiziert werden konnten. Interessanterweise zeigte sich auch hier eine Assoziation mit *NLGN1*. Die beiden bislang größten Analysen sind bisher nur als Preprint erhältlich, stützen die o.g. Aussagen und implizieren Gene, die vorwiegend in subcorticalen Bereichen exprimiert werden (Colbert et al., 2025; He et al., 2025).

Es zeigt sich eine signifikante Überlappung der Risikogenvarianten von Suizid(versuch) und der Depression, Bipolaren Störung, PTSD, ADHS, Disinhibition als auch Schizophrenie, aber auch etlichen anderen komplex-genetischen Traits und Krankheiten (Docherty et al., 2020; Sokolowski & Wasserman, 2021; Mullins et al., 2022; Docherty et al., 2023; Kootbodien et al., 2023; Cabrera-Mendoza et al., 2024). Für eine Zuordnung zu gut definierten molekularbiologischen Pathways liegen derzeit noch keine starken Belege vor, wobei sich Hinweise auf eine Beteiligung von Genen finden, die für Hirnentwicklung und Inflammation codieren (Mirza et al., 2022).

Da die Bestimmung von PRS bei komplex-genetischen Traits sehr große Stichprobengrößen erfordert, ist die internationale Kooperation von Forschungsgruppe essentiell. Die größte Zusammenarbeit findet in der *Suicide Working Group* des *Psychiatric Genomics Consortiums* statt (<https://pgc.unc.edu/for-researchers/working-groups/suicide-working-group/>). Auf der Website findet sich in kompakter Form der Stand des Wissens (DiBlasi et al., 2021b). Zusammengefasst weisen die o.g. Studien darauf hin, dass unterschiedliche Komponenten suizidalen Verhaltens eine überlappende, aber auch distinkte genetische Architektur aufweisen; dass gleiches für psychischer Erkrankungen, insbesondere Depression und PTSD gilt; dass die identifizierten Gene vorwiegend neuronal und in subcorticalen Strukturen exprimiert sind; sich aber auf Basis genetischer Daten - sowohl Einzelbasen-Polymorphismen als auch PRS - aktuell noch keine Risikoeinschätzung für suizidales Verhalten machen lässt.

Empfehlungsgrad: 0	<u>Konsensbasiertes Statement:</u> 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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität allgemein (Prävalenzen): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Li D, He L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. Molecular psychiatry 2007;12(1):47-54.
Konsensstärke	84 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Cabrera-Mendoza, B., Aydin, N., Fries, G. R., Docherty, A. R., Walss-Bass, C., & Polimanti, R. (2024). Estimating the direct effects of the genetic liabilities to bipolar disorder,

schizophrenia, and behavioral traits on suicide attempt using a multivariable Mendelian randomization approach. *Neuropsychopharmacology*, 49(9), 1383-1391.

Colbert, S. M., Monson, E. T., Andreassen, O. A., Ayinde, O. O., Barr, P. B., Bejan, C. A., ... & Mullins, N. (2025). Defining suicidality phenotypes for genetic studies: perspectives of the Psychiatric Genomics Consortium Suicide Working Group. *Molecular psychiatry*, 30(12), 6144-6154.

DiBlasi, E., Shabalin, A. A., Monson, E. T., Keeshin, B. R., Bakian, A. V., Kirby, A. V., ... & Coon, H. (2021). Rare protein-coding variants implicate genes involved in risk of suicide death. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 186(8), 508-520.

DiBlasi, E., Kang, J., & Docherty, A. R. (2021b). Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological medicine*, 51(13), 2148-2155.

Docherty, A. R., Mullins, N., Ashley-Koch, A. E., Qin, X., Coleman, J. R., Shabalin, A., ... & Kelsoe, J. R. (2023). GWAS meta-analysis of suicide attempt: identification of 12 genome-wide significant loci and implication of genetic risks for specific health factors. *American journal of psychiatry*, 180(10), 723-738.

Docherty, A. R., Shabalin, A. A., DiBlasi, E., Monson, E., Mullins, N., Adkins, D. E., ... & Coon, H. (2020). Genome-wide association study of suicide death and polygenic prediction of clinical antecedents. *American journal of psychiatry*, 177(10), 917-927.

He, J., Cabrera-Mendoza, B., Qiu, D., Davtian, D., Mao, Z., Chen, Q., ... & Polimanti, R. (2025). Multivariate genome-wide association study of suicidal behaviors in > 1.7 million individuals of diverse population descents. *medRxiv*.

Iltis, A. S., Lewis, A., Neely, S., Seaton, S. W., & Jeong, S. H. (2023, September). Applying genetic and genomic tools to psychiatric disorders: a scoping review. In *Hec Forum* (Vol. 35, No. 3, pp. 293-308). Dordrecht: Springer Netherlands.

Kimbrel, N. A., Ashley-Koch, A. E., Qin, X. J., Lindquist, J. H., Garrett, M. E., Dennis, M. F., ... & Beckham, J. C. (2022). A genome-wide association study of suicide attempts in the million veterans program identifies evidence of pan-ancestry and ancestry-specific risk loci. *Molecular psychiatry*, 27(4), 2264-2272.

Kootbodien, T., London, L., Martin, L. J., Defo, J., & Ramesar, R. (2023). The shared genetic architecture of suicidal behaviour and psychiatric disorders: A genomic structural equation modelling study. *Frontiers in genetics*, 14, 1083969.

Li, Q. S., Shabalin, A. A., DiBlasi, E., Gopal, S., Canuso, C. M., FinnGen, International Suicide Genetics Consortium, ... & Coon, H. (2023). Genome-wide association study meta-analysis of suicide death and suicidal behavior. *Molecular psychiatry*, 28(2), 891-900.

Mirza, S., Docherty, A. R., Bakian, A., Coon, H., Soares, J. C., Walss-Bass, C., & Fries, G. R. (2022). Genetics and epigenetics of self-injurious thoughts and behaviors: Systematic review of the suicide literature and methodological considerations. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 189(7-8), 221-246.

Mullins, N., Kang, J., Campos, A. I., Coleman, J. R., Edwards, A. C., Galfalvy, H., ... & Leboyer, M. (2022). Dissecting the shared genetic architecture of suicide attempt, psychiatric disorders, and known risk factors. *Biological psychiatry*, *91*(3), 313-327.

Rozanov, V., & Mazo, G. (2024). Using the strategy of genome-wide association studies to identify genetic markers of suicidal behavior: a narrative review. *Consortium Psychiatricum*, *5*(2), 63.

Sokolowski, M., & Wasserman, D. (2021). A candidate biological network formed by genes from genomic and hypothesis-free scans of suicide. *Preventive medicine*, *152*, 106604.

PICO-Frage 18: Besteht bei Menschen mit psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zu Patient*innen ohne psychische Störungen?

Suizidalität allein auf das Vorliegen psychischer Erkrankung zu reduzieren, wird dem Phänomen nicht gerecht (Brieger et al., 2022; Schneider, 2003). Bei beinahe allen psychischen Erkrankungen ist jedoch das Suizidrisiko deutlich erhöht, insbesondere bei affektiven Erkrankungen (Depression, bipolare Störung), Schizophrenie und Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Fu et al. 2023; Too et al. 2019). Eine detaillierte Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 2 dargestellt.

Nahezu alle identifizierten systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen fanden beim Vorliegen einer psychischen Erkrankung eine signifikante Erhöhung des Risikos für Suizidalität (einschließlich Suizidversuche und Suizide) im Vergleich zu Personen ohne psychische Störung. Die Befunde sind konsistent, trotz unterschiedlicher Studiendesigns, Populationen und Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Instrumente und Diagnosesysteme. Besonders erhöht ist das Risiko für Suizidalität bei Vorliegen komorbider psychischer Störungen (siehe unten), bei Vorliegen von Hoffnungslosigkeit (Ribeiro et al., 2018, Metaanalyse) und Schlafstörungen bei anderen psychischen Störungen (Malik et al. 2014, Metaanalyse; Suizid: OR = 1,59, 95 % KI: 1,17–2,17; Suizidversuche: OR = 4,36, 95 % KI: 2,28–8,33; Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) OR = 2,69, 95 % KI: 1,62–4,48).

In der Vergangenheit wurden Risikofaktoren für Suizid vor allem bei den klassischen Betroffenen Gruppen (affektive Störungen, Schizophrenie und substanzbezogene Störungen) untersucht. Für diese Störungen liegen umfangreiche epidemiologische Untersuchungen und Metaanalysen vor, die das Risiko für Suizidalität, insbesondere für Suizid, untersuchen (siehe Schneider 2003; Harris und Barraclough 1997, 1998).

Im Versorgungskontext variieren die Suizidraten bei stationär aufgenommenen Patient*innen je nach diagnostischer Untergruppe und weisen jeweils eigene Suizidindikatoren, -faktoren und -muster auf. Insbesondere die Zeiten unmittelbar nach stationärer Aufnahme oder nach Entlassung stellen ausgeprägte Hochrisikophasen dar. Der Zeitpunkt und der Ort des Suizids scheinen mit fehlender sozialer Unterstützung, mangelnder Aufsicht und familiären Konflikten zusammenzuhängen (Bowers et al., 2010). Für stationär behandelte Patient*innen zeigten sich erhöhte Suizidrisiken insbesondere für kognitive Störungen (adjustierte Hazard

Ratio [AHR] = 2,89, 95 % KI: 2,24–3,74 für Frauen; AHR = 2,59, 95 % KI: 2,17–3,08 für Männer) und alkoholbedingte Störungen (AHR = 1,41, 95 % KI: 1,18–1,70 für Frauen; AHR = 1,22, 95 % KI: 1,09–1,37 für Männer). Suizide nach Entlassung standen bei Männern im Zusammenhang mit depressiven Störungen (AHR = 2,13, 95 % KI: 1,52–2,97) und Anpassungsstörungen (AHR = 1,94, 95 % KI: 1,32–2,83) sowie bei Frauen mit bipolaren Störungen (AHR = 1,94, 95 % KI: 1,21–3,09; Mortier et al. 2024).

Über die gesamte Lebensspanne ist bei Männern das Suizidrisiko bei bipolarer Störung am höchsten (7,77 %; 95 % KI 6,01 %–10,05 %), gefolgt von unipolarer affektiver Störung (6,67 %, 95 % KI: 5,72 %–7,78 %) und Schizophrenie (6,55 %, 95 % KI: 5,85 %–7,34 %). Bei Frauen war das höchste Suizidrisiko bei Schizophrenie (4,91 %, 95 % KI: 4,03 %–5,98 %) zu verzeichnen, gefolgt von bipolaren Störungen (4,78 %, 95 % KI: 3,48 %–6,56 %) (Nordentoft et al. 2011). Eine ältere Metaanalyse berichtete Lebenszeitsuizidraten von etwa 6 % für affektive Störungen, 7 % für Alkoholabhängigkeit und 4 % für Schizophrenie; für Schizophrenie ist das Suizidrisiko vor allem kurz nach Diagnosestellung besonders hoch, während es bei Alkoholabhängigkeit über die Lebensspanne hinweg vergleichsweise konstant erhöht bleibt (Inskip et al. 1998).

Metaanalytische Evidenz zeigt, dass das Vorliegen irgendeiner psychischen Störung mit einer deutlich erhöhten Suizidalität assoziiert ist. In einer großen Metaanalyse betrug die Odds Ratio für Suizidalität insgesamt 3,61 (95 % KI: 2,90–4,48) (Carrasco-Barrios et al. 2020). Diese Ergebnisse werden durch weitere Metaanalysen gestützt, die für unterschiedliche Endpunkte der Suizidalität – Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizidpläne – vergleichbare Effektstärken berichten (siehe Tabelle) (Too et al. 2019; Gili et al. 2016; Sutar et al. 2023). Die Metaanalyse von Sutar et al. (2023), die 43 kontrollierte psychologische Autopsiestudien einschloss, fand bei psychischen Störungen ein stark erhöhtes Risiko für Suizid (OR = 16,71, 95 % KI: 12,30 - 22,70). In einer großen populationsbasierten Metaanalyse von Registerstudien lag das relative Risiko für Suizid bei Personen mit irgendeiner psychischen Störung bei 7,5 (95 % KI: 6,6–8,6) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Too et al. 2019). Diese Befunde sprechen für eine substantielle Erhöhung des absoluten Suizidrisikos bei psychischen Störungen, insbesondere bei schweren Krankheitsverläufen und bei Vorliegen psychiatrischer Komorbidität.

Patient*innen, die sich je in stationärer oder ambulanter Behandlung befunden hatten, wiesen im Vergleich zu „Niedrigrisikogruppen“ (d. h. ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung) ein nahezu fünffach erhöhtes Suizidrisiko auf (OR = 4,84; 95 % KI: 3,79–6,20) (Large et al. 2016). Dies deutet darauf hin, dass psychische Störungen nicht nur als kategorialer, sondern auch als graduelle Risikofaktoren für Suizidalität zu verstehen sind. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit eines „Confounding by Indication“, da Suizidalität häufig selbst eine Indikation für eine stationäre oder intensivere Behandlung darstellt und die festgestellte Assoziation somit beeinflussen kann.

Sucht-, affektive und Angststörungen waren die psychischen Störungen, die am engsten mit suizidalem Verhalten bei Jugendlichen verbunden waren (Gili et al. 2019). Die Studie zeigte auch, dass Persönlichkeitsstörungen bei jungen Menschen, die durch Suizid starben, häufiger auftraten als in der Allgemeinbevölkerung (Gili et al. 2019).

Demenz (ICD-10 F00-F03)

Eine aktuelle, methodisch hochwertige Metaanalyse von Desai et al. (2024) mit 54 eingeschlossenen Studien zeigte ein signifikant erhöhtes Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) bei Menschen mit Demenz im Vergleich zu Personen ohne Demenz (OR = 1,62; 95 % KI: 1,17–2,24). Demgegenüber fand eine frühere Metaanalyse von Álvarez Muñoz et al. (2020) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Demenz und dem Vorliegen von Suizidgedanken. Dagegen gab für Suizidversuche dieselbe Metaanalyse bei Demenz (Álvarez Muñoz et al. 2020) ein signifikant erhöhtes Risiko an (OR = 2,24; 95 % KI: 1,01–4,97), das in der neueren Metaanalyse von Desai et al. (2024) nicht bestätigt wurde. Für den Endpunkt Suizid zeigte sich in beiden Metaanalysen kein signifikanter Zusammenhang mit Demenz (Álvarez Muñoz et al. 2020; Desai et al. 2024).

Subgruppenanalysen zeigten deutliche Risikounterschiede: Männer mit Demenz unternahmen häufiger Suizidversuche (OR = 1,28; 95 % KI: 1,25–1,31) und verstarben häufiger durch Suizid (OR = 2,88; 95 % KI: 1,54–5,39) als Frauen, und jüngere Menschen mit Demenz wiesen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf (OR = 2,82; 95 % KI: 2,16–3,68; Desai et al. 2024). Personen mit mittelschwerer Demenz hatten ein höheres Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) als Personen mit leichter Demenz (OR = 1,59; 95 % KI: 1,11–2,28; Desai et al. 2024).

Eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von Medeisyste et al. (2025) zeigte zudem, dass das Vorliegen einer Komorbidität von Demenz mit einer anderen psychischen Erkrankung mit einem signifikant erhöhten Risiko für Suizid assoziiert ist (OR = 2,61; 95 % KI: 1,47–4,63), insbesondere bei komorbider Depression (Suicidal ideation: OR = 5,11, 95 % KI: 1,73–15,07; Suizidversuche: OR = 7,75, 95 % KI: 2,68–22,41; Suizid: OR = 3,44, 95 % KI: 1,65–7,18) und komorbiden Angststörungen (Suicidal ideation: OR = 3,69; 95 % KI: 1,41–9,66, Suizidversuche: OR = 2,27, 95 % KI: 1,08–4,78; Suizid: 2,36, 95 % KI: 2,02–2,75), bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen (Suizidversuche: OR = 4,60; 95 % KI: 1,36–15,55) sowie für Suizid bei Substanzkonsumstörungen (OR = 2,19; 95 % KI: 1,80–2,66).

Die Metaanalyse von Nuzum et al. (2025) weist darauf hin, dass im Vergleich zur Alzheimer-Demenz Personen mit vaskulärer Demenz ein erhöhtes Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR = 2,02; 95 % KI: 1,06–3,80) und Suizidversuche (OR = 1,94; 95 % KI: 1,28–2,94) zeigten. Bei Lewy-Körperchen-Demenz fand sich ein erhöhtes Risiko für Suicidal ideation (OR = 1,56; 95 % KI: 1,09–2,23), jedoch nicht für Suizidversuche.

Psychotische Störungen / Schizophrenie (ICD-10 F2.x)

Psychotische Störungen, insbesondere Schizophrenie, sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizidalität assoziiert. Eine Metaanalyse gab ein RR = 13,2 (95 % KI: 8,6–20,3) für psychotische Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung an (Too et al. 2019). Diese Befunde werden durch eine Metaanalyse zu Suizidraten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bestätigt, die für Schizophrenie signifikant erhöhte Suizidraten angibt (Fu et al. 2023).

Metaanalytische Längsschnittdaten zeigen darüber hinaus konsistent erhöhte Risiken für verschiedene Dimensionen der Suizidalität bei psychotischen Störungen: Für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) wurde eine Odds Ratio von = 1,70 (95 % KI: 1,39–2,08), für Suizidversuche von = 1,36 (95 % KI: 1,25–1,48) und für Suizid von = 1,40 (95 % KI: 1,14–1,72; Huang et al. 2018). Für Suizid errechneten weitere Metaanalysen für Schizophrenie erhöhte Werte (OR = 8,17; 95 % KI: 3,47 - 19,23) und für Psychosen (OR = 3,04; 95 % KI: 1,07 - 8,63; Sutar et al. 2023); kontrollierte psychogische Autopsiestudien) bzw. Schizophrenie (OR = 5,98; 95 % KI: 3,33 - 10,72; Moitra et al., 2021). Metaanalysen zeigten bezüglich des Suizidrisikos keine Geschlechtsunterschiede (Männer: OR = 6,09, 95 % KI: 3,73–10,98, Frauen:

OR = 5,88, 95 % KI: 3,24- 10,66, Moitra et al. 2021 ; Männer: RR = 9,03, 95 % KI: 5,96 - 13,67; Frauen RR = 12,09, 95 % KI: 9,00 - 16,25; Solmi et al. 2025).

Bei jungen Menschen mit Schizophrenie ist das Risiko für Suizid und Suizidversuche signifikant erhöht (Barbeito et al. 2021): Faktoren, die mit höheren Risiken für suizidales Verhalten assoziiert waren, waren unter anderem die Zeiten vor Aufnahme in stationäre Behandlung und kurz nach Entlassung sowie früheres suizidales Verhalten. Besonders hohe Risiken für suizidales Verhalten wurden bei Erkrankungsbeginn festgestellt (Sicotte et al. 2021, Tabelle 2).

Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)

Affektive Störungen zählen zu den wichtigsten psychischen Risikofaktoren für Suizidalität. Die vorliegenden Metaanalysen und registerbasierten Kohortenstudien zeigen konsistent, dass Personen mit affektiven Störungen – einschließlich unipolarer und bipolarer Störungen – im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidalität einschließlich von Suizidversuchen und Suizid aufweisen. Metaanalysen berichten für affektive Störungen ein bis 14-fach erhöhtes Risiko für Suizid (Too et al. 2019, Conner et al. 2019, Sutar et al. 2023). Auch für Dysthymie ist das Suizidrisiko erhöht (RR 5,98; 95 % KI: 2,09-8,09; Moitra et al. 2021) (siehe Tabelle 2).

Für verschiedene Endpunkte der Suizidalität wurden in Metaanalysen signifikant erhöhte Effektstärken berichtet, mit konsistenten Risikoerhöhungen für alle Typen von Suizidalität (einschließlich von Todeswünschen, Suicidal ideation und Suizidversuchen; Carrasco-Barrios et al. 2020). Besonders hohe Risiken zeigen sich bei schweren Krankheitsverläufen, bei behandlungsresistenten Verläufen sowie in zeitlich vulnerablen Phasen der Versorgung, insbesondere im ersten Jahr nach stationärer Entlassung (Arnone et al. 2024; Crump et al. 2013).

Unipolare Depressionen (ICD-10 F32, F33)

Unipolare depressive Störungen sind konsistent mit signifikant erhöhten Risiken für alle zentralen Endpunkte der Suizidalität assoziiert. In der Metaanalyse von Ribeiro et al. (2018) zeigten sich im Vergleich zu Personen ohne Depression erhöhte Risiken für Suizidalität ohne

suizidales Verhalten (Suicidal ideation), Suizidversuche sowie Suizid (siehe Tabelle 2). Neuere Metaanalysen fanden für Suizid ein bis etwa zehnfach erhöhtes Risiko (Conner et al. 2019, Moitra et al. 2021, Arnone et al. 2024, Sutar et al. 2023, siehe Tabelle 2).

Für unipolare psychotische depressive Störungen wurde ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche berichtet (Gournellis et al. 2018, siehe Tabelle 2). Für therapieresistente Depressionen wurden deutlich erhöhte Risiken für Suizidalität berichtet. In einer Metaanalyse von Carrasco-Barrios et al. (2020) zeigte sich für diese Patientengruppe eine Odds Ratio von = 7,69 (Tabelle 2).

Register- und populationsbasierte Studien zeigen, dass das Suizidrisiko bei Major Depression insbesondere in kritischen Versorgungsphasen deutlich ansteigt. So wurde im ersten Jahr nach stationärer Entlassung ein stark erhöhtes Suizidrisiko beschrieben (OR = 8,62; Arnone et al. 2024). Darüber hinaus weisen Männer mit Major Depression ein signifikant höheres Risiko für Suizidtod auf als Frauen (HR = 3,27; 95 % KI: 1,55–6,90; Li et al. 2022). Als konsistent identifizierte Risikomodifikatoren gelten frühere Suizidversuche oder suizidale Handlungen, höhere Depressionsschwere, Hoffnungslosigkeit, belastende Lebensereignisse, familiäre psychische Vorbelastung sowie komorbide psychische Störungen (insbesondere Angststörungen und Substanzkonsumstörungen, Hawton et al. 2013).

Bipolare Störungen (ICD-10 F31)

Bei bipolaren Störungen ist das Suizidrisiko ähnlich wie bei unipolaren depressiven Störungen erhöht (Conner et al. 2019, Arnone et al. 2024, Novick et al. 2010, Sutar et al. 2023, Moitra et al. 2021) (Siehe Tabelle 2). Im Unterschied zu anderen Ausprägungsgraden von Suizidalität liegen für den Endpunkt Suizid umfangreiche Metaanalysen und Register-basierte Studien (z. B. Crump et al. 2014; Plans et al. 2019) vor. Etwa ein Drittel der Betroffenen berichtet im Verlauf mindestens einen Suizidversuch, mit Prävalenzen von 36,3 % bei Bipolar-I-Störung und 32,4 % bei Bipolar-II-Störung (Novick et al. 2010; Arnone et al. 2024). Suizidraten bei Bipolar-II und Bipolar-I-Störungen sind ungefähr gleich (OR= 1,00; 95 % KI: = 0,75-1,34; Dev et al. 2024).

In Metaanalysen, systematischen Reviews und umfangreichen Registerstudien wurden erhöhte Risiken für Suizid bei bipolaren Störungen für männliches Geschlecht, bei

Hoffnungslosigkeit sowie bei vorangegangenen Suizidversuchen wiederholt identifiziert; auch kürzliche affektive Episoden, Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, Alleineleben, Übergänge im Versorgungskontext (z. B. nach stationärer Behandlung), strafrechtliche Verurteilung sind neben anderen Faktoren mit einer erhöhten Gefährdung assoziiert (Hawton et al. 2005; Plans et al. 2019; Hansson et al. 2018).

Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, körperdysmorphe Störungen (ICD-10 F40-F49)

In großen systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen wurden Angststörungen mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität gefunden (Carrasco-Barrios et al. 2020), wobei das Risiko sowohl für Suizid (Kanwar et al. 2013, Too et al. 2019, Moitra et al. 2021, Sutar et al. 2023) als auch für Suizidversuche und Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; Kanwar et al. 2013) erhöht war. Eine aktuelle Metaanalyse zeigte, dass Angststörungen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter (10 bis 24 Jahre) das Risiko für spätere suizidale Verhaltensweisen signifikant erhöhen, wobei die Effektstärke mit zunehmender Nachbeobachtungsdauer anstieg (Fang et al. 2024). Höhere Angstsymptomlast ist unabhängig mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), Suizidversuche und Suizid assoziiert (Stanley et al. 2018). Bei Panikstörungen sind insbesondere komorbide Depressionen, höheres Lebensalter, jüngeres Alter bei Erstmanifestation, Alkoholabhängigkeit sowie das Vorliegen einer Agoraphobie mit einem erhöhten Risiko für Suizidversuche verbunden, wie eine Metaanalyse ergab (Tietbohl-Santos et al. 2019).

Eine systematische Übersichtsarbeit fand, dass Personen mit Zwangsstörungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein stark erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, mit Odds Ratios für Suizid zwischen 3,02 und 9,83 (Albert et al. 2019). Auch für Suizidversuche und Suizidalität ohne suizidales Verhalten wurden signifikant erhöhte Risiken mit vergleichbaren Größenordnungen berichtet. Besonders gefährdet für Suizidalität wurden in einem systematischen Review Patient*innen mit Komorbidität von Achse I-Störungen, hoher Schweregrad der Zwangssymptome, höhere Schwere depressiver oder Angstsymptome gefunden (Angelakis et al. 2015).

Auch die körperdysmorphe Störung ist mit einer deutlich erhöhten Suizidalität assoziiert. Meta-analytische Daten zeigen signifikant erhöhte Risiken für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), Suizidversuche und suizidales Verhalten insgesamt, mit berichteten Effektstärken im Bereich von $OR \approx 2,6$ bis $3,8$ im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Angelakis et al. 2016).

Anpassungsstörungen weisen eine hohe Prävalenz unter Personen mit Suizidversuchen auf, wobei Selbstvergiftung die häufigste Methode darstellt. Interpersonelle Konflikte sind der häufigste Auslöser suizidaler Handlungen (Fega

ADHS (ICD-10 F90)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizidalität insgesamt, Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), Suizidversuche sowie Suizid bei Personen mit ADHS im Vergleich zu Personen ohne ADHS assoziiert, wie in aktuellen Metaanalysen gezeigt wurde (Garas et al. 2025; Austgulen et al. 2023, siehe Tabelle 2). In klinischen Stichproben berichteten Personen mit ADHS zudem deutlich häufiger Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) als Kontrollpersonen (46,0 % vs. 5,9 %) (Giupponi et al. 2020). Besonders ausgeprägt erscheint das Risiko bei Personen mit hyperaktiv-impulsivem oder kombiniertem ADHS-Subtyp (Garas et al. 2025). Große populationsbasierte Registerstudien weisen ebenfalls auf eine erhöhte Rate von suizidalem Verhalten bei an ADHS leidenden Patient*innen hin (OR für SV 3,6; für Suizid 5,9; Ljung et al., 2014).

Essstörungen (ICD-10 F50)

Essstörungen sind laut Metaanalysen und Übersichtsarbeiten Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche (Lai et al., 2025, Smith et al. 2019). Nach der Metaanalyse von Smith et al. (2019) besteht eine Assoziation zwischen den Diagnosen "Essstörungen" und Suizidversuchen ($wOR = 2,19$, 95 % KI: 1,55-3,09) sowie tendenziell Suiziden ($wOR = 1,71$, 95 % KI: 0,98-2,98). Bei Anorexia nervosa sind die Risiken für Suizid hoch (ORs zwischen 2,4 - 23,3; Lai et al., 2025). Im Untersuchungszeitraum sind 21% (95 % KI: 14-30 %) aller Todesfälle bei Anorexia nervosa durch Suizid verstorben (Lai et al., 2025).

Autismus (ICD-10 D84)

Autismus ist ein Risikofaktor für Suizidalität sowohl bei Erwachsenen (OR = 3,84, 95 % KI: 2,78-5,30) als auch bei Kindern (OR = 2,53, 95 % KI: 1,70-3,76; Blanchard et al., 2021).

Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6)

Persönlichkeitsstörungen sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizidalität und Suizidtod assoziiert und zählen zu den psychischen Erkrankungen mit den höchsten relativen Suizidraten. Große Metaanalysen zeigten für Personen mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein stark erhöhtes Suizidrisiko (Too et al., 2019, Sutar et al., 2023); diese Übersterblichkeit zeigte auch ein aktuelles Review (SMR = 22,69; 95 % KI: 19,53–26,35; Komasi et al. 2025). Zu Persönlichkeitsstörungen als Risikofaktoren für Suizid gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen (siehe Schneider, 2008).

Gut untersucht ist das Suizidrisiko bei emotional instabilen Persönlichkeitszügen, insbesondere bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Für diese Störungsgruppe wird aus Metaanalysen berichtet, dass etwa 2–8 % der Betroffenen im Krankheitsverlauf durch Suizid versterben (Álvarez-Tomás et al., 2019, Lak et al., 2025), 52 % Suizidversuche durchführen und 80 % unter Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) leiden (Lak et al., 2025). Systematische Übersichtsarbeiten bestätigen, dass wiederholte Suizidversuche, ausgeprägte Impulsivität, Affektlabilität sowie interpersonelle Konflikte zentrale Risikofaktoren darstellen (McClelland et al., 2023).

Auch jenseits kategorialer Diagnosen sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale klinisch bedeutsam. Insbesondere im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind emotionale Instabilität und Impulsivität mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten assoziiert (Moselli et al. 2023).

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Verhaltenssüchte (ICD-10 F1)

Störungen durch Substanzkonsum

Störungen durch Substanzkonsum (Carrasco-Barrios et al. 2020; Too et al. 2019; Poorolajal et al. 2015, Conner et al. 2019, Rioux et al. 2021) und auch Substanzmissbrauch (Sutar et al.

2023, Athey et al. 2024) sind konsistent mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität assoziiert, was von einer Vielzahl von Metaanalysen belegt wurde; wobei die Ergebnisse zwischen den Studien jedoch heterogen sind. Ein erhöhtes Risiko wurde sowohl für Suizidalität allgemein (Carrasco-Barrios et al., 2020) als auch für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) und Suizidversuche (Poorolajal et al., 2015) gefunden. Während die ältere Metaanalyse von Poorolajal et al. (2014), die 43 Studien eingeschlossen hatte, eine nicht eindeutige Erhöhung des Risikos für Suizid fand, zeigte eine neuere Metaanalyse, die hauptsächlich Registerstudien einschloss, ein fast vierfach erhöhtes Suizidrisiko (Too et al., 2019). Geschlechtsspezifische Analysen deuten darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Suizid bei Frauen (SMR = 12,37, 95 % KI: 7,07–21,63) insgesamt stärker als bei Männern (SMR = 5,21, 95 % KI: 3,09–8,78) ausgeprägt war (Athey et al. 2024). Für Patient*innen, die aufgrund von Störungen durch Substanzkonsum behandelt wurden, wurde die Prävalenz von Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) zwischen 20 % und 62,2 % und die Prävalenz von Suizidversuchen zwischen 15,8 % und 52,1 % angegeben (Leza et al., 2024).

Carrasco-Barrios et al. (2020) beschrieben in einer Metaanalyse (europäische Bevölkerung) Faktoren, die mit Suizidalität zusammenhängen: weibliches Geschlecht, Alter über 65 Jahre, Arbeitslosigkeit, geringe soziale Unterstützung, Widrigkeiten im Erwachsenenalter, Widrigkeiten in der Kindheit, psychische Erkrankungen in der Familienanamnese, affektive Störungen, schwere Depressionen, Angst-/Stress-/somatoforme Störungen, Tabak- und Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Body-Mass-Index (≥ 30 Kg/m²).

In einer weiteren Metaanalyse (Armoon et al. 2021) wurden bei Patient*innen mit Störungen durch Substanzkonsum eine Assoziation von Rauchen, sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte, Depressionen sowie Störungen in Zusammenhang mit Konsum von Alkohol und Cannabis mit Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) sowie von weiblichem Geschlecht, Rauchen, körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte, Depressionen sowie Alkohol-, Cannabis-, Kokain- und Amphetaminkonsumstörungen mit Suizidversuchen gefunden.

Störungen in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (ICD-10 F10)

Störungen durch Alkoholkonsum, einschließlich Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch, sind konsistent mit einer deutlich erhöhten Suizidalität assoziiert, wobei die Heterogenität zwischen den Studien hoch ist. Eine Vielzahl von Metaanalysen belegt diesen Zusammenhang sowohl für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) und Suizidversuche (Darvishi et al. 2015) und Suizid (Darvishi et al. 2015, Sutar et al. 2023, Conner et al. 2019). Besonders hohe Risiken sind mit akutem Alkoholkonsum verbunden. In einer Metaanalyse lag die Odds Ratio für Suizidversuche bei akut hohem Alkoholkonsum bei (OR = 37,18; 95 % KI: 17,38–79,53; Borges et al. 2017).

Auch Metaanalysen, die den Zusammenhang zwischen "Alkoholkonsum" und Suizid untersuchten, ermittelten ein erhöhtes Suizidrisiko (R = 1,94; 95 % KI: 1,30-2,90 bzw. OR = 1,74, 95 % KI: 1,31- 2,31, Isaacs et al., 2022; SMR = 5,39, 95 % KI: 3,02–19,62, Athey et al., 2024). Der Begriff "Alkoholkonsum" ist in diesen Studien nicht eindeutig definiert und umfasst unterschiedliche Ausprägungsgrade des Alkoholkonsums, die von gelegentlichem Konsum bis hin zur Alkoholabhängigkeit reichen. Gegenüber "Alkoholkonsum" war die Diagnose von AUD/alkoholbedingten Problemen mit höheren Suizidrisiken assoziiert (RR = 3,23; 95 % KI: 1,69-6,19; OR = 2,29; 95 % KI: 1,24-4,23; Isaacs et al. 2022; Alkoholmissbrauch: SMR = 5,51, 95 % KI: 3,12–9,74, Athey et al., 2024).

Eine aktuelle Dosis-Wirkungs-Metaanalyse (Lange et al., 2024b) zeigte, dass bereits ein durchschnittlicher Konsum von 10 g reinem Alkohol pro Tag gegenüber lebenslanger Abstinenz mit einem signifikant erhöhten Suizidrisiko assoziiert ist (Männer: RR = 1,11, 95 % KI: 1,05-1,18 bzw. Frauen RR: 1,64, 95 % KI: 1,07-2,51; bei 50 g/Tag: Männer: 1,71, 95 % KI: 1,25-2,33 bzw. Frauen: 11,75, 95 % KI: 1,38-100,33), wobei sich das Suizidrisiko mit zunehmender Konsummenge deutlich steigert (Lange et al., 2024b).

Ältere Metaanalysen fanden ein höheres Suizidrisiko bei Störungen durch Alkoholkonsum bei Frauen als bei Männern (z. B. Wilcox et al., 2004). Neuere Ergebnisse sind bezüglich Geschlechtsunterschieden nicht einheitlich. Alkoholmissbrauch war in einer Metaanalyse stärker mit Suizid bei Frauen (SMR = 11,41, 95 % KI: 5,94–21,91) als bei Männern (SMR = 4,60, 95 % KI: 2,46–8,61; Athey et al., 2024).

Eine große Metaanalyse (Lange et al., 2024a) mit insgesamt 38 Millionen eingeschlossenen Teilnehmenden berichtete sowohl für Männer (OR = 3,03 95 % KI: 2,31-3,99) als auch für Frauen 3,41 (95 % KI: 2,25-5,15) bei Störungen durch Alkoholkonsum vergleichbar erhöhte Risiken für Suizid. Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass das Studiendesign (Längsschnittstudien vs. Querschnittsstudie, d. h. kontrollierte psychologische Autopsiestudien) den beobachteten Zusammenhang zwischen Suizidsterblichkeit und Störungen durch Konsum von Alkohol bei beiden Geschlechtern beeinflusst, wobei bei Frauen bei kontrollierten psychologischen Autopsiestudien das ermittelte Suizidrisiko am höchsten ist (OR = 6,88, 95 % KI: 6,53-7,25).

Störungen in Zusammenhang mit Cannabiskonsum (ICD-10 F12)

Metaanalysen, allerdings mit hoher Heterogenität, zeigen, dass sowohl Störungen durch Cannabiskonsum (Athey et al., 2024) und chronischer Cannabiskonsum (OR = 2,56, 95 % KI: 1,25–5,27; Borges et al. 2016) mit einem erhöhten Risiko für Suizid assoziiert sind. Cannabiskonsum (OR=1,43, 95 % KI: 1,13–1,83) und starker Cannabiskonsum (OR=2,53, 95 % KI: 1,00–6,39) stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), Cannabiskonsum (OR=2,23, 95 % KI: 1,24–4,00) und starker Cannabiskonsum (OR=3,20, 95 % KI: 1,72–5,94) erhöhen das Risiko für Suizidversuche (Borges et al., 2016).

Metaanalysen zu Cannabiskonsum im jungen Erwachsenenalter zeigen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR 1,50, 95 % KI: 1,11–2,03; Gobbi et al., 2019; OR = 1,57, 95 % KI: 1,34–1,84, Oliviera et al., 2024; OR = 2,04, 95 % KI: 1,64-2,53, Fresán et al., 2022), Suizidpläne (OR = 1,67, 95 % KI: 1,55-1,80, Fresán et al., 2022) sowie für Suizidversuche (OR = 3,46, 95 % KI: 1,53–7,84; Gobbi et al., 2019; OR = 2,33, 95 % KI: 1,78-3,05, Fresán et al., 2022) gegenüber Nichtkonsumenten, wobei Alter negativ mit dem Risiko von Suizidversuchen assoziiert war (Fresán et al., 2022). Im Vergleich zu Personen, die noch nie Cannabis konsumiert hatten, wiesen junge Erwachsene, die bereits vor dem 17. Lebensjahr täglich Cannabis konsumierten, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch auf (OR = 6,83; 95 % KI: 2,04–22,90) (Silins et al., 2014). In einer aktuellen Metaanalyse (Maviel et al., 2025) mit 25 eingeschlossenen Studien blieb Cannabiskonsum auch nach Adjustierung für depressive Symptomatik mit erhöhter Suizidalität assoziiert. Nach

Adjustierung für depressive Symptome wurde ein erhöhtes Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; Jugendliche: OR = 1,46, 95 % KI: 1,17–1,83; Erwachsene: OR = 1,78; 95 % KI: 1,28–2,46) sowie für Suizidversuche bei Jugendlichen gefunden (OR = 2,17; 95 % KI: 1,56–3,03; Maviel et al., 2025).

Tabakkonsum (ICD-10 F17)

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und verschiedene Endpunkte für Suizidalität wurde wiederholt in sehr umfangreichen Metaanalysen nachgewiesen, die bis mehr als 8 Millionen Menschen umfassen und nur prospektive Kohortenstudien (Li et al., 2012, Echeverria et al., 2021, Athey et al., 2024) oder zusätzlich retrospektive Fall-Kontroll-Studien (Poorolajal und Darvishi, 2016) einschlossen.

Im Vergleich zu Nichtrauchern hatten aktuelle Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern ein höheres Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR = 2,05, 95 % KI: 1,53–2,58, Poorolajal und Darvishi 2016; RR = 1,84, 95 % KI: 1,21–2,78, Echeverria et al., 2021), Suizidpläne (OR = 2,36, 95 % KI: 1,69–3,02, Poorolajal und Darvishi, 2016) und Suizid (RR = 1,83; 95 % KI: 1,64, 2,02; Poorolajal und Darvishi, 2016; RR = 1,81, 95 % KI: 1,50–2,19, Li et al. 2012; SMR = 1,83, 95 % KI: 1,20–2,79, Athey et al., 2024; RR = 2,41, 95 % KI: 2,08–2,80, Echeverria et al., 2021), wobei für Suizidversuche kein robuster Zusammenhang festgestellt wurde (OR = 2,84, 95 % KI: 1,49–4,19, Poorolajal und Darvishi, 2016; RR = 1,71, 95 % KI: 0,73–3,97, Echeverria et al. 2021). Eine Metaanalyse mit ausschließlich Studien aus europäischen Ländern (Carrasco-Barrios et al., 2020) zeigte ebenfalls konsistent erhöhte Risiken für suizidales Verhalten (OR = 2,67, 95 % KI: 2,13–3,34), für Suizidversuche (OR = 3,62, 95 % KI: 2,46–5,34) und für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR = 2,27, 95 % KI: 1,83–2,81). Zudem wurde eine signifikante Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Rauchen und Suizid festgestellt, wobei das Suizidrisiko mit jeder Erhöhung um 10 gerauchte Zigaretten pro Tag um 24 % anstieg (RR, 1,24, 95 % KI: 1,20–1,28; Li et al., 2012). Metaanalytisch wurde auch ein Zusammenhang zwischen Konsum von E-Zigaretten und verschiedenen Endpunkten von Suizidalität ermittelt (Suicidal ideation: OR = 1,49, 95 % KI: 1,36–1,62, Suizidversuche: OR = 2,50, 95 % KI: 2,00 bis 4,00, Suizidpläne: OR = 2,31, 95 % KI: 1,81–2,81, Awad et al., 2024).

Gegenüber Nichtrauchern ist das Suizidrisiko bei aktuellen Raucherinnen (RR = 2,51, 95 % KI: 2,06–3,04) signifikant stärker ausgeprägt als bei rauchenden Männern (RR = 2,06, 95 % KI: 1,62–2,62, Echeverria et al., 2021).

Ehemalige Raucher im Vergleich zu Nie-Rauchern zeigen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; RR = 1,35, 95 % KI: 1,31–1,39 Echeverria et al., 2021) und Suizide (RR = 1,28, 95 % KI: 1,001–1,64, Li et al., 2012; RR = 1,31, 95 % KI: 1,13–1,52, Echeverria et al., 2021), wobei für Suizidversuche lediglich eine Tendenz festgestellt wurde (RR = 1,27, 95 % KI: 0,56–2,87, Echeverria et al., 2021).

Störungen in Zusammenhang mit anderen psychotropen Substanzen

Konsum von Opioiden war in älteren und einer neueren Metaanalyse (Athey et al., 2024) mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert (SMR = 5,46, 95 % KI: 3,66–8,15; Männer: SMR = 5,58 95 % KI: 3,36–9,24; Frauen: SMR = 12,63, 95 % KI: 8,54–18,68).

Bei Kokainkonsum fanden Metaanalysen keine einheitlichen Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs mit Suizid (SMR = 6,26, 95 % KI: 2,84–9,68, Peacock et al., 2021; SMR = 2,02, 95 % KI: 0,57–7,20, Athey et al., 2024), was aber möglicherweise an der kleinen Anzahl heterogener Studien mit meist kleinen Stichproben liegt. Oliveira Gracina et al. (2024) fanden für jugendliche Kokainkonsumenten in einer umfangreichen Metaanalyse eine 2,57-mal höhere Wahrscheinlichkeit für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation, 95 % KI: 1,47–4,50).

Metaanalysen ermittelten erhöhte Risiken für Suizid bei Amphetaminkonsum (SMR 11,97, 95 % KI: 3,13–45,74, Athey et al., 2024) und bei problematischem Konsum von Amphetaminen oder Amphetaminabhängigkeit (SMR = 12,20, 95 % KI: 4,89–30,47, Stockings et al., 2019). Eine Störung durch Amphetaminkonsum (OR = 2,3, 95 % KI: 1,8–2,9) und Amphetamingebrauch waren mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität (Einschluss verschiedener Typen von Suizidalität einschließlich Suizid; OR = 4,4; 95 % KI: 2,4–8,2) und für Suizidversuche assoziiert (OR = 3,6, 95 % KI: 2,2–5,9; McKetin et al. 2019). Das Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) ist ebenfalls erhöht (OR = 2,2, 95 % KI: 1,8–2,8, wobei die meisten dieser Studien zu Suicidal ideation vorwiegend Personen mit Störungen durch Amphetaminkonsum eingeschlossen hatten (McKetin et al., 2019).

Konsum von mehreren Substanzen war mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert (SMR = 6,83, 95 % KI: 3,46–13,47, Athey et al. 2024), was bereits auch ältere Metaanalysen (z. B. Wilcox et al., 2004) zeigten.

Folgende potenzielle Faktoren wurden durch ein Scoping Review von Devin et al. (2023) identifiziert, die mit dem Tod durch Suizid bei Drogenkonsum in Verbindung stehen: weibliches Geschlecht, psychische Erkrankungen, "jüngeres" Lebensalter, Konsum von Stimulanzien, Cannabis oder neuen psychoaktiven Substanzen, fehlende Angebote für Doppeldiagnosen, Obdachlosigkeit, Inhaftierung, intravenöser Drogenkonsum sowie ethnische Zugehörigkeit (Devin et al. 2023).

Bei Glücksspielsucht zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz von 31 % (95 % KI: 23–39%) für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), 17 % (95 % KI: 0–34%) für Suizidpläne und 16% (95 % KI: 12–20%) für Suizidversuche (Armoon et al. 2023).

Komorbidität mehrerer psychischer Störungen

Komorbid auftretende psychische Störungen zählen zu den stärksten Risikofaktoren für suizidales Verhalten. Menschen mit mehreren psychischen Erkrankungen wie Kombinationen aus affektiven Störungen, Substanzstörungen, Schizophrenie und Störungen mit eingeschränkter Impulskontrolle weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf. Epidemiologische Untersuchungen fanden einen Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Suizid, der mit zunehmendem Alter stärker wird, während bei jüngeren Menschen eher affektive Störungen zusammen mit Alkoholabhängigkeit mit schwerwiegenden Suizidversuchen assoziiert sind; dies könnte auf altersabhängige Unterschiede in Impulsivität, Aggression oder Subtypen des Alkoholismus zurückzuführen sein (Conner et al., 2003a, 2003b).

Auch der Konsum anderer Substanzen spielt eine Rolle. So ist Cannabiskonsum bei Menschen mit Schizophrenie weit verbreitet und mit ungünstigen klinischen Verläufen assoziiert. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit mit Metanaalyse zeigt, dass Cannabiskonsum das Risiko für Suizidversuche (OR = 1,40, 95 % KI: 1,16-1,68) und Suizid (HR = 1,21, 95 % KI: 1,04-1,40) erhöht, jedoch nicht generell für alle Typen von Suizidalität. Die Effekte bleiben in den

meisten Subgruppen stabil, verlieren jedoch in einigen Längsschnittanalysen an Signifikanz (Mulligan et al., 2025).

Insgesamt zeigt die Evidenz, dass die Komorbidität psychischer Störungen das Suizidrisiko erheblich verstärkt, wobei unterschiedliche Störungsbilder verschiedene Stadien suizidalen Verhaltens beeinflussen.

Säulendiagramm 1: Psychische Störungen (Vereinfachte Darstellung, wird noch überarbeitet)

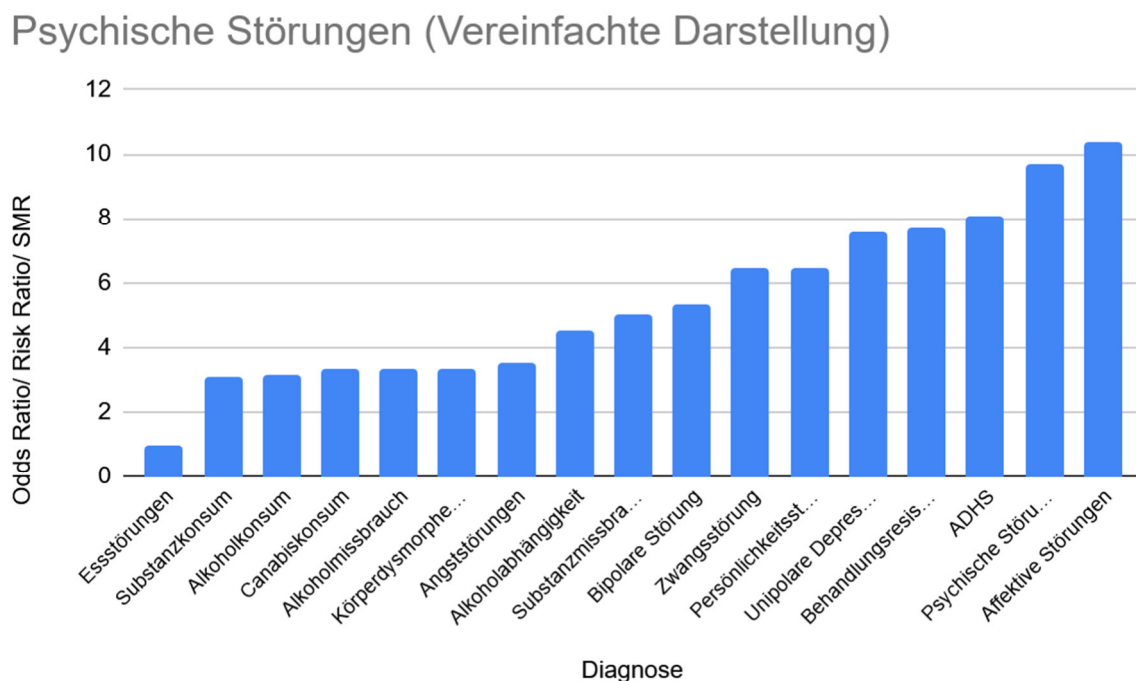


Tabelle 2: Psychische Störungen (ausschließlich Metaanalysen und Systematische Übersichtsarbeiten wird noch überarbeitet)

Diagnose	Suizide	Suizidversuche	Suicidal ideation einschließlich Suizidgedanken	Suizidalität Allgemein	Quelle
Jede psychische Störung				OR = 3,61 (95 % KI: 2,90–4,48)	Carrasco-Barrios et al., 2020*

	OR = 10,83 (95 % KI: 4,69–25,00)	OR = 3,56 (95 % KI: 2,24– 5,67)			Gili et al., 2016*
	RR = 7,5 (95 % KI: 6,6– 8,6)				Too et al., 2019*
	pooled OR = 16,71 (95 % KI: 12,29–22,70)				Sutar et al., 2023*
Störungen durch Substanzkon- sum				OR = 2,45 (95 % KI: 2,01– 2,99)	Carrasco- Barrios et al. 2020*
	RR = 4,4 (95 % KI: 2,9– 6,8)				Too et al. 2019*
	OR = 1,49 (95 % KI: 0,97–2,00)	OR 2,49 (95 % KI: 2,00–2,98;	OR 2,04 (95 % KI: 1,59– 2,50)		Poorolajal et al. 2015*
	OR = 4,09 (95 % KI: 3,10–5,40)				Conner et al. 2019*
Substanzmis- sbrauch	OR = 4,46 (95 % KI: 2,93-6,77)				Sutar et al. 2023*
	SMR = 5,58 (95 % KI: 3,63–8,57)				Athey et al. 2024*
Störungen durch Alkoholkon- sum	OR = 2,59 (95 % KI: 1,95–3,23)	OR=3,13 (95 % KI: 2,45–3,81)	OR=1,86 (95 % KI: 1,38– 2,35)		Darvishi et al. 2015*
	OR = 3,68 (95 % KI: 1,99–6,82)				Conner et al. 2019*

Alkoholmissbrauch	OR = 2,73 (95 % KI: 1,78-4,20)				Sutar et al. 2023*
	OR = 3,90 (95 % KI: 1,62–9,38)				Conner et al. 2019*
Alkoholabhängigkeit	OR = 4,69 (95 % KI: 3,63-6,07)				Sutar et al. 2023*
	OR = 4,40 (95 % KI: 2,55–7,59)				Conner et al. 2019*
Störungen durch Canabiskonsum	SMR = 3,31, (95 % KI: 1,42–7,70)				Athey et al. 2024*
Psychose	OR = 1,40 (95 % KI: 1,14–1,72)	OR = 1,36 (95 % KI: 1,25–1,48)	OR = 1,70 (95 % KI: 1,39–2,08)		Huang et al., 2018*
Affektive Störungen	RR = 4,11 (95 % KI: 2,09–8,09)				Moitra et al., 2021*
	RR = 12,3 (95 % KI: 8,9–17,1)				Too et al., 2019*
				OR = 7,41 (95 % KI: 4,13–13,28)	Carrasco-Barrios et al., 2020*
	OR = 13,68 (95 % KI: 7,56–24,74)				Sutar et al. 2023*
	OR = 14,34 (95 % KI: 9,10–22,57)				Conner et al. 2019*
Unipolare Depression	OR = 8,62 (95 % KI: 5,72–13,00)				Arnone et al. 2024*

	OR = 1,60–2,61				Freire et al., 2013
		OR = 2,03 (95 % KI: 1,58–2,60)			Gournellis et al. 2018*
	RR = 7,64 (95 % KI: 4,30–13,58)				Moitra et al., 2021*
	wOR = 1,50 (95 % KI: 1,04–2,17)	wOR = 2,38 (95 % KI: 1,84–3,07)	wOR = 2,48 (95 % KI: 1,32–4,67)		Ribeiro et al., 2018*
	OR = 10,93 (95 % KI: 6,62–18,05)				Sutar et al. 2023*
	OR = 9,14 (95 % KI: 5,53–15,09)				Conner et al. 2019*
Behandlungsresistente Depression				OR = 7,69 (95 % KI: 4,06–14,59)	Carrasco-Barrios et al. 2020*
Bipolare Störung	OR = 8,66 (95 % KI: 5,71–13,12)				Arnone et al. 2024*
	SMR: Suizidrate 20- bis 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung				Plans et al. 2019
		OR = 1,21, 95 % KI: 0,98–1,48			Novick et al., 2010*
	OR = 2,82 (95 % KI: 0,80–9,99)				Sutar et al. 2023*

	RR = 6,05 (95 % KI: 3,38–10,83)				Moitra et al. 2021*
	OR = 3,70 (95 % KI: 1,59–8,61)				Conner et al. 2019*
Angststörun- gen				OR = 4,29 (95 % KI: 2,82– 6,51)	Carrasco- Barrios et al. 2020*
		OR = 3,56 (95 % KI: 2,49– 5,07)	OR = 1,97 (95 % KI: 1,72– 2,25)	OR = 2,33, (95 % KI 2,00–2,71)	Fang et al. 2024*
	OR = 3,34 (95 % KI: 2,13–5,25)	OR = 2,47 (95 % KI: 1,96– 3,10)	OR = 2,89 (95 % KI: 2,09– 4,00)		Kanwar et al. 2013*
	RR = 4,1 (95 % KI: 2,4– 6,9)				Too et al. 2019*
Zwangsstöru- ng	OR = 3,02– 9,83	OR = 1,6–9,9	OR = 1,9– 10,3		Albert et al. 2019
Körperdysm- orphe Störung	OR = 3,35 (95 % KI: 2,23–4,47)	OR = 2,57 (95 % KI: 1,44– 3,69)	OR = 3,82 (95 % KI: 2,32– 5,32)		Angelakis et al. 2016*a
Persönlichke- its- störungen	RR = 8,1 (95 % KI: 4,6– 14,2)				Too et al. 2019*
			OR = 1,01		Moselli et al. 2023
	OR = 4,85 (95 % KI: 3,21–7,32)				Sutar et al. 2023*
Aufmerksam- keitsdefizit- /Hyperaktivit- ätsstörung	OR = 12,22 (95 % KI: 8,67–17,22)	OR = 8,46 (95 % KI: 8,07– 8,87)	ORs im Bereich von 1,83 (95 %KI: 1,69–1,97) bis 8,48 (95 %KI: 1,00– 74,07)		Austgulen et al. 2023

	OR = 3,89, (95 % KI: 2,10–7,20)	OR = 3,34 (95 % KI: 1,68– 6,65)	OR = 3,96, (95 % KI: 2,00–7,84)	OR = 3,34 (95 % KI: 2,20– 5,06)	Garas et al. 2025*
Essstörungen	wOR = 0,98 (95 % KI: 0,98–2,98)	wOR = 1,91 (95 % KI: 1,48–2,48)			Smith et al. 2019*

Suizidraten weltweit können über die WHO-Website aufgerufen werden; Deutschland: 12.9 pro 100 000 Personenjahre (2000 – 2021)

* Metaanalyse

18.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Psychische Störungen, insbesondere affektive Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen, sind Risikofaktoren für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.
Qualität der Evidenz	
Suizide (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<p>Suizidversuche (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Bartoli F, Crocamo C, Carrà G. Cannabis use disorder and suicide attempts in bipolar disorder: A meta-analysis. <i>Neuroscience and biobehavioral reviews</i> 2019;103:14-20.</p> <p>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. <i>Journal of affective disorders</i> 2014;167:125-35.</p> <p>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. <i>Journal of the American Academy of Dermatology</i> 2018;79(3):448-456.e30.</p>
<p>Suizidale Gedanken (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Angelakis I, Gooding P, TARRIER N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> 2015;39:1-15.</p> <p>Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> 2016;49:55-66.</p> <p>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. <i>Journal of affective disorders</i> 2019;245:152-162.</p>
<p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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. <i>Systematic reviews</i> 2014;3:18.</p>

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.

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.

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.

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.

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.

Tietbohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, Cassidy R, Zimmerman 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.

	<p>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.</p> <p>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.</p>
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur:

Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. Eur Psychiatry. 2019 Feb;56:75-83. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.010. Epub 2018 Dec 24. PMID: 30599336.

Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Alcohol use and risk of suicide: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of addictive diseases, 38*(2), 200-213.

Armoon, B., Fleury, M. J., Higgs, P., Bayat, A. H., Bayani, A., Mohammadi, R., & Ahounbar, E. (2022). Prevalence, socio-demographics and service use determinants associated with disclosure of HIV/AIDS status to infected children: a systematic review and meta-analysis by 1985–2021. *Archives of Public Health, 80*(1), 154.

Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R, Ahounbar E. Suicidal Behaviors and Associated Factors Among Individuals with Gambling Disorders: A Meta-Analysis. *J Gambl Stud.* 2023 Jun;39(2):751-777. doi: 10.1007/s10899-023-10188-0. Epub 2023 Jan 25. PMID: 36693983.

Arnone D, Karmegam SR, Östlundh L, Alkhyeli F, Alhammadi L, Alhammadi S, Alkhoori A, Selvaraj S. Risk of suicidal behavior in patients with major depression and bipolar disorder - A systematic review and meta-analysis of registry-based studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2024 Apr;159:105594. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105594. Epub 2024 Feb 16. PMID: 38368970.

Athey, A., Shaff, J., Kahn, G., Blair, K., Ryan, T., Sawyer, H., ... & Wilcox, H. C. Association of Substance Misuse and Suicide Mortality a Systematic Review and Meta-Analysis. *Available at SSRN 4617147.*

Austgulen, A., Skram, N. K. G., Haavik, J., & Lundervold, A. J. (2023). Risk factors of suicidal spectrum behaviors in adults and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder—a systematic review. *BMC psychiatry, 23*(1), 612.

Awad AA, Itumalla R, Gaidhane AM, Khatib MN, Ballal S, Bansal P, Srivastava M, Arora I, Kumar M, Sinha A, Pant K, Serhan HA, Shabil M. Association of electronic cigarette use and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2024 Sep 10;24(1):608. doi: 10.1186/s12888-024-06012-7. PMID: 39256668; PMCID: PMC11389297.

Blanchard A, Chihuri S, DiGuseppi CG, Li G. Risk of Self-harm in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2021 Oct 1;4(10):e2130272. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.30272. PMID: 34665237; PMCID: PMC8527356.

Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological medicine, 47*(5), 949-957.

Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord.* 2016 May;195:63-74. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.007. Epub 2016 Feb 9. PMID: 26872332.

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(5), 315-328.

Brieger, P. Menzel, S. Hamann, J. Bundesgesundheitsblätter 2022: Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? 65:25–29 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>

Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analyses of Canterbury Suicide Project data. *J Stud Alcohol*. 2003a;64(4):551–554. doi:10.15288/jsa.2003.64.551

Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: Analyses of Canterbury Suicide Project data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003b;27(7):1156–1161. doi:10.1097/01.ALC.0000075820.65197.FD

Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: Empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 Suppl):6S–17S. doi:10.1097/01.alc.0000127410.84505.2a

Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278-292.

Desai R, Tsipa A, Fearn C, El Baou C, Brotherhood EV, Charlesworth G, Crutch SJ, Flanagan K, Kerti A, Kurana S, Medeisyste R, Nuzum E, Osborn TG, Salmoiraghi A, Stott J, John A. Suicide and dementia: A systematic review and meta-analysis of prevalence and risk factors. *Ageing Res Rev*. 2024 Sep;100:102445. doi: 10.1016/j.arr.2024.102445. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39127443.

Dev DA, Le GH, Kwan ATH, Wong S, Arulmozhi A, Ceban F, Teopiz KM, Meshkat S, Rosenblat JD, Guillen-Burgos HF, Rhee TG, Ho RC, Cao B, d'Andrea G, Sundberg I, McIntyre RS. Comparing suicide completion rates in bipolar I versus bipolar II disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024 Sep 15;361:480-488. doi: 10.1016/j.jad.2024.06.045. Epub 2024 Jun 18. PMID: 38901691.

Fresán A, Dionisio-García DM, González-Castro TB, Ramos-Méndez MÁ, Castillo-Avila RG, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Genis-Mendoza AD, Nicolini H. Cannabis smoking increases the risk of suicide ideation and suicide attempt in young individuals of 11-21 years: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2022 Sep;153:90-98. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.06.053. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35810604.

Fu XL, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Wu H, Du L, Chen HL, Shi YQ. Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023 Jan;53(2):351-361. doi: 10.1017/S0033291721001549. Epub 2021 May 6. PMID: 33952359.

Garas, P., Takacs, Z. K., & Balázs, J. (2025). Longitudinal Suicide Risk in Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain and Behavior*, 15(6), e70618.

Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, Ware M, Marmorstein N, Cipriani A, Dendukuri N, Mayo N. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Apr 1;76(4):426-434. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4500. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2019 Apr

1;76(4):447. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0464. PMID: 30758486; PMCID: PMC6450286.

Giupponi G, Innamorati M, Rogante E, Sarubbi S, Erbutto D, Maniscalco I, Sanna L, Conca A, Lester D, Pompili M. The Characteristics of Mood Polarity, Temperament, and Suicide Risk in Adult ADHD. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 21;17(8):2871. doi: 10.3390/ijerph17082871. PMID: 32326351; PMCID: PMC7215300.

Hansson C, Joas E, Pålsson E, Hawton K, Runeson B, Landén M. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2018 Nov;138(5):456-463. doi: 10.1111/acps.1

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Mar;170:205-28. doi: 10.1192/bjp.170.3.205. PMID: 9229027.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul;173:11-53. doi: 10.1192/bjp.173.1.11. PMID: 9850203.

Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.004. Epub 2013 Feb 12. PMID: 23411024.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704. doi: 10.4088/jcp.v66n0604. PMID: 15960561.

Huang X, Fox KR, Ribeiro JD, Franklin JC. Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2018 Apr;48(5):765-776. doi: 10.1017/S0033291717002136. Epub 2017 Aug 14. PMID: 28805179.

Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:35-7. doi: 10.1192/bjp.172.1.35. PMID: 9534829.

Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., & Stewart, S. H. (2022). Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(4), 600-614.

Komasi S, Zakiei A, Haeffel GJ, Amianto F, Miettunen J, Sharp C. Global estimates of natural, unnatural, and all-cause mortality in patients with personality disorders: A meta-analysis of longitudinal studies and meta-regression of potential moderators in a sample of 34 million people. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025 Nov-Dec;97:44-55. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2025.09.005. Epub 2025 Sep 22. PMID: 40997674.

Lai ET, Lai B, Wong CS, Wong LY, Cheng KS, Cheng PC, Heidi Ka-Ying L, Tse G, Chan WC, Chang WC, Chung KF. Systematic Review and Meta-Analysis of Mortality in Patients With Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2025 Nov 23. doi: 10.1111/eat.70002. Epub ahead of print. PMID: 41277145.

Lak M, Shakiba S, Dolatshahi B, Saatchi M, Shahrabaf M, Jafarpour A. The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients:

A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025 Jul-Aug;95:52-61. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2025.04.005. Epub 2025 Apr 21. PMID: 40279864.

Lange, S., Kim, K. V., Lasserre, A. M., Orpana, H., Bagge, C., Roerecke, M., & Rehm, J. (2024a). Sex-specific association of alcohol use disorder with suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 7(3), e241941-e241941.

Lange S, Llamosas-Falcón L, Kim KV, Lasserre AM, Orpana H, Bagge CL, Roerecke M, Rehm J, Probst C. A dose-response meta-analysis on the relationship between average amount of alcohol consumed and death by suicide. *Drug Alcohol Depend*. 2024 b;Jul 1:260:111348

Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PloS one*, 11(6), e0156322.

Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, Gu D, Huang J. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. 2012 Oct;46(10):1257-66.

Ljung, T., Chen, Q., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2014). Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA psychiatry*, 71(8), 958-964.

Maviel, G. M., Somma, C., Davisse-Paturet, C., Airagnes, G., & Melchior, M. (2025). The role of depression in the relationship between cannabis use and suicidal behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 112714.

McClelland, H., Cleare, S., & O'Connor, R. C. (2023). Suicide risk in personality disorders: A systematic review. *Current psychiatry reports*, 25(9), 405-417.

McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., ... & Degenhardt, L. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 16, 81-97.

Medeisyte R, Nuzum E, John A, Tsipa A, Fearn C, Charlesworth G, Crutch SJ, El Baou C, Stewart GR, Kurana S, Brotherhood EV, Flanagan K, Salmoiraghi A, Kerti A, Stott J, Desai R. Risk of suicide in people living with dementia and comorbid mental health conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2025 Jun 15;379:835-844. doi: 10.1016/j.jad.2025.03.075. Epub 2025 Mar 15. PMID: 40097114.

Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins PY, Whiteford H, Vos T, Ferrari A. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res*. 2021 May;137:242-249. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.053. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33714076; PMCID: PMC8095367.

Mortier P, Conde S, Alayo I, Amigo F, Ballester L, Cirici Amell R, Guinart D, Contaldo SF, Ferrer M, Leis A, Mayer MA, Portillo-Van Diest A, Puértolas-Gracia B, Ramírez-Angueta JM, Peña-Salazar C, Sanz F, Kessler RC, Palao D, Pérez Sola V, Mehlum L, Qin P, Vilagut G, Alonso J. Premature Death, Suicide, and Nonlethal Intentional Self-Harm After

Psychiatric Discharge. *JAMA Netw Open*. 2024 Jun 3;7(6):e2417131. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.17131. PMID: 38922620; PMCID: PMC11208976.

Mulligan, L. D., Varese, F., Harris, K., & Haddock, G. (2025). Cannabis use and suicide in people with a diagnosis of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal, case control, and cross-sectional studies. *Psychological medicine*, 55, e79.

Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Oct;68(10):1058-64. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. PMID: 21969462.

Nuzum E, Medeisyste R, Desai R, Tsipa A, Fearn C, Eshetu A, Charlesworth G, Stewart GR, Crutch SJ, El Baou C, Kurana S, Brotherhood EV, Flanagan K, Salmoiraghi A, Kerti A, Stott J, John A. Dementia subtypes and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2025 Feb;169:105995. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105995. Epub 2024 Dec 31. PMID: 39746589.

Oliveira Gracini CL, Nascimento GG, Vidigal MTC, Oliveira MN, Herval ÁM, Blumenberg C, Vieira WA, Lima RR, Paranhos LR. Suicide ideation and psychotropic recreational drug use by adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Med J*. 2024 Apr 22;142(4):e2022641. doi: 10.1590/1516-3180.2022.0641.R2.23012024. PMID: 38655989; PMCID: PMC11034886.

Peacock, A., Tran, L. T., Larney, S., Stockings, E., Santo Jr, T., Jones, H., ... & Degenhardt, L. (2021). All-cause and cause-specific mortality among people with regular or problematic cocaine use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(4), 725-742.

Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0156348. doi: 10.1371/journal.pone.0156348. PMID: 27391330; PMCID: PMC4938402.

Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of public health*, 38(3), e282-e291.

Rioux, C., Huet, A. S., Castellanos-Ryan, N., Fortier, L., Le Blanc, M., Hamaoui, S., ... & Seguin, J. R. (2021). Substance use disorders and suicidality in youth: A systematic review and meta-analysis with a focus on the direction of the association. *PLoS One*, 16(8), e0255799.

Rodrigues, J. V. D. S., Pereira, J. E. G., Passarelli, L. A., Guatura, G. M., & El Dib, R. (2021). Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Journal of Anaesthesiology*, 38(7), 715-734.

Schneider B. Zur Rolle von Persönlichkeitsstörungen als Risikofaktoren für Suizid. *Review. Zeitschrift Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie (PTT)* 2008; 4: 211-220

Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., ... & Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 286-293.

Smith, A. R., Velkoff, E. A., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. (2019). Are eating disorders and related symptoms risk factors for suicidal thoughts and behaviors? A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 221-239.

Solmi M, Croatto G, Fabiano N, Wong S, Gupta A, Fornaro M, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, Smith N, Bitter I, Gorwood P, Taipale H, Tiihonen J, Cortese S, Dragioti E, Rietz ED, Nielsen RE, Firth J, Fusar-Poli P, Hartman C, Holt RIG, Høye A, Koyanagi A, Larsson H, Lehto K, Lindgren P, Manchia M, Nordentoft M, Skonieczna-Żydecka K, Stubbs B, Vancampfort D, Vieta E, De Prisco M, Boyer L, Højlund M, Correll CU; ECNP Physical And meNtal Health Thematic Working Group (PAN-Health). Sex-stratified mortality estimates in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of cohort studies of 2,700,825 people with schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2025 Feb;91:56-66. doi: 10.1016/j.euroneuro.2024.11.001. Epub 2024 Dec 2. PMID: 39626570.

Sutar R, Kumar A, Yadav V. Suicide and prevalence of mental disorders: A systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies. *Psychiatry Res*. 2023 Nov;329:115492. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115492. Epub 2023 Sep 28. PMID: 37783094.

Stockings, E., Tran, L. T., Santo Jr, T., Peacock, A., Larney, S., Santomauro, D., ... & Degenhardt, L. (2019). Mortality among people with regular or problematic use of amphetamines: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 114(10), 1738-1750.

PICO-Frage 19: Besteht bei Menschen mit somatischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität im Vergleich zu Patient*innen ohne somatische Erkrankungen?

Einleitung Suizidalität und somatische Erkrankungen

Somatische Erkrankungen sind häufig mit erhöhter Suizidalität assoziiert, sie sind jedoch auch sehr vielseitig und heterogen. Neben den hier aufgeführten Erkrankungen gibt es viele weitere, deren Zusammenhang mit Suizidalität untersucht wurde, die aber nicht als Risikofaktoren identifiziert wurden. Dementsprechend ist mit einem relativ hohen Publikationsbias zu rechnen. In einer aktuellen Metaanalyse psychologischer Autopsiestudien mit 5.633 Suizidfällen und 7.101 Kontrollen zeigte sich für das Konstrukt *körperliche Erkrankung* (vs. keine) eine gepoolte Odds Ratio (OR) von 2,9 (95 % KI: 2,4–3,6) für Suizidsterblichkeit (primäres Outcome) (Favril et al., 2022). Kohorten- und Registerdaten der klassischen Übersichtsarbeit von Harris und Barraclough (1994) berichten – je nach Erkrankung – stark erhöhte standardisierte Mortalitätsraten (SMR) für Suizid, u. a.: HIV/AIDS 6,65-fach (SMR = 6,65; 95 % KI: 5,77–7,63), Hämodialyse 14,49-fach (SMR = 14,49; 95 % KI: 8,85–22,38), Systemischer Lupus erythematodes 4,35-fach (SMR = 4,35; 95 % KI: 2,58–6,87), Multiple Sklerose 2,36-fach (SMR = 2,36; 95 % KI: 1,89–2,91) sowie bösartige Neoplasien gesamt 1,80-fach (SMR = 1,80; 95 % KI: 1,71–1,89). Besonders hohe Risiken finden sich z. B. bei Kopf-Hals-Tumoren (11,39-fach, SMR = 11,39; 95 % KI: 5,21–21,63). Umgekehrt ist die Suizidsterblichkeit in Schwangerschaft/Wochenbett deutlich vermindert (0,14-fach, SMR = 0,14; 95 % KI: 0,11–0,17) (Harris & Barraclough, 1994). Armoon et al. (2023) untersuchte in einer Metaanalyse wohnungslose Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen und konnte erhöhte Odds Ratios für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR = 2,05; 95 % KI 1,13–3,74) und Suizidversuchen (OR = 1,71; 95 % KI 1,16–2,53) feststellen.

Literatur

Armoon, B., Griffiths, M. D., Mohammadi, R., & Ahounbar, E (2023). *Suicidal behaviors and risk taking among homeless individuals: A systematic review and meta-analysis*. Community Mental Health Journal, 59, 1283–1299.

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. World Psychiatry, 13, 153–160.

Fabiano, N., Gupta, A., Wong, S., Tran, J., Mohammad, I. Y. Z., Bal, S., ... Solmi, M (2024). Physical activity, suicidal ideation, suicide attempt and death among individuals with mental or other medical disorders: A systematic review of observational studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 158, 105547.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S (2022). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25, 148–155.

Harris, E. C., & Barraclough, B (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*, 73(6), 281–296 (wichtige Effektangaben in Tabellen 1–4).

Spezifische somatische Erkrankungen:

Im Folgenden werden somatische Erkrankungen aufgeführt, die in einem wissenschaftlichen Zusammenhang mit Suizidalität stehen und im Rahmen der systematischen Literatursuche gefunden wurden.

ALS (Amyotrophe Lateralsklerose):

Eine systematische Übersichtsarbeit von Silva-Moraes et al (2020) identifizierte 13 Beobachtungsstudien (3 Querschnitt, 9 Kohorten, 1 Fall-Kontrolle) zur Suizidalität bei ALS und zeigt konsistent ein erhöhtes Suizidrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung. In gepoolten Tabellen der Review betrug der Anteil von „wish to die“ („Wunsch zu sterben“) 18,9 % (115/606), Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; 13,3 % (31/233) und dokumentierte Suizide 0,44 % (33/7 450) über die eingeschlossenen Kohorten hinweg (Silva-Moraes et al., 2020).

Register- und populationsbasierte Studien innerhalb der Übersichtsarbeit (Silva-Moraes et al., 2020) belegen ein fast sechsfach erhöhtes Suizidrisiko in Schweden (Fang et al., 2008) und eine standardisierte Mortalitätsratio für Suizid von 6,9 (95 % KI: 1,9–17,6) in Taiwan; dort traten alle Suizide innerhalb der ersten 6 Monate nach Diagnosestellung auf (Tsai et al. 2013; Silva-Moraes et al., 2020). Für Suizidversuche fand eine dänische Fall-Kontroll-Analyse ein deutlich erhöhtes Risiko [OR = 5,0; 95 % KI: 1,7–14,6] für ALS (Eliassen et al. 2018).

Literatur

- Albert, S. M., Rabkin, J. G., Del Bene, M. L., Tider, T., O'Sullivan, I., Rowland, L. P., & Mitsumoto, H (2005). Wish to die in end-stage ALS. *Neurology*, *65*, 68–74.
- Eliassen, A., Dalhoff, K. P., & Horwitz, H (2018). Neurological diseases and risk of suicide attempt: A case–control study. *Journal of Neurology*, *265*, 1303–1309.
- Fang, F., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Hultman, C., Fall, K., Sparén, P., & Ye, W (2008). Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*, *131*, 2729–2733.
- Ganzini, L., Johnston, W. S., & Hoffman, W. F (1999). Correlates of suffering in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology*, *52*, 1434–1440.
- Gil, J., Funalot, B., Verschueren, A., Danel-Brunaud, V., Camu, W., Vandenberghe, N., ... Couratier, P (2008). Causes of death amongst French patients with amyotrophic lateral sclerosis: A prospective study. *European Journal of Neurology*, *15*, 1245–1251.
- Palmieri, A., Sorarù, G., Albertini, E., Semenza, C., Vottero-Ris, F., D'Ascenzo, C., ... Angelini, C (2010). Psychopathological features and suicidal ideation in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Neurological Sciences*, *31*, 735–740.
- Silva-Moraes, M. H., Bispo-Torres, A. C., Barouh, J. L., Lucena, P. H., Armani-Franceschi, G., Dorea-Bandeira, I., ... Bandeira, I. D (2020). Suicidal behavior in individuals with amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 688–696.
- Stutzki, R., Weber, M., Reiter-Theil, S., Simmen, S., Gauthier, A., Lieb, K., & Borasio, G. D (2012). Attitudes toward assisted suicide and life-prolonging measures in Swiss ALS patients and their caregivers. *Frontiers in Psychology*, *3*, 2008–2013.
- Tsai, C.-P., Chang, B.-H., & Lee, C.-T. C (2013). Underlying cause and place of death among patients with amyotrophic lateral sclerosis in Taiwan: A population-based study, 2003–2008. *Journal of Epidemiology*, *23*, 424–428.
- Verschueren, A., Kianimehr, G., Belingher, C., Salort-Campana, E., Loundou, A., Grapperon, A.-M., & Attarian, S (2019). Wish to die and reasons for living among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, *20*, 68–73.
- Rabkin, J. G., Goetz, R., Factor-Litvak, P., Hupf, J., McElhiney, M., Singleton, J., & Mitsumoto, H (2015). Depression and wish to die in a multicenter cohort of ALS patients. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, *16*, 265–273.*

Asthma

Für Asthma präzisiert die jüngste Metaanalyse von He et al. (2025) das Risiko suizidaler Verhaltensweisen (Ideation, Versuch, Mortalität) in Abhängigkeit vom aktuellen Asthma gegenüber Asthma in der Anamnese. In 12 Kohortenstudien (> 12 Mio. Teilnehmende; Publikationsjahre 2005–2024) findet sich bei aktuell bestehendem Asthma ein relatives

Gesamtrisiko (RR) von 1,62 (95 % KI: 1,38–1,88), für Asthma in der Vorgeschichte ein RR von 1,43 (95 % KI: 1,12–1,83) für suizidale Verhaltensweisen (He et al., 2025). In vier Kohortenstudien ergibt sich für Suizide bei Patient*innen mit Asthma in der Vorgeschichte ein RR von 1,87 (95 % KI: 1,64–2,14; $I^2 = 12,5\%$) (He et al., 2025).

Literatur

He, W., You, Z., Li, H., Wang, Y., & Li, G. (2025). Asthma status and suicidal behavior risk: A meta-analysis of cohort studies. *PLOS ONE*, 20(6), e0325150.

Krebs, Tumor- und onkologische Erkrankungen:

Krebserkrankungen (Tumorerkrankungen, onkologische Erkrankungen sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Metaanalysen über viele Tumorarten zeigen gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine um etwa 55–85 % erhöhte Suizidsterblichkeit (standardisierte Mortalitätsratio, SMR = 1,55, 95 % KI: 1,37–1,74; bzw. SMR 1,85, 95 % KI: 1,55–2,20). Das Risiko ist besonders in den ersten Monaten nach der Diagnose und bei schlechter Prognose ausgeprägt (z. B. erstes Jahr ~3-fach erhöht). Tumorspezifisch finden sich u.a. hohe Risiken bei Lungen- und Pankreaskarzinomen; für Prostatakarzinom ist das Risiko v. a. im ersten Halbjahr nach Diagnosestellung erhöht. Darüber hinaus reicht die berichtete Prävalenz suizidaler Gedanken in onkologischen Populationen – je nach Messzeitpunkt, Setting und Instrument – von etwa 1 % bis > 70 % (heterogen), während vollendete Suizide insgesamt seltene, aber klinisch hochrelevante Ereignisse bleiben (Heinrich et al. 2022; Amiri & Behnezhad, 2020; Ravaioli et al., 2020; Hofmann et al., 2023; Guo et al., 2018; Robson et al., 2010). Insgesamt wurde keine signifikante Erhöhung des Suizidrisikos bei Kindern und Jugendlichen festgestellt (RR = 1,63; 95 % KI: 0,78–3,40).

Heinrich et al. (2022) führten eine umfassende systematische Übersichtsarbeit zu der Suizidsterblichkeit bei Krebspatient*innen durch (62 Studien; Meta-Analyse von 28 Studien; 22,4 Mio. Krebspatienten), mit SMR = 1,85 (95 % KI: 1,55–2,20) und ausgeprägter Heterogenität ($I^2 = 99\%$). Du et al. (2022), die in ihrer Metaanalyse auch Studien mit Verlaufzeiträumen von mehr als 15 Jahren einschlossen, schätzten die Suizidrate auf

39,72/100 000 Personenjahre (95 % KI: 33,91–46,52); die höchste Rate fand sich im ersten Halbjahr nach Diagnose (89,33/100 000; 95 % KI: 50,64–157,58) und bei Fernmetastasen (42,39/100 000; 95 % KI: 28,63–62,77). Hofmann et al. (12 nicht überlappende Kohorten) fanden eine SMR von 2,95 (95 % KI: 2,42–3,60) bei Tumorerkrankungen; innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung lag die SMR bei 5,00 (95 % KI: 4,11–6,08).

Tumorspezifisch: Guo et al. (k =8) berichteten von einem RR von 2,01 (95 % KI: 1,52–2,64) im ersten Jahr bei Prostatakrebs, insbesondere im ersten Halbjahr mit einer RR von 2,24 (95 % KI: 1,77–2,85). Das Risiko war u. a. erhöht bei Personen, die älter als 75 Jahre waren (RR = 1,51, 95 % KI: 1,04–2,18) und unter Hormontherapie (RR = 1,80, 95 % KI: 1,54–2,12). Eine weitere systematische Übersichtsarbeit weist auf besonders hohe Risiken bei Pankreas- und Leberkrebs hin. In Einzelstudien wurde beispielsweise eine SMR von 3,89 für Pankreaskarzinome in England sowie eine sehr hohe SMR unmittelbar nach der Diagnose von einem Hepatozellulärem Karzinom (< 2 Monate, SMR = 26,78) festgestellt (Lazar et al., 2025). In einer neue Metaanalyse von Amiri & Behnezhad (2020, k = 22) wurde ein gepoolter standardisierter Mortalitätsindex (SMR = 1,55; 95 % KI: 1,37–1,74); Männer (SMR = 1,67; 95 % KI: = 1,48–1,89, p < 0,001); Frauen (SMR = 1,34; 95 % KI: 1,20–1,50, p < 0,001) bei Patient*innen mit Krebserkrankungen. Für spezifische Krebserkrankungen wurden folgende Raten angegeben: Speiseröhren-, Magen-, Bauchspeicheldrüsen- und Leberkrebs (SMR = 2,06; 95 % KI: 1,32–3,23, p < 0,001); Dickdarm- und Enddarmkrebs (SMR = 1,57; 95 % KI: 1,26–1,97, p < 0,001); Bronchial-, Luftröhren- und Lungenkrebs (SMR = 3,07; 95 % KI: 2,20–4,28, p < 0,001); Brustkrebs (SMR = 1,24; 95 % KI: = 1,03–1,48, p = 0,020); Prostatakrebs: (SMR = 1,71; 95 % KI: = 1,38–2,12, p < 0,001).

Literatur

Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Cancer diagnosis and suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 24(Suppl 2), S94–S112.

Du, L., Shi, H.-Y., & Chen, ... (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 711–719.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25, 148–155.

Guo, Z., Gan, S., Li, Y., Gu, C., Xiang, S., Zhou, J., ... Wang, S. (2018). Incidence and risk factors of suicide after a prostate cancer diagnosis: A meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 21, 499–508.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73, 281–296.

Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Nature Medicine*, 28, 852–859.

Hofmann, L., Heinrich, M., Baurecht, H., Langguth, B., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2023). Suicide mortality risk among patients with lung cancer—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 4146.

Lazar, D. E., Hanganu, B., Postolica, R., Buhas, C. L., Paparau, C., & Ioan, B. G. (2025). Suicide risk in digestive cancer patients: A systematic review of sociodemographic, psychological, and clinical predictors. *Cancers*, 17, 1427.

Lee, A. R. Y. B., Low, C. E., Yau, C. E., Li, J., Ho, R., & Ho, C. S. H. (2023). 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*, 177(8), 790–799.

Ravaioli, A., et al. (2020). Suicide death among cancer patients: New data from northern Italy, systematic review of the last 22 years and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 125, 104–113.

Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L., & MacLeod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 19, 1250–1258.

Schmerz (ohne Migräne):

Körperlicher Schmerz ist ein konsistenter Prädiktor für Suizidalität über die gesamte Lebensspanne. In populations- und klinischen Stichproben liegt die Lebenszeitprävalenz suizidaler Gedanken und Suizidversuche bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen deutlich über der Allgemeinbevölkerung. Eine aktuelle Metaanalyse (19 Studien; N=3,3 Mio.) berichtet Lebenszeitprävalenzen von 28,9 % für suizidale Ideation und 10,83 % für Suizidversuche; bemerkenswert ist zudem eine Zwei-Wochen-Prävalenz suizidaler Ideation von 25,87 % (95 % KI für die 2-Wochen-Prävalenz 18,09–34,50 %).

Für abdominale Schmerzdominanz/IBS wurden ein OR von 4,2 (für aktive Suizidgedanken: 95 % KI: 0,8–23,4) und ein OR von 5,5 (für passive Suizidgedanken: 95 % KI: 1,0–30,3) berichtet, für Suizidversuche eine OR von 2,6 (95 % KI: 1,48–4,61; Spiegel et al. 2007).

In Metaanalysen, die Schmerz vs. kein Schmerz vergleichen, zeigen sich durchgängig erhöhte Odds Ratios (ORs) für Suizidgedanken, Pläne und Versuche (z. B. aktuelle Suizidgedanken OR = 1,91, 95 % KI: 1,48–2,48; Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte (OR = 1,92, 95 % KI: 1,52–2,41) (Calati et al., 2015).

Bei Jugendlichen ist Schmerz ebenfalls mit allen Schweregraden der Suizidalität assoziiert, und bei Älteren findet sich, teils unabhängig von Depressivität, eine relevante Erhöhung von Ideation, Versuchen und auch Suizidsterblichkeit.

- Todeswunsch: Lebenszeit OR 2,10 (Torino et al., 2025).
- Suizidalität ohne suizidales Verhalten (suicidal ideation; SI): aktuell OR 1,91 (95 % KI: 1,48–2,48), Lebenszeit OR 1,64 (95 % KI: 1,29–2,08) (Stubbs et al., 2016)
- Suizidpläne (SP): aktuell OR 3,57 (95 % KI: 2,04–6,26); Lebenszeit OR 2,16 (95 % KI: 1,29–3,64) (Stubbs et al., 2016).
- Suizidversuch (SA): aktuell OR 2,27 (95 % KI: 1,47–3,49); Lebenszeit OR 1,92 (95 % KI: 1,52–2,41) (Stubbs et al., 2016).
- Suizid (SD): gemischt über alle Schmerzstärken OR 1,25 (95 % KI: 0,96–1,62, n.s.), bei sehr starkem Schmerz OR 2,80 (Stubbs et al., 2016).

Literatur

Calati, R., Laglaoui Bakhiyi, C., Artero, S., Ilgen, M., & Courtet, P. (2015). The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research, 71*, 16–32.

Campbell, G., Bruno, R., Darke, S., Shand, F., Hall, W., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2016). Prevalence and correlates of suicidal thoughts and suicide attempts in people prescribed pharmaceutical opioids for chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 32*(4), 292–301.

De Filippi, M., Rignanese, M., Salmè, E., Madeddu, F., & Calati, R. (2021). The relationship between physical pain and suicidal thoughts and behaviors in adolescents: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 64(S1), E-Poster 1548. (Abstract).

Hinze, V., Crane, C., Buivydaite, R., Qiu, L., Gjelsvik, B., & Ford, T. (2019). Pain and suicidality in adolescence: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(12), 899–916.

Huang, S., Lewis, M. O., Bao, Y., Adekkanattu, P., Adkins, L. E., Banerjee, S., ... Lo-Ciganic, W.-H. (2022). Predictive modeling for suicide-related outcomes and risk factors among patients with pain conditions: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 4813.

Kwon, C.-Y., & Lee, B. (2023). Prevalence of suicidal behavior in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Psychology*, 14, 1217299.

Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., & Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104000.

Stubbs, B. (2016). The prevalence and odds of suicidal thoughts, behaviours and deaths among people with painful comorbidities: An updated meta-analysis accounting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 72, 72–73.

Torino, G., Rignanese, M., Salmè, E., Madeddu, F., Courtet, P., Forget, J., ... Calati, R. (2025). Physical pain and suicide-related outcomes across the lifespan: Systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 345, 116371.

Migräne:

Systematische Übersichten und Metaanalysen zeigen einheitlich erhöhte Suizidalitätsraten bei Personen, die an Migräne leiden. Eine Metaanalyse von 15 Studien (n = 2.247.648) berichtet eine gepoolte Lebenszeitprävalenz für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation, SI) von 15,5 % (95 % KI: 10,4–21,3 %) und für Suizidversuche (SA) von 3,9 % (95 % KI: 0,9–8,8 %) bei Migräne. Die SI-Prävalenz war in asiatischen Ländern mit 21,5 % (95 % KI: 16,8–26,6 %) höher als in nicht-asiatischen Ländern mit 11,0 % (95 % KI: 6,1–17,2 %) (Pei et al. 2020). Die Heterogenität war hoch ($I^2 = 89–100$ %; $p = 0,0027$). Metaanalysen fanden für Migräne nach Adjustierung für verschiedene Variablen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität

ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation; OR 1,31 (95 % KI: 1,10–1,55; Friedman et al. 2017).

Für Suizide liegen wesentlich weniger Daten vor. In einem großen Datensatz von Kohorten von Veteranen blieb das Suizidrisiko nach Adjustierung für psychische Komorbidität erhöht (HR 1,34, 99 % KI: 1,02–1,77). Eine weitere populationsbasierte Studie zeigte dagegen keinen Zusammenhang (Novic et al. 2016). Hinweise auf Dosis-Wirkungs-Beziehungen (höhere Attackenfrequenz/-intensität \Leftrightarrow höhere SI) finden sich in mehreren Querschnittsstudien (Nović et al. 2016).

Literatur

Nović A, Kölves K, O’Dwyer S, De Leo D. Migraine and suicidal behaviors: A systematic literature review. *Clin J Pain*. 2016;32(4):351-364. doi:10.1097/AJP.0000000000000256.

Friedman LE, Gelaye B, Bain PA, Williams MA. A systematic review and meta-analysis of migraine and suicidal ideation. *Clin J Pain*. 2017;33(7):659-665. doi:10.1097/AJP.0000000000000440.

Pei J-H, Wang X-L, Yu Y, Zhang Y-B, Gou L, Nan R-L, et al. Prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with migraine: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:253-259. doi:10.1016/j.jad.2020.08.019.

Giakas A, Androulakis XM, et al. Associations between migraine (and back/neck pain) and suicidal behaviors: systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2023;14:1160204. doi:10.3389/fneur.2023.1160204.

Epilepsie

In Metaanalysen und populationsbezogenen Studien zeigt sich bei Menschen mit Epilepsie erhöhte Suizidalität. Die Metaanalyse von Abraham et al. (2019) berichtet über gepoolte Lebenszeitprävalenzen von 23,2 % (95 % KI: 17,6–30,1) für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation), 7,4 % (95 %KI: 3,1–16,9) für Suizidversuche und 0,5 % (95 % KI: 0,2–1,6) für Suizid. In sieben Fall-Kontroll-Studien wird für Suizidversuche eine signifikante, etwa dreifach erhöhte Odds Ratio gegenüber Kontrollen gefunden (OR 3,25, 95 %-KI: 2,69–3,92) (Abraham et al. 2019).

Literatur

Abraham, N., Buvanaswari, P., Rathakrishnan, R., Tran, B. X., Vu, G. T., Nguyen, L. H., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). A meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*, 1451.

Fibromyalgie (FM)

In Kohorten-/Querschnittsstudien liegen die SI-Prävalenzen bei FM deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung. So wurden beispielsweise Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) bei einer Stichprobe von ausschließlich Frauen (Trinanes et al. 2014) in 26,5 % (davon 6 % aktiv), bzw. bei 28,3 % (vs. 0 % in gesunden Kontrollen; Lafuente-Castro et al. 2018) und in einer großen Kohorte bei 48 % (39,7 % passiv; 8,3 % aktiv; Calandre et al. 2014) festgestellt. Bei Migräne mit Fibromyalgie lag die Rate von Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) bei 58,3 %, wobei sich Fibromyalgie als unabhängiger Prädiktor darstellte (Liu et al. 2015 in: Levine & Horesh, 2020). Metaanalytisch (Adawi et al. 2021) ergab sich gegenüber der Allgemeinbevölkerung für Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) eine Lebenszeitprävalenz von 29,6 % (95 % KI: 1,84–72,07; OR=9,12; 95 % KI: 1,42–58,77). Für Suizidversuche betrug die Lebenszeitprävalenz 5,69% (95 % KI: 1,26–31,34; OR = 3,12; 95 % KI: 1,37–7,12). Gegenüber der Allgemeinbevölkerung war das Suizidrisiko erhöht (OR = 36,77, 95 % KI: 15,55–96,94; HR = 1,38, 95 % KI: 1,17–1,71; Adawi et al. 2021).

Die Lebenszeitprävalenz von Suizidalität ohne Suizidhandlungen (SI) lag in klinischen Querschnitten zwischen 26,5 und 39,7 %. Es wurde eine erhöhte Suizid-Mortalität beobachtet (z. B. SMR 10,5; 95 % KI: 4,5–20,7; in einer anderen Kohorte OR 3,31; 95 % KI: 2,15–5,11). Nach Adjustierung für psychiatrische Komorbidität ist die Assoziation jedoch stark abgeschwächt oder nicht mehr signifikant vorhanden (Calandre et al 2018).

Literatur

Adawi M, Chen W, Bragazzi NL, 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. *Front Psychiatry*. 2021;12:629417.

Calandre EP, Navajas-Rojas MA, Ballesteros J, Garcia-Carrillo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain Pract* (2014) 15(2):168–74. doi: 10.1111/papr.12164

Gill H, Perez CD, Gill B, et al. The prevalence of suicidal behaviour in fibromyalgia patients: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;108:110078. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110078.

Lafuente-Castro CP, Ordoñez-Carrasco JL, Garcia-Leiva JM, Salgueiro-Macho M, Calandre EP. Perceived burdensomeness, thwarted belongingness and suicidal ideation in patients with fibromyalgia and healthy subjects: a cross-sectional study. *Rheumatol Int* (2018) 38(8):1479–86. doi: 10.1007/s00296-018-4067-4

Levine D, Horesh D. Suicidality in Fibromyalgia: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry*. 2020;11:535368. doi:10.3389/fpsy.2020.535368.

Liu HY, Fuh JL, Lin YY, Chen WT, Wang SJ. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology* (2015) 85(12):1017–23. doi: 10.1212/WNL.0000000000001943

Triñanes Y, González-Villar A, Gómez-Perretta C, Carrillo-de-la-Peña MT. Suicidality in chronic pain: predictors of suicidal ideation in fibromyalgia. *Pain Pract* (2014) 15(4):323–32. doi: 10.1111/papr.12186

Suizidalität bei erwachsenen Patient*innen unter Hämodialyse (HD):

Die Metaanalyse von Zerbinati et al. (2025) umfasst zwölf Querschnittsstudien mit insgesamt 1.259 erwachsenen Hämodialysepatienten. Die gepoolte Prävalenz (zwischen 3 und 24 Monaten) für das Suizidrisiko (operationalisiert über klinische Interviews bzw. standardisierte Instrumente) beträgt 20,6 % (95 % KI: 12,45–32,13; $I^2 = 91$ %). Dieser Wert liegt deutlich über den typischen Raten in der Allgemeinbevölkerung (Suizidgedanken: 1,53–10,50 % pro 100 Personen; Suizidversuche: 0,01–1,5 % pro 100 Personen) (Zerbinati et al., 2025).

Literatur

Zerbinati L, Caccia F, Baciga F, Murri MB, Esposito P, Caruso R, et al. *Suicide risk in patients undergoing hemodialysis: a systematic review and meta-analysis of prevalence*. Ren Fail. 2025;47(1):2521453. doi:10.1080/0886022X.2025.2521453.

Autoimmunerkrankungen

In über 22 Studien wurden 27.106 Patient*innen mit Systemischem Lupus erythematodes (SLE) identifiziert, von denen 2,9 % suizidales Verhalten zeigten. Die mittlere Prävalenz von Suizidalität ohne suizidales Verhalten (suicidal ideation) betrug 15,7 %. Unter den Fällen mit suizidalem Verhalten wurden 71,4 % als Suizidversuch eingestuft und 2,3 % als Suizid (die altersstandardisierte Suizidrate betrug 10,5/100.000; Parperis et al. 2022), was ungefähr den Suizidraten der Allgemeinbevölkerung entspricht. Studien berichteten über ein erhöhtes Suizidrisiko bei Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Arp et al., 2022).

HIV

Bei Personen, die den HIV-Virus in sich tragen, zeigte eine Metaanalyse von 27 Studien mit 801 017 Personen eine Lebenszeitprävalenz von Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) von 18,0 % (männlich, 95 % KI: 13,3–22,8) vs. 20,8 % (weiblich, 95 % KI: 16,4–25,1) und von Suizidversuchen 16,8 % (männlich: 95 %KI: 9,0–24,5) vs. 24,7 % (weiblich: 95 % KI: 12,4–37,1). Frauen hatten höhere Odds ratios für Suicidal ideation (OR = 1,30; 95 %KI: 1,09–1,56) und Suizidversuche (OR = 1,34; 95 % KI: 1,02–1,75); Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts fanden sich nicht für Suizid (OR = 0,78; 95 % KI: 0,50–1,24) (Hu et al. 2022).

Rheumatische Erkrankungen

In rheumatologischen Kohorten werden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bzw. zu nicht-rheumatischen Kontrollgruppen erhöhte Raten suizidaler Phänomene beschrieben. Diese sind jedoch heterogen nach Entität und Studiendesign.

Gesamte rheumatologische Erkrankungen (SLE, RA, OA, FM): Die gepoolte Prävalenz für Suizidalität ohne Suizidhandlungen (SI) für die gesamten rheumatologischen Erkrankungen

(SLE, RA, OA, FM) betrug 26 % (95 % KI: 19–32 %) und die Prävalenz von Suizidversuchen (SA) 12 % (95 % KI: 3–21 %). Die Heterogenität war sehr hoch ($I^2 \approx 96$ %). Diese Schätzung entstammt einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von 17 Studien mit 5.174 Patient*innen (Li et al. 2018).

Zumeist wurde nicht klar zwischen rheumatoider Arthritis (RA) und Osteoarthritis (OA) unterschieden. In populationsbezogenen Analysen lag das relative Risiko für Suizidalität ohne suizidales Verhalten bei $\sim 1,5$ (95 % KI: 1,3–1,8) und für Suizidversuche bei $\sim 1,5$ (95 % KI: 1,1–1,9). Bei inflammatorischen Polyarthropathien lagen die relative Risiken für Selbstschädigung bei $RR = 1,4$ (95 % KI: 1,3–1,4, Calandre et al. 2018). Für Rheumatoide Arthritis werden Prävalenzen für Suicidal ideation von etwa 11 % (95 % KI: 5–16) berichtet. Depressivität ist der stärkste Prädiktor (z. B. $OR = 4,47$ für SI, Calandre et al. 2018).

Literatur

Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. Suicidal behaviors in patients with rheumatic diseases: a narrative review. *Rheumatology International*. 2018;38(4):537-548. doi:10.1007/s00296-017-3909-9. Parperis K, Kyriakou A, Vrachimis A, et al. Suicidal behavior in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2022;54:151997. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.151997.

Hu Y, Zhang X, Wu Z, et al. Gender differences in suicidal ideation, suicide attempts and suicide death among people living with HIV: A meta-analysis. *HIV Med*. 2023;24:521–532. doi:10.1111/hiv.13435.

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. doi:10.1080/13548506.2018.1476724.

Metekiya WM, Gebreselassie AT, Amare TA, Wondafrash DZ. Prevalence and determinants of suicidal ideation and suicide attempt in people with HIV in Africa: a systematic review. *East Asian Arch Psychiatry*. 2022;32:39–42. doi:10.12809/eaap20104.

John A, Eyles E, McGuinness LA, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. *F1000Research*. 2021;9:1097.

Pathirathna ML, Nandasena HMRKG, Atapattu AMMP, Weerasekara I. Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2022;22:506. doi:10.1186/s12888-022-04158-w.

Miná VAL, Lacerda-Pinheiro SF, Maia LC, et al. The influence of inflammatory cytokines in pathophysiology of suicidal behavior. *J Affect Disord.* 2015;172:219–230. doi:10.1016/j.jad.2014.09.049.

Adipositas

Bezüglich Suiziden zeigen sehr große Kohortenstudien eine negative Assoziation mit Adipositas bzw. BMI (z. B. Männer: AHR = 0,70; 95 % KI: 0,54–0,92); Frauen: AHR = 0,46 (95 % KI: 0,26–0,81). Eine aktuelle Metaanalyse (Matched-Kohorten und populationsbasiert) zeigt für bariatrische/metabolische Chirurgie (MBS) eine Hazard Ratio (HR) von 2,12 (95 % KI: 1,54–2,92) bzw. eine relative Rate (RR) von 2,32 (95 % KI: 1,55–3,45) für Suizid nach MBS vs. ohne MBS (Cui et al. 2025). Die absoluten Risiken für Suizid liegen bei 2,7/1000 Patient*innen; 2,5/1000 Personenjahre (Castaneda et al. 2019).

Literatur

Arp L, Jansson S, Wewer V, Burisch J. Psychiatric disorders in adult and paediatric patients with inflammatory bowel diseases – a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis.* 2022;16:1933-1945. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac095.

Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery – a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2019;29:322-333.

Cui B, He J, Yao H-L. Risk of suicide after metabolic bariatric surgery: a meta-analysis of matched cohort studies and population-based studies. *Surg Obes Relat Dis.* 2025;21:67-75. doi:10.1016/j.soard.2024.10.014. (GRADE: low –very low).

Ding X, Wu M, Zhang Y, et al. The prevalence of depression and suicidal ideation among cancer patients in mainland China... *J Affect Disord.* 2023;323:482-489. doi:10.1016/j.jad.2022.12.011.

Klinitzke G, Steinig J, Blüher M, Kersting A, Wagner B. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;145:277-284.

Smith AR, Velkoff EA, Ribeiro JD, Franklin J. Are eating disorders and related symptoms risk factors for suicidal thoughts and behaviors? A meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(1):229-

Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:183-193.

M. Parkinson

Die Metaanalyse von Shengting-Mai et al. 2024 schloss 28 Studien mit insgesamt 505.950 Patient*innen mit Parkinson-Erkrankung (PD) ein. Die gepoolte Prävalenz (ohne Angabe des Zeitraums) suizidaler Ideation bei PD lag bei 24,0 % (95 % KI: 19,1–29,7). Die Hazard Ratio (HR) für suizidales Verhalten bei Parkinson lag bei 1,73 (95 % KI: 1,40–2,14; $p < 0,001$; $I^2 = 32,8$ %) (keine Ausreißer). Die geschlechtsspezifischen HR betragen 1,83 (95 % KI: 1,54–2,18) für Männer und 2,30 (95 % KI: 1,85–2,86) für Frauen (jeweils $p < 0,001$, Shengting-Mai et al., 2024). Komorbide psychische Störungen sind häufig (Depression/Angst 30–50 % der PD-Patient*innen) (Shengting-Mai et al 2024).

Literatur

Shengting-Mai AS, Chao Y, Xiao B, Zhou Z, Yong JH, Lee ARYB, Tan EK. Risk of Suicidal Ideation and Behavior in Individuals With Parkinson Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2024;81(1):10-18. doi:10.1001/jamaneurol.2023.4207. Online published November 13, 2023.

Dermatologische Erkrankungen

In der Metaanalyse von 14 Studien (Patel et al., 2019) war die Prävalenz suizidaler Gedanken bei Erwachsenen mit Atopischer Dermatitis (AD) höher als bei Kontrollen (12,2 % vs. 6,4 %). Die gepoolte Odds Ratio (OR) für Suizidalität ohne suizidales Verhalten betrug 1,97 (95 % KI: 1,19–3,25). In Sensitivitätsanalysen zeigte sich für Erwachsene eine noch höhere Assoziation: OR = 2,87 (95 % KI: 1,89–4,36). Zusätzlich fanden Einzelstudien erhöhte Raten für Suizidplanung (OR = 1,23; 95 % KI: 1,12–1,35) und Suizidversuch (OR = 1,19; 95 % KI: 1,07–1,33), die bei Frauen tendenziell stärker ausgeprägt waren.

Die aktuelle Metaanalyse von Kohortenstudien zu Psoriasis (Hung et al., 2023) fand kein signifikant erhöhtes Risiko für das gesamte Spektrum von Suizidalität (Suizid: HR = 1,33, 95 % KI: 0,91–1,95; Suizidversuch: HR = 1,22, 95 % KI: 0,96–1,56; suizidales Verhalten: HR = 1,08, 95 % KI: 0,98–1,19; Suizidalität ohne Suizidhandlungen: HR = 1,74, 95 % KI: 0,99–3,06). Eine altersstratifizierte Analyse ergab jedoch bei pädiatrischer Psoriasis ein erhöhtes Risiko für Suicidal ideation (HR = 1,50; 95 % KI: 1,12–2,03).

Systematische Übersichten über Verbrennungen berichten von erhöhten Raten suizidaler Ideation nach Verbrennungen und einer höheren Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen als in der Allgemeinbevölkerung (z. B. in einer Registerstudie: 1,1 % der Betroffenen hatten einen Suizidversuch unternommen; zudem war die Suizidversuchsrate während der Lebenszeit „fünffach“ erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung). Aufgrund der ausgeprägten Heterogenität war jedoch keine Metaanalyse möglich (Lerman et al. 2021). Eine systematische Übersichtsarbeit zu Kindern und Jugendlichen mit chronischen Hauterkrankungen mit einem breiten Spektrum an Ergebnissen zeigte, dass 0,45 % der Betroffenen Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Psoriasis) und 0,08–21,9 % Suizidversuche begangen hatten (Akne). Für Atopische Dermatitis/Akne zeigten einzelne Studien signifikant erhöhte OR für Suizidversuche, doch die Metaanalyse scheiterte an Heterogenität (Barlow et al. 2023).

Literatur

Patel KR, et al. Association between atopic dermatitis and depression and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(2):402-410.

Hung W-K, Tung T-H, Wang T-Y, Liao S-C, Chi C-C. Risk for incident suicidality among psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res*. 2023;315:455-465. doi:10.1007/s00403-022-02377-5.

Lerman SF, Sylvester S, Hultman CS, Caffrey JA. Suicidality after burn injuries: a systematic review. *J Burn Care Res*. 2021;42(3):357-364.

Barlow R, et al. Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic skin disorders: a systematic review. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:adv00851.

Schlaganfall

Die systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Bartoli et al. (2017) quantifiziert die Häufigkeit suizidaler Gedanken (SI) nach einem Schlaganfall. Aus 15 Studien mit 10.400 Schlaganfall-Betroffenen aus 13 unabhängigen Stichproben ergibt sich eine gepoolte Prävalenz von 11,8 % (95 % KI: 7,4–16,2 %; $I^2 = 97,3$ %). Nach einer sequenziellen Sensitivitätsanalyse, bei der fünf Studien zur Reduktion der Heterogenität ausgeschlossen

wurden, blieb die Prävalenz mit 11,4 % (95 % KI: 9,6–13,2 %; $I^2 = 43,6$ %) vergleichbar. Für aktuelle bzw. rezente suizidale Gedanken (anstelle von Lebenszeit- oder 12-Monats-suizidalen Gedanken) lag die gepoolte Prävalenz bei 9,6 % (95 % KI: 7,6–11,6 %; $I^2 = 77,6$ %). Bei einer strengeren Definition (ernste/repetitive SI) betrug sie 9,7 % (95 % KI: 5,7–13,7 %; $I^2 = 79,0$ %). Ein Publikationsbias konnte nicht nachgewiesen werden (Egger-Test $p = 0,25$). Meta-Regressionen zeigten, dass weder Region, Alter, Geschlecht noch Erhebungszeitpunkt einen Einfluss haben.

Literatur

Bartoli F, Pompili M, Lillia N, Crocarno C, Salemi G, Clerici M, Carrà G. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017;88(6):498-504. doi:10.1136/jnnp-2017-315660.

Schlaf und Schlafstörungen:

Schlafstörungen (insbesondere Insomnie und Alpträume) sind in Beobachtungsstudien konsistent mit suizidalen Outcomes (Ideation, Suizidversuche, Suizid) assoziiert, auch bei Patient*innen mit depressiven Störungen. In einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse von 18 Beobachtungsstudien ($n = 198\ 893$) bei Depression/majorer Depression war das Vorliegen *irgendeiner* Schlafstörung mit einem etwa zweifach erhöhten Risiko für suizidales Verhalten assoziiert (gepooltes OR = 2,45; 95 % KI: 1,33–4,52). Für einzelne Endpunkte reichten die Assoziationen von OR = 1,24 (95 % KI: 1,00–1,53) für Suizid bis OR = 2,41 (95 % KI: 1,45–4,02) für Suizidversuche. Insomnie (OR = 2,29; 95 % KI: 1,69–3,10) und Alpträume (OR 4,47; 95 % KI: 2,00–9,97) zeigten die stärksten Zusammenhänge. Jüngere Stichproben (unter 40 Jahren) und Studien mit Patient*innen mit Major Depression wiesen höhere Effekte auf (Wang et al., 2019).

Literatur

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;19:303. doi:10.1186/s12888-019-2302-5.

Drapeau CW, Nadorff MR, McCall WV, Titus CE, Barclay N, Payne A. Screening for suicide risk in adult sleep patients. *Sleep Med Rev*. 2019;46:17-26. doi:10.1016/j.smrv.2019.03.009.

19.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Somatische Erkrankungen (Details siehe Hintergrundtext) sind ein Risikofaktor für Suizidalität und sollen erfragt und beachtet werden.	
Qualität der Evidenz		
Indirekte Evidenz: Suizide (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>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. <i>Journal of affective disorders</i> 2020;276:711-719.</p> <p>Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer PM, Knüttel H, Leitzmann MF, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. <i>Nature medicine</i> 2022;28(4):852-859.</p> <p>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. <i>International journal of environmental research and public health</i> 2023;20(5).</p> <p>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. <i>JAMA pediatrics</i> 2023;177(8):790-799.</p>	

<p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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. <i>European journal of cancer (Oxford, England : 1990)</i> 2020;125:104-113.</p> <p>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. <i>Frontiers in psychiatry</i> 2021;12:629417.</p> <p>Amiri S, Behnezhad S. Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research</i> 2020;24(sup2):S94-S112</p> <p>Gill H, Perez CD, Gill B, El-Halabi S, Lee Y, Lipsitz O, et al. The Prevalence of Suicidal Behaviour in Fibromyalgia Patients. <i>Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry</i> 2021;108:110078.</p> <p>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. <i>Psychology, health & medicine</i> 2018;23(9):1025-1036.</p> <p>Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. <i>Alimentary pharmacology & therapeutics</i> 2007;26(2):183-93.</p>
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Wei H, Li YU, Lei H, Ren J. Associations of migraines with suicide ideation or attempts: A meta-analysis. <i>Frontiers in public health</i> 2023;11:1140682.
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Armoon, B., Griffiths, ua (2023). Suicidal Behaviors and Risk Taking Among Homeless Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Community mental health journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01111-3>

Arp, L., Jansson, S., Wewer, V., & Burisch, J. (2022). Psychiatric disorders in adult and paediatric patients with inflammatory bowel diseases—a systematic review and meta analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 16(12), 1933–1945.

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.

Favril, L., Yu, R., ua. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, 25(4), 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

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.

Gill, H., Perez, C. D., Gill, B., El-Halabi, S., Lee, Y., Lipsitz, O., ... & Rosenblat, J. D. (2021). The prevalence of suicidal behaviour in fibromyalgia patients. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 108, 110078.

Giakas, A., Mangold, K., Androulakis, A., Hyduke, N., Galynker, I., Thiam, M., ... & Androulakis, X. M. (2023). Risks of suicide in migraine, non-migraine headache, back, and neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 14, 1160204.

Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nature Medicine*, 28(4), 852–859.

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.

Huang, S., Lewis, M. O., Bao, Y., Adekkanattu, P., Adkins, L. E., Banerjee, S., ... & Lo-Ciganic, W. H. (2022). Predictive modeling for suicide-related outcomes and risk factors among patients with pain conditions: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(16), 4813.

Spiegel, B., Schoenfeld, P., & Naliboff, B. (2007). Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(2), 183–193.

PICO-Frage 20: Besteht bei Menschen mit einer ausgeprägten kulturellen Identität, religiösen Überzeugung oder Spiritualität ein gemindertetes Risiko für Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Kulturelle Identität

Zur Fragestellung wurden nur zwei systematische Übersichtsarbeiten gefunden, wobei nicht klar ist, ob die Ergebnisse auf den deutschsprachigen Raum übertragen werden können. Die Beziehung zwischen Ethnie, Kultur und Religion ist komplex: Während manchmal kulturelle Merkmale einer ethnischen Gruppe entsprechen, können innerhalb derselben Ethnie unterschiedliche Kulturen existieren. Zudem ist Religionszugehörigkeit nicht deckungsgleich mit Kultur und/oder Ethnie. Eine Übersichtsarbeit zu suizidalem Verhalten in verschiedenen ethnischen Gruppen in Großbritannien (Al-Sharifi et al., 2015) zeigt die niedrigsten Raten bei asiatisch-stämmigen Männern und die höchsten bei farbigen Frauen. Asiatische und farbige Personen hatten ein niedrigeres Risiko für wiederholtes suizidales Verhalten. Alonzo (2021) fand eine um 250 % erhöhte Suizidrate bei American Indians und Alaska Natives und hier vor allem ein erhöhtes Risiko bei jungen Männern, wobei die Verbundenheit mit der indigenen Kultur eher schützende Zusammenhänge zeigte.

Eine weitere Übersichtsarbeit thematisierte das Suizidrisiko im Zusammenhang mit der Identifikation mit alternativen Subkulturen wie Goth, Punk, Metal etc. (Hughes 2018). Die Studien dazu untersuchten in erster Linie Adoleszente und jüngere Erwachsene. Personen, die sich mit alternativen Subkulturen identifizierten oder eine Präferenz für Metal berichteten, hatten ein höheres Risiko für Suizidalität (mit und ohne suizidales Verhalten). Es bleibt jedoch offen, inwieweit das gefundene erhöhte Suizidrisiko direkt auf die Subkultur selbst zurückgeführt werden kann oder sich durch konfundierende Faktoren erklärt.

Religion/Spiritualität

Religiosität ist facettenreich und kann etwa die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, die Verbindung/Identifikation mit dieser Gemeinschaft, religiöse Überzeugungen, soziale und individuelle religiöse Praktiken und/oder religiöse Erfahrungen beinhalten. Spiritualität wird als konfessionsübergreifende transzendente Erfahrungen definiert („alles ist verbunden“, „es gibt etwas, was über das Irdische hinausgeht“, usw.). Die meisten Studien verwendeten

nur eine Dimension von Religion oder Spiritualität. Das Suizidrisiko variiert deutlich zwischen verschiedenen religiösen Gruppierungen; die Diversität innerhalb der Weltreligionen lässt keine einfachen Schlussfolgerungen zu (Alonzo, 2021).

Gemeinsam ist allen Religionen, dass der Suizid negativ moralisch bewertet und stigmatisiert wird und negative Konsequenzen im Nachleben oder auch bei Begräbnissen nach sich zieht; in manchen Lebenssituationen kann der Suizid aber auch akzeptiert sein, zum Beispiel zur Ehrenrettung (Alonzo, 2021). Personen die keiner Religion angehören, haben höhere Suizidraten und weniger moralische Einwände gegen einen Suizid, unterscheiden sich aber auch in anderen Risikofaktoren für Suizid (Alonzo 2021). Zu Personen, die sich explizit als atheistisch identifizieren, fehlen Daten weitgehend.

Nach Reviews von Bonelli und König (2013) und Poorojalal et al. (2022) war Religiosität in verschiedenen Studien mit niedrigeren Suizid- und Suizidversuchsraten verbunden, wobei dieser Zusammenhang bei Frauen stärker als bei Männern ausgeprägt zu sein scheint. Fanegan et al. (2022) fanden einen suizid-protektiven Zusammenhang zwischen Religiosität bei schwarzen Amerikaner*innen, aber auch einen ungünstigen Zusammenhang mit dem Aufsuchen von professioneller Hilfe für psychische Probleme. Was Suizidgedanken oder Suizidpläne anbelangt, sind die protektiven Zusammenhänge von Religionszugehörigkeit und religiöser Praxis weniger eindeutig als bei Suizidversuchen oder Suiziden, wobei es auch hier Unterschiede je nach Region/Religion gibt (Lawrence et al. 2016, Poorolajal et al., 2022, Wu et al. 2015). Bezüglich Suiziden fand eine Metaanalyse von Fallkontrollstudien (kontrollierte psychologische Autopsiestudien und retrospektive Kohortenstudien) bei Studien aus dem Westen (USA, Ungarn) eine konsistent niedrigere Suizidrate (OR = 0,28, 95 % KI: 0,17 – 0,47) im Zusammenhang mit Religionszugehörigkeit und religiöser Praxis, während die Ergebnisse aus dem Osten (China, Indonesien) gemischt ausfallen; in Regionen mit überwiegend gleicher Religionszugehörigkeit fiel der protektive Zusammenhang stärker aus (Wu et al. 2015). Es wird diskutiert, dass Religiosität zwar nicht oder nicht so stark vor Suizidalität ohne suizidales Verhalten schützt, aber einen besseren Umgang damit ermöglicht, etwa weil Religiosität eine Bewältigungsstrategie sein kann (z. B. Hoffnung vermittelt), mit mehr sozialer Unterstützung verbunden ist, bessere körperliche und seelische Gesundheit vorhanden ist und eine suizidale Handlung aufgrund des Tabus weniger in Frage kommt (Lawrence et al. 2016). Weniger Befunde gibt es zu Spiritualität, aber auch hier zeigen sich tendenziell protektive Effekte,

ähnlich wie bei Religiosität (Smith-McDonald et al. 2017). In vielen Studien wird betont, dass die individuellen, religionsspezifischen Werthaltungen und Ressourcen in der Suizidprävention jedenfalls relevant sind (siehe z. B: Norko et al. 2017).

Auf der anderen Seite sollte allerdings auch beachtet werden, dass bestimmte Formen von Religiosität und Religionszugehörigkeit zu einem Risikofaktor werden und mit erhöhter Suizidalität verbunden sein können.

In den USA konnte man die empirischen Befunde mit Hilfe einer Netzwerkhypothese beschreiben: Von 27 religiösen Gruppen wiesen diejenigen am wenigsten Suizide auf, die eine mittlere Dichte sozialer Netzwerkverbindungen aufwiesen, während die Gruppen mit sehr geringer oder mit sehr hoher Dichte die höchsten Suizidraten aufwiesen (Pescosolido & Georgianna 1989). Mit Blick auf die Kontaktdichte (Häufigkeit der Teilnahme an religiösen Aktivitäten) waren die Suizidraten in der Altersgruppe ab 50 Jahren vor allem bei denjenigen besonders hoch, die sich weniger als einmal im Monat an religiösen Aktivitäten beteiligten hatten (Nisbet et al. 2000). Unklar blieb jedoch, welche Elemente der religiösen Teilnahme dafür verantwortlich sind.

Bei den religiösen Suizidenten eines Jahres wurden folgende Typen von Religiosität identifiziert (Sorri et al 1996): Hilfesuche bei einer Religionsgemeinschaft wegen Lebensproblemen oder psychischer Erkrankung, als belastend erlebter Konflikt mit einer Religionsgemeinschaft, private Religiosität ohne Rückbindung an eine bestimmte Kirche oder Gemeinde, Bruch mit der bisherigen Religiosität und meist negativ erlebte Beziehung mit Religion. Es wurden weitere Umstände identifiziert, unter denen Religiosität oder Spiritualität Suizidhandlungen fördern kann: erlebter unerfüllbarer Zwang, die hohen Glaubensstandards der Religionsgemeinschaft zu erfüllen, Zuwendung zur Religion nach dem Erleben von Missbilligung und Zurückweisung durch Menschen mit anderen Überzeugungen, fundamentalistische Religionsform mit nur wenigen absoluten Überzeugungen, Zugehörigkeit zu einer Sekte und starker Glaube an ein Leben nach dem Tod (Colucci & Martin 2008).

Empfehlungsgrad: B ↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizide (Prävalenzen): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. PloS one 2015;10(6):e0131715.
Suizidalität allgemein (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	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.
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen/ ggf. schädlich
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Alonzo, D., & Gearing, R. E. (2021). Suicide across Buddhism, American Indian–Alaskan native, and African traditional religions, atheism and agnosticism: An updated systematic review. *Journal of religion and health, 60*(4), 2527-2546.

Al-Sharifi, A., Krynicki, C. R..(2015). *Self-harm and ethnicity: A systematic review. The International journal of social psychiatry, 61*(6), 600-612.
<https://doi.org/10.1177/0020764015573085>

Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health, 52*(2), 657-673.

Colucci, E., & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(2), 229-244.

Fanegan, B., Berry, A. M., Combs, J., Osborn, A., Decker, R., Hemphill, R., & Barzman, D. (2022). Systematic review of religiosity's relationship with suicidality, suicide related stigma, and formal mental health service utilization among Black Americans. *Psychiatric quarterly, 93*(3), 775-782.

Hughes, M. A., Knowles, S. F., Dhingra, K., Nicholson, H. L., & Taylor, P. J. (2018). This corrosion: A systematic review of the association between alternative subcultures and the risk of self-harm and suicide. *British journal of clinical psychology, 57*(4), 491-513.

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: a systematic review. *Archives of suicide research, 20*(1), 1-21.

Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seydlitz L (2000) The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis 188*(8):543-546

Norko, M. A., Freeman, D., Phillips, J., Hunter, W., Lewis, R., & Viswanathan, R. (2017). Can religion protect against suicide?. *The Journal of nervous and mental disease, 205*(1), 9-14.

Pescosolido BA, Georgianna S (1989) Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. *Am Sociol Rev 54*:33-48

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.

Smith-MacDonald, L., J. M. Norris, S. Raffin-Bouchal, and S. Sinclair. 2017. Spirituality and Mental Well-Being in Combat Veterans: A Systematic Review. *Mil Med 182* (11):e1920-e1940.

Sorri H, Henriksson M, Lönquist J (1996) Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study. *Crisis* 17(3):123-127

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

PICO-Frage 21: Besteht bei Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen/ dysfunktionalen Bewältigungsstrategien ein erhöhtes/ gemindertes Risiko für Suizidalität, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Studien zeigen, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Persönlichkeitsstörungen werden in PICO Frage 18 "Psychische Störungen" thematisiert) sowie maladaptive Bewältigungsstrategien signifikante Prädiktoren für suizidales Verhalten sind, was zu einem erhöhten Risiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung führen kann. Brezo et al. (2006) identifizieren in ihrem systematischen Review verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, die mit suizidalen Gedanken und Verhalten in Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse zeigen, dass Gefühle der Hoffnungslosigkeit, leichte Erregbarkeit oder Ängstlichkeit (Neurotizismus) und Kontaktfreudigkeit (Extrovertiertheit) die wahrscheinlichsten Indikatoren für das Suizidrisiko sind. Andere Persönlichkeitsmerkmale wie Aggressivität, Impulsivität, Wut, Reizbarkeit, Feindseligkeit und Ängstlichkeit müssen jedoch noch weiter erforscht werden. Auch die Metaanalyse von García Herrero et al. (2018) fand einen positiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Suizidalität. Eine Metaanalyse von Bruno et al. (2023) zeigte signifikante Zusammenhänge zwischen Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal und suizidalen Gedanken und Verhalten. Eine Metaanalyse von Liu et al. (2017) fand kleine bis mittlere Effektstärken für den Zusammenhang zwischen impulsivem Verhalten und Suizidversuchen. Anestis et al. (2014) fanden nur kleine Zusammenhänge zwischen Impulsivität und suizidalem Verhalten und widersprechen daher der Annahme, dass Impulsivität eine zentrale Rolle bei der Entstehung suizidaler Handlungen spielt. Auch in der Metaanalyse von Moore et al. (2022) ergaben sich nur kleine positive Effektstärken für den Zusammenhang zwischen Impulsivität und Aggression mit Suizidalität. Selbstberichteter Optimismus war mit geringerer Wahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken assoziiert (Huffmann et al. 2016).

Einige Metaanalysen untersuchen den Zusammenhang von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen bei Menschen mit Schizophrenie. Die Ergebnisse von Canal-Rivero et al. (2021) deuten darauf hin, dass bei Menschen mit Schizophrenie Persönlichkeitsmerkmale wie Ängstlichkeit, soziale Hemmung, Schüchternheit, Impulsivität, Aggressivität sowie fehlende Bewältigungsstrategien mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten assoziiert sind. Der Review von Díaz et al. (2022) zeigt, dass Personen mit einer Psychose in der ersten Episode, die einen Suizidversuch durchgeführt haben, tendenziell stärkere kognitive Beeinträchtigungen aufwiesen, insbesondere in Bereichen wie

Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Problemlösung. Auch frühere impulsive Verhaltensweisen standen mit suizidalem Verhalten in Verbindung. Das systematische Review von Scholte-Stalenhoef et al. (2023) zeigte, dass höhere Werte von Schadensvermeidung (Harm Avoidance) mit höherer Suizidalität verbunden sind.

Bei Jugendlichen zeigen impulsive Verhaltensweisen eine Korrelation mit Selbstverletzungen und suizidalem Verhalten (Lockwood et al. 2017; Moselli et al. 2023; McHugh et al. 2019). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse bezüglich Persönlichkeitsmerkmalen uneindeutig sind und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Impulsivität und Neurotizismus potenziell mit suizidalen Gedanken und Verhalten zusammenhängen. Jedoch ist weiterer Forschungsbedarf notwendig, um eindeutige Zusammenhänge feststellen zu können.

21.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: B ↑	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.	
Qualität der Evidenz		
Suizide (Prävalenzen): hoch ⊕⊕⊕⊕	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. <i>Neuroscience and biobehavioral reviews</i> 2017;83:440-450. 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. <i>Psychiatry research</i> 2024;337:115952. Beach VL, Gissandaner TD, Schmidt AT. The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. <i>Archives of suicide research : official journal of the</i>	

<p>Suizidversuche (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Suizidalität allgemein (Prävalenzen): moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>International Academy for Suicide Research 2022;26(3):985-1006.</p> <p>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. <i>Psychological medicine</i> 2024;54(9):1897-1904.</p> <p>Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. <i>Frontiers in psychiatry</i> 2018;9:56. <i>Pubmed Journal</i></p> <p>Pérez-Balaguer A, Peñuelas-Calvo I, Alacreu-Crespo A, Baca-García E, Porrás-Segovia A. Impulsivity as a mediator between childhood maltreatment and suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of psychiatric research</i> 2022;151:95-107.</p> <p>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. <i>EClinicalMedicine</i> 2022;45:101307.</p> <p>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. <i>Psychological bulletin</i> 2024;150(1):45-81.</p> <p>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. <i>Journal of psychiatric research</i> 2019;116:51-60.</p> <p>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. <i>Journal of affective disorders</i> 2023;339:571-583.</p> <p>Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> 2006;113(3):180-206.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. <i>Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc</i> 2014;18(4):366-86.
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review*, 18(4), 366-386.

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

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

Canal-Rivero, M., Ayesa-Arriola, R., Setién-Suero, E., Crespo-Facorro, B., Arango, C., Dutta, R., & Lopez-Morinigo, J. D. (2021). Understanding the influence of personality

traits on risk of suicidal behaviour in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 10(19), 4604.

Diaz, E., Estric, C., Schandrin, A., & Lopez-Castroman, J. (2022). Neurocognitive functioning and impulsivity in first-episode psychosis with suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 241, 130-139.

García Herrero, A. M., Sanchez-Meca, J., FJ, Á. M., Rubio-Aparicio, M., & Navarro-Mateu, F. (2018). Neuroticism and suicidal thoughts: a meta-analytic study. *Revista Espanola de Salud Publica*, 92, e201808049-e201808049.

Huffman, J. C., Boehm, J. K., Beach, S. R., Beale, E. E., DuBois, C. M., & Healy, B. C. (2016). Relationship of optimism and suicidal ideation in three groups of patients at varying levels of suicide risk. *Journal of psychiatric research*, 77, 76-84.

Liu, R. T., Trout, Z. M., Hernandez, E. M., Cheek, S. M., & Gerlus, N. (2017). A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 440-450.

Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 26, 387-402.

McClelland, H., Cleare, S., & O'Connor, R. C. (2023). Suicide risk in personality disorders: a systematic review. *Current psychiatry reports*, 1-13.

McHugh, C. M., Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 116, 51-60.

Moore, F. R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 45.

Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C., & Williams, R. (2023). Suicidality and personality pathology in adolescence: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(2), 290-311.

O'Donnell, O., House, A., & Waterman, M. (2015). The co-occurrence of aggression and self-harm: systematic literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 325-350.

Scholte-Stalenhoef, A. N., Pijnenborg, G. H. M., Hasson-Ohayon, I., & Boyette, L. L. (2023). Personality traits in psychotic illness and their clinical correlates: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 252, 348-406.

Klinische Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Wetter- bzw. Klimavariablen und der Häufigkeit suizidaler Handlungen?

Ein möglicher Zusammenhang zwischen Wetterbedingungen und suizidalen Handlungen wurde, insbesondere im Hinblick auf die Umgebungstemperatur untersucht. Dabei ist jedoch die große Komplexität des Themas zu beachten: Sowohl direkte als auch indirekte Wirkmechanismen sind denkbar, zudem sind meteorologische Einflüsse schwer voneinander zu trennen und von langfristigen Klimaeffekten abzugrenzen.

In mehreren Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurde der Zusammenhang zwischen meteorologischen Faktoren und suizidalem Verhalten untersucht. Ein durchgängig festgestellter Effekt ist der positive Zusammenhang zwischen steigenden Temperaturen und einer erhöhten Suizidrate bzw. Rate von Suizidversuchen, wenngleich die Effektstärken meist gering sind (Deisenhammer, 2003; Thompson et al., 2018; Pervilhac et al. 2020; Radua et al., 2024). So zeigte beispielsweise eine Metaanalyse (Gao et al., 2019), dass die Suizidrate um 1 % pro 1 °C Temperaturzunahme ansteigt. Andere Arbeiten errechneten relative Risiken von 1,01 bis 1,09 (Heo et al., 2021; Frangione et al., 2022). Die Übersichtsarbeit von Cornelius et al. (2021) zeigt, dass verschiedene umweltbezogene Faktoren wie Temperatur, Sonnenlicht, Luftverschmutzung, Pestizide und die geografische Höhe des Wohnorts mit einem meist schwach ausgeprägten, aber gut belegten Anstieg des Suizidrisikos in Zusammenhang stehen. Für andere Wettervariablen wie Sonnenstunden, Regen, Wind oder Luftdruck fanden sich dagegen keine konsistenten Zusammenhänge (Gao et al., 2019; Pervilhac et al., 2020). In fast allen Reviews wurde auf die große methodische Heterogenität und mögliche Verzerrungen (z. B. Publikationsbias) hingewiesen. Die Auswirkungen der Klimakrise auf psychische Gesundheit und Suizidalität geht über die direkten Wirkungen ansteigender Temperaturen hinaus, (Walinski et al., 2023) .

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es nur wenig Evidenz für einen möglichen Einfluss von anderen meteorologischen Parametern als Temperatur auf die Häufigkeit suizidalen Verhaltens gibt. Eine doch recht reichhaltige Literatur zu ambienter Temperatur zeigt eine größere Wahrscheinlichkeit von Suiziden (mehr als bei nicht letalen suizidalen

Handlungen) bei höheren bzw. steigenden Temperaturen. Wie bei allen nicht individuumsbezogenen ("ecological") Untersuchungen ist jedoch auf die oft nicht ausreichende statistische Kontrollierbarkeit für viele für das Suizidrisiko relevante Faktoren (psychische Morbidität einschließlich Substanzkonsum, Versorgungsqualität, soziale Eingebundenheit, Lebensereignisse, Verfügbarkeit von Suizidmitteln, etc. ...) hinzuweisen.

Literatur

Cornelius SL et al. (2021) The effect of meteorological, pollution, and geographic exposures on death by suicide: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: 7809.

Deisenhammer EA (2003) Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108: 402-409.

Dumont C et al. (2020) Climate change and risk of completed suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease* 208: 559-565.

Frangione B et al. (2022) Short-term changes in meteorological conditions and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Research* 207: 112230.

Gao J et al. (2019) Ambient temperature, sunlight duration, and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Science of the total environment* 646: 1021-1029.

Heo S et al. (2021) Suicide and associations with air pollution and ambient temperature: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: 7699.

Pervilhac C et al. (2020) Wetter und Suizid. *Nervenarzt* 91: 227-232.

Radua J et al. (2024) Impact of air pollution and climate change on mental health outcomes: an umbrella review of global evidence. *World Psychiatry* 23: 244-256.

Thompson R et al. (2018) Associations between high ambient temperatures and heat waves with mental health outcomes: a systematic review. *Public Health* 161: 171-191.

Walinski, A., Sander, J., Gerlinger, G., Clemens, V., Meyer-Lindenberg, A., & Heinz, A. (2023). The effects of climate change on mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(8), 117.

Kapitel 3 Psychotherapie

Methodenkritische Aspekte

Zur Bewertung der methodischen Qualität und Aussagekraft der eingeschlossenen Studien sind verschiedene methodenkritische Aspekte zu berücksichtigen. Eine ausführliche Darstellung und Erläuterung solcher Aspekte erfolgte bereits in der NV-Leitlinie Unipolare Depression (2022). Für die vorliegende Leitlinie wird daher auf die Ausführungen dort verwiesen. Dies betrifft insbesondere folgende Punkte:

- Studiendesign-bedingte Verzerrungsrisiken,
- Verzerrungsrisiken bei der Bewertung des Therapieeffekts,
- Verzerrungsrisiken aufgrund von Publikationsbias,
- Externe Validität (Direktheit),

Insbesondere sind zum Teil sehr heterogene Kontrollbedingungen zu berücksichtigen (bei psychologischen oder psychosozialen Therapien oft TAU oder Warteliste, bei medikamentösen Therapien meist Placebo), als auch teilweise unterschiedliche Zeitskalen bezüglich der primären Endpunkte (von Tagen bis Monaten). Indirekte Vergleiche insbesondere bezüglich unterschiedlicher Therapiemodalitäten sind daher kaum möglich und sollten nur unter Berücksichtigung solcher Aspekte gemacht werden. Auch sind akute Effekte auf bereits bestehende Suizidalität von eher mittel- bis langfristige Effekte auf ggf. im Verlauf entstehende Suizidalität abzugrenzen (siehe auch Kapitel "Pharmakotherapie"), was gerade in meta-analytischen Untersuchungen nicht immer geschieht.

Einleitung

Welche Wirkung hat die therapeutische Beziehung auf den Behandlungserfolg suizidaler Patient*innen?

Eine starke therapeutische Beziehung ist prädiktiv für einen Rückgang an suizidalen Erlebens (Dunster-Page et al., 2017; Huggett et al., 2022) und eine Abnahme selbstverletzenden Verhaltens (self-harm; Dunster-Page et al., 2017). Ein protektiver Effekt einer stabilen therapeutischen Beziehung gegenüber Suizidversuchen konnte bislang nicht ausreichend belegt werden (Huggett et al., 2022). Hervorzuheben ist, dass Suizidalität (Suicidal ideation und Suizidversuche) im Vorfeld einer Behandlung keinen nennenswerten Einfluss auf die Bildung einer therapeutischen Beziehung zu nehmen scheinen (Huggett et al., 2022); und dies, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass Behandler*innen z. T. negative emotionale Reaktionen (u. a. Angst, Verwirrung, Hilflosigkeit, Ärger) auf suizidale Patient*innen zeigen (Lindner, 2025; Michaud et al., 2023,).

In diversen suizid-spezifischen Therapieprogrammen wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Behandlung suizidaler Patient*innen betont und es werden gezielte Hinweise dazu gegeben, auf welche Weise eine gleichberechtigte, kollaborative Beziehung zu suizidalen Patient*innen etabliert werden kann (u. a. Jobes, 2023; Gysin-Maillart, 2021). In Anlehnung an die NVL-Leitlinie „Unipolare Depression“ (<https://www.leitlinien.de/themen/depression>; Tabelle 40) werden die folgenden Merkmale des Gesprächs- und Beziehungsangebotes an suizidale Patient*innen als wesentlich hervorgehoben:

Akzeptanz von Suizidalität als Ausdruck seelischer Not/ Beziehungssuche

- empathisches Validieren der inneren Situation von Betroffenen
- Entdramatisierung, aber Vermeiden von Bagatellisierung
- Die sensible Vermittlung von Hoffnung, Hilfe und Chancen auf Veränderung (Zukunftsorientierung) sowie Förderung von Selbstwirksamkeitserleben
- Die Haltung zur/ bzw. der Umgang mit suizidalen Patient*innen sollte unterstützend und nicht bestrafend sein

- Wahrnehmung der eigenen Gefühle gegenüber der/dem Patient*in, um suizidale Beziehungsmuster in der therapeutischen Beziehung zu erkennen

Offenheit und Klarheit im Umgang mit Suizidalität

- offenes, pro-aktives, direktes, ernstnehmendes Ansprechen von Suizidalität
- Offenheit und Transparenz in Bezug auf alle Behandlungsaspekte (Ergebnisse der Risikoabschätzung, Gestaltung der Krisenintervention, Setting-Entscheidungen inklusive Szenarien für Zwangseinweisungen)
- Beachtung der Rahmenbedingungen des therapeutischen Kontakts und Kommunikation seiner Grenzen

Fürsorglicher Umgang mit einem schutzbedürftigen Menschen

- Raum und Zeit zur Verfügung stellen
- konkrete Vereinbarung über regelmäßigen zusätzlichen Kontakt (direkt oder telefonisch, mit Uhrzeit und Ort) und Klärung des Behandlungssettings (ambulant/stationär)
- "Sichernde Fürsorge": Vermeiden von Alleinsein, Einbeziehung von Angehörigen oder Vertrauenspersonen; ggf. Zusammenarbeit mit den entsprechenden Krisendiensten für suizidale Menschen

Selbstfürsorge

- Obligatorische Nutzung von Supervision, Intervision und Austausch mit Team und Vorgesetzten über suizidale Patient*innen und über belastende Interaktionen mit ihnen

Auch für suizidale Menschen gelten dabei die Grundsätze der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Literatur

Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.040>

Gysin-Maillart, A. (2021). *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Göttingen: Hogrefe.

Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203–1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>

Jobes, D.A. (2023). *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York: Guilford Press.

Lindner, R. (2025). Suizidalität. In: Gumz, A., Hörz-Sagstetter, S. (2025). *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis*, 2. Auflage. Weinheim: Programm PVU Psychologie Verlags Union

Michaud, L., Greenway, K.T., Corbeil, S. Bourquin, C. & Richard-Devantoy (2023). Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. *Current Psychology*, 42, 416–430. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>

Miguel, C., Cecconi, J., Harrer, M., van Ballegooijen, W., Bhattacharya, S., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Gentili, C., & Cristea, I. A. (2024). Assessment of suicidality in trials of psychological interventions for depression: a meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 11(4), 252–261. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00027-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00027-0)

PICO-Frage 22: Welche Wirkung auf suizidales Erleben und Verhalten hat Verhaltenstherapie (KVT als auch Verfahren der dritten Welle und DBT) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?

Die Wirkung kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) auf suizidales Erleben und Verhalten ist insgesamt gut untersucht. Dabei zeigen sich bei Erwachsenen in aktuellen Metaanalysen signifikante Effekte von suizidalitätsspezifischer KVT auf die Wahrscheinlichkeit erneuter Suizidversuche (z. B. D’Anci et al., 2019; Hu et al., 2024; Mewton & Andrews, 2016; Jeong et al., 2023): die Wahrscheinlichkeit erneuter Suizidversuche reduziert sich nach KVT gegenüber TAU (Routinebehandlungen) um ca. ein Drittel ($n=923$; $k=10$; $RR=0,66$, 95 % KI: 0,48-0,90; Sobanski et al., 2021) bis die Hälfte ($n=1241$; $k=10$; $OR = 0,47$, 95 % KI: 0,30-0,73; in einem Zeitraum von einem Monat bis zu 3 Jahren) (Götzsche & Götzsche, 2017). Auch ein aktuelles, qualitativ hochwertiges Cochrane-Review zu psychosozialen Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten zeigte, dass durch eine individuelle KVT das Risiko für wiederholte Selbstverletzung inklusive Suizidalität im Vergleich zur Standardbehandlung direkt nach der Intervention ($n=238$, $k=4$; $OR = 0,35$; 95 % KI: 0,12-1,02), nach 6 Monaten ($n=1260$, $k=12$; $OR = 0,52$, 95 % KI: 0,38-0,70) sowie nach 12 Monaten ($k=9$, $n=1458$; $OR = 0,81$, 95 % KI: 0,66-0,99) reduziert wird (Witt et al., 2021a). Allerdings wurde in dieser Arbeit nicht zwischen suizidaler und nicht-suizidaler Selbstverletzung unterschieden, so dass die Befunde nur eingeschränkt hinsichtlich der Wirkung auf suizidales Verhalten interpretiert werden können.

Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) kann durch eine KVT ebenfalls signifikant reduziert werden, mit moderater Effektgröße (direkt nach der Intervention: $k=5$, $n=718$; $SMD -0,48$, 95 % KI: -0,68- -0,28; nach 6 Monaten: $k= 4$, $n=353$; Standard Mean Difference (SMD) -0,38, 95 % KI: -0,60 - -0,17; Witt et al., 2021a).

Von den verschiedenen suizid-spezifischen KVT-Programmen liegt derzeit die beste Evidenz für die sogenannte Brief-Cognitive Behavioral Therapy (BCBT; Bryan & Rudd, 2018, 2025) vor. In insgesamt drei randomisiert-kontrollierten Studien ließ sich eine Überlegenheit der BCBT hinsichtlich des Auftretens bzw. der Frequenz (erneuter) Suizidversuche nachweisen (Baker et al., 2024; Diefenbach et al., 2024; Rudd et al., 2015).

Unter den Dritte-Welle-Verfahren der Verhaltenstherapie liegen die umfangreichsten Wirksamkeitsnachweise für die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) vor. DBT zeigt dabei signifikante Effekte auf Suizidversuche ($k=6$, $n=592$; OR = 0,37, 95 % KI: 0,13 - 0,97, Hu et al., 2024; s. auch d’Anci et al., 2019; Mendes-Bustos et al., 2019). Es finden sich hingegen keine ausreichenden Belege für eine Wirkung auf Suizidalität ohne Suizidhandlungen ($k=3$, $n=184$; SMD = -0,31, 95 % KI: -0,64 – 0,02; Witt et al., 2021a; s. auch deCou et al., 2019).

In einem aktuellen systematischen Review zeigt Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) positive Effekte auf Suizidalität ($k=10$ zu MBCT; de Aguiar et al., 2022). Allerdings liegen hier nur wenige kontrollierte und zumeist kleine Studien mit heterogenen Outcome-Maßen vor.

Ein weiteres aktuelles systematisches Review fand 13 Studien zur Wirksamkeit von Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) und berichtet über Effekte von ACT auf Suicidal ideation und teilweise auf suizidales Verhalten (Ortas-Barajas & Manchón, 2024). Auch hier finden sich unter den Studien nur zwei kleine RCTs und sonst unkontrollierte oder quasi-experimentelle Studien. Zudem wurde Suizidalität sehr unterschiedlich gemessen (s. auch Tighe et al., 2018).

Für das Kindes- und Jugendalter zeigten sich in einem aktuellen Cochrane-Review positive Effekte auf selbstverletzendes Verhalten (suizidal und nicht-suizidal) nur für die Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) direkt nach der Intervention ($k=4$, $n=270$; OR = 0,46, 95 % KI: 0,26–0,82; Witt et al., 2021b). Eine weitere Metaanalyse, die insgesamt sieben Studien einschloss (darunter auch nicht-randomisierte kontrollierte Studien), bestätigt dieses Ergebnis (self-harm; $k=7$; $n=1314$; $g=-0,44$, 95 % KI: -0,81 - -0,07; Kothgassner et al., 2021). Allerdings wurde in beiden Arbeiten nicht zwischen suizidaler und nicht-suizidaler Selbstverletzung unterschieden, so dass die Befunde nur eingeschränkt hinsichtlich der Wirkung auf suizidales Verhalten interpretiert werden können. Suizidalität ohne suizidales Verhalten kann mittels DBT-A signifikant reduziert werden ($k=6$, $n=1159$; $g=-0,31$, 95 % KI: -0,52 - -0,09; Kothgassner et al., 2021). Insgesamt liegen Befunde ausschließlich für Kinder und Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren vor; der Großteil der Studienpopulationen war weiblich.

Insgesamt ist auf Basis der Studienlage eine genaue Abschätzung des Effekts dadurch erschwert, dass es eine große Heterogenität in den Studien gibt, z. B. hinsichtlich Stichprobengröße und -zusammensetzung, Zusammensetzung der Kontrollgruppe(n), Kontrollbedingungen, Behandlungskomponenten und -umfang, Methode zur Messung von Suizidalität, und es insgesamt an Replikationsstudien mangelt. Die Befundlage weist zudem darauf hin, dass allgemeine störungsspezifische KVT, die *keinen* Fokus auf die Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens legt, keinen bedeutsamen Effekt hinsichtlich Suizidgedanken und Suizidversuche zu erzielen scheint (Meerwijk et al., 2016; Torok et al., 2020; siehe aber auch Fox et al., 2020; van Ballegooijen et al., 2025).

22.1	Empfehlung	
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>A ↑↑</p>	<p><u>Verknüpfte Empfehlungen:</u></p> <p>Suizidalen Patient*innen im Erwachsenenalter soll eine auf die Suizidalität fokussierte kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.</p> <p>Suizidalen Patient*innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung soll eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) angeboten werden.</p>	
<p>Qualität der Evidenz</p>		
<p>Suizide:</p> <p>hoch</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p> <p>Suizidversuche:</p> <p>hoch</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Cristea, I. A., et al. (2017). "Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis." <i>JAMA Psychiatry</i> 74(4): 319-328.</p> <p>Padmanathan, P., et al. (2020). "Prevention of suicide and reduction of self-harm among people with substance use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials." <i>Comprehensive Psychiatry</i> 96.</p> <p>Calati, R. and P. Courtet (2016). "Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data." <i>Journal of psychiatric research</i> 79: 8-20.</p> <p>Gøtzsche, P. C. and P. K. Gøtzsche (2017). "Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review." <i>J R Soc Med</i> 110(10): 404-410.</p>	

Suizidale Gedanken:
hoch
⊕⊕⊕⊕

Hu, F.-H., et al. (2024). "Non-pharmacological interventions for preventing suicide attempts: A systematic review and network meta-analysis." *Asian journal of psychiatry* 93: 103913.

Jeong, H., et al. (2023). "Effectiveness of Psychotherapy on Prevention of Suicidal Re-Attempts in Psychiatric Emergencies: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Psychother Psychosom* 92(3): 152-161.

Aggarwal, S., Patton, G., Berk, M., & Patel, V. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-22.

Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I., & Patten, S. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for self-harm and suicidal behavior among children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA network open*, 4(4), e216614-e216614.

Bloom, J. M., et al. (2012). "Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review." *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 63(9): 881-888.

D'Anci, K. E., et al. (2019). "Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review." *Ann Intern Med* 171(5): 334-342.

Decou, C. R., et al. (2019). "Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis." *Behavior therapy* 50(1): 60-72.

Hawton, K., et al. (2016). "Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Psychiatry* 3(8): 740-750.

Hetric, S. E., et al. (2016). "Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression." *BMJ open*, 2016.

Tighe, J., et al. (2018). "Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and

Suizidalität allgemein:

hoch



Deliberate Self-Harm: Systematic Review." JMIR Ment Health 5(2): e10732.

Binks, C. A., et al. (2006). "Psychological therapies for people with borderline personality disorder." The Cochrane database of systematic reviews, 2006.

Bornheimer, L. A., et al. (2020). "Effectiveness of Suicide-Focused Psychosocial Interventions in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis." Psychiatric Services 71(8): 829-838.

Cuijpers, P., et al. (2013). "The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis." Journal of Affective Disorders 144(3): 183-190.

de Aguiar, K. R., et al. (2022). "The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review." Trends in Psychiatry and Psychotherapy 44.

Fox, K. R., et al. (2020). "Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research." Psychological Bulletin 146(12): 1117-1145.

Hawton, K., et al. (2016). "Psychosocial interventions for self-harm in adults." Cochrane Database Syst Rev 2016(5): Cd012189.

Méndez-Bustos, P., et al. (2019). "Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies." Front Psychol 10: 277.

Oud, M., et al. (2018). "Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis." The Australian and New Zealand journal of psychiatry 52(10): 949-961.

Panos, P. T., et al. (2014). "Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT)." Research on Social Work Practice 24(2).

Raj, S., et al. (2021). "The mindfulness trajectories of addressing suicidal behaviour: A systematic review." The International journal of social psychiatry 67(5): 507-519.

	<p>Riblet, N. B. V., et al. (2017). "Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials." <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> 210(6): 396-402.</p> <p>Rozek, D. C., et al. (2022). "Addressing co-occurring suicidal thoughts and behaviors and posttraumatic stress disorder in evidence-based psychotherapies for adults: A systematic review." <i>J Trauma Stress</i> 35(2): 729-745.</p> <p>Schmelefske, E., et al. (2022). "The Effects of Mindfulness-Based Interventions on Suicide Outcomes: A Meta-Analysis." <i>Archives of Suicide Research</i> 26(2): 447-464.</p> <p>Storebø, O. J., et al. (2020). "Psychological therapies for people with borderline personality disorder." <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 2020.</p> <p>Wu, H., et al. (2022). "The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review." <i>Journal of Affective Disorders</i> 317: 142-148.</p> <p>Xu, X. Q., et al. (2024). "The influence of psychotherapy on individuals who have attempted suicide: A systematic review and meta-analysis." <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>.</p> <p>Yiu, H. W., et al. (2021). "A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients." <i>Psychiatry research</i> 305: 114175.</p>
	Konsensstärke: 96 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme

Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

22.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Suizidalen Patient*innen im Jugendalter soll eine Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-A) angeboten werden. Für Kinder unter 14 Jahren besteht Forschungsbedarf.
Qualität der Evidenz	
Suizidversuche: moderat ⊕⊕⊕⊖	Ougrin, D., et al. (2015). "Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis." <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 54(2): 97-107.
Suicidal ideation (Suizidales Verhalten ohne Suizidhandlungen): hoch ⊕⊕⊕⊕	Kothgassner, O. D., et al. (2021). "Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis." <i>Psychological Medicine</i> 51(7): 1057-1067. Kothgassner, O. D., et al. (2020). "Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents." <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> 7(1).
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	Carrasco, M. A., et al. (2023). "Efficacy of psychological treatments for suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents." <i>Revista de psicología clínica con niños y adolescentes</i> 10(1): 53-67. Itzhaky, L., et al. (2022). "Twenty-six years of psychosocial interventions to reduce suicide risk in adolescents: Systematic review and meta-analysis." <i>Journal of Affective Disorders</i> 300: 511-531.
Selbstverletzung:	Iyengar, U., et al. (2018). "A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials." <i>Front Psychiatry</i> 9: 583. Hawton, K., et al. (2015). "Interventions for self-harm in children and adolescents." <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (12).

hoch ⊕⊕⊕⊕	
	Konsensstärke: 93 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Baker, J. C., Starkey, A., Ammendola, E., Bauder, C. R., Daruwala, S. E., Hiser, J., . . . Bryan, C. J. (2024). Telehealth Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 7(11), e2445913. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.45913

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*. New York: Guilford.

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2025). *Brief-CBT zur Suizidprävention*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Cuijpers, P., et al. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190.

D'Anci, K. E., et al. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334-342.

de Aguiar, K. R., Bilhalva, J.B., Cabelleira, M. D., Guimarães, G. O., Madureira, T., Agako, A., de Souza, M. S., Souza, L. D. M. (2022). The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44, e20210316. <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0316>

- Diefenbach, G. J., Lord, K. A., Stubbing, J., Rudd, M. D., Levy, H. C., Worden, B., . . . Tolin, D. F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2349
- Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *146*(12), 1117-1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>
- Götzsche, P. C. and Götzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *110*(10), 404-410.
- Hu, F. H., et al. (2024). Non-pharmacological interventions for preventing suicide attempts: A systematic review and network meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, *93*, 103913.
- Jeong, H., et al. (2023). Effectiveness of Psychotherapy on Prevention of Suicidal Re-Attempts in Psychiatric Emergencies: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *92*(3), 152-161.
- Kothgassner, O. D., et al. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057-1067.
- Meerwijk, E. L., et al. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, *3*(6), 544-554.
- Mendez-Bustos, P., et al. (2019). Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. *Frontiers in Psychology*, *10*, 277.
- Mewton, L. and Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychological Research & Behavioral Management*, *9*, 21-29.
- Ortas-Barajas, F., and Manchón, J. (2024). Acceptance and Commitment Therapy on suicidal behavior: a systematic review. *Annals of Psychology*, *40*(2), 189-198.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., . . . Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, *172*(5), 441-449. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070843
- Sobanski, T., et al. (2021). Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychological Medicine*, *51*(15), 2525-2540.
- Sobanski, T., et al. (2022). Suicidal behavior-advances in clinical and neurobiological research and improvement of prevention strategies. *World Journal of Psychiatry*, *12*(9), 1115-1126.
- Tighe, J., et al. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, *5*(2), e10732.

Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet. Digital health*, 2(1), e25–e36. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2)

van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Harrer, M., Cristea, I., de Winter, R., Gilissen, R., Eikelenboom, M., Beekman, A., & Cuijpers, P. (2025). Suicidal Ideation and Suicide Attempts After Direct or Indirect Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA psychiatry*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854>

Witt, K.G., Hetrick, S.E., Rajaram, G., et al. (2021a). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD013668. DOI: 10.1002/14651858.CD013668.pub2.

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021b). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>

PICO-Frage 23: Welche Wirkung hat eine Psychodynamische Psychotherapie (einschließlich Mentalization-based Treatment, MBT und Transference-focused-Psychotherapy, TFP) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?

Es liegen Studien zur Wirkung psychodynamischer Psychotherapien auf suizidales Erleben und Verhalten vor. Dabei beziehen sich die Studien und Reviews allerdings auf sehr unterschiedliche Vergleiche: Verschiedene Formen von psychodynamischer Psychotherapie (z. B. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) oder Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)) werden nicht nur mit Treatment as Usual (TAU) (z. B. Bateman et al. 1999), sondern auch mit verschiedenen Medikamenten oder Verhaltenstherapien verglichen. Dazu liegen die meisten Studien zur Effektivität dieser Verfahren für suizidale Borderline-Patient*innen vor.

Bezogen auf die diagnostische Bandbreite suizidalen Erlebens und Verhaltens lassen sich demnach eindeutige Aussagen lediglich für die Gruppe der Borderline-Patient*innen und dabei für die manualisierten psychodynamischen Therapieverfahren der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) und der Übertragungsfokussierten Therapie (TFP) erstellen. Es ist festzuhalten, dass die MBT mit ihrer Förderung von Empathie und Selbstreflexionsvermögen und die TFP mit Übertragungsanalyse zentrale Methoden der psychodynamischen Psychotherapien anwenden. Diese Methoden haben bei suizidalen Patient*innen mit Borderline eine signifikante Wirksamkeit gegenüber TAU (unterstützende Therapie oder Ad-hoc-Kontrollgruppe, die als Teil der Studie konzipiert wurde) (Cristea et al., 2017). Klinisch bestehen Hinweise darauf, dass die genannten Methoden auch bei suizidalen Patient*innen mit anderen Diagnosen wirksam sind.

Bezogen auf **Suizide** liegen Studien zur Effektivität psychodynamischer Verfahren, wie der MBT und der TFP, auch nur für Borderline-Patient*innen vor (Mann et al. 2005, Lana et al. 2013, Keefe et al. 2019, Cristea et al. 2017, Crotty et al. 2024): In einem systematischen Review von 33 Studien zeigten sich insgesamt moderate Effekte der verschiedenen untersuchten Psychotherapien gegenüber Kontrollinterventionen bezüglich **Suiziden** ($g = 0,44$; 95 % KI: 0,15-0,74). Psychodynamische Ansätze ($k=7$; $g=0,41$; 95 % KI: 0,12-0,69) waren zusammen mit dialektisch-behavioraler Therapie ($k = 9$) und kognitiv behavioraler Therapie ($k=5$; $g=0,34$; 95 % KI: 0,15-0,53) die einzigen Therapieformen, die gegenüber Kontrollinterventionen effektiver waren (Cristea et al. 2017).

Bei Erwachsenen zeigen aktuelle Metaanalysen signifikante Effekte von MBT und TFP auf die Wahrscheinlichkeit erneuter **Suizidversuche** bei Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In drei Studien fand sich ein insgesamt signifikanter Behandlungseffekt für MBT und TFP bei Borderline-Patient*innen im Vergleich zu TAU, bezogen auf die Anzahl der Patient*innen, die nach 12 Monaten Behandlung einen Suizidversuch unternahmen ($k = 3$; $n = 276$, gepoolte Odds Ratio 0,469; 95 % KI: 0,274-0,804; $I^2 = 0,0$). Es gab allerdings keinen signifikanten Behandlungseffekt für diese Verfahren auf die Anzahl der Suizidversuche (Episoden) bei der 12-monatigen Nachbeobachtung ($k=2$; $n = 238$; SMD = -0,235; 95 % KI: -0,502 - 0,033; $I^2 = 8,6$) (Briggs et al. 2019).

In den letzten 15 Jahren wurden mehrere systematische Reviews erstellt, die die Reduktion von Suizidversuchen und suizidalem Erleben durch psychodynamische Psychotherapien bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung untersuchten. Lana et al. (2013) zeigten, dass drei der untersuchten Studien keine Daten und zwei Studien nur Daten für Suizidversuche und/oder selbstverletzendes Verhalten liefern. Bezogen auf MBT zeigte sich eine moderate Variation und eine große Schwankungsbreite der Ergebnisse.

Eine RCT und zwei Pilotstudien verweisen auf eine Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren bei Suizidalität außerhalb des Borderline-Spektrums: Eine RCT von Guthrie et al. liegt aus 2001 vor, die bei einer psychodynamischen interpersonellen Therapie (4 Sitzungen) durch geschulte Therapeut*innen bei Patient*innen aus einer Notaufnahme nach Suizidversuch eine signifikante Reduktion suizidaler Gedanken im 6-Monats-Follow-Up gegenüber TAU belegen konnte. Zwei weitere Pilotstudien von Angeletti et al. (2013) und Rahmani et al. (2025) konnten positive Effekte einer Kurzzeit-psychodynamischen Psychotherapie auf Suizidgedanken und andere Formen von Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation), Ärger und Hoffnungslosigkeit beschreiben.

In einem aktuellen Review über die Wirksamkeit von Psychotherapien bei Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgte bei 17 von 25 inkludierten Psychotherapiestudien ($N = 2.545$) ein Vergleich von Psychotherapie mit TAU (Warteliste oder vergleichbare Behandlung). Zu den verglichenen Ergebnissen zählten u. a. Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten. Insgesamt waren sowohl die TAU und die einbezogenen Psychotherapien bei der Behandlung des Schweregrads und der Symptome der BPD wirksam. Mit geringer Evidenz zeigte sich übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) wirksamer als TAU zur Behandlung der

Borderline Persönlichkeitsstörung (Crotty et al. 2024). In einer Metaanalyse psychodynamischer Behandlungen bei Borderline und Cluster C-Persönlichkeitsstörungen waren psychodynamische Behandlungen den Kontrollen bezüglich der Reduktion von suizidalem Erleben überlegen ($g = -0,79$, $p = 0,02$; 95 % KI: $-1,38$, $-0,20$) (Keefe et al. 2019).

In einem Cochrane-Review (Storebø et al. 2020) zum Vergleich psychologischer Therapien für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden sowohl die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) als auch die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT, eine integrative Form der Psychotherapie, die psychodynamische, systemische, klientenzentrierte und dialektisch-behaviorale Therapieansätze miteinander verbindet) als wirksam - mit einer Evidenz geringer Qualität - bewertet: MBT scheint wirksamer als TAU zu sein, um Selbstverletzungen (RR = 0,62, 95 % KI: 0,49 bis 0,80; 3 Studien, 252 Teilnehmer) und Suizidalität (RR = 0,10, 95 % KI: 0,04- 0,30, 3 Studien, 218 Teilnehmer) zu reduzieren. Alle Ergebnisse beruhen auf Evidenz von geringer Qualität.

Für das **Kindes- und Jugendalter** konnten Zhou et al. (2020) keinen Hinweis für die Wirksamkeit von psychodynamischen Verfahren gegenüber Psychopharmaka und verhaltenstherapeutischen Verfahren bei Kindern und Jugendlichen mit Depression finden. Insgesamt gibt es derzeit trotz klinischer Hinweise auf eine Wirkung psychodynamischer Psychotherapie bei Jugendlichen auf Suizidalität (Goldblatt et al. 2015, Briggs et al. 2017, 2018) nicht genug empirisch belegte Evidenz. Auch ein neues Review zur Effektivität von MBT zeigte, dass sich dies für Adoleszente (MBT-A) bis dato nicht nachweisen lässt. Im Vergleich zu Kontrollinterventionen (TAU, SCM) erwies sich MBT(-A) nicht als wirksamer in der Behandlung von Selbstverletzungen (Gross et al. 2024).

Insgesamt ist auf Basis der Studienlage – wie auch bei rein verhaltenstherapeutischen Studien - eine genaue Abschätzung des Effekts dadurch erschwert, dass es eine große Heterogenität in den Studien gibt, z. B. hinsichtlich Stichprobengröße und -zusammensetzung, Behandlungskomponenten und -umfang, Methode zur Messung von Suizidalität, und es insgesamt an Replikationsstudien mangelt. Besonders hinsichtlich psychodynamischer Psychotherapien von suizidalem Erleben und Verhalten besteht noch erheblicher Forschungsbedarf

23.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Suizidalen Patient*innen im Erwachsenenalter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung soll eine auf die Suizidalität fokussierte psychodynamische Psychotherapie (MBT, TFP) angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊖ Suizidversuche: moderat ⊕⊕⊕⊖ Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Cristea, I. A., et al. (2017). "Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis." <i>JAMA Psychiatry</i> 74(4): 319-328.</p> <p>Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M.J., Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. <i>The British Journal of Psychiatry</i>, 214(6), 320–328. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.32</p> <p>Crotty, K., et al. (2024). "Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review." <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 92(5): 275-295.</p> <p>Lana, F. and M. I. Fernández-San Martín (2013). "To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials." <i>Actas Espanolas De Psiquiatria</i> 41(4): 242-252.</p> <p>Binks, C. A., et al. (2006). "Psychological therapies for people with borderline personality disorder." <i>Cochrane Database Syst Rev</i>(1): Cd005652.</p> <p>Fox, K. R., et al. (2020). "Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research." <i>Psychological Bulletin</i> 146(12): 1117-1145.</p> <p>Keefe, J. R., et al. (2020). "A Meta-Analysis of Psychodynamic Treatments for Borderline and Cluster C Personality Disorders." <i>Personality Disorders-Theory Research and Treatment</i> 11(3): 157-169.</p> <p>Mann, J. J., et al. (2005). "Suicide prevention strategies: A systematic review." <i>JAMA, the journal of the American Medical Association</i> 294(16): 2064-2074.</p>	

	Konsensstärke: 92 %
--	---------------------

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

23.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	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.	
Qualität der Evidenz		
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	Zhou, X., et al. (2020). "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 7(7): 581-601.	
	Konsensstärke: 96 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Angeletti, G., Pompili, M., Innamorati, M., Santucci, C., Savoia, V., Goldblatt, M., Girardi P. (2013). Short-term Psychodynamic Psychotherapy in patients with “male depression” syndrome, hopelessness, and suicide risk: a pilot study. *Depression Research and Treatment*: 408983. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/408983>

Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1563–1569

Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Fjellerad, Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2020). Mentalization based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594–604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>

Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E., Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). ISSN 1464-780X

Briggs S., Slater T, Bowley J. (2017). Practitioners’ experiences of adolescent suicidal behaviour in peer groups. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 24:293–301. <https://doi.org/10.1111/jpm.12388>

Briggs, S., Lindner, R. (2018). Therapeutische Arbeit mit suizidalen Jugendlichen: die psychodynamische Kurzpsychotherapie (TAPP). *Suizidprophylaxe* 45 (4): 125-134.

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M.J., Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1-9. doi: 10.1192/bjp.2019.33.

Christea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C., Cuijpers, P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. A Systematic Review and Meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 24:293–301

- Crotty, K., Viswanathan, M., Kennedy, S., Edlund, M.J., Ali, R., Siddiqui, M., Wines, R., Ratajczak, P., Gartlehner, G. (2023). Psychotherapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 92 (5): 275–295. ISSN: 0022-006X <https://doi.org/10.1037/ccp0000833>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., [Buchheim](#), A., Martius, P., Buchheim P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389-95.
- Goldblatt, M., Briggs, S., Lindner, R., Schechter, M., Ronningstam E. (2015) Psychodynamic Psychotherapy with Suicidal Adolescents. *Psychoanalytic Psychotherapy* 29: 20-37.
- Gross, C.H., Oehlke, S.-M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P.L., Kothgassner, O.D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and life-threatening behavior*, 54, 317-337. doi: 10.1111/sltb.13044.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., Tomenson, B. (2001). Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 323: 135 – 138.
- Keefe, J.R., McMMain, S.F., McCarthy, K.S., Zilcha-Mano, S. Dinger, U., Sahin, S., Graham, K., Barber, J.P. (2020). A Meta-Analysis of Psychodynamic Treatments for Borderline and Cluster C Personality Disorders. American Psychological Association. DOI: <https://dx.doi.org/10.1037/per0000382>
- Kleindienst, N., Krumm, B., Bohus, M. (2011). Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder? *Br J Psychiatry*. 198:156-57.
- Lana, F., Fernández-San Martín, I. (2013). To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials. *Actas Esp Psiquiatr* 41(4):242-52
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA* 294(16):2064-207. DOI:10.1001/jama.294.16.2064
- Rahmani, F., Kakaie, N., Khazahie, H. (2025). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for suicidal ideation and anger in suicidal behavior. *American J Psychiatry*, in Advance, <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240023>
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2.
- Zhou et al. (2020) Xinyu Zhou*, X., Teng Teng*, T., Yuqing Zhang*, Y., Cinzia Del Giovane, C., Toshi A Furukawa T.A., John R Weisz, J.R. Xuemei Li, X., Pim Cuijpers, P.,

David Coghill, D., Yajie Xiang, Y., Hetrick, S.E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A.V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S.G., Cipriani, A., Xie, P. (2020). 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. *Lancet Psychiatry* 7: 581–601

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021a). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD013668.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD013667.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>

PICO-Frage 24: Welche Wirkung hat eine systemische und/oder eine familienfokussierte Psychotherapie bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?

Der Effekt familienfokussierter Psychotherapie (Sullivan et al., 2023) und/oder systemischer Psychotherapie (Jerome et al., 2024) wurde im **Erwachsenenbereich** nur selten untersucht und es lassen sich keine empirisch fundierten Schlussfolgerungen zur Effektivität entsprechender Verfahren mit Blick auf Suizidalität (Suicidal ideation, Suizidversuche und Suizide) ziehen.

Für das **Kindes- und Jugendalter** konnte gezeigt werden, dass familienfokussierte Interventionen gegenüber TAU mit einem Rückgang an Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation) zum Therapieende (Cohen d SMD: $-0,65$, 95 %KI: $-1,06 - 0,23$) und zum Ende des Nachuntersuchungszeitraum (Cohen d SMD: $-1,14$, 95 % KI: $-1,96 - 0,32$) einhergehen (Bahji et al. 2021; siehe auch Kothgassner et al., 2020; Waaran et al., 2023). Ein Effekt auf selbstverletzendes Verhalten ließ sich nicht zeigen (Bahji et al. 2021; Kothgassner et al., 2020). Anzumerken ist, dass unter dem Begriff familienfokussierte Psychotherapie im angloamerikanischen Raum nicht ausschließlich systemische Verfahren verstanden werden, sondern es sich um einen Oberbegriff für sämtliche Therapieverfahren (insbesondere auch KVT-Verfahren; Frey et al., 2022; Sullivan et al., 2023) handelt, die die Familie in die Therapie einbeziehen. Vor diesem Hintergrund kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Empfehlung für ein spezifisches familienorientiertes Therapieverfahren ausgesprochen werden (vgl. Kothgassner et al., 2020). Der Einbezug der Familie/Eltern/Bezugspersonen in die Behandlung suizidaler Kinder und Jugendlicher gilt grundsätzlich als zentrale Behandlungskomponente (Glenn et al., 2019); in weiteren Untersuchungen muss geklärt werden auf welche Weise dies optimalerweise geschehen sollte.

Für die Attachment Based Family Therapy (ABFT, Diamond et al., 2021), ein Therapieverfahren, welches sich dem systemischen und/oder psychodynamischen Therapiespektrum zuordnen lässt, konnte in einer aktuellen Metaanalyse kein Effekt auf Suizidalität im Jugendalter im Vergleich zu Kontrollgruppen nachgewiesen werden (Schulte-Frankenfeld et al., 2024); ein Effekt auf Suizidversuche konnte aufgrund einer zu geringen Ereignisrate nicht untersucht werden. Die Kontrollgruppe setzte sich aus der Warteliste, der

(erweiterten) Standardbehandlung oder der familienorientierten, nicht-direktiven, unterstützenden Therapie zusammen.

24.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Die Wirkung von systemischer und/oder einer familienfokussierten Psychotherapie auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität allgemein: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2022). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. <i>JOURNAL OF MARITAL AND FAMILY THERAPY</i> , 48(1), 154-177. https://doi.org/10.1111/jmft.12568
	Konsensstärke: 96%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	nicht festgelegt
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I., & Patten, S. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA network open*, 4(4), e216614.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614>

- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2021). Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of affective disorders*, 294, 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.005>
- Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2022). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. *Journal of marital and family therapy*, 48(1), 154–177. <https://doi.org/10.1111/jmft.12568>
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(3), 357–392. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Jerome, L., Masood, S., Henden, J. *et al.* Solution-focused approaches for treating self-injurious thoughts and behaviours: a scoping review. *BMC Psychiatry* 24, 646 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06101-7>
- Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
- Schulte-Frankenfeld, P. M., Breedvelt, J. J. F., Brouwer, M. E., van der Spek, N., Bosmans, G., & Bockting, C. L. (2024). Effectiveness of Attachment-Based Family Therapy for Suicidal Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical psychology in Europe*, 6(4), e13717. <https://doi.org/10.32872/cpe.13717>
- Sullivan, S. R., Spears, A. P., Mitchell, E. L., Walsh, S., Love, C., & Goodman, M. (2023). Family Treatments for Individuals at Risk for Suicide. *Crisis*, 44(1), 49–60. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000828>
- Waraan, L., Siqveland, J., Hanssen-Bauer, K., Czjakowski, N. O., Axelsdóttir, B., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2023). Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 28(2), 831–849. <https://doi.org/10.1177/1359104522112500>

PICO-Frage 25: Welche Wirkung hat eine psychotherapeutische Kurzintervention (< 12 Stunden; u.a. ASSIP; RISE, CLASP, CAMS, Motivational Interviewing) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?

Suizidale und selbstverletzende Patient*innen sind in der Regel hochbelastet und umfassende, multimodale Nachbehandlungen sind daher meist angezeigt, um erneute Suizidversuche zu verhindern (Mehlum & Mork, 2016). Nur ein Anteil der Betroffenen sucht aber professionelle Hilfe auf (Hom et al., 2015) und es ist es in diesem hochkomplexen System häufig schwierig, eine ausreichende Adhärenz für längerfristige Interventionen herzustellen bzw. oft sind entsprechende Interventionen auch nicht, oder nicht ohne längere Wartezeit, verfügbar.

Kurzinterventionen bieten sich in diesem Spannungsfeld an, um schnell einer großen Anzahl an Patient*innen Unterstützung anbieten zu können. Der Fokus der Kurzinterventionen zur Suizidprävention kann auf der Aufrechterhaltung des Kontakts mit professionellen Anlaufstellen (z. B. Postkarten, regelmäßige Anrufe) liegen (Milner et al., 2018), oder eher auf psychosozial-psychotherapeutischen Aspekten (McCabe et al., 2018). Interventionen dieser Art gibt es zahlreiche, jedoch ist die Evidenzbasis bisher eingeschränkt.

In einer großen Metaanalyse über die vergangenen 50 Jahre untersuchten Fox et al. (2020) den Effekt von Interventionen bei Suizidalität und Selbstverletzungen in randomisiert-kontrollierten Studien. Es stellte sich heraus, dass die Anzahl der Studien im Untersuchungszeitraum zwar massiv zugenommen hat, die Effektstärke der eingeschlossenen Interventionen aber nicht. Über unterschiedliche Populationen und Interventionsformen hinweg nahmen suizidales und selbstverletzendes Verhalten ab; im Vergleich zur (aktiven) Kontrollgruppe waren die Effekte suizidspezifischer Interventionen aber klein. Das trifft nicht nur auf Kurzinterventionen wie zum Beispiel sogenannte „*Checking-in Programs*“ (z. B: Versendung von Briefen an Risikopatienten, die kürzlich aus einer psychiatrischen Einrichtung entlassen wurden) zu, sondern auf alle Interventionsformen von Medikation über Kognitive Verhaltenstherapie bis zu eklektischen Therapiemethoden.

Doupnik et al. (2020) fanden in ihrer Metaanalyse von 14 Studien mit 4.270 Patient*innen heraus, dass kurze Suizidpräventionsinterventionen das Risiko für erneute Suizidversuche um etwa 31 % (OR = 0,69) reduzierten und die Anbindung an Nachsorge deutlich erhöhten (OR = 3,04). Ein signifikanter Effekt auf Depressionssymptome zeigte sich hingegen nicht (g = 0,28).

Die Metaanalyse von Fox et al. (2020) ist mit 591 eingeschlossenen Studien die bei weitem größte Übersichtsstudie zu (Kurzzeit-)Interventionen bei Suizidalität und Selbstverletzungen. Andere Übersichtsarbeiten berichten ebenfalls uneinheitliche Ergebnisse oder keine bis kleine Effekte, wobei auch Nicht-Kurzinterventionen einbezogen werden (van der Sande et al., 1997 , Brown et al., 2017). Metaanalysen oder systematische Reviews mit einem spezifischen Fokus auf Kurzinterventionen sind seltener und werden nachfolgend dargestellt.

In einer Metaanalyse von Milner et al. (2015) wurde der Effekt von Kurzkontakt-Interventionen in Form von Postkarten und Briefen, Telefonanrufen und Notfallkarten nach Vorstellungen in Notfallaufnahmen untersucht. Es zeigte sich, dass vollendete Suizide, Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten reduziert wurden (OR = 0.87), der Effekt aber nicht signifikant war. Signifikant abgenommen hat hingegen die Anzahl der Wiederholungen der suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen (IRR = 0.66), wofür aber nur drei Studien eingeschlossen werden konnten. Die Autor*innen empfehlen aufgrund der kleinen (nicht-signifikanten) Effekte (noch) keine weitreichende Implementierung der Kurzkontakt-Interventionen im klinischen Alltag, die geringen Kosten und unwahrscheinlichen negativen Auswirkungen legen die Sinnhaftigkeit größerer Studien in klinischen Populationen aber nahe.

McCabe et al. (2018) haben in einer systematischen Übersichtsarbeit den Effekt psychologischer Kurzinterventionen (bis drei Sitzungen) nach Vorstellungen in Notaufnahmen dargestellt. Aufgrund der kleinen Anzahl von vier Studien wurde keine Metaanalyse durchgeführt. Es wurde keine Reduktion von Suizidalität ohne Suizidhandlungen festgestellt, wohl aber von Suiziden (90%) und von Suizidversuchen (20-83%). Die untersuchten Kurzinterventionen scheinen effektiv zu sein in der Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen, die sehr geringe Anzahl an Studien schränkt die Aussagekraft aber deutlich ein.

Eine besonders häufig von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten betroffene Gruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene. Das Hilfesuchverhalten und die Adhärenz zu umfassenden psychiatrischen Behandlungsangeboten ist in dieser Population häufig niedrig (Lustig et al., 2021), weshalb sich Kurzinterventionen besonders anbieten. In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchen Dobias et al. (2023) die Effektivität solcher Interventionen (bis zu 240 Minuten oder 4 Sitzungen à 60 Minuten) bei 10 – 24-jährigen

Proband*innen in RCTs oder quasi-experimentellen Untersuchungen. Die 26 eingeschlossenen Studien zeigen uneinheitliche Ergebnisse: Nur gut ein Drittel der Studien (k=6) berichtete positive Effekte auf selbstverletzendes Verhalten oder Gedanken und in drei Studien wurde gar ein negativer Effekt der Kurzintervention im Vergleich zu einer längeren Intervention nachgewiesen. Gemäß evidenzbasierten Standardkriterien (Southam-Gerow & Prinstein, 2014) kann nur je eine Intervention als „wahrscheinlich wirksam“ (Aseltine et al., 2007, Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling, Aseltine & James, 2016) und „möglicherweise wirksam“ (Wharff, Ginnis & Ross, 2012, Wharff et al., 2019) eingeordnet werden. Die Autor*innen schließen daraus, dass Kurzinterventionen zwar zu einem verbesserten Zugang zu evidenzbasierten Behandlungen für Jugendliche und junge Erwachsene beitragen können, aber noch keine Aussage darüber gemacht werden kann, wer in welchen Situationen davon tatsächlich profitieren könnte.

Eine verhältnismäßig häufig wissenschaftlich untersuchte Form der Kurzintervention ist CAMS (*Collaborative Assessment and Management of Suicidality*; Kollaborative Einschätzung und Management von Suizidalität). Diese besteht aus einer sorgfältigen Erfassung des Suizidalitätsrisikos, dem Aufbau einer gemeinschaftlichen und empathischen Allianz zwischen Behandler*innen und Patient*innen und der Erarbeitung klarer Problemlösestrategien mit dem Ziel, die Motivation, am Leben zu bleiben, zu fördern. Dafür sind ca. 6 bis 8 Sitzungen vorgesehen (Jobes, 2012) . In einer systematischen Übersichtsarbeit mit vier kontrollierten Studien, zwei davon randomisiert, konnte nicht bestätigt werden, dass CAMS suizidales Erleben und Verhalten kausal reduzieren kann (Hanratty et al., 2019). Problematisch war außerdem, dass in drei von vier Studien ein*e Mitgründer*in des CAMS in die Studie involviert war, was das Risiko eines Bias erhöht. Darauf aufbauend führten Swift et al. (2021) eine Metaanalyse mit neun Studien durch und fanden einen kleinen Effekt von CAMS im Vergleich zu den Kontrollgruppen in den Variablen “Suizidalität ohne suizidales Verhalten” (suicidal ideation), “generelles Stresslevel” und “Behandlungsakzeptanz”. Ein großer Effekt wurde für die Reduktion von Hoffnungslosigkeit nachgewiesen. Keine Überlegenheit von CAMS konnte jedoch für Suizidversuche, Selbstverletzungen und Kosteneffizienz nachgewiesen werden. Für den Einsatz von CAMS bei Suicidal ideation liegt somit gute Evidenz vor, nicht aber für suizidales Verhalten.

Für andere Interventionen wie z. B. ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program; Kurzinterventionsprogramm nach Suizidversuchen, Gysin-Maillart et al., 2016) liegen erste vielversprechende Studienergebnisse vor, die in die obigen Analysen teilweise einfließen (McCabe et al., 2018). Jedoch zeigte eine kürzlich publizierte RCT keine Überlegenheit von ASSIP und in der „Per-Protocol Analyse“ zeigte sich bei den Patient*innen in ASSIP sogar eine signifikante Erhöhung der Suizidversuchsraten (Monn et al., 2025). Die Mitbegründer*innen von ASSIP zeigten in einem hierzu publizierten Brief (Gysin-Maillart et al., 2025) methodische und qualitative Unterschiede der beiden Studien als mögliche Ursache für die divergierenden Befunde auf. Letztlich muss zum jetzigen Zeitpunkt aber festgehalten werden, dass für ASSIP derzeit keine ausreichend positive Evidenz aus RCTs vorliegt, um das Programm explizit zu empfehlen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine Anpassung des ASSIP für Jugendliche (AdoASSIP) liegt vor, jedoch noch ohne wissenschaftliche Evaluation.

In einer kleinen Stichprobe von 20 stationären Patient*innen nach Suizidversuchen konnte das RISE-Programm (Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event) belegen, dass es gut akzeptiert wurde (geringe Abbruchquote) und signifikante Verbesserungen bei suizidalen Gedanken, psychischem Schmerz, Depression und Hoffnungslosigkeit zeigte. Zudem stieg die Selbstwirksamkeit und die positiven Effekte blieben auch nach sechs Monaten bestehen, was auf ein mögliches suizidpräventives Potenzial hinweist (Bahlmann et al., 2022).

In einer Pilotstudie mit stationär untergebrachten Jugendlichen zeigte sich die Kombination aus Motivational Interviewing und dem Einsatz von Notfallplänen als gut akzeptiert und realisierbar (Czyz et al., 2019; Micol et al., 2022). Wirksamkeitsbefunde zu dieser Vorgehensweise stehen jedoch noch aus. Der Einsatz von Notfallplänen (Safety Plan, Crisis Response Plan) wird in Kapitel 6: PICO-Frage 43 der Leitlinie besprochen).

Beurteilung der Evidenz

Die aktuelle Studienlage zu Kurzinterventionen bei Suizidalität lässt noch keine abschließende Aussage zur Evidenzbasis dieser Art von Intervention im Vergleich zum TAU zu. Die Resultate unterschiedlicher Metaanalysen und systematischer Reviews sind nicht eindeutig. Zwar wurden häufig positive Effekte der Kurzinterventionen gefunden, diese waren aber meistens nicht signifikant oder mit kleinen Effektstärken. Auch hinsichtlich des Outcomes ist die Studienlage nicht klar: CAMS scheint Suizidalität ohne suizidales Verhalten (Suicidal ideation)

zu reduzieren, nicht aber suizidales Verhalten (Swift, Trusty & Penix, 2021). In einer Übersichtsarbeit zu weiteren Kurzinterventionen wurde ein gegenteiliger Effekt gefunden (McCabe et al., 2018). Die Anzahl der geeigneten (randomisiert-) kontrollierten Studien und deren jeweilige Stichprobengrößen sind gering, weshalb fehlende Effekte auch auf eine zu niedrige Power zurückzuführen sein können. Die uneinheitliche Definition einer „Kurz“-Intervention und die Heterogenität der Studien ist eine weitere Limitation.

25.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Die Wirkung von manualisierten Kurzinterventionen auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.	
Qualität der Evidenz		
Suizide: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Suizidversuche: moderat ⊕⊕⊕⊖ Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Hanratty, D., Kilicaslan, J., Wilding, H., & Castle, D. (2019). A systematic review of efficacy of Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in managing suicide risk and deliberate self-harm in adult populations. <i>Australas Psychiatry</i>, 27(6), 559-564. https://doi.org/10.1177/1039856219848832</p> <p>Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). 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. <i>JAMA Psychiatry</i>, 77(10), 1021-1030. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586</p> <p>Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. <i>Br J Psychiatry</i>, 206(3), 184-190. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819</p> <p>D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. <i>Ann Intern Med</i>, 171(5), 334-342. https://doi.org/10.7326/m19-0869</p>	

	<p>Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. <i>Psychological Bulletin</i>, 146(12), 1117-1145. https://doi.org/10.1037/bul0000305</p> <p>McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. <i>BMC Psychiatry</i>, 18(1), 120. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1663-5</p> <p>Milner, A., Spittal, M. J., Kapur, N., Witt, K., Pirkis, J., & Carter, G. (2016). Mechanisms of brief contact interventions in clinical populations: a systematic review. <i>BMC Psychiatry</i>, 16, 194. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0896-4</p> <p>Richard, O., Jollant, F., Billon, G., Attoe, C., Vodovar, D., & Piot, M. A. (2023). Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. <i>Med Educ Online</i>, 28(1), 2199469. https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2199469</p> <p>Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i>, 51(5), 882-896. https://doi.org/10.1111/sltb.12765</p>
	Konsensstärke: 90%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme

Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

25.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ B ↑	<u>Expertenkonsens</u> : 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.
	Konsensstärke: 89%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Zusätzliche Literatur Begleittext

Aseltine Jr, R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American journal of public health, 94*(3), 446-451.

Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health, 7*, 1-7.

Bahlmann, L., Lübbert, M. B., Sobanski, T., Kastner, U. W., Walter, M., Smesny, S., & Wagner, G. (2022). Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event (RISE):

- Feasibility study of a psychotherapeutic short-term program for inpatients after a recent suicide attempt. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 937527.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, *13*(3), e1001968.
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*, *40*, 28-39.
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and life-threatening behavior*, *42*(6), 640-653.
- Lustig, S., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2021). Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of psychiatric research*, *140*, 60-67.
- Mehlum, L., & Mork, E. (2016). After the Suicide Attempt—The Need for Continuity and Quality of Care. *The International Handbook of Suicide Prevention*, 387-402.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, *17*, 157-166.
- Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*(1), 1-6.
- Wharff, E. A., Ginnis, K. M., & Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. *Social work*, *57*(2), 133-143.
- Wharff, E. A., Ginnis, K. B., Ross, A. M., White, E. M., White, M. T., & Forbes, P. W. (2019). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *Pediatric emergency care*, *35*(3), 170-175.

PICO-Frage 26: Welche Wirkung hat eine Onlinetherapie (inkl. Blended-Care Ansätze) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu Treatment as Usual?

Die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), als geschützter Begriff und Medizinprodukte werden in PICO-Frage 35 behandelt (siehe https://www.bfarm.de/DE/Home/_node.html). Internetbasierte Selbsthilfeinterventionen, die direkt auf Suizidalität fokussieren, gehen mit einer signifikanten Reduktion von Suizidalität ohne suizidales Verhalten (suicidal ideation) – gegenüber TAU oder Wartelistenkontrollen – einher (Büscher et al., 2020, 2022; Torok et al., 2020). Die Effekte in Bezug auf Suicidal ideation sind klein (Post-intervention: $b=-0,247$; 95 % KI: $-0,322 - (-0,173)$; $p<0,001$, $n=2037$, $k=9$; Follow-up: $b=-0,189$; 95 % KI: $-0,296 - (-0,083)$, $n=891$, $k=4$; Büscher et al., 2022), aber vergleichbar mit denen von Face-to-Face Therapien. Das Alter der eingeschlossenen Patient*innen erwies sich nicht als Moderator, so dass die Befunde gleichermaßen für Jugendliche wie für Erwachsene Gültigkeit besitzen. Einschränkend muss jedoch hervorgehoben werden, dass nur in zwei Studien jugendliche Patient*innen einbezogen wurden. Zudem haben die entsprechenden Programme einen positiven Effekt auf die Verbesserung depressiver Symptomatik (Sander et al., 2023). Allerdings ist eine nicht unwesentliche Abbrecherquote (43,7%, Range: 0-74%; Büscher et al., 2022) zu konstatieren und Effekte in Bezug auf Suizidversuche/Suizide konnten bislang nicht nachgewiesen werden (Büscher et al., 2022). Sämtliche der bisherigen internetbasierten Selbsthilfeprogramme nutzen kognitiv-verhaltenstherapeutische und dialektisch-behaviorale Interventionen sowie Interventionen aus „Dritte Welle“ Ansätzen (Arshad et al., 2020).

Zu Blended-Care Ansätzen und zu Tele-Therapie liegen noch keine randomisiert-kontrollierten Studien vor. Der Effekt von App-basierten mobilen Interventionen konnte bislang noch nicht ausreichend belegt werden (u. a. Gerner et al., 2024; Josifovski et al., 2024; Melia et al., 2020). Grundsätzlich muss jedoch betont werden, dass es sich um ein dynamisches Forschungsfeld handelt, sodass sich Einschätzungen schnell verändern können. Betont werden muss darüber hinaus, dass es weiterer Studien zur Sicherheit internetbasierter und mobiler Interventionen bedarf (siehe hierzu Simon et al., 2022) und dass (evaluierte) internetbasierte Selbsthilfeinterventionen in Deutschland bislang nicht verfügbar sind.

Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	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.
Qualität der Evidenz	
Suicidal ideation: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Büscher R, Torok M, Terhorst Y, Sander L. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA network open</i> 2020;3(4):e203933.</p> <p>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. <i>Behaviour research and therapy</i> 2019;119:103406.</p> <p>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. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> 2022;90(8):626-637.</p> <p>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. <i>BJPsych open</i> 2022;8(4):e140.</p> <p>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. <i>The Lancet. Digital health</i> 2020;2(1):e25-e36.</p> <p>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. <i>BMC psychiatry</i> 2017;17(1):297.</p>
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Büscher R, Beisemann M, Doeblner 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. <i>Evidence-based mental health</i> 2022;25(e1):e8-e17.</p> <p>Melia R, Francis K, Hickey E, Bogue J, Duggan J, O'Sullivan M, et al. <i>Mobile Health Technology Interventions for Suicide</i></p>

	<p>Prevention: Systematic Review. <i>JMIR mHealth and uHealth</i> 2020;8(1):e12516.</p> <p>Onie S, Berlinquette P, Holland S, Livingstone N, Finemore C, Gale N, et al. Suicide Prevention Using Google Ads: Randomized Controlled Trial Measuring Engagement. <i>JMIR mental health</i> 2023;10:e42316.</p> <p>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. <i>Journal of medical Internet research</i> 2023;25:e46771.</p>
	Konsensstärke: 100%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	nicht festgelegt
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Arshad, U., Farhat-Ul-Ain, Gauntlett, J., Husain, N., Chaudhry, N., & Taylor, P. J. (2020). A Systematic Review of the Evidence Supporting Mobile- and Internet-Based Psychological Interventions For Self-Harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 50(1), 151–179. <https://doi.org/10.1111/sltb.12583>

Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., & Sander, L. (2020). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(4), e203933. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933>

- Büscher, R., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem van Bergeijk, O., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., Portzky, G., Steubl, L. S., van Spijker, B. A. J., ... Sander, L. B. (2022). Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Evidence-based Mental Health*, 25(e1), e8–e17. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300540>
- Gerner, J. L., Tucker, R. P., Moscardini, E. H., Bagge, C. L., & Reger, M. A. (2024). The Virtual Hope Box mobile application: A systematic review of the literature. *Suicide & life-threatening behavior*, 54(3), 501–514. <https://doi.org/10.1111/sltb.13061>
- Josifovski, N., Torok, M., Batterham, P., Wong, Q., Beames, J. R., Theobald, A., Holland, S., Huckvale, K., Riley, J., Cockayne, N., Christensen, H., & Larsen, M. (2024). Efficacy of BrighterSide, a Self-Guided App for Suicidal Ideation: Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 11, e55528. <https://doi.org/10.2196/55528>
- Melia, R., Francis, K., Hickey, E., Bogue, J., Duggan, J., O'Sullivan, M., & Young, K. (2020). Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e12516. <https://doi.org/10.2196/12516>
- Sander, L. B., Beisemann, M., Doebler, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P., Cleave, A., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Eylem-van Bergeijk, O., Hill, R., Mühlmann, C., Österle, M., Pettit, J., Portzky, G., Steubl, L., van Spijker, B., ... Büscher, R. (2023). 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*, 25, e46771. <https://doi.org/10.2196/46771>
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Rossom, R. C., Beck, A., Clarke, G. N., Whiteside, U., Richards, J. E., Penfold, R. B., Boggs, J. M., & Smith, J. (2022). Effect of Offering Care Management or Online Dialectical Behavior Therapy Skills Training vs Usual Care on Self-harm Among Adult Outpatients With Suicidal Ideation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 327(7), 630–638. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0423>
- Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet. Digital health*, 2(1), e25–e36. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2)

PICO-Frage 27: Welche Wirkung hat eine Gruppenpsychotherapie für suizidale Patient*innen im Vergleich zum Treatment as Usual (auch Einzeltherapie)?

Zur Wirksamkeit von suizid-spezifischen Gruppenpsychotherapien⁵ gibt es nur wenige Untersuchungen und die Evidenz ist unzureichend; eine Überlegenheit gegenüber Treatment-as-Usual hinsichtlich einer Reduktion von Suizidgedanken ließ sich nicht konsistent nachweisen und es fehlt an Replikationsstudien (Chalker et al., 2023; Sullivan et al., 2021). Direkte Vergleiche von suizid-spezifischen Gruppen- und Einzeltherapien liegen bislang nicht vor. In einer älteren Metaanalyse zeigte sich jedoch eine geringere Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien im Vergleich zu Einzelpsychotherapien (Tarrier et al., 2008). Gleichwohl erfreuen sich suizid-spezifische Gruppenpsychotherapien (Bateman et al. 2009, Chalker et al., 2023; Sullivan et al., 2021) wie auch so genannte Unterstützungsgruppen (Siehe PICO-Frage 53), die ohne therapeutische Leitung auskommen (Schlichthorst et al., 2020), einer hohen Akzeptanz durch Betroffene. Es finden sich keine Hinweise darauf, dass von suizid-spezifischen Gruppen eine Gefahr hinsichtlich einer „suizidalen Ansteckung (suicide contagion)“ ausgeht (Sullivan et al., 2021). Typischerweise umfassen suizid-spezifische Gruppen Inhalte wie Psychoedukation, Skills-Training, Problemlösetraining, Erstellung von Notfallplänen, Identifikation von Gründen zu Leben und/ oder die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit. Die Gruppen umfassen 8 bis 20 Sitzungen und erfolgen entweder als geschlossene oder als offene Gruppen (Chalker et al., 2023; Sullivan et al., 2021).

27.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung für oder gegen den Einsatz von suizid-spezifischer Gruppentherapie bei suizidalen Patient*innen abgegeben werden. Hier ist Forschung notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizidrisiko: moderat ⊕⊕⊕⊖	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. <i>Frontiers in psychology</i> 2019;10:277.

⁵ Suizid-spezifisch bedeutet, dass explizit über suizidales Erleben und Verhalten in den Gruppen gesprochen wurde.

Suizidprävention (junge Menschen) moderat ⊕⊕⊕⊖	Robinson JO, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: systematic review. <i>The Australian and New Zealand journal of psychiatry</i> 2011;45(1):3-26.
Selbstverletzung hoch ⊕⊕⊕⊕	Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 2016;2016(5):CD012189. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 2021;3(3):CD013667.
Depressionen (alte Menschen) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> 2011;26(4):331-40.
Konsensstärke: 100 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	nicht festgelegt
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Chalker, S. A., Martinez Ceren, C. S., Ehret, B. C., & Depp, C. A. (2023). Suicide-focused group therapy. *Crisis*, 44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000892>

Schlichthorst, M., Ozols, I., Reifels, L., & Morgan, A. (2020). Lived experience peer support programs for suicide prevention: a systematic scoping review. *International*

Journal of Mental Health Systems, 14, 65. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00396-1>

Sullivan, S. R., Monahan, M. F., Mitchell, E. L., Spears, A. P., Walsh, S., Szeszko, J. R., Gromatsky, M., Stanley, B., & Goodman, M. (2021). Group treatments for individuals at risk for suicide: A PRISMA scoping review (ScR). *Psychiatry Research*, 304, 114108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114108>

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77–108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

PICO-Frage 28: Welche Wirkung hat eine Kombinationstherapie bestehend aus einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu einer Monotherapie?

Eine Kombinationsbehandlung bestehend aus einer Pharmakotherapie und einer Psychotherapie ist in der klinischen Praxis nicht unüblich (Fox et al., 2020). Gleichzeitig gibt es nur vergleichsweise wenige Studien, in denen der Effekt einer Kombinationsbehandlung mit einer isolierten Pharmako- oder Psychotherapie verglichen wurde.

In einer aktuellen Metaanalyse verglich Zainal (2024) die Effektivität einer Kombinationstherapie mit einer pharmakologischen oder psychologischen Monotherapie bei Patient*innen, die an einer unipolaren Depression litten. Als zentrales Outcome wurde das Auftreten von Suizidversuchen im Untersuchungszeitraum gewählt. Es zeigte sich, dass eine psychotherapeutische Monotherapie einer Kombinationsbehandlung hinsichtlich der Prävention von Suizidversuchen überlegen war (OR = 1,96, 95 % KI: 1,20-3,20); dieser Effekt zeigte sich jedoch nur bei jugendlichen Patient*innen (OR = 1,86, 95 % KI: 1,07-3,23) und nicht bei erwachsenen Patient*innen (OR = 1,95, 95 % KI: 0,52-7,35). Es zeigte sich zudem, dass eine Kombinationsbehandlung einer pharmakologischen Monotherapie hinsichtlich der Prävention von Suizidversuchen überlegen war (OR = 0,74, 95 % KI: 0,56-0,96); dieser Effekt zeigte sich hingegen nur bei erwachsenen Patient*innen (OR = 0,66, 95 % KI: 0,45-0,96) und nicht bei jugendlichen Patient*innen (OR = 0,80, 95 % KI: 0,51-1,25).

Vor dem Hintergrund einer weitreichenden methodischen Kritik (Lisinski & Hironymous, 2024) sind die Ergebnisse der Metaanalyse von Zainal (2024) nur eingeschränkt interpretierbar. Der Leitliniengruppe sind zudem keine randomisiert-kontrollierten Studien bekannt, in denen eine Kombinationstherapie mit einer isolierten Psychotherapie in Bezug auf andere Störungsbilder (als unipolare Depressionen) untersucht wurden. Zudem fehlt es an Untersuchungen zu anderen Wirkstoffklassen und zur sequentiellen Aufeinanderfolge von Pharmako- und Psychotherapie.

28.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕	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. <i>Journal of affective disorders</i> 2016;200:51-7.
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	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. <i>Journal of affective disorders</i> 2015;175:66-78. 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. <i>Neuropsychiatric disease and treatment</i> 2022;18:2543-2557. 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. <i>International psychogeriatrics</i> 2017;29(11):1801-1824.
Depressionen (Jugendliche) moderat ⊕⊕⊕⊖	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. <i>JAMA</i> 2004;292(7):807-20. 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. <i>Archives of general psychiatry</i> 2007;64(10):1132-43. 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 CoBaIT randomised controlled trial. <i>Lancet (London, England)</i> 2013;381(9864):375-84.

	<p>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. <i>BMC psychiatry</i> 2022;22(1):139.</p> <p>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. <i>The lancet. Psychiatry</i> 2020;7(7):581-601.</p> <p>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. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 2012;11:CD008324.</p>
	Konsensstärke: 97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	nicht festgelegt
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117–1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>

Lisinski, A., & Hieronymus, F. (2024). Letter to the editor regarding 'Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for

depressed patients? A rare events meta-analysis'. *Psychological Medicine*, 54(12), 1–2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291724002071>

Zainal N. H. (2024). Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(3), 457–472. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003306>

Kapitel 4 Pharmakotherapie

Vorbemerkung:

Ziel der Leitlinie ist, differenzierte Empfehlungen für die Behandlung von Suizidalität zu geben. Hier müssen jedoch unterschiedliche Zeitskalen berücksichtigt werden: zum einen Maßnahmen, die akute Suizidalität kurzfristig reduzieren im Sinne einer *Therapie* von Suizidalität (Zeitskala: Stunden bis mehrere Tage), zum anderen Maßnahmen, die mittel- bis langfristig das Suizidrisiko senken, d. h. auch bei Patient*innen ohne bestehende handlungsweisende Suizidalität (Zeitskala: Wochen bis Jahre). Letzteres umfasst also, je nach eingeschlossener Patient*innengruppe, die mittel- bis langfristigen Effekte bei initial suizidalen Patient*innen als auch ggf. präventive Effekte bezüglich des Auftretens von Suizidalität bei nicht-akut suizidalen Patient*innen (indizierte als auch ggf. selektive *Prävention*). Relevante Parameter des Studiendesigns sind Ein- und Ausschlusskriterien (insbesondere natürlich das Vorliegen von akuter Suizidalität), der Zeitraum des Follow-Ups, aber auch das verwendete Studiendesign (randomisiert-kontrolliert, offen bzw. ohne adäquate Vergleichsbedingung, Registerstudie usw.). Klinisch pharmakologische, aber auch psychotherapeutische Studien schließen Patient*innen mit akuter Suizidalität in der Regel aus und es gibt nur wenige Überblicksarbeiten zu Beobachtungsstudien mit einem Fokus auf akute Suizidalität. Das wirft die Frage auf, inwieweit die Ergebnisse der mittel- bis langfristigen klinischen und Beobachtungsstudien auf die Behandlung von akut suizidalen Personen übertragbar sind. Wie bei anderen Interventionen wird der Forschungsbedarf in der Behandlung akuter Suizidalität offenkundig.

Die folgenden Medikamente können keiner der in spezifischen PICO-Fragen adressierten Kategorien zugeordnet werden. Sie wurden jedoch ebenfalls auf ihre Wirkung auf Suizidalität untersucht.

Die Einnahme von Benzotropin war mit einem um 37 % geringeren Risiko von Suizidereignissen (Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzung) assoziiert (HR = 0,63; 95 % KI: 0,50–0,80), wobei sich das Risiko pro zusätzlichem 1 mg pro Monat im Durchschnitt um etwa 6 % weiter verringerte. Bei Patient*innen, die mit Antipsychotika in Kombination mit Benzotropin

behandelt wurden, war ein ähnlicher Rückgang der Suizidereignisse zu verzeichnen wie bei Patient*innen, die nur mit Benzotropin behandelt wurden (Gibbons et al., 2023).

Eine Metaanalyse von Santo et al. (2021) zeigt, dass das Suizidrisiko während einer Opioidagonistenbehandlung (OAT) im Vergleich zu Zeiten ohne Behandlung reduziert ist (RR = 0,48; 95 % KI: 0,37–0,61; während eines Gefängnisaufenthalts: RR = 0,18; 95 % KI: 0,06–0,57). Das wird bestätigt eine neue Kohortenstudie von Padmanathan et al. (2022), die zeigt, dass eine Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (OMT) mit D-L-Methadon oder Buprenorphin nicht mit einem veränderten Suizidrisiko assoziiert war. Im ersten Monat nach Absetzen der Opioidagonistentherapie war das Risiko für Suizid (aRR: 4,68, 95 % KI: 1,63–13,42) dagegen deutlich erhöht (Padmanathan et al., 2022). Eine andere Studie fand unter Substitutionsbehandlung mit Methadon einen signifikanten Rückgang der Häufigkeit von suizidalem Verhalten (Hazard Ratio = 0,60, 95 % KI: 0,40–0,88); allerdings bestand bei Personen, die Methadon einnahmen, ein erhöhtes Risiko für versehentliche Überdosierungen (Hazard Ratio = 1,25, 95 % KI: 1,13–1,38) (Molero et al., 2018).

Unter Einnahme des Wirkstoffs Folsäure traten in einer Stichprobe von 866.586 Personen (81,3 % Frauen) suizidale Ereignisse (4,73 pro 100.000 Personenmonate) signifikant seltener auf, verglichen mit 895 Ereignissen (10,61 pro 100.000 Personenmonate) ohne Einnahme von Folsäure. Nach Adjustierung zeigte sich ein um 44 % geringeres Risiko (HR = 0,56) sowie eine zusätzliche Risikoreduktion von etwa 5 % pro Behandlungsmonat (Gibbons et al., 2022).

Literatur

Gibbons, R. D., Hur, K., Lavigne, J. E., & Mann, J. J. (2022). Association between folic acid prescription fills and suicide attempts and intentional self-harm among privately insured US adults. *JAMA psychiatry*, 79(11), 1118-1123.

Gibbons, R. D., Hur, K., Lavigne, J. E., & Mann, J. J. (2023). Benzotropine and suicide attempts and intentional self-harm. *Psychiatry research*, 320, 115054.

Molero, Y., Zetterqvist, J., Binswanger, I. A., Hellner, C., Larsson, H., & Fazel, S. (2018). Medications for alcohol and opioid use disorders and risk of suicidal behavior, accidental overdoses, and crime. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 970-978.

Padmanathan, P., Forbes, H., Redaniel, M. T., Gunnell, D., Lewer, D., Moran, P., ... & Hickman, M. (2022). Self-harm and suicide during and after opioid agonist treatment among primary care patients in England: a cohort study. *The Lancet Psychiatry*, *9*(2), 151-159.

Santo Jr, T., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., ... & Degenhardt, L. (2021). Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(9), 979-993.

PICO-Frage 29a: Verringert bei Patient*innen mit Suizidalität eine Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (insb. Lithium) die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

PICO-Frage 29b: Verringert bei Patient*innen mit erhöhtem Suizidrisiko (insb. Stimmungserkrankungen) eine Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren (insb. Lithium) die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

Die meisten Studien zu Lithium und Suizidalität untersuchten Patient*innen mit einer bipolaren Störung, aber auch mit unipolarer depressiver Störung. Zur Therapie akuter Suizidalität (61-1) liegen bislang keine publizierten Daten, jedoch ein Studienprotokoll vor (Lewitzka et al., 2015). Die Publikation der Ergebnisse ist eingereicht und wird in 2026 erwartet. Alle anderen Studien beziehen sich nicht auf die Reduktion akuter Suizidalität, sondern auf die Senkung des mittel- bis langfristigen Suizidrisikos (61-2).

In einer Metaanalyse von 2013 (Cipriani et al., 2013) konnten 48 Studien eingeschlossen werden, von denen die Hälfte Lithium gegen Placebo verglich; weitere Vergleichssubstanzen waren überwiegend Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren (insgesamt 14 Komparatoren). Die Studienzahl verteilte sich auf unipolare Depression (n=12) und bipolare Störung (n=19) bzw. eine Mischung von Diagnosen (n=17), die Probandenanzahl war typischerweise im zweistelligen Bereich pro Arm und der Follow-up Zeitraum lag zwischen 20 und 208 Wochen; Outcomes waren Suizide, absichtlich selbstschädigendes Verhalten und Gesamtmortalität. Insgesamt wurden 6.674 Patient*innen randomisiert. Es zeigte sich eine statistisch signifikante, über 80 % reduzierte Suizidrate unter Lithium im Vergleich zu Placebo; ein positiver Effekt auf die Gesamtmortalität war statistisch signifikant. Auch wenn die Analyse auf Patient*innen mit unipolarer Depression eingegrenzt wurde, zeigte sich dieser Effekt. Allerdings ist die Schätzunsicherheit dann relativ groß und es zeigte sich kein schützender Effekt von Lithium für absichtliche Selbstschädigung. Der Vergleich gegen aktive Komparatoren war meist nicht signifikant unterschiedlich, eingeschränkt jedoch durch kleine Fallzahlen bzw. nur wenige Studien; eine ausreichende Power bestand, wenn überhaupt, nur für den Vergleich gegen Placebo. Nur zwei Studien mit insgesamt 97 Teilnehmern untersuchten Minderjährige; es wurden jedoch in keinem Arm relevante Events berichtet, so dass keine Aussage getroffen werden kann. In Hinblick auf eine akute antisuizidale Wirkung von Lithium kann angesichts der Studiendesigns keine Aussage gemacht werden.

Eine spätere Metaanalyse fokussierte auf RCT zu Lithium vs. Placebo mit Suizid als Outcome (Riblet et al., 2022). Zusätzlich zu den vier Studien, die bei Cipriani et al. (2013) eingeschlossen waren (Bauer et al., 2000; Lauterbach et al., 2008; Prien/Klatt et al., 1973 und Prien/Caffey et al., 1973) konnten noch drei weitere Studien mit analysiert werden (Khan et al., 2011 [allerdings Zero-Event-Studie]), Girlanda et al., 2014; Katz et al., 2022). Zusammengefasst traten zwei Suizide in der Lithium-Gruppe (n=568) und 8 Suizide in der Placebo-Gruppe (n=570) auf (OR = 0,3, 95 % KI: 0,09-1,02; p=0,05).

In weiteren Metaanalysen von klinischen Studien fanden sich ebenfalls niedrigere Suizidraten unter Lithium im Vergleich zu Placebo, TAU oder aktiven Kontrollgruppen, die Ergebnisse waren aber nicht immer statistisch signifikant (D’Anci et al., 2019; Hawton, 2016; Nabi et al., 2022; N. B. V. Riblet et al., 2017; Van Lieshout & MacQueen, 2010; Wang et al., 2025). Insgesamt ist die Anzahl der Suizide klein und in den meisten Studien kommen keine Suizide vor, was statistische Herausforderungen in der Gesamtauswertung mit sich bringt (Bschor et al., 2022; Moncrieff et al., 2022). Die statistische Signifikanz für Suizide ist abhängig von der Wahl der statistischen Methode (Ein/Ausschluss von Doppel-Null-Studien), den Einschlusskriterien (nur Studien in denen Lithium mit Placebo/TAU verglichen wurden, oder aktive Kontrollgruppen), und in der Handhabung der Klassifikation von Suiziden in einer aktuellen Studie (Katz et al., 2022; Moncrieff et al., 2022). Auch zeigte sich auch in einigen Beobachtungsstudien und Open-Label Studien ein suizidpräventiver Effekt von Lithium (Baldessarini et al., 2006; Del Matto et al., 2020; Lewitzka et al., 2015).

Zusammenfassend scheint Lithium mittel- bis langfristig Suizide zumindest bei erwachsenen Patient*innen mit einer bipolaren Störung, möglicherweise auch bei einer unipolaren Depression zu reduzieren, wobei aufgrund der oben erwähnten statistischen Probleme die Datenlage noch nicht zufriedenstellend ist. Für Kinder und Jugendliche gibt es keine ausreichende Evidenz. Festzuhalten ist, dass Lithium die Goldstandard-Therapie der Bipolaren Störung ist. Die (abgelaufene und sich derzeit in Revision befindliche) S3-Leitlinie Bipolare Störung empfiehlt „In der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten bipolaren Patient*innen soll zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden.“.

In der NVL Unipolare Depression wird Lithium bei Nichtansprechen auf das erste Antidepressivum als Augmentationsstrategie empfohlen. Darüber hinaus sollte gemäß NVL Unipolare Depression bei suizidgefährdeten Patient*innen zur Reduzierung suizidaler Handlungen eine Medikation mit Lithium angeboten werden, wenn die Indikation für eine Rezidivprophylaxe besteht.

Für eine generelle Prävention von Suiziden bei psychischen Erkrankungen, abgesehen von unipolarer Depression und bipolarer Störung, gibt es keine Daten, die eine Empfehlung begründen können. Für Suizidversuche bzw. absichtlich selbstschädigendes Verhalten ergibt sich konsistent das Ergebnis, dass Lithium hier keinen signifikanten Vorteil darstellt; eine aktuelle Studie wurde deshalb abgebrochen (Katz et al., 2022).

Für den Stimmungsstabilisator Valproat liegt eine Metaanalyse vor (Chen et al., 2019), die in Übereinstimmung mit der schwedischen Registerstudie (Song et al., 2017) keinen signifikanten Effekt auf suizidales Verhalten zeigte.

In der systematischen Literaturrecherche wurden auch ökologische Studien zum Zusammenhang zwischen Lithium im Trinkwasser und regionalen Suizidraten identifiziert. In den meisten Studien findet sich hier ein suizidprotektiver Zusammenhang, d. h. je höher der Lithiumgehalt im Trinkwasser war, umso niedriger waren die regionalen Suizidraten (Barjasteh-Askari, 2020; Eyre-Watt et al., 2021; Memon et al., 2020). Allerdings besteht offenbar ein Publikationsbias. Außerdem ist die Validität von ökologischen Studien problematisch und die Konzentration von Lithium in Trinkwasser deutlich unter der therapeutisch wirksamen Grenze von Lithium. So unterstützen diese Befunde möglicherweise die Hypothese einer suizidpräventiven Wirkung von Lithium, rechtfertigen jedoch keine Empfehlung bspw. zur Lithiumsupplementierung oder ähnlichem. Weitere Forschung ist zur Klärung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Lithium-Konzentration im Trinkwasser bzw. der Ernährung und Suizidalität erforderlich.

<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>A ↑↑</p>	<p>Mittel-Langfristige Suizidalität:</p> <p>Eine Behandlung mit Lithium soll für erwachsene Patient*innen mit erhöhtem Suizidrisiko im Rahmen einer bipolaren Störung zur Reduktion der Suizidalität angeboten werden.</p>
<p>Qualität der Evidenz</p>	
<p>Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Araya, P., Martínez, C., & Barros, J. (2022). Lithium in drinking water as a public policy for suicide prevention: relevance and considerations. <i>Frontiers in public health</i>, 10, 209.</p> <p>Barjasteh-Askari, F., Davoudi, M., Amini, H., Ghorbani, M., Yaseri, M., Yunesian, M., ... & Lester, D. (2020). Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i>, 264, 234-241.</p> <p>Brown, E. E., Gerretsen, P., Pollock, B., & Graff-Guerrero, A. (2018). Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. <i>Medical hypotheses</i>, 115, 94-102.</p> <p>Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. <i>Bmj</i>, 346.</p> <p>Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 162(10), 1805-1819.</p> <p>D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. <i>Annals of internal medicine</i>, 171(5), 334-342.</p> <p>Eyre-Watt, B., Mahendran, E., Suetani, S., Firth, J., Kisely, S., & Siskind, D. (2021). The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 55(2), 139-152.</p>

Suizidalität:
hoch
⊕⊕⊕⊕

McKnight, R. F., Chesney, E., Amit, B. H., Geddes, J., & Cipriani, A. (2019). Lithium for acute mania. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

Memon, A., Rogers, I., Fitzsimmons, S. M., Carter, B., Strawbridge, R., Hidalgo-Mazzei, D., & Young, A. H. (2020). Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 667-678.

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

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2022). Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *BJPsych open*, 8(6), e199.

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402.

Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar disorders*, 19(7), 575-586.

Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 163-172.

Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., ... & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 39(2), 100-112.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar disorders*, 8(5p2), 625-639.

	<p>Bénard, V., Vaiva, G., Masson, M., & Geoffroy, P. A. (2016). Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. <i>L'encephale</i>, 42(3), 234-241.</p> <p>Chen, T. Y., Kamali, M., Chu, C. S., Yeh, C. B., Huang, S. Y., Mao, W. C., ... & Hsu, C. Y. (2019). Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. <i>Journal of affective disorders</i>, 245, 812-818.</p> <p>Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 68(3), 380-383.</p>
	Konsensstärke: 96%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

29.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	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.
Qualität der Evidenz	

Suicide:
hoch
⊕⊕⊕⊕

Araya, P., Martínez, C., & Barros, J. (2022). Lithium in drinking water as a public policy for suicide prevention: relevance and considerations. *Frontiers in public health*, 10, 209.

Barjasteh-Askari, F., Davoudi, M., Amini, H., Ghorbani, M., Yaseri, M., Yunesian, M., ... & Lester, D. (2020). Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 264, 234-241.

Brown, E. E., Gerretsen, P., Pollock, B., & Graff-Guerrero, A. (2018). Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. *Medical hypotheses*, 115, 94-102.

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 346.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1805-1819.

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334-342.

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

McKnight, R. F., Chesney, E., Amit, B. H., Geddes, J., & Cipriani, A. (2019). Lithium for acute mania. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

Memon, A., Rogers, I., Fitzsimmons, S. M., Carter, B., Strawbridge, R., Hidalgo-Mazzei, D., & Young, A. H. (2020). Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 667-678.

Suizidalität:
hoch
⊕⊕⊕⊕

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2022). Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *BJPsych open*, 8(6), e199.

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402.

Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar disorders*, 19(7), 575-586.

Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 163-172.

Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., ... & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 39(2), 100-112.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar disorders*, 8(5p2), 625-639.

Bénard, V., Vaiva, G., Masson, M., & Geoffroy, P. A. (2016). Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. *L'encephale*, 42(3), 234-241.

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

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(3), 380-383.

Nabi, Z., Stansfeld, J., Plöderl, M., Wood, L., & Moncrieff, J. (2022). Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a

	systematic review and meta-analysis of randomised trials. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 31, e65.
	Konsensstärke: 84%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

29.3	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Akute Suizidalität: Forschungsbedarf: Die Wirkung von Lithium auf die <i>akute</i> Suizidalität bei bipolaren sowie unipolaren Störungen ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	Araya, P., Martínez, C., & Barros, J. (2022). Lithium in drinking water as a public policy for suicide prevention: relevance and considerations. <i>Frontiers in public health</i> , 10, 209. Barjasteh-Askari, F., Davoudi, M., Amini, H., Ghorbani, M., Yaseri, M., Yunesian, M., ... & Lester, D. (2020). Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 264, 234-241. Brown, E. E., Gerretsen, P., Pollock, B., & Graff-Guerrero, A. (2018). Psychiatric benefits of lithium in water supplies may be

due to protection from the neurotoxicity of lead exposure. *Medical hypotheses*, 115, 94-102.

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 346.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1805-1819.

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334-342.

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

McKnight, R. F., Chesney, E., Amit, B. H., Geddes, J., & Cipriani, A. (2019). Lithium for acute mania. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

Memon, A., Rogers, I., Fitzsimmons, S. M., Carter, B., Strawbridge, R., Hidalgo-Mazzei, D., & Young, A. H. (2020). Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 667-678.

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2022). Lithium in the prevention of suicide in adults: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *BJPsych open*, 8(6), e199.

Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402.

<p>Suizidalität: hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: updated meta-review of the scientific literature. <i>Bipolar disorders</i>, 19(7), 575-586.</p> <p>Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 104(3), 163-172.</p> <p>Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., ... & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. <i>Depression and anxiety</i>, 39(2), 100-112.</p> <p>Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. <i>Bipolar disorders</i>, 8(5p2), 625-639.</p> <p>Bénard, V., Vaiva, G., Masson, M., & Geoffroy, P. A. (2016). Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. <i>L'encephale</i>, 42(3), 234-241.</p> <p>Chen, T. Y., Kamali, M., Chu, C. S., Yeh, C. B., Huang, S. Y., Mao, W. C., ... & Hsu, C. Y. (2019). Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. <i>Journal of affective disorders</i>, 245, 812-818.</p> <p>Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 68(3), 380-383.</p> <p>Nabi, Z., Stansfeld, J., Plöderl, M., Wood, L., & Moncrieff, J. (2022). Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i>, 31, e65.</p>
	<p>Konsensstärke: 100%</p>

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2022). Testing for Antisuicidal Effects of Lithium Treatment. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2992>

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disord*, 8(5 Pt 2), 625–639. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x>

Barjasteh-Askari, F., Davoudi, M., Amini, H., Ghorbani, M., Yaseri, M., Yunesian, M., ... & Lester, D. (2020). Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 264, 234-241.

Bschor, T., Adli, M., Alda, M., Baethge, C., Etain, B., Glenn, T., Grof, P., Hajek, T., Hayes, J., Manchia, M., Müller-Oerlinghausen, B., Nielsen, R., Ritter, P., Rybakowski, J., Sani, G., Selo, M., Young, A., & Tondo, L. (2022). Letter of response to 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. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Sep 16;31:e65. doi: 10.1017/S204579602200049X. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e84. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000671>

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f3646.

D’Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>

- Del Matto, L., Muscas, M., Murru, A., Verdolini, N., Anmella, G., Fico, G., Corponi, F., Carvalho, A. F., Samalin, L., Carpiello, B., Fagiolini, A., Vieta, E., & Pacchiarotti, I. (2020). Lithium and suicide prevention in mood disorders and in the general population: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *116*, 142–153. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.017>
- Eyre-Watt, B., Mahendran, E., Suetani, S., Firth, J., Kisely, S., & Siskind, D. (2021). The association between lithium in drinking water and neuropsychiatric outcomes: A systematic review and meta-analysis from across 2678 regions containing 113 million people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(2), 139–152. <https://doi.org/10.1177/0004867420963740>
- Katz, I. R., Rogers, M. P., Lew, R., Thwin, S. S., Doros, G., Ahearn, E., Ostacher, M. J., DeLisi, L. E., Smith, E. G., Ringer, R. J., Ferguson, R., Hoffman, B., Kaufman, J. S., Paik, J. M., Conrad, C. H., Holmberg, E. F., Boney, T. Y., Huang, G. D., Liang, M. H., ... Yurgelun-Todd, D. (2022). Lithium Treatment in the Prevention of Repeat Suicide-Related Outcomes in Veterans With Major Depression or Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *79*(1), 24. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3170>
- Lewitzka, U., Jabs, B., Fülle, M., Holthoff, V., Juckel, G., Uhl, I., ... & Bauer, M. (2015). Does lithium reduce acute suicidal ideation and behavior? A protocol for a randomized, placebo-controlled multicenter trial of lithium plus Treatment As Usual (TAU) in patients with suicidal major depressive episode. *BMC psychiatry*, *15*(1), 117.
- Lewitzka, U., Severus, E., Bauer, R., Ritter, P., Müller-Oerlinghausen, B., & Bauer, M. (2015). The suicide prevention effect of lithium: More than 20 years of evidence—a narrative review. *International Journal of Bipolar Disorders*, *3*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40345-015-0032-2>
- Memon, A., Rogers, I., Fitzsimmons, S. M., Carter, B., Strawbridge, R., Hidalgo-Mazzei, D., & Young, A. H. (2020). Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. *The British Journal of Psychiatry*, *217*(6), 667–678.
- Moncrieff, J., Plöderl, M., Nabi, Z., Stansfeld, J., & Wood, L. (2022). Evidence does not confirm that lithium prevents suicide: A reply to Bschor *et al* . *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e88. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000737>
- Nabi, Z., Stansfeld, J., Plöderl, M., Wood, L., & Moncrieff, J. (2022). Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e65. <https://doi.org/10.1017/S204579602200049X>
- Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2022). Lithium in the prevention of suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *BJPsych Open*, *8*(6), e199. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.605>

Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, *210*(06), 396–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>

Song, J., Sjölander, A., Joas, E., Bergen, S. E., Runeson, B., Larsson, H., ... & Lichtenstein, P. (2017). Suicidal behavior during lithium and valproate treatment: a within-individual 8-year prospective study of 50,000 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *174*(8), 795-802.

Van Lieshout, R. J., & MacQueen, G. M. (2010). Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *196*(4), 266–273. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.057612>

PICO-Frage 30: Verringert bei Patient*innen mit (akuter) Suizidalität eine Behandlung mit Antipsychotika die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

Clozapin

Die klinische Beobachtung, dass Clozapin bei Patient*innen mit Schizophrenie zu einem Rückgang von Suizidalität führen könnte, wurde schon in den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts als klinische Beobachtung mitgeteilt. In einer systematischen Übersichtsarbeit von Zalsman et al. (2016) wurden 1.797 Studien identifiziert, darunter 23 systematische Übersichtsarbeiten, zwölf Metaanalysen und 40 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Bei dieser Untersuchung wurde ein unspezifischer antisuizidaler Effekt von Clozapin festgestellt.

In einer internationalen, multizentrischen, randomisierten Studie von Meltzer et al. (2003) wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren das Risiko für suizidales Verhalten bei Patient*innen untersucht, die mit Clozapin bzw. Olanzapin behandelt wurden (N = 980). Von diesen hatten 26,8 % auf eine frühere Behandlung nicht angesprochen und galten aufgrund früherer Suizidversuche oder aktueller anderer Formen von Suizidalität (Suicidal ideation) als stark suizidgefährdet. Die primären Endpunkte waren Suizidversuche und Suizide kombiniert und Krankenhausaufenthalte zur Verhinderung von Suizid. Als Ergebnis dieser Studie konnte festgestellt werden, dass suizidales Verhalten bei Patient*innen, die mit Clozapin behandelt wurden, signifikant geringer auftrat als bei Patient*innen, die mit Olanzapin behandelt wurden (HR = 0,76; 95 % KI: 0,58-0,97; p=0,03). Mit Clozapin behandelte Patient*innen führen in geringerer Anzahl einen Suizidversuch durch (34 vs. 55; p=0,03), und benötigten in geringerer Anzahl Krankenhausaufenthalte (72 vs. 107; p=0,05) oder "Rettungsmaßnahmen" (rescue interventions) (118 vs. 155; p=0,01), um einen Suizid zu verhindern. Daraus wurde geschlussfolgert, dass die Clozapin-Therapie sich besser als die Olanzapin-Therapie bei der Prävention von Suizidversuchen bei Patient*innen mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung mit einem hohen Suizidrisiko eignet (Meltzer et al. 2003). Allerdings hatten sich im Clozapin-Arm zwar nicht signifikant, aber numerisch mehr Patient*innen suizidiert als unter Olanzapin (5/490 vs. 3/490; Relatives Risiko [RR] = 1,67; 95 % KI: 0,35-8,75; p=0,73) (Baethge 2017). Ähnlich den Studien zu Lithium zeigt sich das Problem, dass Suizide in klinischen

Studien seltene Ereignisse sind, die sehr große Stichproben brauchen, um signifikante Ergebnisse zu liefern.

Eine Metaanalyse zum Suizidrisiko während der Behandlung mit Clozapin (Hennen und Baldessarini 2005) ergab aus der Analyse von sechs Studien ein deutlich geringeres Gesamtrisiko für suizidales Verhalten bei Clozapin im Vergleich zu anderen Behandlungen (RR = 3,3; 95 % KI: 1,7-6,3; $p < 0,0001$); für Suizide betrug das Risikoverhältnis (RR) 2,9 (95 % KI: 1,5-5,7; $p = 0,002$).

Eine systematischer Review und folgende Metaanalyse untersuchte Studien zur Clozapin-Behandlung bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Spektrum mit einer Dauer von 1,1 bis 12,5 Jahren im Hinblick auf das langfristige Mortalitätsrisiko (Vermeulen et al. 2019), bei denen eine langfristige Nachbeobachtung (d. h. > 52 Wochen) stattfand. 24 Studien mit 1.327 Todesfällen jeglicher Ursachen während 217.691 Patientenjahren wurden eingeschlossen. Die Analyse zeigte, dass die Mortalitätsrate bei Patient*innen, die während der Nachbeobachtung jemals mit Clozapin behandelt wurden, insgesamt nicht signifikant niedriger war, jedoch signifikant niedriger bei Patient*innen, die kontinuierlich mit Clozapin behandelt wurden im Vergleich zu Patient*innen, die sich in Behandlung mit anderen Antipsychotika befanden (Mortalitätsverhältnis=0,56, 95 % KI: 0,36-0,85, $p = 0,007$). Als Schlussfolgerung wurde festgestellt, dass eine kontinuierliche Clozapin-Behandlung bei Patient*innen mit Schizophrenie mit einer signifikant niedrigeren langfristigen Gesamtmortalitätsrate verbunden ist als die Anwendung anderer Antipsychotika. In einer weiteren Metaanalyse (Forte et al., 2021) wurde Clozapin mit modernen Zweitgenerations-Antipsychotika verglichen; insgesamt wurden 18 Studien identifiziert. Es zeigte sich ein großer Effekt von Clozapin auf suizidales Verhalten (OR=0,5, $p = 0,004$), der in allen der diesbezüglich untersuchten 7 Studien nachweisbar war. Die anderen untersuchten Antipsychotika (Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, und Ziprasidon) wiesen keine signifikante Reduktion suizidalen Verhaltens auf.

In ihrer populationsbasierten Studie mit 9.456 Patient*innen mit Schizophrenie fanden Zhou et al. (2025), dass Patient*innen, die kontinuierlich Clozapin einnahmen, ein geringeres Risiko für suizidale Mortalität aufwiesen (Beschleunigungsfaktor 3,01; 99 % KI: 1,41–6,44) als Patient*innen, die kontinuierlich andere Antipsychotika einnahmen. Kontinuierliche

Clozapin-Anwender, denen zusätzlich andere Antipsychotika verschrieben wurden, wiesen im Vergleich zu kontinuierlichen Nicht-Clozapin-Anwendern ein geringeres Risiko für suizidbedingte Sterblichkeit (Beschleunigungsfaktor 3,67; 95 %-KI: 1,41–9,60) und Gesamtmortalität (Beschleunigungsfaktor 1,42; 95 %-KI: 1,07–1,88) auf (Zhou et al., 2025).

Übersetzt mit DeepL.com (kostenlose Version)

Eine weitere systematische Überprüfung und Metaanalyse zu den Auswirkungen pharmakologischer und somatischer Behandlungen auf Suizidalität auf Erwachsenen ergab eine Reduktion der Suizidwahrscheinlichkeit bei psychotischen Störungen für die Behandlung mit Clozapin (OR=0,46, p=0,007; k=7) (Wilkinson et al. 2023).

Ziel einer systematischen Übersicht (Masdrakis und Baldwin 2023) war es, Studien zu Clozapin in der Behandlung von refraktärer Suizidalität (persistierende suizidale Gedanken oder Handlungen trotz leitliniengerechter, multimodaler Behandlung über längere Zeiträume, gekennzeichnet durch fehlende therapeutische Responsivität und hohe Vulnerabilität) zusammenzufassen. 51 Studien konnten in die Überprüfung aufgenommen werden, die meisten Studien deuten auf eine bessere antisuizidale Wirkung von Clozapin bei Schizophrenie/schizoaffektiver Störung im Vergleich zu anderen Antipsychotika oder keiner antipsychotischen Therapie hin. Die Autoren schlussfolgern, dass die überlegene antisuizidale Wirkung von Clozapin bei Patient*innen mit Schizophrenie/schizoaffektiver Störung gut belegt ist. Bei schweren und therapieresistenten Fällen von Suizidalität und nichtsuizidaler Selbstverletzung bei Patient*innen mit bipolarer Störung oder Borderline Persönlichkeitsstörung könnte Clozapin eine vorteilhafte Rolle spielen, allerdings ist die Menge und Qualität der Belege dafür begrenzt, was die Autoren des o. g. systematischen Reviews kritisch anmerken.

Clozapin ist in den USA zugelassen für die Behandlung von Patient*innen mit Suizidalität im Rahmen einer Schizophrenie.

Andere Antipsychotika

In einer skandinavischen Kohortenstudie (Taipale et al. 2020) wurde die Wirksamkeit von Antipsychotika-Therapie versus keine Antipsychotika-Therapie verglichen. Es handelte sich um eine nicht randomisierte Beobachtungsstudie von Patient*innen (N=62.250), die wegen einer Schizophrenie zwischen 1972 und 2014 in Finnland behandelt wurden und bis zu 20 Jahren nachuntersucht wurden (Median 14,1 Jahre). Eine Langzeitbehandlung mit jedwedem Antipsychotikum war mit einer signifikant verringerten Mortalität assoziiert, verglichen mit Personen, die keine Antipsychotika erhalten hatten. Innerhalb der Gruppe der Antipsychotika war Clozapin mit dem besten Outcome im Hinblick auf Mortalität durch Suizid assoziiert (Adjusted Hazard Ratio [aHR]=0,21, 95 % KI: 0,15-0,29). Auch senkte Clozapin das Risiko für suizidale Handlungen insgesamt, d. h. inklusive Suizidversuche (HR=0,64, 95 % KI: 0,49-0,84) in der finnischen Kohorte und (HR = 0,66, 95 % KI: 0,43-0,99) in der schwedischen Kohorte). Dieses Ergebnis konnte durch eine ebenfalls in Skandinavien durchgeführte registerbasierte Kohortenstudie (N=91.712) bestätigt werden, nämlich, dass (verglichen mit einer Nichtbehandlung) Clozapin-behandelte Patient*innen ein geringeres Risiko für einen Suizidversuch oder vollendeten Suizid hatten (Taipale et al., 2021). Auch eine finnische Registerstudie mit an Schizophrenie erkrankten Patient*innen zeigte, dass Clozapin, Quetiapin und Olanzapin zu einer reduzierten Mortalität führten im Gegensatz zu Antipsychotika der ersten Generation, die die Mortalität erhöhten (Kiviniemi et al., 2013). Eine spezifische Reduktion der Mortalität durch Suizid konnte jedoch nur durch Clozapin erreicht werden. Dies stimmt auch überein mit einer Autopsie-Studie aus Maryland (an mehr als 50.000 Verstorbenen), die zeigte, dass Verstorbene, bei denen Clozapin im Blut nachgewiesen werden konnte, ein geringeres Risiko hatten, an Suizid verstorben zu sein als Menschen, bei denen Olanzapin nachgewiesen werden konnte (Lee et al., 2023).

Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse zur Mortalität bei Menschen mit Schizophrenie (Correll et al. 2022), die sowohl prospektive als auch retrospektive Kohortenstudien analysierte, um das Sterberisiko von Menschen mit Schizophrenie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder zu Gruppen mit entsprechenden körperlichen Komorbiditäten oder Gruppen mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen zu erfassen, ergab als primäres Ergebnis aus 135 Studien über den Zeitraum von 1957 bis 2021 (Schizophrenie N=45.36.447 vs. allgemeine Bevölkerungskontrollen N=1.115.600.059 und andere psychiatrische Kontrollen N=3.827.955), dass die Gesamtmortalität bei Menschen mit

Schizophrenie im Vergleich zu jeder Kontrollgruppe ohne Schizophrenie signifikant erhöht war (RR=2,52, 95 % KI: 2,38-2,68, N=79). Die höchste Mortalität wurde durch Suizid verursacht, gefolgt von anderen unbestimmten, nicht natürlichen Ursachen (insgesamt: RR = 9,76–8,42). Die Auswertung ergab außerdem, dass Antipsychotika die Suizidmortalität im Vergleich zur Nichtanwendung von Antipsychotika signifikant reduzieren (RR = 0,71, 95 % KI: 0,59–0,84, N = 11), wobei die größten Effekte bei Clozapin (RR = 0,22, 95 % KI: 0,16–0,30, N = 2), dann bei langwirksamen injizierbaren Antipsychotika (LAI) der zweiten Generation (SGA-LAIs) (RR = 0,43, 95 % KI: 0,24–0,78, N = 1), allen LAI (RR = 0,60, 95 % KI: 0,47–0,77, N = 1) und allen SGA (RR = 0,68, 95 % KI: 0,56–0,82, N = 2) erzielt wurden. In der Metaanalyse von Aymerich et al. (2024) konnte keine signifikante Verbesserung durch LAI im Vergleich zu oral verabreichten Antipsychotika festgestellt werden (OR = 0,86; 95 % KI: 0,59–1,26; p = 0,44).

Schneider-Thoma et al. (2018) identifizierten 352 Studien mit insgesamt 84.988 Teilnehmenden, in denen Antipsychotika der zweiten Generation und die kurzfristige Mortalität analysiert wurden. Bei 53.804 Patient*innen, die ein Antipsychotikum erhielten, wurden 207 (0,4 %) Todesfälle gemeldet, während es bei 31.184 Patient*innen, die ein Placebo erhielten, 99 (0,3 %) waren. 300 der 352 Studien (85 %) hatten eine Dauer von 13 Wochen (drei Monate) oder weniger (Median: sechs Wochen). Es wurden keine Hinweise auf einen Unterschied zwischen Antipsychotika und Placebo hinsichtlich der Gesamtmortalität (OR = 1,19; 95 % KI: 0,93–1,53), der Mortalität durch natürliche Ursachen (OR = 1,29; 95 % KI: 0,85–1,94), durch Suizid (OR = 1,15; 95 % KI: 0,47–2,81) oder durch andere nichtnatürliche Ursachen (OR = 1,55; 95 % KI: 0,66–3,63) gefunden. Eine erhöhte Mortalität wurde bei Patient*innen mit Demenz (OR = 1,56; 95 % KI: 1,10–2,21), bei älteren Patient*innen (OR = 1,38; 95 % KI: 1,01–1,89) sowie bei mit Aripiprazol behandelten Patient*innen (OR = 2,20; 95 % KI: 1,00–4,86) festgestellt. Des Weiteren wurde eine erhöhte Mortalität in Studien mit einem höheren Frauenanteil beobachtet (Regressionskoeffizient 0,025; 95 % KI: 0,010–0,040). Die Auswirkungen bei älteren Patient*innen, mit Aripiprazol behandelten Patient*innen und Frauen basierten jedoch hauptsächlich auf den einbezogenen Demenzstudien. Bei Patient*innen mit Schizophrenie gab es keine Hinweise auf ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (OR = 0,69; 95 % KI: 0,35–1,35) (Schneider-Thoma et al., 2018).

Ähnlich wie bei Lithium ist der Zeitrahmen zu klären, in dem Clozapin und weitere Antipsychotika ihre suizidpräventive Wirkung entfalten und wie lange diese anhält. Es gibt auch keine belastbaren Daten zu einem Effekt auf Suizidalität bei anderen Erkrankungen außer denen des schizophrenen Formenkreises.

30.1	Empfehlung	
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>A ↑↑</p>	<p>Mittel-Langfristige Suizidalität:</p> <p>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.</p>	
<p>Qualität der Evidenz</p>		
<p>Suizide:</p> <p>hoch</p> <p>⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Huang, X., Harris, L. M., Funsch, K. M., Fox, K. R., & Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Translational psychiatry</i>, 12(1), 400.</p> <p>Kishi, T., Matsunaga, S., & Iwata, N. (2016). Mortality risk associated with long-acting injectable antipsychotics: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 42(6), 1438-1445.</p> <p>Kiviniemi, M., Suvisaari, J., Koivumaa-Honkanen, H., Häkkinen, U., Isohanni, M., & Hakko, H. (2013). Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish register study with 5-year follow-up. <i>Schizophrenia research</i>, 150(1), 274-280.</p> <p>Lee, B. J., Cotes, R. O., Mojtabai, R., Margolis, R. L., Nucifora Jr, F. C., & Nestadt, P. S. (2023). The protective effect of clozapine on suicide: a population mortality study of statewide autopsy records in Maryland. <i>The Journal of clinical psychiatry</i>, 84(3), 46188.</p> <p>Lobos, C. A., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwarz, S., & Leucht, S. (2010). Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (11).</p>	

Suizidalität allgemein:
hoch
⊕⊕⊕⊕

Masdrakis, V. G., & Baldwin, D. S. (2023). Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 69, 4-23.

Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., ... & Yatham, L. (2015). 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*, 49(9), 785-802.

Vermeulen, J. M., van Rooijen, G., van de Kerkhof, M. P., Sutterland, A. L., Correll, C. U., & de Haan, L. (2019). 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*, 45(2), 315-329.

Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., ... & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 39(2), 100-112.

Forte, A., Pompili, M., Imbastaro, B., De Luca, G. P., Mastrangelo, M., Montalbani, B., & Baldessarini, R. J. (2021). Effects on suicidal risk: Comparison of clozapine to other newer medicines indicated to treat schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 35(9), 1074-1080.

Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(9), 1351-1371.

Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 73(2-3), 139-145.

Kalniunas, A., Chakrabarti, I., Mandalia, R., Munjiza, J., & Pappa, S. (2021). The Relationship between Antipsychotic-Induced Akathisia and suicidal behaviour: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3489-3497.

Nosè, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of

	borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. International clinical psychopharmacology, 21(6), 345-353.
	Konsensstärke:

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

30.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Akute Suizidalität: Die Wirkung von Antipsychotika auf die <i>akute</i> Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	Huang, X., Harris, L. M., Funsch, K. M., Fox, K. R., & Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. Translational psychiatry, 12(1), 400. Kishi, T., Matsunaga, S., & Iwata, N. (2016). Mortality risk associated with long-acting injectable antipsychotics: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. Schizophrenia bulletin, 42(6), 1438-1445. Kiviniemi, M., Suvisaari, J., Koivumaa-Honkanen, H., Häkkinen, U., Isohanni, M., & Hakko, H. (2013). Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish

<p>Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>register study with 5-year follow-up. <i>Schizophrenia research</i>, 150(1), 274-280.</p> <p>Lee, B. J., Cotes, R. O., Mojtabai, R., Margolis, R. L., Nucifora Jr, F. C., & Nestadt, P. S. (2023). The protective effect of clozapine on suicide: a population mortality study of statewide autopsy records in Maryland. <i>The Journal of clinical psychiatry</i>, 84(3), 46188.</p> <p>Lobos, C. A., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwarz, S., & Leucht, S. (2010). Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (11).</p> <p>Masdrakis, V. G., & Baldwin, D. S. (2023). Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. <i>European Neuropsychopharmacology</i>, 69, 4-23.</p> <p>Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., ... & Yatham, L. (2015). 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. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 49(9), 785-802.</p> <p>Vermeulen, J. M., van Rooijen, G., van de Kerkhof, M. P., Sutterland, A. L., Correll, C. U., & de Haan, L. (2019). Clozapine and long-term mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of studies lasting 1.1–12.5 years. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 45(2), 315-329.</p> <p>Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., ... & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. <i>Depression and anxiety</i>, 39(2), 100-112.</p> <p>Forte, A., Pompili, M., Imbastaro, B., De Luca, G. P., Mastrangelo, M., Montalbani, B., & Baldessarini, R. J. (2021). Effects on suicidal risk: Comparison of clozapine to other newer medicines indicated to treat schizophrenia or bipolar disorder. <i>Journal of Psychopharmacology</i>, 35(9), 1074-1080.</p> <p>Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i>, 15(9), 1351-1371.</p>
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. <i>Schizophrenia research</i>, 73(2-3), 139-145.</p> <p>Kalniunas, A., Chakrabarti, I., Mandalia, R., Munjiza, J., & Pappa, S. (2021). The Relationship between Antipsychotic-Induced Akathisia and suicidal behaviour: a systematic review. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i>, 3489-3497.</p> <p>Nosè, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. <i>International clinical psychopharmacology</i>, 21(6), 345-353.</p>
	Konsensstärke: 96%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Aymerich, C., Salazar de Pablo, G., Pacho, M., Pérez-Rodríguez, V., Bilbao, A., Andrés, L., ... & Catalán, A. (2025). All-cause mortality risk in long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 30(1), 263-271.

Baethge C (2017) Keine hochrangigen Belege für Suizidprävention durch Antidepressiva oder Clozapin. *Der Nervenarzt* 88 (3):309-310. doi:10.1007/s00115-016-0209-7

- Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, Smith N, Bitter I, Gorwood P, Taipale H, Tiihonen J (2022) Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry* 21 (2):248-271. doi:10.1002/wps.20994
- Hennen J, Baldessarini RJ (2005) Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophrenia research* 73 (2-3):139-145. doi:10.1016/j.schres.2004.05.015
- Masdrakis VG, Baldwin DS (2023) Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: systematic review. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 69:4-23. doi:10.1016/j.euroneuro.2022.12.011
- Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S (2003) Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 60 (1):82-91. doi:10.1001/archpsyc.60.1.82
- Schneider-Thoma, J., Efthimiou, O., Huhn, M., Krause, M., Reichelt, L., Roeder, H., ... & Leucht, S. (2018). Second-generation antipsychotic drugs and short-term mortality: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 653-663.
- Taipale H, Tanskanen A, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tiihonen J (2020) 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World psychiatry* 19 (1):61-68
- Vermeulen JM, van Rooijen G, van de Kerkhof MPJ, Sutterland AL, Correll CU, de Haan L (2019) Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. *Schizophr Bull* 45 (2):315-329. doi:10.1093/schbul/sby052
- Wilkinson ST, Trujillo Diaz D, Rupp ZW, Kidambi A, Ramirez KL, Flores JM, Avila-Quintero VJ, Rhee TG, Olfson M, Bloch MH (2023) Pharmacological and Somatic Treatment Effects on Suicide in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 21 (2):197-208. doi:10.1176/appi.focus.23021006
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 3 (7):646-659. doi:10.1016/s2215-0366(16)30030-x
- Zhou, H., Luo, H., Tang, J. Y. M., Honer, W. G., Bastiampillai, T., Zhou, J., ... & Chan, S. K. W. (2025). Population-based study of long-term mortality risk associated with clozapine use among patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 1-9.

PICO-Frage 31: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit Benzodiazepinen die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

Benzodiazepine werden eingesetzt zur akuten Anxiolyse, Sedierung und affektiven Entspannung. Klinisch werden sie häufig verwendet bei psychiatrischen Notfallsituationen, zu denen akute Suizidalität zweifelsohne gehört; auch mit diesem Zielsymptom werden sie insbesondere bei Depressionen häufig eingesetzt, vor allem zu Beginn der Therapie während der Wirklatenz bis zum Einsetzen der Wirksamkeit von Antidepressiva. Auch ist es klinisch gängige Praxis, ein erhöhtes Suizidrisiko durch Antriebssteigerung in dieser Phase der antidepressiven Anbehandlung mittels Benzodiazepinen zu kupieren. Auf der anderen Seite wird immer wieder vermutet, dass Benzodiazepine über eine Disinhibition oder Anxiolyse pro-suizidal wirken könnten, was angesichts der Tatsache, dass Benzodiazepine häufig als Suizidmittel verwendet werden und insbesondere bei Mischintoxikation letal sein können, besorgniserregend ist.

Die Datenbasis zu einer anti-suizidalen (oder auch pro-suizidalen) Wirkung von Benzodiazepinen ist jedoch ausgesprochen dürftig. Es gibt so gut wie keine randomisiert-kontrollierten Studie zu dieser Frage, weder im Hinblick auf akute noch auf chronische Suizidalität oder präventive Wirkungen (siehe Ergebnistabelle). Lediglich zu Alprazolam bei Patient*innen mit Depression liegt eine sehr alte Metaanalyse vor (Jonas et al., 1996), in der eine Verbesserung von Suicidal ideation bei Alprazolam-Gabe (vs. Placebo) beschrieben wird. Bei Vergleich gegen aktive Komparatoren (trizyklische antidepressiva: TCA) wurde jedoch eine Überlegenheit von TCA gefunden. Eine Verschlechterung von Suizidalität unter Alprazolam wurde nicht beschrieben (in Übereinstimmung mit einer naturalistischen Studie an stationären Patient*innen) (Rothschild et al., 2000). Dies steht im Kontrast zu einer kleinen, alten Cross-Over-Studie zu Alprazolam bei Patient*innen mit einer Borderline-Störung, bei der es zu einer Zunahme von selbstschädigendem Verhalten unter Alprazolam kam (Cowdry et al., 1988). Weitere RCT konnten nicht identifiziert werden. Eine rezente, große pharmako-epidemiologische Studie, die Daten von beinahe 2,5 Millionen Menschen auswertet und auf einer früheren Studie aufbaute und diese replizierte, zeigt jedoch eine Assoziation von Alprazolam-Verschreibung mit Suizidversuchen (HR=2,21, 95 % KI: 2,06-2,38) (Gibbons et al., 2019, 2024). Auch für Diazepam (HR=2,87, 95 % KI: 2,56-3,21) und Lorazepam

(HR=1,83, 95 % KI: 1,69-2,00) zeigte sich diese Assoziation. In einer schwedischen Registerstudie (n=262.721 Patient*innen) wurde spezifisch untersucht, ob Psychopharmaka das Risiko für suizidales Verhalten erhöhen, wenn sie zusammen mit einem SSRI verabreicht werden (Lagerberg et al., 2022). In Übereinstimmung mit dem amerikanischen Datensatz zeigte sich eine Risikoerhöhung für Alprazolam (IRR=1,39) (und auch für das in Deutschland Btm-pflichtige Flunitrazepam, das im psychiatrischen Kontext sehr selten verwendet wird).

Eine vergleichsweise junge Übersichtsarbeit listet naturalistische Studien (n=15), die überwiegend zeigten, dass vor allem eine Monotherapie mit Benzodiazepinen das Suizidrisiko erhöht (Dodds, 2017). Eine naturalistische Studie mit über 350.000 Patient*innen, die wegen Insomnie mit Medikamenten behandelt wurden, zeigte keine Risikoerhöhung bezüglich suizidaler Handlungen bei Benzodiazepinen im Vergleich zu Zopiclon (Lavigne et al., 2019). Eine weitere, populationsbasierte Studie aus Frankreich (n=111.500 Suizidversuche bzw. 12.312 Suizide) untersuchte, ob eine rezente (bis zu 30 Tagen vor der suizidalen Handlung) Benzodiazepin-Einnahme das Risiko erhöhte im Vergleich zu einer Einnahme in anderen Zeiträumen; die OR lag bei 1,74 (SA; 95 % KI: 1,69 - 1,78) bzw. 1,45 (Suizide; 95 % KI: 1,34 - 1,57) bei Patient*innen mit bekannter psychiatrischer Vorgeschichte, und sogar noch höher, wenn keine psychische Erkrankung vorbekannt war (SA: OR = 2,77; 95 % KI: 2,69-2,86; Suizide: OR = 1,80; 95 % KI: 1,65-1,97) (Tournier et al., 2023). Die Autoren schlussfolgerten daher, dass eine Assoziation zwischen Benzodiazepin-Verschreibung und dem Risiko für suizidale Handlungen besteht .

Wie immer bei naturalistischen Studien ist ein systematischer Bias (z. B. *confounding-by-indication*) zu diskutieren, teilweise handelte es sich um sehr spezifische Patientenpopulationen (z. B. SSRI-resistente Adoleszente mit Depression oder Opiat-abhängige Veteranen). In den großen pharmako-epidemiologischen Studien wird nicht auf spezifische Diagnosen eingegangen. Zusammenfassend ist unklar, ob die Befunde zu einer möglichen Risikoerhöhung Diagnose-spezifisch oder transdiagnostisch zu werten sind.

Interessanterweise konnten keine großen und/oder kontrollierten Studien identifiziert werden, die sich spezifisch damit auseinandersetzen, ob Benzodiazepine alleine oder in Kombination das Risiko für suizidales Verhalten bei Depressionen verändern. Dies ist umso erstaunlicher, als dass meta-analytisch gezeigt wurde, dass Benzodiazepine auch in

Monotherapie sich im Hinblick auf eine antidepressive Wirkung nicht signifikant von tricyclischen Antidepressiva unterscheiden (Benasi et al., 2018). Dies gilt spezifisch auch für Alprazolam, das diesbezüglich in einer Metaanalyse (n=2693, k=21) untersucht wurde und Placebo überlegen war, und genauso effektiv war wie tricyclische Antidepressiva (Benasi et al., 2018). Spezifische Informationen zu Suizidalität sind beiden Metaanalysen nicht zu entnehmen. Benzodiazepine werden selten monotherapeutisch verordnet (was auch nicht leitliniengerecht wäre). Für die Kombination aus Benzodiazepinen und Antidepressiva liegt ein Wirkungsnachweis vor, wobei auch hier Suizidalität nicht untersucht wurde (Furukawa et al., 2001).

In Anbetracht der konvergierenden Studien zu Alprozalam kann gefolgert werden, dass es sowohl alleine als auch in Kombination mit SSRI das Risiko für suizidale Handlungen erhöht, trotz einer möglicherweisen antidepressiven Wirkung. Von einer Verwendung von Alprazolam bei suizidalen Patient*innen wird daher abgeraten. Zu anderen Benzodiazepinen kann keine Aussage gemacht werden: Aktuell gibt es jedoch keinen Beleg für einen akuten, chronischen oder präventiven Effekt von Benzodiazepinen auf suizidale Handlungen. Es besteht unter anderem aufgrund der häufigen Verschreibung ein dringender Forschungsbedarf.

31.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↓↓	Alprazolam soll nicht bei akuter Suizidalität eingesetzt werden.
Qualität der Evidenz	
Suizidversuche: unbekannt	Gibbons, R. D., Hur, K., Lavigne, J. E., & Mann, J. J. (2024). Risk of suicide attempts and intentional self-harm on alprazolam. <i>Psychiatry research</i> , 335, 115857.
Suizidalität allgemein: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lagerberg, T., Sjölander, A., Gibbons, R. D., Quinn, P. D., D’Onofrio, B. M., Hellner, C., ... & Chang, Z. (2022). Use of central nervous system drugs in combination with selective serotonin reuptake inhibitor treatment: A Bayesian screening study for risk of suicidal behavior. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 13, 1012650.
	Konsensstärke: 92 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

31.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 96 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme

Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Benasi, G., Guidi, J., Offidani, E., Balon, R., Rickels, K., & Fava, G. A. (2018). Benzodiazepines as a monotherapy in depressive disorders: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(2), 65-74.

Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(2):111– 119.

Dodds, Tyler J. "Prescribed benzodiazepines and suicide risk: a review of the literature." *Prim care companion CNS Disord* 19, no. 2 (2017): 0-0.

Furukawa, T. A., Streiner, D. L., & Young, L. T. (2001). Is antidepressant–benzodiazepine combination therapy clinically more useful?: A meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 173-177.

Gibbons, R. D., Hur, K., Lavigne, J. E., & Mann, J. J. (2024). Risk of suicide attempts and intentional self-harm on alprazolam. *Psychiatry research*, 335, 115857.

Gibbons, Robert, Kwan Hur, Jill Lavigne, Jiebiao Wang, and J. John Mann. "Medications and suicide: high dimensional empirical Bayes screening (iDEAS)." *Harvard Data Science Review* 1, no. 2 (2019).

Lagerberg, T., Sjölander, A., Gibbons, R. D., Quinn, P. D., D’Onofrio, B. M., Hellner, C., ... & Chang, Z. (2022). 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*, 13, 1012650.

Lavigne, J. E., Hur, K., Kane, C., Au, A., Bishop, T. M., & Pigeon, W. R. (2019). Prescription medications for the treatment of insomnia and risk of suicide attempt: a comparative safety study. *Journal of general internal medicine*, 34(8), 1554-1563.

Rothschild AJ, Shindul-Rothschild JA, Viguera A, et al. Comparison of the frequency of behavioral disinhibition on alprazolam, clonazepam, or no benzodiazepine in hospitalized psychiatric patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(1):7– 11

Tournier, M., Bénard-Larivière, A., Jollant, F., Hucteau, E., Diop, P. Y., Jarne-Munoz, A., ... & Bezin, J. (2023). Risk of suicide attempt and suicide associated with benzodiazepine: A nationwide case crossover study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(3), 233-241.

PICO-Frage 32a: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit SSRI/ SNRI die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

PICO-Frage 32b: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit einem anderen Antidepressivum (nicht SSRI/ SNRI) die Suizidalität?

In einer publizierten Metaanalyse aus 2005 von randomisiert Placebo-kontrollierten klinischen Studien zu SSRIs zeigte sich eine signifikant höhere Rate an Suizidversuchen unter SSRI verglichen mit Placebo, während die Ergebnisse für Suizide unklar blieben (Fergusson et al. 2005, Gunnell et al. 2005)4]. In einer Metaanalyse der FDA von 2009 konnte kein abschließendes Urteil bezüglich Suiziden gefunden werden und bei Suizidversuchen zeigte sich ein altersabhängiger Effekt, d. h. ein reduziertes Risiko für Antidepressiva-Behandlung (SSRI und SNRI zusammengefasst) bei älteren und ein erhöhtes Risiko bei jüngeren Personen (Stone et al. 2009). Auch in einer aktuelleren Analyse fand sich eine erhöhte Suizidversuchsrate für Antidepressiva (meist SSRI und SNRI) im Vergleich zu Placebo; bei Suiziden war das weniger eindeutig und abhängig von der statistischen Methode (Plöderl et al. 2020, Kaminski und Bschor 2020). Die Ergebnisse könnten aber Überschätzungen sein, aufgrund zum Teil längerer Beobachtungszeiträume im Medikamenten-Arm, oder auch Unterschätzungen aufgrund von methodischen Biases (Plöderl et al. 2020, Kaminski und Bschor 2020; Hayes et al. 2019). In klinischen Studien an Kindern und Jugendlichen fand sich ein geringfügig, aber statistisch signifikant erhöhtes Risiko für Suizidversuche unter SSRIs im Vergleich zu Placebo (Hetrick et al. 2021), bei SNRIs sind die Ergebnisse nicht abschließend beurteilbar. Suizide kamen in Studien zu Kindern/Jugendlichen nicht vor. Die genannten Metaanalysen basierten allerdings auf Kurzzeitstudien (ca. 8 Wochen). In längerfristigen klinischen Studien zeigte sich ein signifikant erhöhtes Risiko für Suizidversuche bei Antidepressiva im Vergleich zu Placebo, bei Suiziden war eine numerische, aber keine statistisch signifikante Erhöhung feststellbar (Durchschnittsalter: 46.6; SD: 10.6) (Braun et al. 2016, Baldessarini et al. 2015). Ähnlich wie bei Suizidversuchen fanden sich in Kurzzeitstudien für Suizidalität ohne suizidale Handlungen (Suicidal ideation) bei Personen unter 25 Jahren häufiger unter Antidepressiva verglichen mit Placebo (allerdings war der Unterschied nicht statistisch signifikant); bei Erwachsenen gab es eine Verringerung von Suizidalität ohne

suizidale Handlungen (Suicidal ideation) unter der Einnahme von Antidepressiva, der in manchen Altersgruppen statistisch signifikant war (Stone et al. 2009).

In Beobachtungsstudien waren die Effekte gemischt. In der als qualitativ hochwertig eingeschätzten Übersichtsarbeit zu Beobachtungsstudien von Barbui et al. (2009)¹³ zeigte sich für Kinder und Jugendliche ein signifikant erhöhtes Risiko für Suizidversuche und auch Suizide bei einer Behandlung mit SSRIs, während bei Erwachsenen ein signifikant niedrigeres Risiko gefunden wurde. In einer Aktualisierung dieser Studie für Erwachsene (Hengartner et al. 2021) zeigte sich aber ein numerisch erhöhtes, wenn auch nicht statistisch signifikant erhöhtes Risiko für Suizide oder Suizidversuche für SSRI und SNRI getrennt betrachtet (jedoch ein signifikanter Zusammenhang mit Suizidversuchen, wenn SSRI und SNRI zusammengenommen wurden.). Allerdings sind die Ergebnisse der Beobachtungsstudien äußerst heterogen und beeinflusst durch confounding-by-indication, so dass deren meta-analytische Zusammenfassung schwierig ist. Ein wichtiger, die Heterogenität erklärender Faktor ist der offensichtliche Publikationsbias, wonach Studien mit für Antidepressiva ungünstigen Ergebnissen nicht publiziert wurden (Plöderl et al., 2023). Das Risiko eines erhöhten Suizidrisikos durch Antidepressiva wird in der Nationalen Versorgungsleitlinie entsprechend berücksichtigt (nvl-005, 2022).

32.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: 0	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 96 %

Evidence-to-Decision Framework

Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

32.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
---------------	------------------------------------

32.3	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↓↓	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 92 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substanzieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

32.4	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Evidenzbasiertes Statement	<u>Evidenzbasiertes Statement</u> : Phasen, in denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht, sind Eindosierung, Aufdosierung sowie das Absetzen eines Antidepressivums.

Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 100 %

32.5	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. <i>Frontiers in psychiatry</i> 2020;11:717.</p> <p>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]. <i>Der Nervenarzt</i> 2006;77(11):1332-7.</p> <p>Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. <i>Clinical trials (London, England)</i> 2006;3(2):73-90; discussion 91-8.</p> <p>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. <i>Frontiers in psychiatry</i> 2022;13:880496.</p>
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme

Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Amendola S, Plöderl M, Hengartner MP. Did the introduction and increased prescribing of antidepressants lead to changes in long-term trends of suicide rates? *European Journal of Public Health*. 2021;31:291–7. doi: 10.1093/eurpub/ckaa204

Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, et al. Suicidal Risks in Reports of Long-Term Treatment Trials for Major Depressive Disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2015;19:pyv107. doi: 10.1093/ijnp/pyv107

Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *Canadian Medical Association Journal*. 2009;180:291–7. doi: 10.1503/cmaj.081514

Braun C, Bschor T, Franklin J, et al. 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. *Psychother Psychosom*. 2016;85:171–9. doi: 10.1159/000442293

Dragioti E, Solmi M, Favaro A, et al. Association of Antidepressant Use With Adverse Health Outcomes: A Systematic Umbrella Review. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:1241. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2859

Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 2005;330:396–403.

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*. 2005;330:385. doi: 10.1136/bmj.330.7488.385

Hayes JF, Lewis G, Lewis G. Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk. *Psychother Psychosom*. 2019;88:371–2. doi: 10.1159/000502295

Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic

review and meta-analysis of observational studies. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75:523–30. doi: 10.1136/jech-2020-214611

Hetrick SE, McKenzie JE, Bailey AP, et al. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;2021. doi: 10.1002/14651858.CD013674.pub2

Högberg GN, Bremberg SG. Antidepressant medication might increase the risk of self-harm injuries: findings in 17 OECD countries. *European Journal of Public Health*. Published Online First: 24 December 2018. doi: 10.1093/eurpub/cky268

Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;266:95–9. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.107

Plöderl M, Hengartner MP, Bschor T, et al. Commentary to ‘antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis’. *J Affect Disord*. 2020;273:252–3. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.025

Plöderl, M., Amendola, S., & Hengartner, M. P. (2023). Observational studies of antidepressant use and suicide risk are selectively published in psychiatric journals. *Journal of clinical epidemiology*, 162, 10-18.

Schneider, F., Härter, M., & Schorr, S. (Eds.). (2017). *S3-leitlinie/nationale versorgungsleitlinie unipolare depression*. Springer-Verlag.

Stone MB, Laughren TP, Jones ML, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009;339:1–10.

PICO-Frage 33: Verringert bei Patient*innen mit akuter Suizidalität eine Behandlung mit Ketamin/ Esketamin die Suizidalität im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese medikamentöse Behandlung?

Für racemisches Ketamin und das Enantiomer Esketamin gibt es klinische Studien, in denen (akute) Suizidalität Studien explizit Einschlusskriterium war. Diesbezüglich haben diese Studien verglichen mit anderen psychopharmakologische Substanzen Alleinstellungsmerkmal und zeigen, dass es sehr wohl möglich ist, Studien mit suizidalen Patient*innen durchzuführen.

Für Ketamin (i. v.) zeigte sich eine rasche und deutliche Reduktion (mittlere bis hohe Effektstärken) von Suizidalität ohne suizidale Handlungen (Suicidal ideation) im Vergleich zu Placebo oder Midazolam (Witt et al. 2020, Plöderl et al. 2022, Jollant et al., 2023) . Dieser Effekt ist in den ersten 2 bis 5 Tagen nach einer Einmalgabe beobachtbar und bleibt im Folgezeitraum gering. Für Esketamin zeigt sich dieser Effekt jedoch nicht, d. h. die Effekte sind im gesamten Beobachtungszeitrum klein (Plöderl et al. 2022, Fountoulakis et al., 2025; Jollant et al., 2023; Su et al., 2023). Bemerkenswert ist an in den Esketamin-Zulassungsstudien, die aufgrund der Stichprobengrößen auch genauere Schätzungen zulassen, dass bei den depressiven Patient*innen mit Suizidalität ein deutlicher Rückgang der Suizidalität und Depressivität sowohl unter Esketamin als auch unter Placebo beobachtbar war. Dabei ist zu beachten, dass Esketamin oder Placebo zusätzlich zu einer optimierten Behandlung verabreicht wurde, so dass dieser Effekt wahrscheinlich auf die Rahmenbedingungen einer RCT zurückzuführen ist.

Eine Metaanalyse (Chen et al., 2023) erbrachte einen großen Effekt von i. v. Ketamin auf Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal Ideation) 4 bis 6 Stunden nach Verabreichung, einen mittleren bis großen Effekt nach 24 Stunden; bezüglich intrasalem Esketamin zeigte sich ein kleiner Effekt 4 bis 6 als auch 24 Stunden nach Verabreichung. Allerdings ist die Veröffentlichung teilweise wenig sorgfältig verfasst, was Zweifel an der Korrektheit der Ergebnisse aufkommen lässt. In einem aktuellen systematischen Review (ohne folgende Metaanalyse: Jollant et al., 2023) wird konkludiert, dass intravenöses Ketamin, nicht jedoch intrasales Esketamin 72 Stunden nach Infusion im Vergleich zu Placebo oder Midazolam Suicidal ideation reduziert.

Ein schneller antidepressiver Effekt (24 Stunden nach Gabe) von intranasalem Esketamin zeigte sich sowohl in den Zulassungsstudien als auch in Metaanalysen; zugelassen ist die Gabe von intranasalem Esketamin (auch) in der Indikation „mittelgradige bis schwere Episode einer Major Depression“ [...] als akute Kurzzeitbehandlung zur schnellen Reduktion depressiver Symptome, die nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen“. Handlungsweisende Suizidalität dürfte in der Regel einem psychiatrischen Notfall entsprechen und somit in diese Indikation fallen.

Zusammengefasst scheint der Effekt von intravenösem Ketamin auf Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) bei Depression stärker zu sein als der von intranasalem Esketamin; er hält nach Einmalgabe 2 bis 5 Tage an. Allerdings ist i. v. Ketamin nicht zugelassen für die Behandlung von Depressionen oder Suizidalität. Für Kinder und Jugendliche gibt es nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien, mit ähnlichen Ergebnissen, jedoch braucht es hier noch mehr Evidenz.

Effekte auf Suizidversuche und Suizide:

Die Evidenz hierzu ist inkonklusiv. Eine Studie argumentierte, dass Suizidversuche numerisch geringfügig häufiger im Ketamin-/Esketamin-Arm verglichen mit Placebo stattfanden, aber der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant (Plöderl et al. 2022). Auf Basis der vorliegenden, noch nicht ausreichend großen Datenbasis lässt sich daher keine Schlussfolgerung bezüglich der Wirkung von Ketamin oder Esketamin auf suizidale Handlungen ziehen.

Notfall- und Intensivmedizin

Ketamin und Esketamin werden in der Notfall- und Intensivtherapie für die Analgesie bei schweren Verletzungen alternativ zu Opiaten (und anderen Analgetika) eingesetzt. Aus den o. g. Erkenntnissen und theoretischen Überlegungen könnte (Es-)Ketamin bei Patient*innen nach Suizidversuch mit schmerzhaften Verletzungen neben der primär angestrebten Schmerztherapie zur gleichzeitigen Behandlung der Suizidalität als bevorzugtes Analgetikum sinnvoll sein. Der Einsatz von (Es-)Ketamin zur Behandlung von Suizidalität erfolgt derzeit ausschließlich im Rahmen einer Off-Label-Verwendung. In Deutschland sind beide Substanzen nicht zur spezifischen Behandlung von Suizidalität zugelassen.

Für die primäre Behandlung der Suizidalität kann in der Notfallmedizin der zusätzliche analgetische Effekt von Ketamin bzw. Esketamin als mögliches Entscheidungskriterium für die Auswahl aus ansonsten vergleichbar wirksamen Substanzen zur Suizidbehandlung herangezogen werden.

33.1	Empfehlung	
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>0</p>	<p>Eine Behandlung mit Ketamin/ Esketamin kann für erwachsene Patient*innen mit akuter Suizidalität im Rahmen einer Depression zur kurzfristigen Reduktion der Suizidalität angeboten werden.</p> <p>Für den Kinder- und Jugendbereich liegt keine ausreichende Evidenz vor.</p>	
<p>Qualität der Evidenz</p>		
<p>Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. <i>Ann Intern Med</i>, 171(5), 334-342. https://doi.org/10.7326/m19-0869</p> <p>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. <i>Neuropsychiatric disease and treatment</i> 2023;19:587-599.</p> <p>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. <i>Revista da Associacao Medica Brasileira</i> (1992) 2023;69(4):e2023D694.</p> <p>Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. <i>Drugs in R&D</i> 2015;15(1):37-43.</p> <p>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. <i>The American journal of psychiatry</i> 2018;175(2):150-158.</p>	

<p>Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Shamabadi A, Ahmadzade A, Hasanzadeh A. Ketamine for suicidality: An umbrella review. British journal of clinical pharmacology 2022;88(9):3990-4018.</p> <p>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.</p>
	Konsensstärke: 92 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch

Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

Abbar M, Demattei C, El-Hage W, et al. Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: Double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ: British Medical Journal* 2022; 376

Burger J, Capobianco M, Lovern R, et al. A Double-Blinded, Randomized, Placebo-Controlled Sub-Dissociative Dose Ketamine Pilot Study in the Treatment of Acute Depression and Suicidality in a Military Emergency Department Setting. *Mil Med* 2016; 181: 1195–1199

Canuso C.M., Singh J.B., Fedgchin M., et al. Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of symptoms of depression and suicidality in patients at imminent risk for suicide: Results of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 620–630. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17060720

Chen C-C, Zhou N, Hu N, et al. 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
PMCID: PMC10024508 DOI: 10.2147/NDT.S401032.

Domany Y, Shelton RC, McCullumsmith CB. Ketamine for acute suicidal ideation. An emergency department intervention: a randomized, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept trial. *Depression and anxiety* 2020; 37: 224. doi:10.1002/da.22975

Domany Y., McCullumsmith C.B. Single, Fixed-Dose Intranasal Ketamine for Alleviation of Acute Suicidal Ideation. An Emergency Department, Trans-Diagnostic Approach: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Proof-of-Concept Trial. *Arch Suicide Res* 2022; 26: 1250–1265. doi:10.1080/13811118.2021.1878078

Fu D-J, Ionescu DF, Li X, et al. Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms in Patients Who Have Active Suicidal Ideation With Intent: Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE I). *Journal Clin Psychiatry* 2020; 81: 19m13191. doi:10.4088/JCP.19m13191

Fountoulakis, K. N., Saitis, A., & Schatzberg, A. F. (2025). Esketamine treatment for depression in adults: a PRISMA systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 182(3), 259-275.

Grunebaum MF, Galfalvy HC, Choo T-H, et al. Ketamine for Rapid Reduction of Suicidal Thoughts in Major Depression: A Midazolam-Controlled Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 327–335. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17060647

Grunebaum MF, Ellis SP, Keilp JG, et al. Ketamine versus midazolam in bipolar depression with suicidal thoughts: A pilot midazolam-controlled randomized clinical trial. *Bipolar Disord* 2017; 19: 176–183. doi:10.1111/bdi.12487

Ionescu DF, Bentley KH, Eikermann M, et al. Repeat-dose ketamine augmentation for treatment-resistant depression with chronic suicidal ideation: A randomized, double blind, placebo controlled trial. *J Affect Disord* 2019; 243: 516–524. doi:10.1016/j.jad.2018.09.037

Ionescu DF, Fu D-J, Qiu X, et al. Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder Who Have Active Suicide Ideation with Intent: Results of a Phase 3, Double-Blind, Randomized Study (ASPIRE II). *Int J Neuropsychopharmacol* 2020; doi:10.1093/ijnp/pyaa068

Jollant F, Colle R, Nguyen TML, et al. Ketamine and Esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2023; 13:1-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/20451253231151327>

Martinotti G, Vita A, Fagiolini A, et al. Real-world experience of Esketamine use to manage treatment-resistant depression: A multicentric study on safety and effectiveness (REAL-ESK study). *J Affect Dis* 2022; 319:646-654. PMID: 36167246 DOI: 10.1016/j.jad.2022.09.043

Murrough JW, Soleimani L, DeWilde KE, et al. Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2015; 45: 3571–3580.
doi:10.1017/S0033291715001506

Nikayin S, Sanacora G. Management of Major Depressive Disorder with Suicide Risk. *CNS Drugs* 2021;35(10):1069-1079. PMID: 34491545 DOI: 10.1007/s40263-021-00851-8

Pan Y, Gorenflo MP, Davis PB, et al. Suicidal ideation following ketamine prescription in patients with recurrent major depressive disorder: a nation-wide cohort study. *Translational Psychiatry* 2024; 14:327; PMID: 39122686 PMCID: PMC11315997 DOI: 10.1038/s41398-024-03033-4

Plöderl M, Hengartner MP, Volkmann C. Suizidpräventive Effekte von Ketamin und Esketamin: Suicide-preventive effects of ketamine and esketamine. *Nervenheilkunde* 2022; 41: 240–245. doi:10.1055/a-1761-3192

Seyedoshohadaei, S.A., Darehbagh, R.R., Gholami, F. *et al.* Ketamine's efficacy in alleviating acute suicidal thoughts: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Middle East Curr Psychiatry* 2024; 31: article no. 40. <https://doi.org/2024/10.1186/s43045-024-00428-3>;

Shen Z, Gao D, Lv X, Wang H, Yue W A meta-analysis of the effects of ketamine on suicidal ideation in depression patients. *Transl Psychiatry*. 2024 Jun 10;14(1):248
PMCID: PMC11266662 <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02973-1>, correction under:
DOI: 10.1038/s41398-024-02979-9

Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., Wu, H. J., Tsai, S. J., Bai, Y. M., ... & Chen, M. H. (2023). A randomized, double-blind, midazolam-controlled trial of low-dose ketamine infusion in patients with treatment-resistant depression and prominent suicidal ideation. *International journal of neuropsychopharmacology*, 26(5), 331-339.

Witt K, Potts J, Hubers A, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54: 29–45. doi:10.1177/0004867419883341

PICO-Frage 34: Verringert bei Patient*innen mit Suizidalität eine Behandlung mit Psychostimulantien/ Atomoxetinmedikation das Suizidrisiko im Vergleich zu keiner medikamentösen Behandlung?

Das Vorliegen von ADHS geht mit einem signifikant erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten einher (Siehe Kapitel 2: Risikofaktoren). Stimulantien (Methylphenidat, Amphetamin und Abkömmlinge) sowie Atomoxetin sind in der Behandlung der ADHS zugelassen. Nur wenige Studien widmen sich der Frage, ob diese Substanzen Suizidalität im Kontext von ADHS reduzieren (außerhalb einer vorliegenden ADHS-Diagnose konnten keine Studien zu einem Effekt von Stimulantien auf Suizidalität gefunden werden).

Zu Atomoxetin liegen zwei Metaanalysen vor; da die analysierten Studien allesamt von einem pharmazeutischen Hersteller kamen, besteht jedoch ein hoher Bias. Da die Rate suizidalen Verhaltens in Verum- als auch Placebo-Gruppen bei Null oder nahe Null lag, lässt sich aus diesen Studien keine Schlussfolgerung ziehen. Es liegen keine quantitativ hochwertigen Metaanalysen oder systematischen Reviews von RCTs zu Methylphenidat, Amphetamin oder anderen Stimulantien vor. Auch fehlen RCTs zu Stimulantien mit dem Outcome „Suizidalität“, egal bei welcher zugrundeliegenden Diagnose.

Bei mit Stimulantien behandelten Patient*innen konnte das Suizidrisiko signifikant reduziert werden (Chen et al., BMJ 2014). Eine weitere Studie zeigte, dass das Risiko für suizidales Verhalten kurz vor Beginn einer Stimulantientherapie erhöht war und dann nach Therapiebeginn wieder auf den Ausgangswert zurückfiel (Mann et al., 2017). Insofern kann

zwar keine direkte Empfehlung für eine medikamentöse Behandlung suizidalen Verhaltens im Kontext von ADHS gegeben werden; diese sollte gemäß der Leitlinie ADHS durchgeführt werden, die in 2026 überarbeitet veröffentlicht wird.

34.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
ADHS: ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, 028 - 045
	Konsensstärke: 96 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wichtige oder potentielle Probleme
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Kapitel 5 Andere Therapieverfahren

PICO-Frage 35: Welche Wirkung haben DiGA (Apps), digitale Kriseninterventionsangebote (Krisenkompass) und Telefon- und Mailberatungen (Telefonseelsorge) bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Zur Wirkung telemedizinischer Angebote auf suizidales Verhalten gab es in den letzten zehn Jahren in steigender Tendenz Veröffentlichungen. Systematische Übersichtsarbeiten jüngerer Datums, die sich ausschließlich nicht auf den deutschsprachigen Raum beziehen, zeigen heterogene Ergebnisse hinsichtlich der Reduktion sowohl selbstschädigender Gedanken und Handlungen als auch der Reduktion von Suizidalität und Suizidversuchen. Digitale Gesundheitsangebote (DiGAs) sind beim bfarm gelistet: <https://diga.bfarm.de/de>.

In einer systematischen Auswertung von 13 randomisierten kontrollierten Studien, drei nicht randomisierten Studien und einer Studie mit experimentellem Design zeigte sich keine einheitlich effektive Wirkung bei telefonischer Kontaktaufnahme für durchgeführte Interventionen bei Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (Aggarwal et al., 2021). Verschiedene der eingeschlossenen Studien zeigten eine Reduktion von Suizidabsichten durch Postkartenkontakte und Arbeitsblätter zum Selbstmanagement.

Auch in einer systematischen Untersuchung von sieben Studien zu digitalen Gesundheitsapps (*mobile health technology interventions*) zeigte sich ein positiver Effekt bei Menschen mit einem erhöhten Risiko für Suizid oder selbstverletzendes Verhalten; keine der Apps verringerte Suizidalität ohne suizidale Handlungen (Suicidal ideation) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Melia et al., 2020).

Hingegen zeigte sich in der Übersichtsarbeit von Weisel et al. zu alleiniger Nutzung von Smartphone-Apps für psychische Gesundheit nur eine positive Auswirkung auf Symptome der Depression, nicht aber in Bezug auf Suicidal ideation (Weisel et al., 2019). In der Metaanalyse wurde die Wirksamkeit eigenständiger Smartphone-Apps auf die psychische Gesundheit untersucht. Es wurde eine umfassende Literaturrecherche zu randomisierten kontrollierten Studien mit einem Modell mit zufälligen Effekten durchgeführt. 19 Studien mit 3681 Teilnehmenden wurden in die Analyse einbezogen. Es wurden keine signifikanten Effekte für

Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) oder Selbstverletzung gefunden ($g=0,14$ bis $0,18$).

Milner et al (2015) führten eine systematische Untersuchung und eine Metaanalyse mit 12 einbezogenen Studien auf Zufälligkeitseffekte bei randomisierten kontrollierten Studien zu Kurzzeitinterventionen für suizidgefährdete Menschen durch. Die Kurzzeitinterventionen bestanden aus Telefonkontakten, Notfallplänen (*emergency or crisis cards*) sowie postalischem Kontakt mittels Postkarte oder Brief. Insgesamt konnte keine signifikante Reduktion von Selbstverletzung und Suizidversuchen gefunden werden in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Anzahl wiederholter Suizidversuche war signifikant reduziert bei der Gruppe mit Interventionen im Vergleich zur Kontrollgruppe (Inzidenzratio IRR=0,66, 95 % KI: 0,54-0,80, $P<0001$) basierend auf drei Studien. Die Anzahl der Suizide war nicht signifikant reduziert. Da das o. g. positive Ergebnis einer Reduktion der Suizidversuche auf nur drei Studien basierte, wurde von der Arbeitsgruppe keine allgemeine Empfehlung für Kurzzeitinterventionen zu diesem Zweck ausgesprochen (Milner et al. 2015).

Verschiedene Studien zeigten, dass die neuen Technologien zur Unterstützung der Suizidprävention von Jugendlichen gut akzeptiert und toleriert werden (Forte et al., 2021; Sarubbi et al., 2022).

35.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕	Melia, R., Francis, K., Hickey, E., Bogue, J., Duggan, J., O'Sullivan, M., & Young, K. (2020). Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. <i>JMIR Mhealth Uhealth</i> , 8(1), e12516. https://doi.org/10.2196/12516 Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. <i>Lancet Digit</i>

<p>Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Wiederholtes selbstverletzendes Verhalten ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Akzeptanz von digitalen Interventionen zur Verhinderung von Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Health, 2(1), e25-e36. https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30199-2</p> <p>Weisel, K. K., Fuhrmann, L. M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). Standalone smartphone apps for mental health-a systematic review and meta-analysis. NPJ Digit Med, 2, 118. https://doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8</p> <p>Witt, K., Spittal, M. J., Carter, G., Pirkis, J., Hetrick, S., Currier, D., Robinson, J., & Milner, A. (2017). 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, 17(1), 297. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1458-0</p> <p>Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). 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, 206(3), 184-190. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819</p> <p>Sarubbi, S., Rogante, E., Erbutto, D., Cifrodelli, M., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D., Berardelli, I., & Pompili, M. (2022). The Effectiveness of Mobile Apps for Monitoring and Management of Suicide Crisis: A Systematic Review of the Literature. Journal of Clinical Medicine, 11(19), Article 5616. https://doi.org/10.3390/jcm11195616</p> <p>Hetrick S., Robinson J., Spittal M., 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</p> <p>Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. Medicina-Lithuania, 57(2), Article 109. https://doi.org/10.3390/medicina57020109</p>
<p>Konsensstärke</p>	<p>100 %</p>

Evidence-to-Decision Framework	
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 oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

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

Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D. & Pompili, M. (2021) The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence. A Systematic Review of the Literature. *Medicina-Lithuania*, 57 (2). Article 109. <https://doi.org/10.3390/medicina57020109>; Use of mobile apps and technologies in child and adolescent mental health: a systematic review

Melia, R., Francis, K., Hickey, E., Bogue, J., Duggan, J., O'Sullivan, M., & Young, K. (2020). Mobile Health Technology Interventions for suicide Prevention: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(1), e12516. <https://doi.org/10.2196/12516>

Milner, AJ, Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, MJ (2015). 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*, 206(3), 184-190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819>

Punukollu, M., & Marques, M. (2019). Use of mobile apps and technologies in child and adolescent mental health: a systematic review. *BMJ Ment Health*, 22(4), 161-166.

Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Sarli, G., Polidori, L., ... & Pompili, M. (2022). The effectiveness of mobile apps for monitoring and management of suicide crisis: a systematic review of the literature. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(19), 5616.

Weisel, K.K., Fuhrmann, L.M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P., & Ebert, D.D. (2019). Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digit Med*, *2*, 118. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8>

Witt, K., Boland, A., Lamblin, M., McGorry, P.D., Veness, B., Cipriani, A., Hawton, K., Harvey, S., Christensen, H., & Robinson, J. (2019). 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*, *22*(2), 83-89. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300082>

PICO-Frage 36: Verringert eine psychosoziale Therapie/ Soziotherapie /Ergotherapie, Bewegungstherapie/ Tanztherapie/ Physiotherapie die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Eine Studie von Birkbak et al. (2016) zeigte, dass Patient*innen, die nach einer absichtlichen Selbstverletzung an einer psychosozialen Therapie teilnahmen, ein geringeres Sterberisiko aufwiesen als Patient*innen, die eine Standardbehandlung erhielten. Die Therapie wurde mit niedrigeren Suizidraten, verbesserten Bewältigungsstrategien und einem gesünderen Lebensstil der Patient*innen in Verbindung gebracht. In der Studie wurden 5.678 Patient*innen, die in einer Klinik für Suizidprävention in Dänemark eine psychosoziale Therapie erhielten, mit 17.034 Patient*innen verglichen, die eine Standardbehandlung erhielten. Am Ende des Beobachtungszeitraums lag die Sterblichkeitsrate in der Therapiegruppe bei 6,9% gegenüber 10,2% in der Standardbehandlungsgruppe. Die Therapie wurde auch mit niedrigeren Odds Ratios für Todesfälle aufgrund von psychischen Störungen, alkoholbedingten Ursachen und anderen Erkrankungen in Verbindung gebracht. Die Studie weist jedoch darauf hin, dass weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um den Nutzen der Therapie vollständig zu bewerten (Birkbak et al., 2016).

Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Studie von Erlangsen et al. (2015) zeigten, dass Personen, die nach einer vorsätzlichen Selbstverletzung eine psychosoziale Therapie erhielten, ein geringeres Risiko für wiederholte Selbstverletzungen und allgemeine Sterblichkeit aufwiesen als Personen, die keine Therapie erhielten. Die Therapie hatte auch eine schützende Wirkung gegen Suizid im Langzeitverlauf. Insgesamt deutet die Studie darauf hin, dass psychosoziale Therapiemaßnahmen nach vorsätzlicher Selbstverletzung das Risiko von Selbstverletzung und Sterblichkeit wirksam verringern können (Christie et al., 2021).

36.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: 0	Psychosoziale Therapien können Patient*innen mit Suizidalität angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Erlangsen, A., Lind, B. D., Stuart, E. A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K. J., ... & Nordentoft, M. (2015). 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. <i>The Lancet Psychiatry</i> , 2(1), 49-58.	

Konsensstärke	78 %
---------------	------

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertevorstellungen & Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

36.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Für die Wirkung von Ergotherapien, Bewegungstherapien, Tanztherapien, Physiotherapien ist keine ausreichende Evidenz vorhanden. Forschung ist auf diesem Gebiet notwendig.	
Konsensstärke	88 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	unbekannt
Wertevorstellungen&Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Birkbak, J., Stuart, E. A., Lind, B. D., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K. J., ... & Erlangsen, A. (2016). Psychosocial therapy and causes of death after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Psychological medicine*, 46(16), 3419-3427.

Christie, L., Inman, J., Davys, D., & Cook, P. A. (2021). 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*, 282, 962-973.

Erlangsen, A., Lind, B. D., Stuart, E. A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K. J., ... & Nordentoft, M. (2015). 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*, 2(1), 49-58.

Kirby, A. V., Terrill, A. L., Schwartz, A., Henderson, J., Whitaker, B. N., & Kramer, J. (2020). Occupational therapy practitioners' knowledge, comfort, and competence regarding youth suicide. *OTJR: occupation, participation and health*, 40(4), 270-276.

Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Mugisha, J., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 438-448.

PICO-Frage 37: Verringern andere komplementäre Therapieverfahren (Reittherapie, Hundetherapie, Yoga, Mindfulness etc.) die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Es fehlen ausreichende Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen komplementärer Therapieverfahren auf suizidales Verhalten. In ihrer systematischen Übersichtsarbeit betonen Farias et al. (2020), dass meditationsbasierte Therapien zunächst evaluiert werden müssen, insbesondere bei suizidalen Patient*innen, um potenzielle Risiken zu minimieren.

37.1	Empfehlung
Statement	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 142(5), 374-393.
	Konsensstärke: 100%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *142*(5), 374-393.

PICO-Frage 38: Verringern biologische Therapien die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Biologische Therapien wie die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und andere Hirnstimulationsverfahren, insbesondere die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), werden zunehmend hinsichtlich ihrer potenziellen Wirkung auf suizidale Syndrome untersucht. Am häufigsten untersucht wurden die EKT und die rTMS. Beide haben eine antisuizidale Wirkung (Chen et al., 2021; Godi et al., 2021; Kucuker et al., 2021). In einer systematischen Übersicht über 26 Studien berichten Chen et al. (2021), dass EKT, als auch rTMS in mehreren Studien signifikante Verbesserungen suizidaler Symptome zeigten, wenngleich die Autorinnen aufgrund methodischer Einschränkungen keine allgemeingültige Wirksamkeitsaussage treffen. In einer weiteren Metaanalyse zur Mortalität bei Depressionen wird ausdrücklich der senkende Effekt auf die Suizidrate durch eine Therapie mittels EKT gezeigt (Chan et al., 2025).

Eine übergeordnete Bewertung biologischer Therapien findet sich bei Wilkinson et al. (2022), die zeigen, dass EKT zwar tendenziell mit einer Reduktion von Suiziden assoziiert ist (OR = 0,77, $p = 0,053$), dieser Effekt jedoch die Signifikanzgrenze knapp verfehlt. Für rTMS, tDCS und andere neuromodulatorische Verfahren lagen zu wenige hochwertige Studien vor, um robuste Metaanalysen in Hinblick auf Suizide zu ermöglichen.

EKT wird in mehreren Leitlinien empfohlen zur Behandlung von Suizidalität im Rahmen von schweren psychischen Erkrankungen (u. a. Baldacara et al., 2021; NVL Depression). Die EKT wird aber in der Regel vor allem dann eingesetzt, wenn eine schwere oder therapieresistente Depression besteht. Unklar ist daher, ob eine antisuizidale Wirkung der EKT unabhängig ist von der antidepressiven Wirkung, da die EKT-Indikation in aller Regel die Depression ist. Auch Real-world Daten unterstützen einen klar senkenden Effekt auf die Suizidrate (Bolton et al., 2015; Rhee et al., 2021; Rönqvist et al., 2021). Eine große Analyse zu Sicherheit und Nebenwirkungen von EKT zeigt, dass schwerwiegende kardiale Ereignisse und Mortalität selten sind (auf dem Niveau der Kurznarkose), was die klinische Anwendbarkeit der Methode unterstützt (Duma et al., 2019; Topping et al., 2017), zumal die EKT die Gesamtmortalität um einen Faktor bis zu 2 senken kann (Rhee et al., 2021; Chan et al., 2025).

Mehrere systematische Reviews und Metaanalysen weisen darauf hin, dass rTMS die Suizidalität reduzieren kann. In einer aktuellen Metaanalyse berichten Iannuzzo et al. (2025) deutliche Reduktionen suizidaler Gedanken um 20–35 %. Die Metaanalyse zeigte einen signifikanten Vorteil aktiver rTMS gegenüber Kontrollbedingungen (TAU, Sham, Placebo) ($Z = 16,79$, $p < 0,0001$), wenngleich die Heterogenität der Studien sehr hoch war. Auch Chen et al. (2022) fanden in zehn randomisierten kontrollierten Studien ($n = 802$) eine signifikante Reduktion suizidaler Gedanken (Hedges' $g = -0.390$, $p < 0,001$) sowie eine parallele Abnahme depressiver Symptome. Die Effekte waren stärker bei Kombinationstherapien und bei mehr als zehn Sitzungen. Cui et al. (2022) bestätigten diese Ergebnisse in einer weiteren Metaanalyse ($SMD = -0,415$, $p = 0,012$) und zeigten, dass Parameter wie Frequenz, Stimulationsmuster und Alter die Wirksamkeit beeinflussen können, sodass empfohlen wird rTMS in darauf spezialisierten Einrichtungen durchzuführen. Qualitative Reviews wie von Godi et al. (2021) und Serafini et al. (2021) betonen ebenfalls die potenzielle Wirksamkeit von rTMS, insbesondere bei Stimulation des linken dorsolateralen präfrontalen Kortex, weisen jedoch auf methodische Heterogenität und ein erhöhtes Verzerrungsrisiko hin. In einer weiteren Analyse zu therapieresistenter Depression fanden Mehta et al. (2022) in randomisierten Studien zwar keinen signifikanten, jedoch numerischen Effekt auf Suizidgedanken. In offenen Studien war der Effekt signifikant. In offenen als auch allen Studien kombiniert zeigten sich deutliche und signifikante Verbesserungen. Zusammengefasst findet man im Kontext depressiver Episoden einen positiven Effekt von rTMS auf Suizidgedanken. Ob dieser korreliert mit Besserung der Depression, und welche Stimulationsparameter optimal sind, ist derzeit offen. Das Nebenwirkungsprofil ist ausgesprochen günstig.

Insgesamt zeigt die Evidenz, dass rTMS und EKT potenziell suizidreduzierende Effekte besitzen, wobei rTMS insbesondere bei nicht-therapieresistenter Depression und in Kombinationstherapien konsistent positive Ergebnisse zeigt. Die Datenlage ist jedoch durch methodische Heterogenität, kleine Stichproben und teilweise fehlende Kontrollgruppen begrenzt. Für EKT liegen Hinweise auf Wirksamkeit und gute Verträglichkeit vor, jedoch sind spezifische, hochqualitative Studien mit Suizidalität als primärem Endpunkt aus methodischen Gründen rar.

Andere biologische Therapien, wie z. B. die Lichttherapie, sind in Bezug auf die Suizidalität nicht (ausreichend) untersucht worden. Es besteht Forschungsbedarf für alle neuromodulatorischen bzw. anderen biologischen Therapieverfahren.

38.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Erwachsene Patient*innen mit Suizidalität im Kontext schwerer oder behandlungsresistenter Depressionen soll eine elektrokonvulsive Therapie angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕ Suizidale Gedanken: unbekannt Suizidalität allgemein: moderat ⊕⊕⊕⊖ Schwerwiegende unerwünschte kardiale	<p>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. <i>Depression and anxiety</i> 2022;39(2):100-112.</p> <p>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. <i>The Journal of clinical psychiatry</i> 2022;83(2).</p> <p>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. <i>Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)</i> 2021;43(5):538-549.</p> <p>Bergfeld IO, Mantione M, Figuee M, Schuurman PR, Lok A, Denys D. Treatment-resistant depression and suicidality. <i>Journal of affective disorders</i> 2018;235:362-367.</p> <p>Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. <i>Brain and behavior</i> 2021;11(5):e02144.</p> <p>Kucuker MU, Almorsy AG, Sonmez AI, Ligezka AN, Doruk Camsari D, Lewis CP, et al. A Systematic Review of Neuromodulation Treatment Effects on Suicidality. <i>Frontiers in human neuroscience</i> 2021;15:660926.</p> <p>Duma A, Maleczek M, Panjikanan B, Herkner H, Karrison T, Nagele P. Major Adverse Cardiac Events and Mortality</p>

Ereignisse und Sterblichkeit bei EKT hoch ⊕⊕⊕⊕	Associated with Electroconvulsive Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology 2019;130(1):83-91.
Konsensstärke	93 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

38.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	<u>Neuer Vorschlag:</u> Eine repetitive transkranielle Magnetstimulation sollte erwachsenen Patient*innen mit suizidalem Verhalten im Kontext affektiver Erkrankungen angeboten werden. Im Jugendalter sind dazu noch Studien notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	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.
Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕	Iannuzzo, F., Turiaco, F., Messina, V., Minutoli, A. M., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., & Bruno, A. (2025). Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of the current literature. AIMS neuroscience, 12(3), 332. Chen, G. W., Hsu, T. W., Ching, P. Y., Pan, C. C., Chou, P. H., & Chu, C. S. (2022). Efficacy and tolerability of repetitive

<p>Suizidalität allgemein: moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>transcranial magnetic stimulation on suicidal ideation: a systemic review and meta-analysis. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 13, 884390</p> <p>Cui, Y., Fang, H., Bao, C., Geng, W., Yu, F., & Li, X. (2022). Efficacy of transcranial magnetic stimulation for reducing suicidal ideation in depression: a meta-analysis. <i>Frontiers in psychiatry</i>, 12, 764183.</p> <p>Baldacara, et al. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. <i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>, 43(5), 538-549. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108</p> <p>Chen Y, Magnin C, Brunelin J, Leune E, Fang Y, Poulet E. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. <i>Brain and behavior</i> 2021;11(5):e02144.</p> <p>Godi, S. M., Spoorthy, M. S., Purushotham, A., & Tikka, S. K. (2021). Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality—a systematic review. <i>Asian journal of psychiatry</i>, 63, 102755.</p> <p>Serafini, G., Canepa, G., Aguglia, A., Amerio, A., Bianchi, D., Magnani, L., ... & Amore, M. (2021). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: a systematic review. <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i>, 105, 109981.</p>
Konsensstärke	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme

Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

38.3	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Die Wirkung von weiteren biologischen Verfahren (z.B: Lichttherapie) auf die Suizidalität ist wissenschaftlich nicht ausreichend erforscht. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.
	Konsensstärke: 86 %

Literatur

Baldacara, et al. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(5), 538-549. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>

Bergfeld, I. O., Mantione, M., Figuee, M., Schuurman, P. R., Lok, A., & Denys, D. (2018). Treatment-resistant depression and suicidality. *Journal of affective disorders*, 235, 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.016>

Chan JKN, Solmi M, Lo HKY, et al. All-cause and cause-specific mortality in people with depression: a large-scale systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors, including antidepressant treatment. *World Psychiatry*. Oct 2025;24(3):404-421. doi:10.1002/wps.21354

Chen et al. (2021). Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. *Brain and Behavior*, 11(5), Article e02144. <https://doi.org/10.1002/brb3.2144>

Chen, G. W., Hsu, T. W., Ching, P. Y., Pan, C. C., Chou, P. H., & Chu, C. S. (2022). Efficacy and tolerability of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal ideation: a systemic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 884390.

Cui, Y., Fang, H., Bao, C., Geng, W., Yu, F., & Li, X. (2022). Efficacy of transcranial magnetic stimulation for reducing suicidal ideation in depression: a meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 764183.

Duma, A., Maleczek, M., Panjikan, B., Herkner, H., Karrison, T., & Nagele, P. (2019). Major Adverse Cardiac Events and Mortality Associated with Electroconvulsive Therapy A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology*, 130(1), 83-91. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002488>

Godi, S. M., Spoorthy, M. S., Purushotham, A., & Tikka, S. K. (2021). Repetitive transcranial magnetic stimulation and its role in suicidality—a systematic review. *Asian journal of psychiatry*, 63, 102755.

Iannuzzo, F., Turiaco, F., Messina, V., Minutoli, A. M., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., & Bruno, A. (2025). Non-invasive brain stimulation for suicidal ideation: a systematic review and metanalysis of the current literature. *AIMS neuroscience*, 12(3), 332.

Kucuker, M. U., Almorsy, A. G., Sonmez, A. I., Ligezka, A. N., Doruk Camsari, D., Lewis, C. P., & Croarkin, P. E

Mehta, S., Konstantinou, G., Weissman, C. R., Daskalakis, Z. J., Voineskos, D., Downar, J., ... & Blumberger, D. M. (2022). The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2), 39202.

Rhee TG, Sint K, Olfson M, Gerhard T, H Busch S, Wilkinson ST. Association of ECT With Risks of All-Cause Mortality and Suicide in Older Medicare Patients. *Am J Psychiatry*. 2021 Dec;178(12):1089-1097. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21040351. Epub 2021 Sep 10. PMID: 34503341; PMCID: PMC8639649.

Rönnqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld A. Electroconvulsive Therapy and the Risk of Suicide in Hospitalized Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Netw Open*. 2021 Jul 1;4(7):e2116589.

Serafini, G., Canepa, G., Aguglia, A., Amerio, A., Bianchi, D., Magnani, L., ... & Amore, M. (2021). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on suicidal behavior: a systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 105, 109981.

Tørring N, Sanghani SN, Petrides G, Kellner CH, Østergaard SD. The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2017 May;135(5):388-397. doi: 10.1111/acps.12721. Epub 2017 Mar 23. PMID: 28332236.

Wilkinson, S. T., Diaz, D. T., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. J., Rhee, T. G., Olfson, M., & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 39(2), 100-112. <https://doi.org/10.1002/da.23222>

PICO-Frage 39: Verringert das Angebot von Kriseninterventionsdiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozial-psychiatrischen Diensten die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Wenn von „Krisendiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozialpsychiatrischen Diensten“ im Rahmen suizidpräventiver Versorgung die Rede ist, muss berücksichtigt werden, welches Versorgungssetting gemeint ist: Ein ortsgebundener Krisendienst mit Öffnungszeiten leistet niedrigschwellige Beratung; der Sozialpsychiatrische Dienst, eine Pflichtaufgabe des ÖGD, übernimmt Koordination und Begleitung bei psychischen Erkrankungen; ein Kriseninterventionsdienst im PSNV-Sinn leistet Akut-Intervention. Für die Empfehlung, suizidalen Personen flächendeckend Zugang zu Kriseninterventions- bzw. psychosozialen Krisendiensten zu gewähren, ist somit wichtig, die Zugänglichkeit und Niedrigschwelligkeit dieser Dienste hervorzuheben, auch wenn die Evidenz speziell zur Wirkung auf Suizidalität begrenzt ist.

Greve (2021) beschreibt die Grundprinzipien sowie die praktische Funktionsweise regionaler Krisendienste, die in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem Deutschlands eingebettet sind. In Deutschland existieren nur einzelne, zum Teil zeitlich begrenzte Projekte. Das Ziel dieser Dienste besteht darin, Personen in akuten psychischen Krisen ambulante, aufsuchende Unterstützung anzubieten, um stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder abzumildern und eine psychosoziale Versorgung möglichst niederschwellig verfügbar zu machen. Selektivverträge mit Krankenkassen sowie die gesetzliche Verankerung regionaler Krisendienste in den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen (in Berlin und Bayern) eröffnen Perspektiven für eine breitere, flächendeckende Krisenversorgung (Greve, 2021).

Frank et al. (2022) untersuchten, wie bekannt und genutzt psychiatrische Krisendienste bei Überlebenden von Suizidversuchen sind. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 55 % der Betroffenen angaben, Krisendienste zu kennen, jedoch nur etwa 9–10 % vor dem Suizidversuch Hilfe bei diesen Diensten gesucht hatten. Sie wurden vor allem von Personen genutzt, die bereits Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem hatten. Unter anderem waren Gründe für die geringe Inanspruchnahme trotz vorhandener Kenntnis die Erwartung, beim Krisendienst keine Hilfe zu erhalten, Bagatellisierungen der eigenen Probleme oder der Wunsch, anderweitige Unterstützung zu suchen.

In einer telefonbasierten Befragung von 437 erwachsenen, suizidalen Anrufern aus zwölf Krisenzentren der US-amerikanischen Lifeline (Erhebungszeitraum: 15. April 2020 bis 15. August 2021) zeigte sich eine sehr hohe subjektive Wirksamkeit der telefonbasierten Suizidprävention. Nahezu alle Befragten (ca. 98 %) gaben an, dass ihnen das Gespräch geholfen habe, und 88,1 % berichteten, dass der Anruf sie vom Suizid abgehalten habe. Die Analysen zeigten zudem, dass bestimmte Beratungspraktiken der Mitarbeitenden, insbesondere das Herstellen von Engagement und emotionaler Verbindung, kollaboratives Problemlösen sowie eine strukturierte Risikoeinschätzung und "Safety Planning" eng mit der positiven Bewertung des Gesprächsverlaufs und der wahrgenommenen Wirksamkeit assoziiert waren. Insgesamt liefert die Studie somit empirische Evidenz für die Effektivität der telefonischen Krisenintervention der "988 Suicide and Crisis Lifeline" (USA) aus Sicht der Betroffenen (Gould et al., 2025).

Die Bedeutung von Kriseninterventionsdiensten, psychosozialen Krisendiensten und sozialpsychiatrischen Diensten in der Begleitung suizidaler Menschen wird in der Versorgungspraxis als hoch eingeschätzt. Sie stellen häufig den ersten niedrigschwelligen Zugang zu professioneller Unterstützung dar, insbesondere für Personen, die kein reguläres psychiatrisches oder psychotherapeutisches Angebot nutzen. Die wissenschaftliche Evidenz zu ihrer Wirksamkeit hinsichtlich einer Reduktion suizidaler Gedanken oder suizidaler Handlungen ist jedoch insgesamt begrenzter als ihre verbreitete klinische Relevanz vermuten lässt.

Für telefonische und digitale Krisenangebote (z. B. Hotlines, Chat- und Textdienste) zeigen mehrere systematische Reviews konsistente kurzfristige Verbesserungen von Suizidalität, Hoffnungslosigkeit und emotionaler Belastung während oder unmittelbar nach dem Kontakt (Hoffberg et al. 2020 , Mazzer et al. 2021) beschrieben. Allerdings liegen nur wenige kontrollierte Studien mit längeren Follow-up-Zeiten vor, sodass Aussagen zur langfristigen Reduktion von Suizidversuchen oder Suiziden nicht zuverlässig getroffen werden können. Die Evidenz weist zudem überwiegend auf subjektive Outcomes hin; harte Endpunkte wie Suizidversuche wurden nur selten erfasst.

Für aufsuchende Kriseninterventionsdienste („mobile crisis services“) existiert ebenfalls nur eine geringe Zahl kontrollierter Studien. Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Currier et

al. (2010) zeigte, dass mobile Krisenteams nach Entlassung aus der Notaufnahme häufiger eine erfolgreiche Kontaktaufnahme und Weiterbehandlung ermöglichen als die übliche Versorgung. Beide Studienarme zeigten im Verlauf von drei Monaten deutliche Verbesserungen, einschließlich einer Abnahme suizidaler Symptome, jedoch ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Damit liegen Hinweise auf positive Versorgungseffekte vor, ohne dass ein spezifischer Einfluss der Krisendienste auf die Suizidalität nachweisbar wäre. Für den deutschsprachigen Raum liegen nur wenige Studien vor, die Erkenntnisse internationaler Studien sind nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar, auch aufgrund der Nicht-Vergleichbarkeit der Art der Angebote (Finkeldei et al., 2024).

Qualitative Studien belegen, dass Betroffene psychosoziale Krisenangebote als sicherheitsstiftend, entlastend und zugänglich erleben. Dies schließt die Sorge ein, frühzeitig Hilfe zu suchen, um Eskalationen der Krise oder Selbstverletzungen zu vermeiden (Ennis et al., 2022; Magill et al., 2022). Diese Ergebnisse unterstreichen die hohe subjektive Bedeutung der Dienste, ersetzen aber keine Wirksamkeitsnachweise im engeren Sinne.

Auf Bevölkerungsebene existieren nur wenige Arbeiten. Eine ökologisch angelegte kanadische Untersuchung (Leenaars et al., 1999) zeigte eine nicht-signifikante Tendenz zu niedrigeren Suizidraten in Regionen mit einer höheren Dichte an Krisendiensten. Aufgrund der erheblichen methodischen Limitationen solcher Studien kann daraus kein kausaler Effekt abgeleitet werden.

Zusammenfassend besteht begrenzte Evidenz, dass Kriseninterventionsdienste und psychosoziale Krisendienste akute suizidale Belastung reduzieren und den Zugang zur weiterführenden Versorgung verbessern. Der Nachweis direkter Effekte auf Suizidversuche oder Suizide ist aufgrund der geringen Anzahl hochwertiger Studien und methodischer Einschränkungen nicht möglich (Hoppe, 2021). Trotz dieser begrenzten Evidenzlage gilt der klinische Nutzen als plausibel, und die Angebote sind aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit, ihrer Erreichbarkeit sowie ihrer Funktion im Versorgungssystem als wichtige Bestandteile der Suizidprävention anzusehen.

39.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ B ↑	<u>Expertenkonsens</u> : Suizidale Personen sollten flächendeckend Zugang zu Kriseninterventionsdiensten/ psychosozialen Krisendiensten/ sozial-psychiatrischen Diensten erhalten. Auf diesem Gebiet ist begleitende Forschung notwendig.
	Konsensstärke: 93 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wichtigen Probleme
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

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. Acad Emerg Med. 2010 Jan;17(1):36-43. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00619.x. Epub 2009 Dec 15. PMID: 20015106; PMCID: PMC2859616.

Ennis E, Walker E. Experiences of a Community Crisis Intervention Service. Issues Ment Health Nurs. 2022 Feb;43(2):96-102. doi: 10.1080/01612840.2021.1953650. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34370614.

Finkeldei, S., Kern, T., & Rinne-Wolf, S. (2024). Psychosoziale Notfallversorgung nach Suizid und Tötung. Notfall+ Rettungsmedizin, 1-9.

Frank, A., Flissakowski, O., Eyer, F., Brieger, P., & Hamann, J. (2022). Use of presuicide crisis services: a data collection in a maximum care hospital. Der Nervenarzt, 94(1), 34.

Gould, M. S., Lake, A. M., Port, M. S., Kleinman, M., Hoyte-Badu, A. M., Rodriguez, C. L., ... & Goldstein, A. (2025). National suicide prevention lifeline (now 988 suicide and crisis lifeline): Evaluation of crisis call outcomes for suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(3), e70020.

Greve, N. (2021). Gemeindepsychiatrische Krisenhilfen. *Nervenheilkunde*, 40(09), 707-711.

Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA. The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2020 Jan 17;7:399. doi: 10.3389/fpubh.2019.00399. PMID: 32010655; PMCID: PMC6978712.

Hoppe S. Von Herausforderungen und Chancen: Wirksamkeitsforschung im Feld der PSNV-B. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 2021; 19: 24-34

Iversen C, Westerlund M. Users' Perspectives on Crisis Helplines in Relation to Professional Mental Health Services. *Crisis*. 2024 May;45(3):173-179. doi: 10.1027/0227-5910/a000876. Epub 2022 Aug 19. PMID: 35983720; PMCID: PMC11063977.

Leenaars AA, Lester D. The impact of suicide prevention centers on the suicide rate in the Canadian provinces. *Crisis*. 2004;25(2):65-8. doi: 10.1027/0227-5910.25.2.65. PMID: 15387212.

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 Soc Care Community*. 2022 Sep;30(5):e1756-e1764. doi: 10.1111/hsc.13603. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34633720.

Mazzer K, O'Riordan M, Woodward A, Rickwood D. A Systematic Review of User Expectations and Outcomes of Crisis Support Services. *Crisis*. 2021 Nov;42(6):465-473. doi: 10.1027/0227-5910/a000745. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33275048.

PICO-Frage 40: Verringert die Verbesserung des Schlafs die Suizidalität bei suizidalen Menschen im Vergleich zu keiner Intervention?

In vielen Fällen ist eine Schlafstörung Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit. Sie kann auch ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen (ICD-10 F51). Auch stehen Schlafstörungen in engem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität. Einerseits sind sie ein Symptom dieser Erkrankungen, andererseits sind sie ein Risikofaktor dafür. Sie treten bei vielen psychischen Störungen auf und gelten in vielen diagnostischen Systemen als Kernsymptom oder prädiktiver Marker für Krankheitsverläufe. Epidemiologische Studien zeigen, dass Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume und eine reduzierte Schlafqualität unabhängig von anderen Risikofaktoren mit suizidalen Gedanken und suizidalem Verhalten assoziiert sind (Baldini et al., 2024; Harris et al., 2020) .

Veränderungen der Schlaftiefe und des REM-Schlafs wurden mit affektiven Störungen, Angstzuständen, Autismus und Schizophrenie in Verbindung gebracht (Baglioni et al., 2016). Somit können Schlafprobleme nicht nur Ausdruck einer zugrunde liegenden Erkrankung sein, sondern auch aktiv zur Verschlechterung der emotionalen Stabilität beitragen.

Der Zusammenhang zwischen Schlafstörungen als Risikofaktor und Suizidalität wurde im Kapitel 2 Risikofaktoren bei PICO-Frage 19 (Somatische Erkrankungen) dargestellt.

Es gibt jedoch nur wenige explizite Interventionsstudien. Die vorhandene Evidenz ist in einer im Jahr 2020 publizierten Metaanalyse von Blake und Allen dargestellt. Demnach verbessern kognitiv-behaviorale Interventionen bei Schlafstörungen die psychische Gesundheit von Jugendlichen (insbesondere Angst und Depression). Eine direkte Verbesserung der Suizidalität konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass Suizidalität in den meisten Studien nicht als primärer Endpunkt, sondern lediglich als sekundärer oder explorativer Outcome erhoben wurde.

In einer Metaanalyse untersuchten Mournet und Kleiman (2024) die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung des Schlafs bei suizidalen Gedanken. Die Autorinnen berichten, dass Interventionen zur Verbesserung des Schlafs, insbesondere CBT-I, eine tendenzielle Reduktion suizidaler Gedanken bewirken.

In einer weiteren Metaanalyse mit ähnlichen Ergebnissen untersuchten Spreckelsen et al. (2025) die Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener Interventionen bei Schlafstörungen im Hinblick auf suizidale Gedanken und suizidales Verhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass suizidale Gedanken in geringem Umfang, jedoch signifikant reduziert werden ($g = -0.17$, 95 % KI: $-0.26 - -0.08$). Die Evidenz für Effekte auf suizidales Verhalten ist aufgrund der begrenzten Datenlage weniger eindeutig. Zudem fanden die Autor*innen keine Hinweise auf Sicherheitsbedenken, was die klinische Anwendbarkeit solcher Interventionen unterstützt. Insgesamt wird Schlaf somit als relevanter, modifizierbarer Risikofaktor hervorgehoben, dessen Behandlung ein wichtiger Baustein in der Suizidprävention sein kann.

40.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Der Einfluss der Verbesserung der Verbesserung des Schlafs auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.
Qualität der Evidenz	
Indirekte Evidenz: Risikofaktor Schlaflosigkeit: Suizide: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2013;52(12):1260-71.
Indirekte Evidenz: Risikofaktor Schlaflosigkeit: Nicht-suizidale Selbstverletzung: niedrig ⊕⊕⊖⊖	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. <i>Behavioral sleep medicine</i> 2021;19(5):689-704.
Indirekte Evidenz: Risikofaktor Suizidalität: niedrig ⊕⊕⊖⊖	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. <i>Sleep medicine reviews</i> 2019;44:37-47.
	Konsensstärke: 92 %

Evidence-to-Decision Framework

Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., ... & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological bulletin*, 142(9), 969.

Baldini, V., Gnazzo, M., Rapelli, G., Marchi, M., Pingani, L., Ferrari, S., ... & Plazzi, G. (2024). Association between sleep disturbances and suicidal behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1341686.

Bernert, R. A., & Joiner, T. E. (2007). Sleep disturbances and suicide risk: a review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3(6), 735-743.

Blake, M. J., & Allen, N. B. (2020). Prevention of internalizing disorders and suicide via adolescent sleep interventions. *Current opinion in psychology*, 34, 37-42.

Harris, L. M., Huang, X., Linthicum, K. P., Bryen, C. P., & Ribeiro, J. D. (2020). Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. *Scientific reports*, 10(1), 13888.

Mournet, A. M., & Kleiman, E. M. (2024). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of sleep interventions to treat suicidal ideation. *Journal of Sleep Research*, 33(4), e14133.

von Spreckelsen, P., Schouten, D., Waslam, N. G., Katuin, P., Heering, H. D., Planting, C., ... & Schweren, L. J. (2025). The effect and safety of sleep interventions on suicidal thoughts and behavior—A systematic review and meta-analyses. *Sleep Medicine: X*, 10, 100145.

Kapitel 6 Versorgung

PICO-Frage 41: Verringern ambulante Angebote und Nachsorge von suizidalen Patient*innen die Suizidalität im Vergleich zu keinen ambulanten Angeboten und Nachsorge?

Ein erheblicher Teil suizidgefährdeter Personen hatte vor einem Suizid oder Suizidversuch keinen Kontakt zu psychiatrischen oder psychosozialen Hilfesystemen. Internationale Studien zeigen, dass etwa zwei Drittel der Menschen, die sich das Leben genommen haben, im Jahr vor ihrem Tod keine psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen hatten (Spijker, 2010). Viele hatten sogar noch nie eine solche Hilfe in Anspruch genommen (Bae, 2022; Fitzpatrick, 2021; Nordentoft, 2005). Eine aktuelle deutsche, nicht kontrollierte psychologische Autopsiestudie, die auf Polizeiberichten basierte, ergab, dass es bei 48 % der Suizidopfer (n = 296) laut Angaben der Hinterbliebenen konkrete Ankündigungen des Suizids bzw. zumindest Äußerungen in Richtung Todessehnsucht gab. Davon erfolgten 129 (44 %) der Äußerungen innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid. Adressaten der Suizidankündigungen waren in erster Linie Familienangehörige oder Partner*innen (81 %), nur in 14 % der Fälle waren es professionelle Anlaufstellen, vor allem Hausärzt*innen (Brieger et al., 2020). Als mögliche Gründe werden Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, Angst vor Diskriminierung und Autonomieverlust sowie geringes Vertrauen in die psychiatrische Versorgung diskutiert (Brieger & Menzel, 2020; Alonzo et al., 2017, Schneider et al. 2021). Auch psychiatrische Krisendienste werden nur selten genutzt. Nur 18,4 % der Patient*innen mit Suizidversuch hatten vorab einen solchen Dienst kontaktiert, obwohl dieser flächendeckend verfügbar war (Frank et al., 2023). In Südkorea lag die Behandlungsquote sogar nur bei 15,2 %, obwohl 87 % der Verstorbenen psychisch erkrankt waren (Bae, 2022).

Ähnlich ist die Situation in Australien und Dänemark, wo nach einem Suizid(-versuch) festgestellt wurde, dass psychische Störungen häufig nicht behandelt wurden, obwohl sie mit Suiziden assoziiert waren (Fitzpatrick, 2021; Nordentoft, 2005, 2015; Pedersen, 2019). Eine dänische Studie untersuchte die Häufigkeit der Kontakte zum Gesundheitswesen 12 Monate vor einem vollendeten Suizid, bei allen durch Suizid verstorbenen Personen in Dänemark in den Jahren 1997 bis 2013 (Pedersen et al., 2019). Die Stichprobe umfasste 11.191 durch Suizid Verstorbene sowie 55.955 Kontrollpersonen. Es zeigte sich, dass 30 % der Menschen im Monat vor dem Suizid einen Hausarzt/ Allgemeinmediziner aufgesucht hatten. In diesem

hausärztlichen Kontakt wurde jedoch oft kein Warnsignal erkannt. Zwar hatten in der Studie von Luoma et al. (2002) 45 % der Suizidverstorbenen im Monat vor ihrem Tod ärztlichen Kontakt, jedoch erhielten nur 20 % eine psychiatrische Betreuung.

Niedrigschwellige Hilfen zielen darauf ab, den Personenkreis mit suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen schnell, unkompliziert und ohne große Hürden zu erreichen. Zu ihnen zählen professionelle, semiprofessionelle und laiengestützte Angebote wie Telefon-Hotlines, Online-Beratungen, Krisendienste, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Kennzeichnend sind geringe formale Anforderungen (z. B. keine Wartezeiten, keine Kosten, kaum Bezugspersonenwechsel), leichte Erreichbarkeit sowie Möglichkeiten zur anonymen Nutzung. Die Angebote berücksichtigen individuelle Barrieren wie Angst, Misstrauen oder negative Erfahrungen mit dem Hilfesystem. Wie niedrigschwellig ein Angebot empfunden wird, hängt stark vom persönlichen und sozialen Kontext ab, insbesondere bei vulnerablen Gruppen wie junge Menschen, ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten, Geflüchtete, Strafgefangene oder Personen mit chronischen Erkrankungen (Schneider et al. 2021).

Die Evaluation solcher Angebote ist methodisch schwierig und ethisch herausfordernd. Die Übertragbarkeit internationaler Studien zur niedrigschwelligen Suizidprävention auf Deutschland ist begrenzt, da die Gesundheitssysteme und Zugangsmöglichkeiten stark variieren. Auch innerhalb Deutschlands gibt es regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Qualität, insbesondere zwischen Stadt und Land. Zudem unterscheiden sich die Zugangswege und die Wirksamkeit je nach Altersgruppe.

Ein Scoping Review von Jardine et al. (2022) zu digitalen Interventionen zeigte bei 44 % der Studien positive Effekte, bei ebenso vielen keine Wirkung und in einigen Fällen sogar Verschlechterungen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit fundierter Angebote und langfristiger Wirksamkeitsstudien. Mathieu et al. (2021) zeigten das Potenzial textbasierter Helplines auf, wiesen jedoch auf die geringe Evidenzlage hin. Insgesamt sind neben qualitätsgesicherten Angeboten auch gezielte Kommunikationsstrategien erforderlich, um deren Bekanntheit in der Bevölkerung zu erhöhen. Weitere Forschung ist hier notwendig.

Niedrigschwellige und digitale Angebote sind somit ein wichtiges, aber bislang nur begrenzt evidenzbasiertes Element der Suizidprävention. Im Folgenden stellt sich die Frage, wie sich

die Versorgung suizidaler Menschen im etablierten Gesundheitssystem wirksam gestalten lässt. Dabei ist die ambulante Behandlung besonders relevant, da sie, anders als viele niedrigschwellige Interventionen, unmittelbar in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet ist und an kritischen Schnittstellen der Behandlung ansetzt.

Der Übergang von einer stationären Behandlung in die ambulante Versorgung stellt für suizidgefährdete Patient*innen eine besonders kritische Phase dar. In der S3-Leitlinie „NVL Unipolare Depression“ (nvl-005, 2022) wird betont, dass das Suizidrisiko unmittelbar nach der Entlassung deutlich erhöht ist und eine engmaschige, verlässliche Nachsorge essentiell ist, um Rückfälle, erneute Krisen und Behandlungsabbrüche zu verhindern. Versäumte Nachuntersuchungstermine gelten in diesem Kontext als Warnsignal für eine mögliche Destabilisierung, mangelnde Anbindung oder fortbestehende Belastung. Die Leitlinie betont daher die Bedeutung einer proaktiven Kontaktaufnahme, wenn Patient*innen vereinbarte Termine nicht wahrnehmen. Ein solches Vorgehen dient der Sicherstellung der Versorgungskontinuität, ermöglicht eine frühzeitige Einschätzung des aktuellen Risikos und bietet die Gelegenheit, Barrieren für die Inanspruchnahme der Nachsorge zu identifizieren und zu adressieren. Durch die unmittelbare Kontaktaufnahme kann verhindert werden, dass Patient*innen in eine Phase erhöhter Gefährdung ohne Aufsicht geraten. Gegebenenfalls können rasch alternative Unterstützungsangebote organisiert werden.

Insgesamt unterstreicht die Evidenzbasis der NVL, dass eine aktive, strukturierte Nachsorge ein zentraler Bestandteil der Suizidprävention ist und das Ausbleiben von Terminen nicht als passives Ereignis, sondern als potenziell risikorelevante Situation verstanden werden sollte.

Eine gezielte ambulante Versorgung durch Kurzinterventionen kann Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual (TAU) verringern (Teismann, & Gysin-Maillart, 2021; siehe auch PICO-Frage 25 Kurzinterventionen). Die beschriebenen Interventionen unterscheiden sich jedoch stark voneinander und umfassen kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Kriseninterventionen, strukturierte Patient*innenkontakte und/ oder telefonische/digitale Unterstützung. Allerdings ist der Effekt von (ausschließlich) ambulanter Versorgung auf Suizidalität nur lückenhaft untersucht.

Die erste Woche sowie der erste Monat nach der Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus sind Phasen mit einem besonders hohen Suizidrisiko (Chung et al. 2019). Der

Übergang von einer stationären akuten psychiatrischen Behandlung zur ambulanten Versorgung ist oft eine vulnerable Phase, in der Menschen zusätzlichen Risiken und Ängsten ausgesetzt sein können (Bennet et al. 2015). Es gibt eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Interventionen (z. B: Peer-Unterstützung, Einbeziehung von Apotheker*innen, Überlappung von stationären und ambulanten Maßnahmen), die die Kontinuität der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verbessern sollen. Aufgrund der Heterogenität der Interventionen ist ein Vergleich allerdings schwierig (Tyler et al. 2019). Hegedüs et al. (2020) fanden in einer Metaanalyse, dass die Übergangsmaßnahmen nicht wirksamer waren als TAU; diese Ergebnisse beruhen jedoch auf begrenzter Evidenz (Hegedüs et al. 2020). Interventionen wie Telefonkontakte, Briefe, "Grüne Karten" (Wartezeitverkürzung), Postkarten, strukturierte Besuche und "Community"-Programme erwiesen sich als wirksam bei der Anbindung von Patienten an ambulante Dienste (Chaudhary et al. 2020). Allerdings war die Evidenz dieser Maßnahmen für die Wirkung auf das suizidale Verhalten widersprüchlich (Chaudhary et al. 2020). Für Patient*innen mit wiederholtem suizidalen Verhalten können psychotherapeutische Interventionen wie die dialektisch-behaviorale Therapie hilfreich sein. Bei Jugendlichen können Entlassmanagementprogramme aus Notaufnahmen die Suizidrate, Krankenhausaufenthalte und Non-Compliance reduzieren (Bennett et al., 2015).

Mutschler et al. (2019) identifizierten in ihrem systematischen Review einige Aspekte, die den Übergang erleichtern (Unabhängigkeit, Autonomie) oder erschweren (Stigma, Mangel an Autonomie) können (Mutschler et al. 2019). Die Entwicklung von Community Mental Health Teams (CMHT) soll es psychisch kranken Menschen ermöglichen, unabhängig innerhalb der Gemeinschaft zu leben. Allerdings fand ein Cochrane Review aus dem Jahr 2007 keinen signifikanten Effekte für die Wirksamkeit von Community Mental Health Teams (Malone et al. 2007).

Darüber hinaus reduzierte die Schulung von Fachkräften der Primärversorgung in der Behandlung von Depressionen die Zahl von Suizidversuchen und Suiziden (Bennett et al. 2015, Mann et al. 2023). Als primärer Ansprechpartner im Gesundheitswesen haben Hausärzt*innen eine besondere Gelegenheit, suizidale Gedanken frühzeitig zu erkennen und geeignete (kollaborative) Behandlungsmaßnahmen einzuleiten (Mughal et al. 2020; Grigoroglou et al. 2021). Die stärkste Evidenz für eine Reduzierung suizidaler Gedanken bei älteren Menschen gab es im Zusammenhang mit Depressions-Screening und -Behandlung in

der Primärversorgung (Okolie et al. 2017). Aktuelle Defizite in der Suizidprävention in der Primärversorgung beinhalten geringe Erkennungswahrscheinlichkeit, Zeitmangel und zu wenig Fokus auf psychosoziale Beratung oder Überweisung an bestehende Unterstützungsdienste. Die Schulung von Hausarzt*innen hinsichtlich Suizidprävention umfasst zum einen die Sensibilisierung für Risikofaktoren sowie die Verwendung von Checklisten oder Fragebögen zur Gesprächsführung und Diagnoseunterstützung. Es liegen keine ausreichenden Erkenntnisse vor, um den möglichen Nutzen eines Screenings in der Primärversorgung bewerten zu können (Zalsman et al. 2016). Die Literatur liefert keine einheitliche Evidenz zur Wirksamkeit von Schulungen für Hausarzt*innen (Zalsman et al. 2016; Rutz et al. 1989; Mann et al. 2005; Milner et al. 2017). Dennoch spielt die Allgemeinmedizin aufgrund der oft vertrauensvollen und gut etablierten Beziehung zwischen Patient*innen und Hausarzt*innen eine entscheidende Rolle in der Depressionsbehandlung und Suizidprävention (Gensichen et al. 2022).

McCabe et al (2018) schlossen in ihrem systematischen Review vier kontrollierte Studien zu kurzen psychologischen Interventionen zur Reduzierung suizidalen Verhaltens und von Suiziden ein (McCabe et al 2018). Die Interventionen wiesen drei gemeinsame Komponenten auf, nämlich Informationen über/Verständnis der suizidalen Krise, Safety planning und Nachsorgekontakt.

41.1	Empfehlung
Evidenzbasiertes Statement	<u>Evidenzbasiertes Statement</u> : Die erste Woche und der erste Monat nach der Entlassung nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt sind Phasen mit erhöhtem Suizidrisiko.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Bennett, K., Rhodes, A. E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., ... & Szatmari, P. (2015). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i>, 60(6), 245-257.</p> <p>Chaudhary, A. M. D., Memon, R. I., Dar, S. K., Bhullar, D. K., Dar, K. R., & Naveed, S. (2020). Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. <i>Psychiatric Quarterly</i>, 91(2), 417-450. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09712-x</p> <p>Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and</p>

the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*, 9(3), Article e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>

Grigoroglou, C., van der Feltz-Cornelis, C., Hodkinson, A., Coventry, P. A., Zghebi, S. S., Kontopantelis, E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Waheed, W., Dickens, C., Archer, J., Blakemore, A., Adler, D. A., Aragonés, E., Björkelund, C., Bruce, M. L., Buszewicz, M., Carney, R. M., . . . Panagioti, M. (2021). Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 71, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.04.004>

Huang, C. Q., Dong, B. R., Lu, Z. C., Zhang, Y., Pu, Y. S., & Liu, Q. X. (2009). Collaborative Care Interventions for Depression in the Elderly: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Investigative Medicine*, 57(2), 446-455. <Go to ISI>://WOS:000270092500008

Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2023). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 21(2), 182-196. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.23021004>

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1663-5>

O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., & Whitlock, E. P. (2013). c. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>

Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatr*, 29(11), 1801-1824. <https://doi.org/10.1017/s1041610217001430>

Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condrón, P., & Hetrick, S. (2018). What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4-5, 52-91. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>

	Wang, M., Swaraj, S., Chung, D., Stanton, C., Kapur, N., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 139(5), 472-483. https://doi.org/10.1111/acps.13023
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. <i>The Lancet Psychiatry</i> , 3(7), 646-659.
	Konsensstärke: 90%

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

41.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Neuer Vorschlag:</u> <u>Konsensbasierte Empfehlung:</u> 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.
	Konsensstärke:

Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

41.3	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasierte Empfehlung:</u> 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.	
	Konsensstärke: 100 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

41.4	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Patient*innen, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nvl - 005
	Konsensstärke: 96 %

Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme

Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

41.5	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	Patient*innen mit Suizidalität sollte eine kollaborative Versorgung/ Intervention angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane database of systematic reviews, (3).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Suizidversuche: moderat ⊕⊕⊕⊖	Bennett, K., Rhodes, A. E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., ... & Szatmari, P. (2015). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(6), 245-257.
Suizidale Gedanken: moderat	Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan LU, Yuan Z, Yu-Sheng PU, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in

<p>⊕⊕⊕⊖</p> <p>Suizidalität allgemein: moderat</p> <p>⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	Konsensstärke: 80 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

41.6	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	Hausarzt*innen und (Fach-)Ärzt*innen ohne psychiatrische Fachausbildung sollten Schulungen hinsichtlich Suizidprävention und im Umgang mit suizidalen Patient*innen angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane database of systematic reviews, (3).</p> <p>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.</p> <p>Wang M, Swaraj S, Chung D, Stanton C, Kapur N, Large M. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from</p>

<p>Suizidversuche: moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> 2019;139(5):472-483.</p> <p>Bennett, K., Rhodes, A. E., Duda, S., Cheung, A. H., Manassis, K., Links, P., ... & Szatmari, P. (2015). A youth suicide prevention plan for Canada: a systematic review of reviews. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i>, 60(6), 245-257.</p> <p>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. <i>Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research</i> 2009;57(2):446-55.</p> <p>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. <i>General hospital psychiatry</i> 2021;71:27-35.</p>
<p>Suizidale Gedanken: moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. <i>The American journal of psychiatry</i> 2021;178(7):611-624.</p> <p>McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. <i>BMC psychiatry</i> 2018;18(1):120.</p> <p>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. <i>International psychogeriatrics</i> 2017;29(11):1801-1824.</p> <p>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. <i>Pediatrics</i> 2024;153(3).</p>
<p>Suizidalität allgemein: moderat</p>	<p>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. <i>EclinicalMedicine</i> 2018;4-5:52-91.</p> <p>Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention</p>

⊕⊕⊕⊖	strategies revisited: 10-year systematic review. The lancet. Psychiatry 2016;3(7):646-59.
	Konsensstärke: 93 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Alonzo D, Glover M, Pidcock C et al (2017). Personen mit Suizidrisiko: Die Perspektive von Psychiatern auf Hindernisse und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme von Behandlungen. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 38:158–167. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000427>

Bae M, Park S, Park YJ et al (2022). Psychiatric and Psychosocial Factors of Suicide Decedents and Survivor of Suicide Loss: Psychological Autopsy Study of Incheon City in South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137895>

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. The Canadian Journal of Psychiatry. 2015;60(6):245-57.

Brieger, P., Kaps, B., Lohmann, F., Kammerlander, B., & Hamann, J. (2020). Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten. *Psychiatrische Praxis*, 47(04), 198-206.

Brieger P, Menzel S (2020). Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? – Kontra. *Psychiatrische Praxis* 2020; 47(04): 177 – 178. DOI: 10.1055/a-1107-1985

Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Yuan Z, Yu-Sheng P, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Investigative Medicine*. 2009;57(2):446-55.

Chaudhary AMD, Memon RI, Dar SK, Bhullar DK, Dar KR, Naveed S. Suicide during transition of care: a review of targeted interventions. *Psychiatric quarterly*. 2020;91:417-50.

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. *BMJ open*. 2019;9(3):e023883.

Fitzpatrick SJ, Hooker L, Kerridge I et al (2021). Suicide in rural Australia: A retrospective study of mental health problems, health-seeking and service utilisation. *PLoS ONE*, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245271>

Frank A, Flissakowski O, Eyer F et al (2023). Nutzung von Krisendiensten vor Suizidversuchen: eine Datenerhebung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. *Nervenarzt*, 94:34–36. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01325-y>

Gensichen J, Lukaschek K, Jung-Sievers C, Falkai P, Schmitt A, Henningsen P, et al. Predictors and outcomes in primary depression care (POKAL)—a research training group develops an innovative approach to collaborative care. *BMC Primary care*. 2022;23(1):309.

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.

Hegedüs A, Kozel B, Richter D, Behrens J. Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2020;10:969.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide. *American Journal of Psychiatry*, 159(6):909–916.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>

Malone D, Marriott SV, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane database of systematic reviews*. 2007;(3).

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.

Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *Focus*. 2023;21(2):182-96.

McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 120.

Milner A, Witt K, Pirkis J, Hetrick S, Robinson J, Currier D, et al. The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;210:294-302.

Mughal F, Troya MI, Dikomitis L, Chew-Graham CA, Babatunde OO. Role of the GP in the management of patients with self-harm behaviour: a systematic review. *British journal of general practice*. 2020;70(694):e364-e73.

Mutschler C, Lichtenstein S, Kidd SA, Davidson L. Transition experiences following psychiatric hospitalization: a systematic review of the literature. *Community mental health journal*. 2019;55(8):1255-74.

Nordentoft M, Søgaard M (2005). Registrierung, psychiatrische Beurteilung und Einhaltung der psychiatrischen Behandlung nach einem Suizidversuch. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59:213–216. <https://doi.org/10.1080/08039480510027706>

Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I (2015). Suizidverhalten und Mortalität bei Ersterkrankung an einer Psychose. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203:387–392. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000296>

Okolie C, Dennis M, Thomas ES, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International psychogeriatrics*. 2017;29(11):1801-24.

Pagura J, Fotti S, Katz LY et al (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, 60(7):943–949. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.7.943>

Pedersen HS, Vestergaard CH, Sorensen HT et al (2019). Frequency of health care utilization in the year prior to completed suicide: A Danish nationwide matched comparative study. *PLoS ONE*, 14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214605>

Rutz W, Von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;80(2):151-4.

Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B., Fiedler, G. (Hrsg.)(2021). *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention DOI: 10.17170/kobra-202107014195.

Spijker B, van Straten A, Kerkhof AJFM et al (2010). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>

Teismann, T., & Gysin-Maillart, A. (2021). Psychotherapy after a suicide attempt—current evidence and evaluation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(1), 40.

Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC health services research*. 2019;19:1-24.

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.

PICO-Frage 42: Verringert eine stationäre Versorgung von suizidalen Patient*innen die Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual?

Menschen in suizidalen Krisen werden häufig stationär behandelt, auf freiwilliger Basis oder als Ultima Ratio auch gegen ihren Willen (Jäger and Klimczyk 2024). Suizidalität ist grundsätzlich ein Grund, Patient*innen eine stationäre Aufnahme anzubieten. Dies folgt aus dem erhöhten Risiko für Selbstgefährdung sowie der Notwendigkeit einer engmaschigen diagnostischen Abklärung, Stabilisierung und Sicherstellung des Schutzes. Die NV-Leitlinie "Unipolare Depression" (nvl-005) (2022) betont, dass bei akuter Suizidalität eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden sollte, insbesondere wenn Schutzmaßnahmen im ambulanten Setting nicht ausreichend gewährleistet werden können oder die Risikoeinschätzung unsicher ist. Eine stationäre Aufnahme ermöglicht eine kontinuierliche Beobachtung, Krisenintervention und die Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen.

Stationäre Behandlungen bieten aber keinen absoluten Schutz: Suizidversuche und Suizide kommen im stationären Setting, selbst unter engmaschiger Betreuung und 1:1-Überwachung vor (Busch et al., 2003; Walsh et al., 2015). Vor allem die Zeit kurz nach der stationären Aufnahme sowie kurz nach der Entlassung ist mit einem stark erhöhten Suizidrisiko verbunden (Chung et al., 2019; Qin & Nordentoft, 2005; Madsen et al., 2020). Verzerrt wird diese Einschätzung des Suizidrisikos allerdings dadurch, dass durch Suizidalität eigengefährdete Patient*innen häufiger stationär aufgenommen werden als Patient*innen, die weniger suizidgefährdet eingeschätzt werden (confounding-by-indication).

Ob und wie weit stationäre Interventionen sinnvoll und zielführend sind, lässt sich mittels (randomisierter) klinischer Studien kaum untersuchen, da es ethisch nicht möglich ist, stationäre Krisenintervention gegenüber anderen Maßnahmen oder gar keiner Intervention zu vergleichen. Auf diese ethischen und methodischen Dilemmata der Suizidpräventionsforschung wurde schon früher hingewiesen (Gunnell und Frankel 1994).

Bei der Entscheidung für eine stationäre Behandlung spielen neben der medizinisch-psychologischen Beurteilung auch juristische Überlegungen eine Rolle. Bei einem Suizid oder einem Suizidversuch mit erheblichen (körperlichen) Gesundheitsschäden können straf- und zivilrechtliche Verfahren gegen behandelnde Ärzt*innen, Therapeut*innen und Kliniken eingeleitet werden. So kann der strafrechtliche Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung oder der fahrlässigen Tötung bzw. Körperverletzung erhoben werden, wenn eine Suizidhandlung

nicht verhindert wurde (Hambrecht 2020). Jedoch ist zu bedenken, dass insbesondere bei stationärer Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person neben dem potenziellen kurzfristigen Nutzen auch die langfristigen Folgen zu berücksichtigen sind. Unfreiwillige Aufnahmen können das Vertrauen in Behandelnde und Versorgungseinrichtungen beeinträchtigen. Das kann sich negativ auf die zukünftige Inanspruchnahme professioneller Hilfe auswirken. Für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wird auf die S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang" verwiesen (DGPPN, 2018). Dort finden sich weitere detaillierte Informationen und handlungsbasierte Empfehlungen.

Die Vorteile der stationären Versorgung umfassen insbesondere einen unmittelbaren Schutz, eine intensive Diagnostik, eine engmaschige therapeutische Begleitung sowie Fürsorge. Evidenzbasierte, suizidfokussierte Interventionen wie "Safety Planning" oder strukturierte psychotherapeutische Verfahren können das Risiko späterer Suizidversuche reduzieren und zur Stabilisierung beitragen (Nuij et al., 2021). Zudem berichten viele Betroffene von erhöhter Struktur, Entlastung und einem Gefühl von Halt. Dies kann die therapeutische Beziehung und weitere Behandlungsschritte unterstützen (Katsakou & Priebe, 2007; Priebe et al., 2009).

Eine systematische Übersichtsarbeit (Huber et al., 2024) kam zu dem Schluss, dass Kurzzeit-Hospitalisationen, wenn mit psychotherapeutischen Interventionen kombiniert, zur Verringerung von Suizidversuchen und Wiederaufnahmen führen und die Zeit bis zu einem erneuten Suizidversuch oder einer Wiederaufnahme verlängern können. Diese Schlussfolgerung basiert allerdings auf einer einzelnen nicht-randomisierten Kohortenstudie (Berrino et al., 2011). Die wenigen Studien zu dieser Fragestellung sind älteren Datums und weisen methodische Schwächen auf (Jones et al., 2008; van der Sande et al., 1997).

In einer großangelegten retrospektiven Veteranen-Studie aus den USA fanden sich Hinweise, dass eine stationäre Behandlung unmittelbar nach einem Suizidversuch das Wiederholungsrisiko in den darauffolgenden 5 Jahren vermindern kann. Bei Suizidalität (Suicidal ideation oder Suizidversuche), die nicht unmittelbar vor der stationären Behandlung bestand, konnte kein positiver Effekt der stationären Behandlung aufgezeigt werden (Ross et al., 2024).

Insgesamt ist die Evidenz heterogen und unterscheidet sich sehr je nach Setting. Für die stationäre Versorgung konnte, vor allem aus methodischen Gründen, keine ausreichende

Evidenz gefunden werden. Konsensbasierte Handlungsempfehlungen zur stationären Einweisung suizidaler Patient*innen finden sich in der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ (Bundesärztekammer, 2022). Letztlich bleibt die Frage, inwieweit stationäre Behandlungen bei Menschen in suizidalen Krisen sinnvoll und suizidpräventiv sind, offen (Large & Kapur, 2018). Es gilt, im Rahmen der Verhältnismäßigkeit stets eine individuelle Abwägung vorzunehmen, zwischen der Berücksichtigung der Wünsche und den grundgesetzlich garantierten Rechten der Patient*innen einerseits, und den krankheits- und situationsbedingten Notwendigkeiten und dem Rechtsanspruch auf Leben und körperliche Unversehrtheit andererseits (Hambrecht 2020).

42.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
	Konsensstärke: 78 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Berrino, A., P. Ohlendorf, S. Duriaux, Y. Burnand, S. Lorillard and A. Andreoli (2011). "Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients." Psychiatry Res **186**(2-3): 287-292.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022 [cited: 2025-10-15]. DOI: 10.6101/AZQ/000505. www.leitlinien.de/depression. Internet: www.leitlinien.de, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005

Busch, K. A., J. Fawcett and D. G. Jacobs (2003). "Clinical correlates of inpatient suicide." J Clin Psychiatry **64**(1): 14-19.

Chung, D., D. Hadzi-Pavlovic, M. Wang, S. Swaraj, M. Olfson and M. Large (2019). "Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation." BMJ Open **9**(3): e023883.

DGPPN (Hrsg) (2018) S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022m_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-09.pdf.

Gunnell, D. and S. Frankel (1994). "Prevention of suicide: aspirations and evidence." BMJ **308**(6938): 1227-1233.

Hambrecht, M. (2020). Psychiatrische Begutachtung von Suizidhandlungen. Psychiatrische Begutachtung. H. Dreßing and E. Habermeyer, Urban & Fischer/Elsevier. 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage: 793-820.

Huber, J. P., A. Milton, M. C. Brewer, L. M. Norrie, S. M. Hartog and N. Glozier (2024). "The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis." Aust N Z J Psychiatry **58**(3): 207-226.

Jäger, M. and J. Klimczyk (2024). "[Involuntary Psychiatric Hospital Admissions According to Public Law - A Retrospective Analysis]." Psychiatr Prax **51**(3): 122-128.

Jones G, Gavrilovic JJ, McCabe R et al. Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *Journal of Mental Health* 2008; 17: 375-387.)

Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **16**(2), 172-178.

Large MM, Kapur N. Psychiatric hospitalisation and the risk of suicide. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 269-273. DOI: 10.1192/bjp.2018.22

O'Donoghue, B., Roche, E., Lyne, J., Madigan, K., & Feeney, L. (2017). Service users' perspective of their admission: a report of study findings. *Irish journal of psychological medicine*, 34(4), 251-260.

Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., ... & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry*, 194(1), 49-54.

Ross EL, Bossarte RM, Dobscha SK et al. Estimated Average Treatment Effect of Psychiatric Hospitalization in Patients With Suicidal Behaviors: A Precision Treatment Analysis. *JAMA Psychiatry* 2024; 81: 135-143. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.3994)

van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 35-41. DOI: 10.1192/bjp.171.1.35

Walsh, G., G. Sara, C. J. Ryan and M. Large (2015). "Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients." *Acta Psychiatr Scand* **131**(3): 174-184.

PICO-Frage 43: Verringern Angebote der Krisenversorgung, inklusive Safety-planning, Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual nach einem Suizidversuch?

Safety planning (SPI) wurde ursprünglich von Stanley und Brown (Stanley und Brown 2012) beschrieben. Wesentlich ist hier eine gemeinsam mit dem/r Patienten/in nach einem Suizidversuch erstellte Liste von Coping-Strategien. Diese Strategien soll der/die Betroffene anwenden, wenn Suizidgedanken auftreten können. Damit werden auch Techniken aus der kognitiven Therapie und der dialektisch-behavioralen Therapie aufgegriffen (Ferguson et al., 2022). Es gibt verschiedene Varianten von Safety Planning. Im Wesentlichen basiert die Technik auf sechs Komponenten: erstens die individuellen Warnzeichen wahrnehmen; zweitens verfügbare Copingstrategien identifizieren und anwenden; drittens soziale Unterstützung als Ausweichstrategie nutzen; viertens vertraute Menschen (Familie, Freunde) kontaktieren, sodass diese helfen; fünftens psychosoziale, psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfsangebote nutzen; sechstens Reduktion des Zugangs zu potentiell tödlichen Mitteln (Mittelrestriktion) (Teismann und Brieger 2025).

Inzwischen liegen hierzu mehrere RCTs vor. Eine Metaanalyse (Nuij et al, 2021) kommt zu einer positiven Einschätzung: Einbezogen wurden sechs Studien ($N=3.536$), in denen eine Safety Plan Intervention mit einer Treatment-As-Usual (TAU) Behandlung verglichen wurde. Es zeigte sich ein 43% geringeres Risiko für (erneute) Suizidversuche bei Patient*innen, mit denen ein Notfallplan erarbeitet wurde im Vergleich zu den Patient*innen der TAU-Bedingungen. Es fand sich kein Effekt hinsichtlich der Suicidal ideation. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in der Hälfte der einbezogenen Studien ein Behandlungsangebot gemacht wurde, das über einen Notfallplan hinausging. Dies umfasste manualisierte Verfahren wie z.B. Attempted Suicide Short Intervention Program - ASSIP; (Gysin-Maillart et al., 2016) oder Coping Long Term with Active Suicide Program (CLASP) (Rabasco et al., 2024). In der Konsequenz lässt sich bei diesen Studien nicht sagen, ob die Effektivität der Intervention auf den Notfallplan oder andere Behandlungskomponenten zurückzuführen ist. Weiterhin handelte es sich nur bei vier der sechs einbezogenen Studien um randomisiert-kontrollierte Studien.

Ein systematisches Review (Ferguson et al., 2022) kommt zu vergleichbaren Ergebnissen: Bei 20 betrachteten Studien zeigte sich ein robuster Effekt, dass Suizidalität und Suizidversuche durch die Interventionen signifikant vermindert wurden, wobei wiederum in etwa der Hälfte der Studien SPI mit anderen Interventionen kombiniert wurde.

Eine weitere Metaanalyse (Doupnik et al., 2020) betrachtete verschiedene Formen von Kurzzeittherapien nach Suizidversuchen. In 14 Studien (N=4270) zeigte sich eine signifikante Reduktion der Zahl von Suizidversuchen. Wiederum waren die angewandten Interventionen heterogen: 10 dieser Studien wandten SPI an, alleine oder in Kombination mit Kurzzeittherapien.

Somit zeigt sich ein robuster Effekt, dass Safety Planning Suizidhandlungen signifikant reduziert. Uneinheitlich ist die Studienlage, ob dadurch auch Suicidal Ideation vermindert werden. Angesichts zu geringer Fallzahlen kann keine Aussage zur Häufigkeit von vollendeten Suiziden in diesem Kontext gemacht werden (Hepp et al., 2004).

Die dargestellten Studien beziehen sich auf Erwachsene ab 18 Jahre. Es gibt Hinweise, dass solche Interventionen auch im Kindes- und Jugendalter suizidpräventiv sein könnten, ausreichende Evidenz fehlt hier aber (Abbott-Smith et al., 2023). Zudem ist die Durchführung der Intervention in dieser Altersgruppe anders zu gestalten als bei Erwachsenen.

Uneinheitlich ist die Studienlage zur suizidprophylaktischen Wirkung anderer Interventionen. Eine Metaanalyse (Fox et al., 2020) betrachtete 591 Studien (RCTs, inklusive 3 RCTs mit SPI), die psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen nach einem Suizidversuch im letzten halben Jahrhundert untersuchten. Interventionseffekte waren bei allen betrachteten Ergebnissen insgesamt gering; trotz eines nahezu exponentiellen Anstiegs der Zahl der RCTs über fünf Jahrzehnte hinweg, hat sich die Wirksamkeit der Interventionen nicht verbessert; alle Interventionen zeigten ähnlich geringe Effekte. Keine Intervention schien signifikant und durchgängig besser zu sein als andere. Die insgesamt geringen Interventionseffekte blieben bei den Nachuntersuchungen weitgehend erhalten; Die Wirksamkeit war in allen Altersgruppen ähnlich, obwohl die Effekte bei Kindern/Jugendlichen etwas schwächer waren und sich nur wenige Studien auf ältere Erwachsene konzentrierten. Diese Metaanalyse kommt zu dem Ergebnis, dass grundlegende Änderungen erforderlich sind, um Fortschritte bei der Wirksamkeit von Interventionen nach Suizidversuch zu erzielen.

Aufgrund fehlender Studien ist keine ausreichende Evidenz für einen signifikanten Effekt allgemeiner Kriseninterventionsangebote inklusive von Krisenhotlines auf die Häufigkeit von Suizidversuchen vorhanden (Noh et al., 2016).

43.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Safety-Planning Interventionen sollen erwachsenen Patient*innen nach einem Suizidversuch angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysincka 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Douplik 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</p>	

Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2020;77(10):1021-1030.

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.

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.

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.

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.

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).

	Konsensstärke: 100 %
--	----------------------

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

43.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert:</u> Safety-Planning Interventionen sollen Kindern und Jugendlichen nach einem Suizidversuch angeboten werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.	
	Konsensstärke: 85 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme

Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

43.3	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert:</u> Sowohl in der medizinischen Notfallversorgung wie auch in der psychosozialen Krisenversorgung sollen Angebote und Kompetenzen der Suizidprävention verfügbar sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substanzieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertevorstellungen&Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Abbott-Smith, Susan, Nicola Ring, Nadine Dougall, und Jill Davey. 2023. „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* 30 (5): 899–910. <https://doi.org/10.1111/jpm.12928>.

- Doupnik, Stephanie K., Brittany Rudd, Timothy Schmutte, Diana Worsley, Cadence F. Bowden, Erin McCarthy, Elliott Eggan, Jeffrey A. Bridge, und Steven C. Marcus. 2020. „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* 77 (10): 1021–30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>.
- Ferguson, Monika, Kate Rhodes, Mark Loughhead, Heather McIntyre, und Nicholas Procter. 2022. „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* 26 (3): 1022–45. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>.
- Fox, Kathryn R., Xieying Huang, Eleonora M. Guzmán, Kensie M. Funsch, Christine B. Cha, Jessica D. Ribeiro, und Joseph C. Franklin. 2020. „Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research.“ *Psychological Bulletin* 146 (12): 1117–45. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>.
- Gysin-Maillart, Anja, Simon Schwab, Leila Soravia, Millie Megert, und Konrad Michel. 2016. „A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)“. *PLOS Medicine* 13 (3): e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>.
- Hepp, Urs, Lutz Wittmann, Ulrich Schnyder, und Konrad Michel. 2004. „Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide“. *Crisis* 25 (3): 108–17. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.108>.
- Noh, Dabok, Young-Su Park, und Eui Geum Oh. 2016. „Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review“. *Archives of Psychiatric Nursing* 30 (1): 114–19. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.012>.
- Nuij, Chani, Wouter van Ballegooijen, Derek de Beurs, Dilfa Juniar, Annette Erlangsen, Gwendolyn Portzky, Rory C. O’Connor, Johannes H. Smit, Ad Kerkhof, und Heleen Riper. 2021. „Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis“. *The British Journal of Psychiatry* 219 (2): 419–26. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>.
- Rabasco, Ana, Sarah Arias, Madeline B. Benz, Lauren M. Weinstock, Ivan Miller, Edwin D. Boudreaux, Carlos A. Jr Camargo, Zachary J. Kunicki, und Brandon A. Gaudiano. 2024. „Longitudinal Risk of Suicide Outcomes in People with Severe Mental Illness Following an Emergency Department Visit and the Effects of Suicide Prevention Treatment.“ *Journal of Affective Disorders* 347 (Februar):477–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.019>.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.

Teismann T, Brieger P, Spießl H, Hensel LM, Hamann J. Notfallplaninterventionen zur Behandlung suizidaler Patient*innen: eine narrative Literaturübersicht. *Nervenarzt*. 2025 Sep;96(5):490-495. German. doi: 10.1007/s00115-024-01763-w. Epub 2024 Nov 17. PMID: 39550750.

Kapitel 7 Universelle Prävention

PICO-Frage 44: Verringert der eingeschränkte Zugang zu/ Erwerb von potenziell tödlichen Mitteln die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keinen Verfügbarkeitsreduzierenden Maßnahmen?

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob der eingeschränkte Zugang zu bzw. der Erwerb von tödlichen Mitteln die Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keinen Verfügbarkeits-reduzierenden Maßnahmen verringert. Dabei geht es unter anderem um die Verfügbarkeit von Giftstoffen wie Gase im Haushalt, Autoabgase, Medikamente und Pestizide sowie Schusswaffen. Die suizidprophylaktischen Effekte des Schutzes oder der Absicherung von Brücken, Klippen, Bahngleisen, Schnellstraßen und hohen Gebäuden werden gesondert (PICO-Frage 22) bewertet.

Der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes ist zu entnehmen, dass im Jahr 2023 bei den Suizidmethoden das Erhängen (4.234) deutlich dominiert. Es folgen mit 1.871 Fällen Medikamente, sonstige Methoden⁶ (1.490), Sturz (947), Schusswaffen (699, fast ausschließlich Männer) und „sich vor ein bewegendes Objekt legen“ (471). Danach folgen Gase (338), Ertrinken (201) und Suizid durch Rauch oder Feuer (50) (Statistisches Bundesamt, 2024).

Einige Metaanalysen bzw. systematische Übersichtsarbeiten sowie zahlreiche Einzelarbeiten haben gezeigt, dass die Einschränkung des Zugangs zu den am häufigsten verwendeten Suizidmitteln wie Gase, Medikamente, Pestizide und Schusswaffen, nachweislich zu einem Rückgang der Suizidraten führt (z. B. Lim et al., 2021; Mann et al., 2005; Okolie, et al., 1996; Pirkis et al. 2015; Zalsman et al., 2016). Positive Effekte der Zugangsbeschränkungen von gefährlichen Tötungsmitteln werden meist damit erklärt, dass die akute Umsetzungsgefahr von Suizidabsichten oft nur von kurzer Dauer ist. Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass die überwiegende Zahl der Suizidenten im engen Zeitfenster der Transition von

⁶ Unter Sonstige Methoden wurde von den Autorinnen zusammengefasst: X65 (Alkohol), X66 (organische Lösungsmittel), X68 (Schädlingsbekämpfungsmittel), X69 (nicht näher bezeichnete Chemikalien), X75 (Explosivstoffe), X77 (Wasserdampf, heiße Dämpfe), X78 & 79 (scharfer & stumpfer Gegenstand), X82 (absichtlich verursachter Verkehrsunfall), X83 & 84 (nicht näher bezeichnete Art und Weise).

Suizidgedanken zum Suizidvollzug nicht auf eine andere Methode ausweichen, wenn die initial ins Auge gefasste Methode nicht zugänglich ist (Lim et al., 2021; Hawton et al., 2007). Dies gilt nicht für längerfristige Trends, bei denen sich die wachsende Bekanntheit meist durch Berichterstattung bestimmter Suizidmethoden durchaus als prägend für die Wahl des Suizidmittels erweisen kann. Nachfolgend sind einige Arbeiten aufgeführt, die dieser Empfehlung zugrunde liegen:

Die Autoren einer systematischen Übersichtsarbeit (62 Studien aus 26 Ländern) über die internationale Evidenz fanden heraus, dass die Einschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln wie Gasen im Haushalt, Abgasen von Kraftfahrzeugen, Pestiziden und Arzneimitteln mit einem Rückgang der methodenspezifischen Suizidrate verbunden war, ohne dass es zu einer entsprechenden Verlagerung hin zur Verwendung anderer Methoden kam (Lim et al., 2021).

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit bestätigt, dass die Einschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln Suizide verhindern kann (Zalsman et al., 2016). Die Evidenz für die Einschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln in der Suizidprävention hat sich im Zeitraum von 2005 bis 2010 verstärkt, insbesondere im Hinblick auf die Kontrolle von Analgetika. Zu den bewährten Ansätzen zur Beschränkung der Suizide durch Gase im Haushalt und Autoabgase gehören die Umstellung von Kohle- auf Erdgas, das einen geringen Kohlenmonoxidgehalt aufweist, bessere Katalysatoren in Autoabgassystemen, die den Kohlenmonoxidausstoß verringern oder Abschaltmechanismen des Motors bei Überschreiten bestimmter Abgasschwellen (Mann et al., 2021).

Zur Einschränkung des Zugangs zu Pestiziden zur Verringerung der Suizidrate haben sich zentralisierte, verschlossene oder bewachte Lagereinrichtungen in Verbindung mit der Verwendung weniger giftiger Chemikalien bewährt und weltweit zu einem Rückgang der Suizide durch Pestizide beigetragen (Mann et al., 2021, Reifels et al., 2019, World Health Organization, 2021).

Verbote und Veränderungen der Verschreibungspraxis bestimmter Medikamente, wie Barbiturate, Schmerzmittel und trizyklischer Antidepressiva haben sich als suizidpräventiv

wirksam erwiesen. Als besonders wichtig wird die Verringerung der Dosis pro Packung von besonders toxischen Medikamenten und die Verschreibung möglichst kleiner Packungsgrößen angesehen, auch wenn diese das Horten mit der Absicht einer Suizidhandlung nicht gänzlich verhindern kann (Gjelsvik et al., 2014).

Gesetze zur Reglementierung des Erwerbs und des Besitzes von Schusswaffen sowie Vorschriften zur sicheren Aufbewahrung von Schusswaffen haben sich weltweit als hochwirksames Mittel der Prävention von Suiziden mit Schusswaffen erwiesen (Anestis et al., 2018; Hurka & Knill, 2020). Die Suizidrate durch Schusswaffen steht in engem Zusammenhang mit der Verbreitung des Waffenbesitzes. Programme zur Beschränkung des Zugangs zu Schusswaffen und zur Aufklärung über Waffensicherheit haben die Zahl der Suizide mit Schusswaffen verringert.

Auf der Ebene der individuellen Suizidprävention sind Zugangsbeschränkungen zu Tötungsmitteln erst dann wirksam, wenn sie Bestandteil individueller Krisen- und Sicherheitspläne sind (Mann et al., 2005). Zugangsbeschränkungen zu und Regelungen zur Aufbewahrung letaler Mittel im Umfeld suizidgefährdeter Patient*innen sind mit Klinikpersonal zu besprechen und festzulegen (Bernert et al., 2014).

44.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	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.

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinaka 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.</p> <p>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.</p>
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Zusätzliche Literatur

Anestis MD, Houtsma C (2018): The association between gun ownership and statewide overall suicide rates, in: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 48(2), 204-217.

Bernert, R. A., Hom, M. A., & Roberts, L. W. (2014). 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*, 38, 585-592.

Gjelsvik B, Heyerdahl F, Lunn D, Hawton K (2014) Change in Access to Prescribed Medication following an Episode of Deliberate Self-Poisoning: A Multilevel Approach. *PLoS ONE* 9(5): e98086.

Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*, 28(S1), 4-9.

Hurka S, Knill C (2020) Does regulation matter? A cross-national analysis of the impact of gun policies on homicide and suicide rates. *Regulation & Governance* 4:787-803

Lim, J. S., Buckley, N. A., Chitty, K. M., Moles, R. J., & Cairns, R. (2021, October). Association between means restriction of poison and method-specific suicide rates: a systematic review. In *JAMA health forum* (Vol. 2, No. 10, pp. e213042-e213042). American Medical Association.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064. PMID: 16249421.

NaSPro (2021). Suizidstatistiken. Home: NaSPro.
<https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten/suizidstatistiken>

Statistisches Bundesamt. (2024). Suizide.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>

Teismann T: Means Restriction: Eine narrative Literaturübersicht, in: *Suizidprohylaxe*, Jg. 50 (2023), Heft 2, 40 – 47.

World Health Organization. (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. In *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*.

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646-59. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289303.

PICO-Frage 45: Verringert die bauliche, präventive Sicherung die Suizidalität in Kliniken oder Hotspots (“High Risk Places”) im Vergleich zu keinen präventiven Maßnahmen?

Einige Übersichtsarbeiten bzw. Studien haben gezeigt, dass Methodenrestriktion sich als effektive Präventionsmaßnahme erwiesen hat, um die Suizidalität in Kliniken oder “High Risk Places”- zugängliche und meist öffentliche Orte, die häufig als Suizidorte genutzt werden - zu verringern. Aktuell publizierte Übersichtsarbeiten und Studien belegen die Wirksamkeit von Barrieren und Sicherheitsmaßnahmen an Brücken, hohen Bauwerken, Bahngleisen oder Klippen, sowie baulicher Maßnahmen zur Reduktion physischer und psychologischer Verfügbarkeit (z. B. Vermeidung von Stress durch Lärm, Enge, Hitze) tödlicher Methoden in psychiatrischen Kliniken (Müller et al., 2021, Glasow, 2011). Viele Arbeiten sind international oder erfassen Daten aus anderen Ländern. Da die Ergebnisse aber hohe Übereinstimmungen zeigen, sind Schlussfolgerungen für Deutschland möglich. Die untersuchten Maßnahmen betreffen vor allem Zugangsbeschränkungen von Bauwerken oder Klippen durch hohe Gitter, Betretungsverbote, Sicherungsnetze oder transparente Kunststoffwände. Einige Untersuchungen erfassen aber auch Überwachungskameras, Hinweisschilder und Hinweise auf Notfalltelefone und Krisendienste an “High Risk Places” (Müller et al., 2021). Nachfolgend sind einige Arbeiten aufgeführt, die dieser Empfehlung zugrunde liegen:

Einem Cochrane Review von 2020 (Okolie et al., 2020) liegen 14 Einzelstudien zugrunde, die alle Altersstufen, verschiedene Ethnien und sowohl psychiatrisch bereits behandelte Menschen als auch Menschen ohne psychiatrische Vorgeschichte umfassen. Im Ergebnis zeigt sich eine 91 %ige Reduktion der Suizide durch die Sicherung hoher Bauwerke und Klippen mittels baulicher Barrieren oder Sprungnetze.

Ein ähnliches Ergebnis (86 %) ergibt sich aus einer Metaanalyse von neun Studien (Pirkis et al., 2013), in denen physische Barrieren an “High Risk Places” untersucht werden. Gleichzeitig werden in einigen der zugrunde liegenden Studien die steigenden Suizidraten an benachbarten Orten in den Blick genommen, wobei diese Abwanderungseffekte aber geringer sind als die Reduktionsraten an “High Risk Places”. Suizidpräventive bauliche Maßnahmen sollten bereits bei der Planung und dem Bau von Kliniken,

Justizvollzugsanstalten, Brücken, Bahnhöfen und weiteren Bauwerken, die einen Suizid ermöglichen können, berücksichtigt werden.

Diese Ergebnisse werden auch durch eine Metastudie gestützt, die 100 Einzelstudien aus 17 OECD-Staaten auswertet und sich auf Vergleichszahlen von 1907 bis 2020 bezieht (Ishimo et al., 2021). Neben den baulichen Barrieren, für die sich durchgehend eine hohe Wirksamkeit ergibt, wurden auch gesetzliche Beschränkungen, gesundheitliche Versorgungsstrukturen, Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten, öffentliche Kommunikation und öffentliche Aufklärung erfasst und ausgewertet. Ein Wirksamkeitsvergleich der Maßnahmen untereinander ist zwar aufgrund der Verschiedenheit der zugrunde liegenden Untersuchungen nicht möglich, in der Gesamtschau ergibt sich aber die Notwendigkeit des Einsatzes der verschiedenen Methoden auf den verschiedenen Ebenen und ihre Abstimmung aufeinander, um eine effektive Prävention zu erreichen. Ebenso müssen Krisentelefondienste mit den Gegebenheiten der jeweiligen "High Risk Places" vertraut sein, wenn auf sie durch Hinweisschilder vor Ort hingewiesen wird.

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse identifiziert 23 Artikel mit 18 Studien (Pirkis et al., 2015), in denen Maßnahmen, die den Zugang zu Suizid-"High Risk Places" einschränkten, mit einer Verringerung der Anzahl der Suizide pro Jahr verbunden waren (Inzidenzrate 0,09, 95 % KI: 0,03-0,27; $p < 0-0001$).

Ein besonderes Problem stellt die Prävention von Suiziden an Bahngleisen und in Bahnhöfen dar. Die Global Railway Alliance for Suicide Prevention (GRASP) hat hierzu eine Reihe von Maßnahmen in verschiedenen Staaten ausgewertet. An Bahnhöfen können demnach Suizide durch spezielle Barrieren, wie Zäune zwischen den Gleisen und Absperrungen an den Bahnsteigen, zu einem hohen Prozentsatz verhindert werden, wobei aber einige Studien auch Abwanderungseffekte zu anderen Bahnhöfen oder ungesicherten Gleisabschnitten feststellen (GRASP Meeting Notes, 2022; Hawton & Pirkis, 2024).

Zur Reduktion suizidal herbeigeführter tödlicher Autounfälle sind bislang keine Studien vorhanden. Hingewiesen wird in den großen Metaanalysen, dass sich die verschiedenen Gründe für tödliche Autounfälle wie Fahrfehler, Unaufmerksamkeit, riskantes Verhalten oder

absichtsvoll suizidales Verhalten in der Praxis oft nur schwer eindeutig identifizieren lassen und somit eine verlässliche Datenbasis für Studien fehlt (Okolie et al., 2020).

Eine retrospektive Studie (Ruff et al., 2018), sowie eine Studie von Christl et al. (2021) analysierten Suizide, die sich während einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik ereigneten und kamen zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Die Mehrzahl der Suizide ereignete sich während einer Beurlaubung oder nach Entweichen außerhalb der Klinik. Ein Drittel der Suizide ereignete sich innerhalb der psychiatrischen Klinik. Die Suizide innerhalb der Klinik erfolgten am häufigsten durch Strangulation (in ca. 75% nicht in kompletter Erhängung, sondern bereits bei niedrigen Befestigungspunkten), Sprung in die Tiefe (ab dem ersten Stock oder in ungesicherten Treppenhäusern), sowie durch Intoxikation. Außerhalb der Klinik erfolgten die Suizide vorwiegend durch Überrollenlassen von einem Zug, Sprung in die Tiefe und Ertrinken. Das Suizidverhalten der Patient*innen unterscheidet sich von Klinik zu Klinik. Fast die Hälfte der Suizide erfolgte im ersten Behandlungsmonat. Je länger der Krankenhausaufenthalt dauerte, desto geringer war das Suizidrisiko (Christl et al., 2021). Die Studie von König et al. (2024a) kam jedoch zu einem anderen Ergebnis, denn darin wurde festgestellt, dass es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer des Krankenhausaufenthalts und dem Suizidrisiko gibt (SHR = 0,98; $p = 0,834$).

Ein signifikanter Anstieg des Suizidrisikos wurde hingegen bei männlichen Patienten nach der Entlassung (SHR = 1,67; $p = 0,037$) sowie bei Entlassungsdiagnosen von affektiven Störungen (SHR = 3,56; $p = 0,017$) und neurotischen, stress- und somatoformen Störungen (SHR = 3,73; $p = 0,024$) festgestellt. Interessanterweise sank das Suizidrisiko bei kürzlich erfolgten Entlassungen signifikant (SHR = 0,93; $p = 0,006$) (König et al., 2024a).

Bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention bedürfen der Ergänzung allgemeiner sozialtherapeutischer Maßnahmen zur Schaffung eines antisuizidalen Milieus in der Klinik (Glasow, 2011).

Seit 2019 führt das Werner-Felber-Institut eine Kliniksuiziderhebung durch. Psychiatrische Kliniken (auch Kliniken für Forensische Psychiatrie) melden auf freiwilliger Basis Suizide und Suizidversuche (auch poststationär, sofern dies erfassbar ist). Es nehmen zudem Kliniken für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychosomatische Kliniken an der Erhebung teil (König et al., 2024b).

45.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme

Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

45.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substanzieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

22.3	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : Kliniken sollen zur Verbesserung der Suizidprävention ihre Daten zu stattgefundenen Kliniksuiziden an die zentrale Kliniksuiziderhebung melden.
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Global Railway Alliance for Suicide Prevention (GRASP). GRASP Meeting Notes . (2022, November 15). <https://www.volpe.dot.gov/sites/volpe.dot.gov/files/2023-03/GRASP%20Notes%20November%202022.pdf>

Glasow, N.. (2011): Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin, Deutschland: Logos Verlag.

Hawton, K., & Pirkis, J. (2024). Suicide prevention: reflections on progress over the past decade. *The Lancet Psychiatry*, 11(6), 472-480.

König, D., Gleiss, A., Vyssoki, B., Harrer, C., Trojer, A., Groemer, M., ... & Wippel, A. (2024a). Suicide risk after discharge from in-patient psychiatric care: a 15-year retrospective cohort study of individual patient data. *Journal of affective disorders*, 354, 416-423.

König, K., Grosselli, L., Reisch, T., Glasow, N., Wolfersdorf, M., Wurst, F. M., & Lewitzka, U. (2024b). An Analysis of 398 In-Hospital Suicides: Evaluation of the Werner-Felber-Institute Database. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121(14), 473.

Müller, S., Giegling, I., Hegerl, U., Bennefeld-Kersten, K., Meischner-Al-Mousawi, M., Glasow, N., Reisch, T., Rademacher, K., Mend, K.H., Schmidtke, A., Rujescu., D. Politik & Gesellschaft · Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. In: Schneider B, Lindner R, Giegling I, Müller S, Müller-Pein H, Rujescu D, Urban B, Fiedler G. Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven [Suicide Prevention Germany – Current Situation and Future Outlook]. Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021 (S. 41-60), DOI: 10.17170/kobra-202107014195; <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>, “

Pirkis, J., San Too, L., Spittal, M. J., Krysinaka, K., Robinson, J., & Cheung, Y. T. D. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 994-1001.

Ruff, F., Hemmer, A., Bartsch, C., Glasow, N., & Reisch, T. (2018). Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. *Psychiatrische Praxis*, 45(06), 307-313.

PICO-Frage 46: Verringert eine suizidpräventive Öffentlichkeits- und Medienarbeit (Awareness) die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?

In einer Reihe von Studien wurde das Risiko von Nachahmungssuiziden durch die mediale Darstellung von Suiziden belegt ("Werther-Effekt"). Zum anderen wurde auch postuliert, dass die Darstellung von bewältigten suizidalen Krisen einen suizidpräventiven Effekt bewirken kann ("Papageno-Effekt") (Niederkrotenthaler et al. 2012; Niederkrotenthaler et al. 2020; Niederkrotenthaler et al. 2021; Leane et al. 2022).

Die wissenschaftliche Erforschung der beiden Effekte wird grundsätzlich durch die Schwierigkeit erschwert, einen kausalen Zusammenhang zwischen dem oft nicht konkret nachweisbaren Medienkonsum und suizidalen Handlungen herzustellen. Insgesamt ist der suizidfördernde Effekt, insbesondere bei Suiziden prominenter Persönlichkeiten sowie der Darstellung von Suizidmethoden, wissenschaftlich besser abgesichert. Es existieren mehrere Metaanalysen, die einen Zusammenhang zwischen medialen Darstellungen (Berichte, Video, Filme etc.) über fiktionale wie reale Suizide und erhöhten Zahlen von Suizidversuchen nahelegen (Niederkrotenthaler et al. 2012; Leane et al. 2022). In der Zeit nach Medienberichten über den Suizid einer berühmten Persönlichkeit stieg das Suizidrisiko um 13 % (Suizidrate 1,13, 95 % KI: 1,08 bis 1,18) (Niederkrotenthaler et al. 2020). In einer weiteren Metaanalyse von Niederkrotenthaler et al. (2021) lag die gepoolte Suizidrate Ratio (SRR) für suizidales Verhalten bei 1,18 (95 %KI: 1,09 bis 1,27, $p < 0,001$). Die Heterogenität war gering ($I^2 = 29\%$).

Mehrere Review-Arbeiten fassten Studien über Effekte in beiden Richtungen zusammen (Bohanna & Wang 2012; Sisask & Värnik 2012; Torok et al. 2017). Nur eine Metaanalyse widmete sich dem suizidpräventiven Effekt, dabei zeigte sich eine positive Auswirkung auf Suicidal ideation, jedoch nicht auf das Hilfesuchverhalten (Niederkrotenthaler et al. 2022).

Berichte über Suizidprävention, über die Bewältigung suizidaler Krisen sowie zur suizidpräventiven Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Welttag der Suizidprävention, mediale Darstellung und Information über Hilfsangebote, Beratungsstellen, Hotlines etc., Vermittlung von Kenntnissen über den Suizid) sind kaum beforscht und haben noch keine darstellbare

Evidenz. Medienempfehlungen könnten die Qualität der Berichte verbessern, aber die Auswirkung auf Suizide bzw. suizidales Erleben und Verhalten ist nicht hinreichend erforscht.

Empfehlungen an die Medien zur Berichterstattung bei Suiziden (z. B. Vermeidung, einen Suizid romantisierend oder als nachvollziehbar darzustellen; möglichst keine Verwendung von Bildmaterial; keine Nennung von Details wie Suizidort oder -methode; keine Präsentation an prominenter Stelle) sind Bestandteil der meisten nationalen Suizidpräventionsprogramme (https://naspro.de/dl/NaSPro_Empfehlung_Berichterstattung.pdf). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einhaltung dieser Empfehlungen durch Medienschaffende einen suizidpräventiven Effekt haben kann, auch wenn die Studienlage in diesem Bereich keine evidenzbasierten Empfehlungen zulässt. Empfehlungen zu der Darstellung fiktiver Suizide sind vergleichsweise neu (<https://iris.who.int/handle/10665/328774>; <https://www.naspro.de/dl/NaSPro-Medienempfehlungen-Filmschaffende.pdf>) und kaum erforscht (Niederkroenthaler et al., 2021).

46.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Medienberichte über Suizide können Nachfolgesuizide hervorrufen. Die bestehenden Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizide sollen verbreitet und angewendet werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizide: hoch ⊕⊕⊕⊕	<p>Niederkroenthaler 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. <i>BMJ (Clinical research ed.)</i> 2020;368:m575.</p> <p>Niederkroenthaler 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. <i>Journal of epidemiology and community health</i> 2012;66(11):1037-42.</p> <p>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. <i>Suicide & life-threatening behavior</i> 2017;47(6):672-687.</p>	

Suizidale Gedanken: hoch ⊕⊕⊕⊕	in entertainment media. EClinicalMedicine, 36, 100922. 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.
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

46.2	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertevorstellungen&Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur

Bohanna I & Wang X (2012) Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis* 33: 190-198.

Leaune, E., Leclerc, J., Fender, R., Notredame, C. E., Jurek, L., & Poulet, E. (2022). 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*, 51(4), 319-344.

Niederkröthaler T et al. (2020) Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 18: 368.m575.

Niederkröthaler T et al. (2012) Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66: 1037-1042.

Niederkröthaler T et al. (2021) Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine* 36: 100922.

Niederkröthaler T et al. (2022) Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 7: e156-168.

Sisask M & Värnik A (2012) Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9: 123-138.

Torok M et al. (2017) A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 47: 672-687.

PICO-Frage 47: Verringern Maßnahmen zur Auseinandersetzung mit dem Altern die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keinen Maßnahmen?

Es besteht Konsens, dass Ageism (Altersdiskriminierung) einen bedeutsamen, die hohe Suizidrate im Alter bedingenden Faktor darstellt (de Leo, 2020; van Orden & Demin, 2018; Wand et al. 2021).

Internationale Studien zeigen, dass Ageismus mit Faktoren assoziiert ist, die das Suizidrisiko im Alter ab 65 erhöhen (Kang & Kim, 2022). Dazu zählen depressive Symptome, soziale Isolation und ein reduzierter Lebenswille. Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Altersdiskriminierung und Suizidalität im engeren Sinne ist jedoch bislang nicht empirisch belegt (Kang & Kim, 2022; Burnes et al., 2019). Eine negative Einstellung bei jüngeren Menschen gegenüber dem höheren Lebensalter geht nachweislich mit einer höheren Akzeptanz von Alterssuiziden einher (Gamliel et al., 2016).

Als präventiv besonders wirksam werden ein positiver gesellschaftlicher Dialog zum Thema "Rolle der alten Menschen in der Gesellschaft", die Aufrechterhaltung und Ermöglichung von sozialen Beziehungen, die Bekämpfung der Altersarmut und die leichte Erreichbarkeit von psychosozialen Diensten, Behandlungsmöglichkeiten im Krankheitsfall und Treffpunkten angeführt. Auch wird die stärkere Thematisierung der Wahrnehmung des Alterns und der gerontologischen Erkenntnisse in Ausbildungsgängen und ethischen Diskursen empfohlen (Erlemeier et al., 2014).

Die Verinnerlichung von Ageism bedingt bei älteren Menschen selbst nachweislich das Gefühl, nicht zur Last fallen zu wollen, und damit einen inneren Zustand, der Suizidalität ohne Suizidversuche (Suicidal ideation) im Alter nachweislich noch stärker voraussagt als Depression, Hoffnungslosigkeit und fehlendes Zugehörigkeitsgefühl (Okan et al., 2022). Als besondere Risikofaktoren werden psychische und körperliche Erkrankungen, soziale Isolation und funktionelle Beeinträchtigung sowie mangelnde öffentliche Aufmerksamkeit identifiziert (u. a. Wand et al., 2021). Es ist gut belegt, dass sich das subjektive Erleben von Ageism negativ auf die psychische und körperliche Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen auswirkt (Stokes & Moreman, 2020; Vogt Yuan 2017) und mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität einhergeht (Kim et al., 2020; Ko et al., 2022).

Defizitorientierte Altersbilder und -bewertungen von Akteur*innen im Bereich von Gesundheit und Pflege tragen nachweislich dazu bei, dass ältere Menschen mit Todeswünschen und Suizidalität systematisch als schlechter behandelbar angesehen werden als jüngere (z. B. schlechtere Prognosestellung durch Psychotherapeut*innen; Kessler et al., 2020).

Zu diesem problematischen Phänomen trägt die defizitorientierte Betrachtungsweise des Alters bei, aber auch das kulturell tief verankerte Altersbild, wonach die Lebensphase Alter als weniger wertvoll erachtet wird als andere Lebensphasen.

Eine Studie aus den USA fand nur eine schwache Unterstützung für das Modell Ehre und Altersdiskriminierung (Bock et al., 2019); jedoch sind die Interaktionen zwischen kulturbezogener Ehre des Alters und persönlichen Wertvorstellungen nicht geklärt.

Eine weitere Studie aus Israel zeigte auf, dass Altersdiskriminierung eine abschwächende Wirkung auf positive Einstellungen zum Leben hat und umgekehrt geringe Altersdiskriminierung negative Einstellungen zum Altwerden reduzieren kann (Gamliel et al., 2016)

Alters

In der Literatur wird geschlussfolgert, dass problematische Altersfremd- und -selbstbilder, ageistische Praktiken und Normen sowie altersdiskriminierende Strukturen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen im Speziellen abgebaut werden müssen (de Leo, 2020; Kessler, 2025; van Orden & Demin, 2018; Wand et al. 2021). Dazu gehört die Förderung von Maßnahmen, die die Selbstbestimmung und Stärken der älteren Generation in den Mittelpunkt rücken, die soziale Inklusion im Alter fördern und einen verbesserten Zugang zu effektiver Pflege und Gesundheitsversorgung einschließlich palliativmedizinischer Behandlung und Psychotherapie ermöglichen (Erlemeier et al., 2014; Wand et al., 2022). Auf klinischer Ebene muss auf kollaborative, multiprofessionelle Maßnahmen zur Verbesserung von psychosozialen Ressourcen gesetzt werden (Laflamme et al., 2022). Suizide im Alter müssen als ein stark unterschätztes gesundheitspolitisches und gesellschaftliches Problem stärker in den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Fokus gelangen.

47.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: EK/ B ↑	<u>Konsensbasiert</u> : 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.
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Bock, J. E., Brown, R. P., & Green, K. (2019). Aging with honor: Examining ambivalent ageism and interpersonal risk-factors for suicide as explanations for the honor-suicide link. *Journal of social and clinical psychology*, 38(9), 721-750.

Burnes, D., Sheppard, C., Henderson Jr, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 109(8), e1-e9.

Erlemeier, N., Teising, M., & Lindner, R. (2014). Gesellschaftspolitische Aspekte der Suizidprävention im Alter. Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen: Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, 171-177.

Gamliel, E., & Levi-Belz, Y. (2016). To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide. *International psychogeriatrics*, 28(8), 1383-1390

Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 23337214221087023.

Kessler, E. M. (2025). Ageismus „in den Köpfen“ als Risikofaktor für Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 58(1), 10-16.

Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K., & Sengoelge, M. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: a systematic review of reviews. *PLoS One*, 17(1), e0262889.

Van Orden, K., & Deming, C. (2018). Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions. *Current opinion in psychology*, 22, 79-83.

Wand, A., McKay, R., & Pond, D. (2022). Towards Zero Suicide: need and opportunities to improve implementation of clinical elements for older adults. *Australasian psychiatry*, 30(3), 290-293.

PICO-Frage 48: Verringern suizidpräventive Maßnahmen in sozialen Medien die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?

Soziale Medien haben weltweit eine enorm hohe Reichweite. Das erhebliche Potenzial der sozialen Medien zur Suizidprävention wurde vielfach diskutiert (u. a. Robinson et al. 2016), jedoch mangelt es noch an wissenschaftlicher Evidenz. Ein systematischer Review von Robinson et al. (2016) zeigt, dass soziale Medien sowohl potenziell schädliche als auch präventiv nutzbare Funktionen haben. Auf der Seite der Risiken besteht die Möglichkeit, dass suizidale Inhalte verbreitet, Methoden detailliert beschrieben oder Nachahmungseffekte („Werther-Effekt“) verstärkt werden. Gleichzeitig bieten soziale Medien niedrigschwellige Zugänge zu Information, Unterstützung und Austausch, die insbesondere schwer erreichbare Gruppen adressieren können. Präventionsansätze umfassen Online-Kampagnen zur Aufklärung zur Suizidprävention, moderierte Peer-Support-Foren sowie die Nutzung von Social Media zur Früherkennung von Risikosignalen.

Die Evidenzlage ist bislang heterogen und methodisch begrenzt. Zwar berichten einzelne Studien positive Effekte, etwa eine erhöhte Reichweite von Präventionsbotschaften oder die Möglichkeit, akute Krisen frühzeitig zu erkennen, robuste Wirksamkeitsnachweise liegen jedoch nicht vor. Die zum Themenfeld veröffentlichten einzelnen Studien sind äußerst heterogen (Brennan et al., 2022). Mehrere vorliegende systematische Übersichtsarbeiten fokussieren bislang auf junge Menschen (12 - 25 Jahren) (Daine et al. 2013; Dyson et al. 2016; Perry et al. 2016; Robinson et al., 2016).

Robinson et al. (2016) betonen daher die Notwendigkeit weiterer hochwertiger Studien, die sowohl die Effektivität als auch die ethischen und datenschutzrechtlichen Implikationen einer Nutzung von Social Media in der Suizidprävention untersuchen. Insgesamt verdeutlicht die aktuelle Evidenz, dass Social Media ein relevantes Handlungsfeld darstellt, das in umfassende Präventionsstrategien integriert werden sollte, zugleich aber sorgfältig reguliert und wissenschaftlich begleitet werden muss.

Nur sehr wenige Online-Inhalte können als eindeutig Risiko-fördernd oder eindeutig Risikohemmend eingestuft werden, wobei die Reaktionen je nach Person und unmittelbarem Kontext unterschiedlich ausfallen (Brennan et al., 2022). Interventionsstudien wurden nicht identifiziert (Robinson et al., 2016). Bei dieser Frage ist besonders hervorzuheben, dass

weitere wissenschaftliche Untersuchungen notwendig sind (u. a. Daine et al. 2013, Robinson et al., 2016).

48.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: 0	Suizidpräventive Maßnahmen in den sozialen Medien können ein- oder fortgeführt werden. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.
Konsensstärke	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Brennan, C., Saraiva, S., Mitchell, E., Melia, R., Campbell, L., King, N., & House, A. (2022). Self-harm and suicidal content online, harmful or helpful? A systematic review of the recent evidence. *Journal of public mental health*, 21(1), 57-69.

Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). 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*, 8(10), e77555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>

Dyson, M. P., Hartling, L., Shulhan, J., Chisholm, A., Milne, A., Sundar, P., Scott, S. D., & Newton, A. S. (2016). A Systematic Review of Social Media Use to Discuss and View

Deliberate Self-Harm Acts. PLoS One, 11(5), e0155813.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155813>

Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., & Christensen, H. (2016). Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 73-79.
<Go to ISI>://WOS:000382674300003

Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early intervention in psychiatry*, 10(2), 103-121. <https://doi.org/10.1111/eip.12229>

PICO-Frage 49: Verringern universelle schulbasierte Suizidpräventionsprogramme die Suizidalität im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu keinen universellen schulbasierten Suizidpräventionsprogrammen?

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen sowie das Risikomanagement bestehender Suizidalität sind wesentliche Bestandteile der Suizidprävention. Zwei wesentliche Faktoren können jedoch über diesen Ansatz nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden: (1) Die Veränderung von Risikofaktoren und protektiven Faktoren, die eine Entwicklung von Suizidalität bei Jugendlichen begünstigen oder dieser entgegenwirken, kann nur durch Ansätze geschehen, die bereits vor der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und damit bei einer breiteren Gruppe der Bevölkerung, zum Einsatz kommen. (2) Eine Mehrheit der Jugendlichen mit bereits bestehender Suizidalität zeigt ein ausgeprägt reduziertes Hilfesuchverhalten (Lustig et al., 2021) oder sucht erst deutlich verspätet professionelle Hilfe (Kaess et al., 2020).

Für die universelle Suizidprävention sind Schulen ein besonders geeigneter Ort der Umsetzung, da hier eine überwiegende Mehrheit aller Jugendlichen erreicht werden kann (Bürger A & Kaess M, 2021) und schulische Faktoren (insbesondere das Schulklima; Ancheta et al., 2021; La Salle et al., 2017) sowie spezifisch das weitverbreitete Phänomen „Bullying“ (Holt et al., 2015) zur Entwicklung von Suizidalität beitragen können. Dabei ist darauf zu achten, dass die Programme jeweils altersgerecht konzipiert werden.

Die bis heute größte randomisiert-kontrollierte Studie zur schulbasierten Suizidprävention stellt die „Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (SEYLE)-Studie dar. Hier wurden in einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie mit über 11.000 Jugendlichen aus zehn europäischen Ländern (inklusive Deutschland) drei aktive Interventionsbedingungen gegen eine Minimalintervention (Kontrollbedingung mit Notfallscreening und Plakaten) untersucht (Carli et al., 2013; Wasserman et al., 2010). Die drei Interventionsbedingungen wurden entsprechend unterschiedlicher vorbestehender konzeptioneller Ansätze zur schulbasierten Suizidprävention entwickelt: ein sogenannter Screening-Ansatz (zur direkten Identifikation und Zuweisung von gefährdeten Jugendlichen an professionelle Helfer), ein Gatekeeper-Ansatz (Training von Schulpersonal zur Identifikation und Unterstützung von suizidalen Jugendlichen) und ein Bildungs- oder Empowerment-Ansatz (Bildung der Jugendlichen selbst zum Thema psychische Gesundheit und Suizidalität,

Bewältigungsstrategien sowie Hilfesuchen). In dieser Studie war der sog. Bildungs-Ansatz der Kontrollbedingung signifikant überlegen hinsichtlich des Auftretens von sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuchen nach 12 Monaten. Das hierbei eingesetzte Programm «Youth Aware of Mental Health» (YAM) verringerte etwa um die Hälfte das Risiko von Suizidalität ohne suizidale Handlungen (Suicidal ideation) bei Jugendlichen (RR = 0,50; 95 % KI:0,27–0,92) und ebenso die Zahl der Suizidversuche (RR = 0,45; 95 % KI: 0,24–0,85). Die beiden anderen Interventionsbedingungen konnten keine Überlegenheit zur Kontrollbedingung aufzeigen (Wasserman et al., 2015).

Bis heute zeigen die sog. Interventionen mit dem sog. Bildungs-Ansatz (“Awareness Interventions”) die beste Evidenz. Eine Expertengruppe hat zu den Inhalten solcher Interventionen im Delphi-Verfahren Anleitungen formuliert (Grosselli et al., 2022) und empfiehlt, solche Interventionen mit folgendem Foki aufzubauen: Direkte Reduktion von Suizidversuchen, Verbesserung von Hilfesuchverhalten, Stärkung von Wissen zum Thema psychische Gesundheit und Vermittlung von Lebenskompetenzen.

Zur Wirksamkeit einer Veränderung des Schulklimas (inklusive einer Reduktion von Mobbing) auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidalität bestehen bis heute keine randomisiert-kontrollierten Studien. Die Evaluation der Implementierung eines schulbasierten Programms zur Verbesserung des Schulklimas und Reduktion von Mobbing (Olweus-Programm gegen Mobbing und Antisoziales Verhalten) konnte jedoch aufzeigen, dass eine Mobbingreduktion mit einer prospektiven Reduktion von sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuchen assoziiert war (Jantzer et al., 2022).

Hinsichtlich der Gesamtstudienlage zur schulbasierten Suizidprävention stellt sich folgendes Bild dar: Bis heute wurden sieben systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zum Thema der schulbasierten Suizidprävention publiziert (Aguirre et al., 2020; Breet et al., 2021; Zalsman et al, 2016; Robinson et al, 2018; Morken et al., 2019; Walsh et al., 2022; Gijzen et al., 2022). Eine dieser Übersichtsarbeiten fokussiert sich ausschließlich auf Veränderungen von Stigma und Hilfesuchverhalten und macht keine Aussagen zur Veränderung der Suizidalität (Aguirre et al., 2020). Zwei weitere narrative Synthesen beinhalten Veränderungen von Suizidalität (Breet et al., 2021; Zalsman et al, 2016), ebenso wie drei Metaanalysen zum Thema (Robinson et al, 2018; Walsh et al., 2022; Gijzen et al., 2022) sowie

eine zusammenfassende Übersichtsarbeit von Übersichtsarbeiten zum Thema universelle Suizidprävention (Morken et al., 2019).

Walsh und Kollegen (2022) fanden in ihrer Metaanalyse, die 19 Studien zu Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation: SI) und 12 Studien zu Suizidversuchen (SA) einschließen konnte, eine Reduktion der Wahrscheinlichkeit von Suicidal ideation (OR = 0,87, 95 % KI: 0,78-0,96) sowie eine Reduktion der Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen (OR = 0,66, 95 % KI: 0,47-0,91). Die Effekte waren für die adjustierten SI-Modelle (OR = 0,85, 95 % KI: 0,75-0,95) und SA-Modelle (OR = 0,72, 95 % KI: 0,59-0,87) ähnlich. Die Heterogenität innerhalb der Studien (0,20–9,10 %) und zwischen den Studien (0–51,20 %) reichte für die rohen und adjustierten SA-Modelle aus, während die Heterogenität für SI bei 0 % lag. Moderatoranalysen veränderten die SA-Effekte nicht ($p > 0,05$). Für Suizidversuche wurde in der Metaanalyse geschätzt, dass pro zwanzig durch solche Programme erreichte junge Menschen ein Suizidversuch vermieden wird («number needed to treat» = 20) (Walsh et al., 2022). Als besonders wirksam haben sich schulische Suizidpräventionsprogramme erwiesen, die kurz dauern und eine Nachbeobachtung vorsehen. Diese differenziellen Analysen müssen aufgrund der geringen Anzahl der Studien jedoch vorsichtig beurteilt werden (Walsh et al., 2022).

Eine weitere Metaanalyse von Gijzen et al. (2022) mit insgesamt 23.320 Teilnehmenden zeigte, dass die Effektstärke nach dem Test sowohl für Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation; $g = 0,15$) als auch für suizidales Verhalten ($g = 0,30$) gering war. Die Metaregression zeigte, dass eine gezielte Behandlung bekannter Risikofaktoren für suizidale Verhaltensweisen keinen signifikanten Einfluss auf die Effektstärke hinsichtlich Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) hatte, was auf eine gleiche Wirksamkeit hindeutet. Bei den Verhaltensweisen war sie jedoch ein signifikanter Modifikator der Wirkung; allerdings zielte nur eine Intervention auf bekannte Risikofaktoren ab. Die Effekte bei der Nachuntersuchung (drei bis zwölf Monate) waren ebenfalls signifikant, aber für beide Ergebnisse gering. Auch hier ist zu bemerken, dass vor allem die Gruppe der Studien mit Interventionen, die auf Risikofaktoren fokussieren, sehr klein war, was klare Aussagen erschwert.

Die Ergebnisse von Robinson et al. (2018) darauf hin, dass schulische psychoedukative Interventionen in Verbindung mit Screenings potenziell wirksam sein können, jedoch wird die Aussagekraft der Ergebnisse durch die Qualität der Studien beeinträchtigt.

Eine Übersichtsarbeit zur Bewertung universeller Suizidpräventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche kommt zu dem Schluss, dass unter den universell-präventiven Maßnahmen vor allem schulbasierte Maßnahmen kurzfristig und möglicherweise auch langfristig Suizidversuche verhindern, während die Auswirkungen anderer Maßnahmen innerhalb der Allgemeinbevölkerung ungewiss blieben (Morken et al., 2019).

Beurteilung der Evidenz

Neueste Metaanalysen zum Thema (Gijzen et al., 2022; Walsh et al., 2022) können zeigen, dass schulbasierte Präventionsprogramme im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die Auftretenswahrscheinlichkeit sowohl von Suizidgedanken als auch Suizidversuchen signifikant und mit moderater Effektstärke reduzieren können. Es besteht eine klare Evidenz für die Wirksamkeit von schulbasierter Suizidprävention. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass sowohl das Schulklima allgemein sowie auch das damit oftmals in Zusammenhang stehende Phänomen des Mobbing deutlich mit der Entstehungshäufigkeit von Suizidalität assoziiert ist. Es gibt erste Hinweise darauf, dass eine Verbesserung des Schulklimas und eine Reduktion von Mobbing auch zu einer Senkung des Risikos für Suizidgedanken und Suizidversuche führen kann.

49.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Universelle schulbasierte Suizidpräventionsprogramme sollen zur Verringerung der Suizidalität im Jugendalter flächendeckend angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität allgemein: moderat ⊕⊕⊕⊖	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. 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

	<p>contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 2022;63(8):836-845.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Psychische Gesundheit: moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p>
<p>Hilfesuchverhalten: moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>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.</p>
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

49.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: B ↑	Evidenzbasierte Programme zur Verbesserung des sozialen Klimas an Schulen sowie zur Verringerung von Mobbing an Schulen sollten umfassend angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Suizidalität allgemein: moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>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. <i>EClinicalMedicine</i> 2018;4-5:52-91.</p> <p>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. <i>European child & adolescent psychiatry</i> 2016;25(5):467-82.</p> <p>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. <i>Comprehensive psychiatry</i> 2023;122:152374.</p> <p>Gijzen MWM, Rasing SPA, Creemers DHM, Engels RCME, Smit F. Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> 2022;298(Pt A):408-420.</p> <p>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. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> 2022;63(8):836-845.</p> <p>Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. <i>The lancet. Psychiatry</i> 2016;3(7):646-59.</p>	
Psychische Gesundheit: moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>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. <i>Reproductive health</i> 2020;17(1):65.</p>	
Hilfesuchverhalten: moderat ⊕⊕⊕⊖	<p>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</p>	

	in adolescents? A systematic review. BMC psychiatry 2020;20(1):293.
Konsensstärke	89 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur:

Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>

Ancheta, A. J., Bruzzese, J. M., & Hughes, T. L. (2021). The impact of positive school climate on suicidality and mental health among LGBTQ adolescents: A systematic review. *The Journal of School Nursing*, 37(2), 75-86.

Breet, E., Matoane, M., Tomlinson, M., & Bantjes, J. (2021). Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. *BMC Public Health*, 21(1), 1116. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11124-w>

Carli, V., Wasserman, C., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., ... & Hoven, C. W. (2013). The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC public health*, 13(1), 479.

Gijzen MW, Rasing SP, Creemers DH, Engels RC, Smit F. Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2022 Feb 1;298:408-20.

Jantzer, V., Ossa, F. C., Eppelmann, L., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2022). Under the skin: does psychiatric outcome of bullying victimization in school persist over time? A prospective intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(6), 646-654.

Kaess M, Schnyder N, Michel C, Brunner R, Carli V, Sarchiapone M, Hoven CW, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J. Twelve-month service use, suicidality and mental health problems of European adolescents after a school-based screening for current suicidality. *European child & adolescent psychiatry*. 2020 Dec 15:1-0.

La Salle, T. P., Wang, C., Parris, L., & Brown, J. A. (2017). Associations between school climate, suicidal thoughts, and behaviors and ethnicity among middle school students. *Psychology in the Schools*, 54(10), 1294-1301.

Lustig S, Koenig J, Resch F, Kaess M. Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of psychiatric research*. 2021 Aug 1;140:60-7.

Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Research*. 2019;8.

Olweus-Programm gegen mobbing und Antisoziales Verhalten.
relaunchpraeventionrnks Webseite! (n.d.). <https://www.praevention-rhein-neckar.de/projekte/kinder-und-jugendliche/olweus-programm/>

Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... & Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 4, 52-91.

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*. 2022 Aug;63(8):836-45.

Wassermann, D. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled. *Lancet*, 385(9977), p1536-1544.

Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... & Hoven, C. W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC public health*, 10(1), 192.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

PICO-Frage 50: Verringern psychosoziale Beratungsangebote die Suizidalität im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu keinen psychosozialen Beratungsangeboten?

In einer Übersichtsarbeit von Daniel und Goldston (2009) wurden kontrollierte Studien über psychosoziale Behandlungsmaßnahmen zur Verringerung von Suizidalität von Jugendlichen analysiert. Dabei lag ein besonderer Schwerpunkt auf den entwicklungspezifischen Aspekten dieser Maßnahmen. Im Ergebnis lagen keine ausreichenden Daten vor, um eine Intervention bevorzugt gegenüber einer anderen für die Behandlung suizidaler Jugendlicher zu empfehlen. Jedoch zeigten Interventionen, die auf die verschiedenen Entwicklungskontexte eingehen, Potenzial für eine größere Wirksamkeit bei der Verringerung suizidalen Verhaltens von Jugendlichen.

In einer weiteren Übersichtsarbeit wurden die Effekte psychosozialer Interventionen bei suizidalen Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren untersucht. In den zehn eingeschlossenen empirischen Studien waren die meisten Interventionen im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe oder keiner Kontrollgruppe erfolgreich bei der Verringerung von Suizidalität. Die meisten Studien weisen jedoch erhebliche methodische Einschränkungen (nur die Hälfte der Studien verwendeten randomisierte Designs, und die meisten hatten nur kleine Stichproben) auf (Macgowan, 2004). Es erfüllte keine der Interventionen das Kriterium „gut etabliert“ und nur zwei Interventionen waren „wahrscheinlich wirksam“.

In einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie wurden die Effekte einer speziellen Maßnahme (Youth-Nominated Support Team - II, Goldston et al. 1999) auf suizidale 13- bis 17-Jährige untersucht im Vergleich zum Treatment-As-Usual. Es wurde ein sehr geringer positiver Effekt auf Suizidalität ohne Suizidhandlungen von Psychoedukation und YST-II-Intervention gesehen, der sich nur bei ausgewählten Ergebnissen zeigte und davon abhing, ob die Jugendlichen eine Vorgeschichte mit mehreren Suizidversuchen hatten oder nicht (King et al. 2009).

Empfehlungsgrad: 0	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidale Gedanken: moderat ⊕⊕⊕⊖	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.
Konsensstärke	97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2009). Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3). <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.252>

Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of

risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jun;38(6):660-71. doi: 10.1097/00004583-199906000-00012.

King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., & Gillespie, B. (2009). The Youth-Nominated Support Team–Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 880-893. <https://doi.org/10.1037/a0016552>

Macgowan, M. J. (2004). Psychosocial Treatment of Youth Suicide: A Systematic Review of the Research. *Research on Social Work Practice*, 14(3). <https://doi.org/10.1177/1049731503257889>

Walker, D. A., & Reisig, M. D. (2024). The effects of low familial support and depressive symptomatology on suicide attempt among adolescents: A sex-based assessment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Weisel, K.K., Fuhrmann, L.M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P., & Ebert, D.D. 2019. Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digit Med*, 2, 118. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8>

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

PICO-Frage 51: Verringern Gatekeeper-Schulungen die Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu keiner Intervention?

Die Mehrheit der Menschen, die Suizidgedanken haben, erhält keine Unterstützung durch formelle Hilfsstrukturen, entweder weil sie nicht wissen, dass es solche Strukturen gibt, oder weil sie zögern, von sich aus Hilfe zu suchen. Studien zeigen, dass 48 % der Personen mit Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation) und 24% der Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, im vergangenen Jahr keine Hilfe in Anspruch genommen haben oder keinen Behandlungsbedarf sahen (Pagura, 2009). "Gatekeeper der Suizidprävention sind Berufsgruppen bzw. Personen, die eine Schlüsselposition als Ansprechpartner*innen für betroffene Risikopersonen einnehmen. Diese Personen kommen aufgrund ihrer beruflichen oder sozialen Position mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt und haben dabei die Chance, suizidpräventive Hilfestellung zu geben bzw. essentielle professionelle Hilfe zu vermitteln" (suizidpraevention-gatekeeper.at).

Die positiven Effekte von Gatekeeper-Trainings wurden in mehreren Studien nachgewiesen. Der Effekt scheint jedoch zeitlich begrenzt zu sein. Wissen und Sicherheit im Umgang mit Suizidalität zeigten die stärkste Dauerhaftigkeit des Trainingseffekts, auch wenn im Laufe der Zeit wieder eine gewisse Verschlechterung des Wissens zu beobachten war (mittlere Nachbeobachtungszeit 6,1 Monate). In 57% (4/7) der identifizierten Studien, die diese Variablen untersuchten, war die Einstellung des Gatekeepers bei der Nachuntersuchung auf das Ausgangsniveau zurückgegangen (mittlere Nachbeobachtungszeit 4,4 Monate) (Holmes, et al., 2021). Die in den Gatekeeper-Studien beschriebenen positiven Effekte beziehen sich ausschließlich auf Selbsteinschätzungen. Die Datenlage zu nachgewiesenen Verhaltensänderungen ist uneinheitlich (Mo et al., 2018).

Ein Cochrane Review von Harrod et al. (2014) fand vier kontrollierte Vorher-Nachher-Studien, die die Auswirkungen von Gatekeeper-Schulungen an Universitäten untersuchten, in denen Gatekeeper darin geschult wurden, Warnsignale für emotionale Krisen und Suizidgefährdung

bei den Studierenden zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren. Die Größenordnung der Effekte variierte von Studie zu Studie. Die Gatekeeper-Trainings verbesserten kurzfristig das Wissen über Suizide bei Studierenden, bei Peer-Beratern in Studentenwohnheimen, Dozent*innen und Mitarbeitenden und erhöhten die Sicherheit der Peer-Berater*innen im Umgang mit Suizidalität. Eine kontrollierte Vorher-Nachher-Studie fand keinen Hinweis auf einen Effekt des Peer-Berater-Trainings auf suizidbezogenes Wissen, Sicherheit im Umgang mit Suizidalität oder Gatekeeper-Verhalten, gemessen vier bis sechs Monate nach der Intervention (Harrod et al., 2014). Gatekeeper-Schulungen können darüber hinaus auch positive Auswirkungen auf Angehörige und Freunde haben, die suizidgefährdete Personen betreuen (Morton et al., 2021).

Die Ausbildung von Gatekeepern ist erfolgreich bei der Vermittlung von Wissen, der Entwicklung von Fähigkeiten und der Prägung von Einstellungen bei den Teilnehmern. Es muss jedoch noch mehr über die Dauerhaftigkeit dieser Effekte und darüber, an wen die Gatekeeper bei Bedarf als professionelle Ansprechpartner*innen verweisen, herausgefunden werden (Isaac et al., 2009). Die Schulung von Gatekeepern im Hinblick auf Suizidalität bei Jugendlichen ist nicht effektiv, wenn es darum geht, suizidgefährdete Jugendliche zu identifizieren (Mann et al., 2023). Für die Schulung von Gatekeepern zur Prävention von Suizidalität bei Erwachsenen liegen keine randomisierten Studien vor (Mann et al., 2023).

51.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: B ↑	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.
Qualität der Evidenz	
Suizidalität allgemein: hoch ⊕⊕⊕⊕	Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. <i>The American journal of psychiatry</i> 2021;178(7):611-624. Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGiuseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 2014;2014(10):CD009439.

<p>Wissen/ Sicherheit im Umgang mit Suizidalität hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>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. <i>International psychogeriatrics</i> 2017;29(11):1801-1824.</p> <p>Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. <i>Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research</i> 2021;25(2):177-207.</p> <p>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. <i>Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie</i> 2009;54(4):260-8.</p> <p>Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. <i>Child and adolescent psychiatry and mental health</i> 2018;12:29.</p> <p>Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. <i>The lancet. Psychiatry</i> 2016;3(7):646-59.</p>
Konsensstärke	100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Di Nota P.M., Bahji, A., Groll, D., Carleton R. N., Anderson, G. S. Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2021 Apr 28;10(1):126.doi:10.1186/s13643-021-01677-7

Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & DiGuseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. *Cochrane Database Syst Rev*(10), Cd009439. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009439.pub2>

Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2021). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 25(2), 177-207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>

Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*, 54(4), 260-268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2023). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 21(2), 182-196. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.23021004>

Mo, P. K. H., Ko, T. T., & Xin, M. Q. (2018). School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 29. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0233-4>

Morton, M., Wang, S., Tse, K., Chung, C., Bergmans, Y., Ceniti, A., Flam, S., Johannes, R., Schade, K., Terah, F., & Rizvi, S. (2021). Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. *J Community Psychol*, 49(6), 1838-1871. <https://doi.org/10.1002/jcop.22624>

Pagura J, Fotti S, Katz LY et al (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, 60(7):943-949. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.7.943>

Pisani, A. R., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D. B., Tu, X., & Wyman, P. A. (2012). Associations between suicidal high school students' help-seeking and their attitudes and perceptions of social environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1312–1324. doi:10.1007/s10964-012-9766-7

Was sind Gatekeeper? | Suizidprävention Gatekeeper. (o. D.).
https://suizidpraevention-gatekeeper.at/Gatekeeper_Suizidpreavention

PICO-Frage 52: Verringern eine ambulante psychiatrische Krankenpflege/ Maßnahmen der Jugendhilfe die Suizidalität bei suizidalen Patient*innen im Vergleich zu keiner Intervention?

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) bezeichnet die „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ (pHKP) gemäß § 37 SGB XI. Sie stellt eine aufsuchende Hilfe durch Pflegefachpersonen dar, welche zur Vermeidung eines Klinikaufenthalts oder zur Verkürzung der Klinikbehandlung nach einem Klinikaufenthalt für bestimmte Diagnosen bei Erwachsenen verordnet werden kann. Innerhalb dieser Leistungserbringung können bis zu 14 Einheiten pro Woche vereinbart werden. Die psychiatrische häusliche Pflege zielt darauf ab, die Bewältigung des Alltags zu unterstützen, die Krise zu meistern sowie die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu fördern.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten insbesondere Reviews und RCTs mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit identifiziert werden. In den meisten kollaborativen Ansätzen konnten positive Effekte hinsichtlich der Reduktion suizidaler Gedanken und Handlungen nachgewiesen werden (Dahm et al., 2017; Comtois et al., 2011; Castaigne et al., 2017).

Obgleich die vorliegenden Resultate für eine Empfehlung nicht ausreichen, konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass Pflegefachpersonen in der ambulanten Versorgung Erwachsener auch Interventionen anwenden, für die eine Evidenz nachgewiesen werden kann (Ameel et al., 2019; Yoshinaga et al., 2016).

Für Kinder und Jugendliche sind Hilfen zur Erziehung, die Kinder und Jugendliche vor Gefährdung schützen sollen, im Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) geregelt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020)). Die Zuständigkeit zur Gewährung dieser Hilfen liegt bei den Jugendämtern, die die Sorgeberechtigten beraten. Junge Menschen selbst, Eltern, Personen- und Erziehungsberechtigte haben das Recht, sich zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe beraten zu lassen (§ 10a SGB VIII). Hierzu zählt unter anderem die Beratung über die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, zu möglichen Auswirkungen und Folgen einer Hilfe und Hinweise auf andere Beratungsangebote im Sozialraum (§ 10a Abs. 1 SGB VIII). Die möglichen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe umfassen eine Vielzahl von Leistungen, darunter ambulante Maßnahmen wie Unterstützung

der Familie durch eine sozialpädagogische Familienhilfe, Installation eines Betreuungshelfers oder Erziehungsberatung oder auch stationäre Hilfen für Jugendliche, wie Betreutes Wohnen oder Unterbringung in einer pädagogischen Jugendhilfeeinrichtung sowie weitere Angebote zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung junger Menschen . Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 990 442 Hilfen zur Erziehung gewährt (destatis 2023). Zur Wirksamkeit der verschiedenen Angebote zu Hilfen der Erziehung existieren bis dato keine verlässlichen Studien, was aufgrund der sehr unterschiedlichen Gründe für den Antrag auf Hilfen zur Erziehung der Familien, der unterschiedlichen Belastungs- und Risikofaktoren der Familien und des Kindes/Jugendlichen und der unterschiedlichen Arten der Hilfen von Erziehung auch schwierig ist. Die Frage, ob Maßnahmen der Jugendhilfe suizidales Verhalten verringern können, kann damit nicht beantwortet werden. Auch wenn ein Wirksamkeitsnachweis fehlt, wird dennoch belasteten Familien empfohlen, sich frühzeitig bei dem regional zuständigen Jugendamt beraten zu lassen zu möglichen “Hilfen zur Erziehung” (§§27-35 SGB VIII) bzw. “Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche” (§ 35a SGB VIII), um Entlastung bzw. Unterstützung zu erhalten, die für eine gute Entwicklung des Kindes geeignet und notwendig ist.

52.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad: B ↑	Suizidalen Personen sollten flächendeckend Zugang zu einer ambulanten, aufsuchenden Versorgung erhalten. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.	
Qualität der Evidenz		
Suizidversuche: Krankenhauseinweisungen im Rahmen der kooperativen Versorgung chronisch Kranker durch ärztliche Teams niedrig ⊕⊕⊖⊖ Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte, unabhängige	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. 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.	

Bewertungen der klinischen und sozialen Funktion sowie der Zufriedenheit von Patient*innen und Angehörigen moderat ⊕⊕⊕⊖	
Suizidversuche bei Intensive stationäre und Community Intervention versus Routineversorgung niedrig ⊕⊕⊖⊖	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. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> 1997;171:35-41.
Konsensstärke: 77 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Ameel, M., Kontio, R., & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(9–10), 301–322. <https://doi.org/10.1111/jpm.12543>

Yoshinaga, N., Tanoue, H., & Hayashi, Y. (2022). Naturalistic outcome of nurse-led psychological therapy for mental disorders in routine outpatient care: A retrospective

chart review. Archives of Psychiatric Nursing, 40, 43–49.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.04.008>

kb ergänzte Quellen:

destatis 2023: Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland 2022 nach Art der Hilfe¹Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe - Statistisches Bundesamt (destatis.de), abgerufen am 5.8.2024

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): Kinder- und Jugendhilfe, Aches Sozialgesetzbuch.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94106/40b8c4734ba05dad4639ca34908ca367/kinder-und-jugendhilfegesetz-sgb-viii-data.pdf>; abgerufen am 5.8.2024

PICO-Frage 53: Verringert eine Peer-Arbeit die Suizidalität bei suizidalen Menschen im Vergleich zu keiner Intervention?

Unter Peer-Arbeit wird in der Psychiatrie eine spezielle Form der Unterstützung (Peer Support) von Betroffenen durch Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung verstanden. Peers, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind, verfügen in der Regel über eine spezifische Qualifizierung für ihre Tätigkeit. Ein wesentliches Element dieser Peer-Arbeit sind die teilbaren Erfahrungen und Erlebnisse mit psychischen Erkrankungen und dem psychiatrischen Hilfesystem (DGPPN, 2019).

Es ist ersichtlich, dass die Unterstützung durch Peers ein breites Spektrum umfasst. Die Bandbreite der untersuchten Formen der Peer-Unterstützung schließt direkte Peer-Unterstützung, Online-Peer-Unterstützung sowie eine mobile Peer-Support-App ein. Drei Übersichtsarbeiten thematisierten die Peer-Unterstützung für Hinterbliebene (Higgins et al., 2022; Bartone et al., 2019; Cook et al., 2017). Fünf Arbeiten thematisieren die Suizidprävention lediglich indirekt. Ein systematisches Review untersuchte die Wirksamkeit von Peer-Unterstützung für Menschen, die von der psychiatrischen Versorgung nur schwer erreicht werden können (Sokol & Fisher, 2016), beschäftigen sich mit dem Einfluss von Peer-Unterstützung auf die Prävalenz von Selbstverletzungen. In sämtlichen Arbeiten konnten leicht positive Effekte für die verschiedenen Formen der Peer-Unterstützung nachgewiesen werden.

Des Weiteren konnte lediglich ein Scoping Review identifiziert werden, der die Art und Weise der Einbeziehung von Peers in die Suizidprävention sowie die Wirksamkeit der Peer-Unterstützung in der Suizidprävention untersuchte (Bowersox et al., 2021). Dieser Review lässt den Schluss zu, dass Peer-Unterstützung im Erwachsenenalter ein wesentliches Element der Suizidprävention darstellen und zu einer besseren psychiatrischen Versorgung beitragen könnte.

Peer-basierte Suizidprävention im Jugendalter zeigt in ersten hochwertigen Studien positive Effekte, auch wenn die Evidenzbasis deutlich schmäler als bei Erwachsenen ist. Schulische Peer-Leader-Programme wie „Sources of Strength“ konnten in mehreren randomisierten kontrollierten Studien suizidale Verhaltensweisen signifikant reduzieren. So zeigte beispielsweise eine groß angelegte Cluster-RCT in 40 High Schools eine Verringerung der

Suizidversuche und weitere Studien berichten von einer Reduktion neuer Suizidversuche um 29 % in Interventionsschulen (Wyman et al., 2025). Zudem deuten Analysen aus drei randomisierten Studien auf eine Reduktion von Todesfällen durch Suizid hin (Wyman et al., 2023). Diese Programme stärken nachweislich Schutzfaktoren wie wahrgenommene Unterstützung und das Hilfesuchverhalten. Ein Scoping-Review-Protokoll zeigt jedoch, dass die Forschung zu jugendlichen Peer-Interventionen insgesamt noch fragmentiert ist und systematische Synthesen fehlen (Hilario et al., 2021). Insgesamt deutet die Evidenz darauf hin, dass Peer-Arbeit im Jugendalter, insbesondere in strukturierten, qualitätsgesicherten Peer-Leader-Programmen, einen vielversprechenden Beitrag zur Reduktion suizidaler Verhaltensweisen leisten kann, auch wenn weitere Forschung notwendig bleibt.

Die drei Studien von Hildebrand et al. (2022, 2025) sowie von Weiss et al. (2024) zeigen, dass Online-Peer-Angebote für suizidgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene wirksam sind. Hildebrand et al. (2022, 2025) stellten nach der anonymen Online-Beratung eine deutliche Reduktion suizidaler Gedanken sowie Verbesserungen in den Bereichen Hoffnung, soziale Unterstützung und Bewältigung fest. Weiss et al. (2024) zeigen zudem, dass die E-Mail-Beratung von U25 besonders verletzbare junge Menschen erreicht und bestehende Versorgungslücken schließt. Die neueste Studie von Fernando et al. (2025) ergänzt diese Befunde zu U25. In einem Prä-Post-Design zeigte sich erneut eine signifikante Verringerung suizidaler Gedanken sowie Verbesserungen depressiver Symptome und sozialer Eingebundenheit (Hildebrand et al., 2025).

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass Online-Peer-Beratungsangebote eine wirksame und gut erreichbare Ergänzung zur bestehenden Suizidprävention darstellen. Es sind allerdings weitere kontrollierte Studien erforderlich, um die Kausalität sicher nachweisen zu können.

Literatur

Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M., & Gileno, Z. M. (2019). Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. *Omega-Journal of Death and Dying*, 80(1), 137-166. <https://doi.org/10.1177/0030222817728204>

Bowersox, N. W., Jagusch, J., Garlick, J., Chen, J. I., & Pfeiffer, P. N. (2021). Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 68(1–2), 232–248. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12510>

Cook, F. J., Langford, L., & Ruocco, K. (2017). Evidence- and practice-informed approach to implementing peer grief support after suicide systematically in the USA. *Death studies*, 2017 Nov-Dec, 648-658. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335552>

DGPPN (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer.

Hildebrand, A., Weiss, M., Braun-Scharm, H., & Stemmler, M. (2022). Wirken Online-Peer-Suizidpräventionsprogramme?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.

Hildebrand, A., Weiss, M., Fernando, A., & Stemmler, M. (2025). Does Online Peer Counselling Help in Reducing Suicidal Ideation? Outcome-Evaluation of [U25] Germany. *Archives of Suicide Research*, 1-16.

Higgins, A., Hybholt, L., Meuser, O. A., Eustace Cook, J., Downes, C., & Morrissey, J. (2022). Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. *Int J Environ Res Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063485>

Hilario, C. T., Kamanzi, J., Kennedy, M., Gilchrist, L., & Richter, S. (2021). Peer support for youth suicide prevention: a scoping review protocol. *BMJ open*, 11(12), e048837.

Sokol, R., & Fisher, E. (2016). Peer support for the hardly reached: a systematic review. *American journal of public health*, 106(7), e1-e8.

Weiss, M., Hildebrand, A., & Stemmler, M. (2024). Online-Suizidpräventions-Beratung [U25] für Jugendliche und junge Erwachsene. *Versorgung gestalten in vulnerablen Lebenslagen*, 31.

Wyman, P., Cero, I., Brown, C. H., Espelage, D., Pisani, A., Kuehl, T., & Schmeelk-Cone, K. (2023). Impact of Sources of Strength on adolescent suicide deaths across three randomized trials. *Injury prevention*, 29(5), 442-445.

Wyman, P. A., Cero, I. J., Espelage, D. L., Reif, T., Mintz, S., LoMurray, S., ... & Delgado, A. (2025). RCT of sources of strength testing impact on suicide attempts and tests of moderation by sexual violence victimization and perpetration. *American Journal of Preventive Medicine*, 68(3), 465-474.

Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Der Einfluss von Peer-Arbeit auf die Reduktion von Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.
Qualität der Evidenz	
Trauer: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Bartone PT, Bartone JV, Violanti JM, Gileno ZM. Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. Omega 2019;80(1):137-166.
Wiederaufnahme in die stationäre Versorgung moderat ⊕⊕⊕⊖	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.
Nicht-suizidale Selbstverletzung moderat ⊕⊕⊕⊖	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.
	Konsensstärke: 96 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

PICO-Frage 54: Verringern Selbsthilfegruppen die Suizidalität bei Menschen mit Suizidalität im Vergleich zu keiner Intervention?

Soziale Integration, soziale Unterstützung und gesellschaftliche Teilhabe gelten als zentrale Schutzfaktoren in der Suizidprävention. Zahlreiche epidemiologische und klinische Studien weisen darauf hin, dass stabile soziale Beziehungen, das Erleben von Zugehörigkeit sowie die Einbindung in sinnstiftende Rollen das Risiko für suizidales Verhalten deutlich reduzieren können. So zeigt beispielsweise eine Studie aus Japan (Poudel-Tandukar et al., 2011), dass eine Vermeidung sozialer Isolation mit einer geringeren Suizidrate bei Männern und Frauen einhergeht. Soziale Isolation wirkt dabei nicht nur als Belastungsfaktor, sondern beeinflusst auch depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit und das subjektive Belastungserleben.

Auch in der Interpersonellen Theorie suizidalen Verhaltens nach Joiner spielt soziale Eingebundenheit eine zentrale Rolle. Joiner beschreibt mit dem Konzept der „thwarted belongingness“ (Gefühl fehlender Zugehörigkeit) die schmerzhaft empfundene Wahrnehmung, fehlendes Zugehörigkeitsgefühl oder anderen zur Last zu fallen. Diese erlebte soziale Entfremdung, insbesondere in Kombination mit der Überzeugung, eine Belastung für andere darzustellen („perceived burdensomeness“), erhöht demnach erheblich das Risiko für suizidale Gedanken. Vor diesem Hintergrund erscheinen Interventionen, die Zugehörigkeit fördern, soziale Unterstützung stärken und Austausch ermöglichen, als besonders relevant.

Dennoch gibt es bislang nur wenige methodisch hochwertige Studien zu Selbsthilfegruppen für Menschen mit suizidalem Verhalten und die bisherigen Ergebnisse sind heterogen. Eine Fallbeschreibung von Boyce et al. (2018) legt nahe, dass Selbsthilfegruppen dazu beitragen können, Isolation zu überwinden, gegenseitiges Verständnis zu fördern und adaptive Copingstrategien zu entwickeln. Der Austausch mit Personen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, kann Scham reduzieren, Hoffnung stärken und das Gefühl vermitteln, mit den eigenen Gedanken nicht allein zu sein. In einer Studie (Hom et al., 2018) berichteten die Teilnehmenden zudem über einen signifikanten Rückgang von Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit und Suizidabsichten im Verlauf der Gruppenteilnahme von Menschen nach Suizidversuchen (SOSA).

Gleichzeitig sind Limitationen bei den Studien zu berücksichtigen: Viele Studien verfügen über kleine Stichproben, es fehlen Kontrollgruppen und randomisierte kontrollierte Designs sind bislang selten. Zudem ist unklar, welche spezifischen Wirkmechanismen, etwa soziale Unterstützung, Modelllernen, Emotionsregulation oder Stärkung der Selbstwirksamkeit, maßgeblich zur Symptomreduktion beitragen. Auch mögliche Risiken, wie etwa eine unbeabsichtigte Verstärkung suizidaler Inhalte durch negative Gruppendynamiken, müssen sorgfältig untersucht werden.

Vor diesem Hintergrund sind weitere Interventionsstudien über alle Altersgruppen hinweg erforderlich, um die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei der Reduktion suizidalen Verhaltens differenziert bewerten zu können. Insbesondere digitale und niedrigschwellige Angebote gewinnen dabei zunehmend an Bedeutung. Onlinegruppen, wie sie beispielsweise von Bergmans et al. (2009) beschrieben wurden, könnten Barrieren wie Stigmatisierung, Mobilitätseinschränkungen oder regionale Unterversorgung verringern. Gleichzeitig stellen sich hier Fragen nach Datenschutz, Moderation, Krisenintervention und Qualitätssicherung.

Insgesamt verdeutlicht die bisherige Evidenz, dass soziale Verbundenheit ein zentraler Ansatzpunkt in der Suizidprävention ist. Selbsthilfegruppen, sowohl im Präsenz- als auch im Onlineformat, sind ein vielversprechendes Instrument, dessen Potenzial durch methodisch robuste Forschung weiter geprüft und differenziert beschrieben werden sollte.

54.1	Empfehlung
Empfehlungsgrad: Forschungsbedarf	Der Einfluss von Selbsthilfegruppen auf die Suizidalität ist nicht ausreichend erforscht. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.
Qualität der Evidenz	
Suizidale Gedanken: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Suizidalität allgemein: unbekannt	Maple, M., Wayland, S., Pearce, T., Sanford, R., & Bhullar, N. (2022). A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. <i>Community mental health journal</i> , 58(8), 1621-1629. https://doi.org/10.1007/s10597-022-00978-y

	Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. <i>Psychological services</i> 2018;15(3):289-297.
	Konsensstärke: 92 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	kleiner Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Bergmans, Y., Langley, J., Links, P., & Lavery, J. V. (2009). The perspectives of young adults on recovery from repeated suicide-related behavior. *Crisis*, 30(3), 120-127.

Boyce, M., Munn-Giddings, C., & Secker, J. (2018). 'It is a safe space': self-harm self-help groups. *Mental Health Review Journal*, 23(1), 54-63.

Poudel-Tandukar, K., Nanri, A., Mizoue, T., Matsushita, Y., Takahashi, Y., Noda, M., ... & Tsugane, S. (2011). Social support and suicide in Japanese men and women—the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1545-1550.

Postvention

PICO-Frage 55: Verringert Postvention im Sinne von therapeutischen und psychosozialen Interventionen für An- und Zugehörige nach einem Suizid das Ausmaß von psychischen Störungen und von Suizidalität der An- und Zugehörigen (zzgl. Stigma, Lebensqualität, Funktionsniveau) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe?

Ein Suizid hinterlässt im Durchschnitt sechs bis zehn An- und Zugehörige, welche unmittelbar durch den Suizid betroffen sind (Andriessen and Kryszynska 2012). Ein Suizid kann langfristige psychosoziale Konsequenzen für die Hinterbliebenen haben. Zu den charakteristischen Reaktionen der Hinterbliebenen nach einem Suizid gehören Gefühle der Mitverantwortung für den Suizid, Schuldgefühle sowie das Fragen nach dem „Sinn und Warum“ (Jordan and McIntosh 2011). Erschwerend erleben Hinterbliebene nach einem Suizid durch ihr Umfeld signifikant häufiger Ablehnung und Stigmatisierung und daraus resultierend soziale Isolation und fehlende Unterstützung (Pitman et al. 2017). Suizidhinterbliebene weisen ein fast dreifach erhöhtes Risiko auf, affektive Störungen, eigene suizidale Gedanken und Verhaltensweisen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Angst- und Suchterkrankungen zu entwickeln, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (de Groot & Kollen 2013; Erlangsen et al. 2017). In einer deutschlandweiten Befragungsstudie von Angehörigen nach einem Suizid zeigte sich, dass 12 % der Befragten die Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten, während 5 % die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erhielten. Zudem litten 22 % an einer anhaltenden Trauerstörung und 41,6 % der Teilnehmenden wiesen Symptome einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode auf. (Hofmann und Wagner, 2024). Diese Ergebnisse verdeutlichen die gravierenden psychischen Belastungen, denen nahestehende An- und Zugehörige nach einem Suizid ausgesetzt sind. Die WHO bezeichnet Suizidhinterbliebene als Hochrisikogruppe für Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Betroffenenengruppe als wesentlichen Bestandteil der nationalen und internationalen Suizidprävention (World Health Organization 2014). Andriessen (2009) definierte Postvention als sämtliche Maßnahmen, die von, mit oder für Suizidhinterbliebene entwickelt werden, um die Folgen eines Suizids zu mildern und negative Auswirkungen, einschließlich eigenen suizidalen Verhaltens, zu verhindern.

Neben der Art der Intervention ist auch der Zeitpunkt des Beginns der Interventionen relevant. Ein Suizid kann von An- und Zugehörigen als Ereignis von extrem bedrohlicher Natur erlebt werden. Nach Ereignissen dieser Art wird eine möglichst frühzeitige psychosoziale Unterstützung empfohlen (S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung akuter Folgen psychischer Traumatisierung). Aufgrund der unterschiedlichen Sektoren (ambulant/stationär) und damit einhergehend unterschiedlichen Versorgungskonzepten und Verantwortlichkeiten ist von einem sehr heterogenen Angebot auszugehen.

Zur Bewältigung ihrer Verlusterfahrung im längerfristigen Verlauf wurden inzwischen speziell für die Zielgruppe der An- und Zugehörigen nach Suizid Unterstützungsprogramme und psychotherapeutische Interventionen entwickelt. Dazu zählen insbesondere Selbsthilfegruppen, Trauergruppen, individuelle Trauerberatung, kirchliche Angebote und niedrigschwellige Online-Angebote (Andriessen, Krysinska, and Grad 2019). Es liegen bisher elf systematische Übersichtsarbeiten vor, welche Interventionen spezifisch für diese Betroffenenengruppe im Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersuchten, bei einer begrenzten Zahl randomisierter Kontrollgruppenstudien (k=8) (Tremel et al. 2021; Constantino, Sekula, and Rubinstein 2001b; Constantino and Bricker 1996b; de Groot, Neeleman, van der Meer, et al. 2010; de Groot et al. 2007b; Kovac and Range 2000; Wittouck, Van Autreve, et al. 2014; Wagner et al. 2022). Sechs Studien verwendeten ein Gruppentherapieformat, zwei Studien beruhen auf individuellen Ansätzen, zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit einer Trauergruppe nach den Prinzipien der Gruppenpsychotherapie nach Yalom (1995) (Constantino and Bricker 1996a; Constantino, Sekula, and Rubinstein 2001a). Eine Gruppentherapie basiert auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien (Wagner et al. 2022) und zwei weitere Studien verwendeten eine familienfokussierte kognitive Verhaltenstherapie (de Groot et al. 2007a; de Groot, Neeleman, Meer, et al. 2010). Eine Studie evaluierte eine KVT-basierte psychoedukative Intervention, die auf dem Rational der anhaltenden Trauerstörung nach Boelen (2006) basierte (Wittouck, Autreve, et al. 2014). Die Studien von Kovac and Range (2000) und Tremel und Kollegen (2024) untersuchten therapeutische Schreibaufgaben. Die Interventionsdauer variierte zwischen zwei und bis zu ca. 12 Wochen und beinhaltete zwischen vier und zwölf Sitzungen.

Ein systematischer Übersichtsartikel, welcher Interventionen für Kinder und Jugendliche untersuchte, die einen Suizid in der Familie erlebt haben (Mann et al. 2023), verdeutlichte ebenfalls sowohl den Mangel an randomisierten Kontrollgruppenstudien als auch die fehlende Evidenz, weswegen Rückschlüsse auf die tatsächliche Wirksamkeit kaum möglich sind. Insgesamt wurden drei Studien identifiziert, wobei es sich entweder um unkontrollierte Prä-Post-Studien (Daigle and Labelle 2012; Veale 2014) oder eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie (Pfeffer et al. 2002) handelte, bei teilweise sehr kleinen Stichprobengrößen (N = 5 bis N = 85). Die stärkste Evidenz stammt aus einer nicht-randomisierten kontrollierten Studie (N = 85), in welcher Kinder, die der Interventionsgruppe zugeordnet waren, eine signifikant größere Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen zeigten (Pfeffer et al. 2002). Es wurden nur wenige positive Auswirkungen von schulbasierten Nachsorgeprogrammen gefunden. Eine Beobachtungsstudie (Callahan, 1996), der zufolge Suizid-Postventionen an einer Mittelschule negative Auswirkungen zeigten, die aber nach Abänderung der Form der Intervention wieder rückläufig waren, ist aufgrund der fehlenden statistischen Analyse sehr eingeschränkt zu bewerten.

Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene, sowohl in Präsenz als auch online, sind das am weitesten verbreitete Versorgungsangebot. Higgins und Kollegen (Higgins et al. 2022) finden in einem Review Hinweise, dass Peer-Interventionen durch das Teilen der Verlusterfahrung in einer wertfreien und unterstützenden Umgebung bei den Teilnehmenden eine Abnahme von Selbstbeschuldigung, Isolation und Stigmatisierung und damit positive Auswirkungen in Bezug auf Reduktion der Trauersymptome, der Depressionen und der suizidalen Gedanken bewirken. Nur eine Studie erfasste das psychische Befinden im Rahmen eines Prä-post-Designs der Intervention und berichtete, dass einige Trauerreaktionen (Verzweiflung, Entfremdung und Desorganisation) beim Post-Test nach der Intervention reduziert waren. Jedoch wurde das Teilen der Erfahrungen von einigen Studienteilnehmern auch belastend oder sogar re-traumatisierend erlebt (Barlow et al. 2010). Als wesentlich wird in mehreren Studien die Ausbildung des Gruppenleiters/in erachtet (Barlow et al. , 2010). Feigelmann et al. (2008) untersuchten die Effektivität einer face-to-face Selbsthilfegruppe von Hinterbliebenen nach Suizid im Vergleich zu internetbasierter Peer-Unterstützung (Feigelmann et al. 2008, Feigelmann et al. 2009 und Feigelman et al. 2012). Beide Formen von

peer-support zeigten sich hilfreich in Bezug auf Abnahme von Depressivität und Suizidalität, wobei die face-to-face Gruppe wirksamer war als die online-Gruppe. Aufgrund methodischer Mängel, z.B. unklare Definition des Begriffs „Peer“, wenig Differenzierung bzgl. der Art der Interventionen und dem Fehlen von randomisierten Studien und Langzeitstudien ist die Aussagekraft der vorliegenden Arbeiten zur Wirkung von Peer-Interventionen insgesamt begrenzt.

Ergebnisse:

Depression: Für die Depression zeigten fast alle Interventionen eine signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppen (*within-group*), wobei die Effektstärken im Prä- und Post-Vergleich zwischen klein ($d = 0,30$; Wittouck et al. 2014) und groß ($d = 0,99$; de Groot et al. 2010) lagen. Dennoch zeigte nur die internetbasierte Schreibintervention (Tremel et al. 2021) einen signifikanten Unterschied in der Reduktion der depressiven Symptomatik zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe für den Prä- und Post-Vergleich. Die Effektstärken für die Unterschiede zwischen den Gruppen (*between-group*) lag zwischen $d = -0,03$ (Wittouck, et al. 2014) und $d = 0,49$ (Tremel et al. 2021). Ebenso zeigte sich bei Nutzern von Internet-Foren für Suizidhinterbliebene im Outcome nach 12 Monaten ein geringer Interventionseffekt ($d = 0,28$) für die Depressivität (Kramer et. al., 2015).

Trauer: Bzgl. der Reduktion der Trauersymptomatik zeigte sich innerhalb der Interventionsgruppe (*within-group*) im Prä- und Post-Vergleich eine geringe ($d = 0,05$; Kovac and Range 2000) bis große Effektstärke ($d = 0,94$; Tremel et al. 2021). 5 Studien fanden eine signifikante Symptomreduzierung in der Behandlungsgruppe (Tremel et al. 2021; Wagner et al. 2022; Constantino et al. Rubinstein 2001b; de Groot et al. 2007b; de Groot et al. 2010). Es wurde nur bei der internetbasierten Schreibintervention eine signifikante Reduzierung im Zeit-Gruppenvergleich gefunden (Tremel et al. 2021). Im Zwischengruppenvergleich lag die Effektstärke zwischen $d = -0,04$ (Constantino and Bricker 1996a) und $d = 0,97$ (Tremel et al. 2021).

Obwohl das höhere Suizidrisiko von Suizidhinterbliebenen in vielen Studien erwähnt wurde, untersuchten nur wenige Studien die Auswirkung der Interventionen auf suizidales Erleben oder suizidales Verhalten. Wittouck und Kollegen (2014) fanden keine statistisch signifikanten

Unterschiede zwischen den Studiengruppen hinsichtlich Suizidalität ohne Suizidhandlungen (Suicidal ideation), weder unmittelbar nach Abschluss der Intervention noch acht Monate danach. Einer Übersichtsarbeit von Szumilas und Kutcher (2011) zufolge konnte in den verfügbaren Studien zu schulischen, familienorientierten und gemeinde-orientierten Nachsorgeprogrammen keine schützende Wirkung auf die Zahl der Suizide oder Suizidversuche bei Hinterbliebenen festgestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es trotz der potenziell langfristigen psychischen Auswirkungen von Suiziden auf die Hinterbliebenen nur wenige qualitativ hochwertige Studien gibt. Gründe hierfür waren häufig fehlende Randomisierung oder andere methodische Schwächen, die zum Ausschluss führten. Es gibt noch zu wenige Studien für die unterschiedlichen Gruppen der Suizidhinterbliebenen, insbesondere zu älteren Hinterbliebenen gibt es bisher wenig Forschung. Auch genderspezifische Studien sind bisher unterrepräsentiert.

55.1	Empfehlung
Forschungsbedarf	In dem Bereich der Postvention ist Forschung, insbesondere für die vulnerable Gruppe der Kinder- und Jugendlichen, erforderlich, um zielgruppenspezifische Angebote entwickeln zu können.
	Konsensstärke: 93 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

55.2	Empfehlung
EK/ B ↑	<p><u>Expertenkonsens</u>: An- und Zugehörigen sollte nach einem Suizid eines nahestehenden Menschen Postvention für Erwachsene im Sinne von (psycho-)therapeutischen und psychosozialen Interventionen angeboten werden.</p> <p>(z.B: Psychosoziale Notfallversorgung, Kriseninterventionen, Selbsthilfegruppen, Trauergruppen, individuelle Beratung durch Trauerberater/-begleiter, kirchliche Angebote und niedrigschwellige Online-Angebote).</p>
	Konsensstärke: 97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	Keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur

- Andriessen, K., and K. Krysinska. 2012. 'Essential questions on suicide bereavement and postvention', *International journal of environmental research and public health*, 9: 24-32.
- Andriessen, Karl. 2009. 'Can postvention be prevention?', *Crisis*, 30: 43-47.
- Andriessen, Karl, Karolina Krysinska, and Onja Grad. 2019. *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (Hogrefe Publishing GmbH).
- Bartone, Paul T., Bartone, Jcelyne V., Violanti John M., Gileno Zaneta M., 2019. Peer support services for bereaved survivors: a systematic review; *OMEGA-Journal of Death and Dying*, journals.sagepub.com
- Barlow, C.A.; Schiff, J.W.; Chugh, U.; Rawlinson, D.; Hides, E.; Leith, J. 2010. An evaluation of a suicide bereavement peer support program. *Death Stud.* 34, 915–930.
- Boelen, Paul A, Marcel A Van Den Hout, and Jan Van Den Bout. 2006. 'A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13: 109-28.
- Callahan J., Negative effects of a school suicide postvention program—a case example. *Crisis* 1996;17(3):108-15.
- Cerel, Julie, Margaret M Brown, Myfanwy Maple, Michael Singleton, Judy Van de Venne, Melinda Moore, and Chris Flaherty. 2019. 'How many people are exposed to suicide? Not six', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49: 529-34.
- Constantino, R., and P. Bricker. 1996a. 'Nursing postvention for spousal survivors of suicide', *Issues Ment Health Nurs*, 17: 131-52.
- Constantino, R., L. K. Sekula, and E. N. Rubinstein. 2001a. 'Group intervention for widowed survivors of suicide', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31: 428-41.
- Constantino, Rose E, and Patricia L Bricker. 1996b. 'Nursing postvention for spousal survivors of suicide', *Issues in mental health nursing*, 17: 131-52.
- Constantino, Rose E., L. Kathleen Sekula, and Elaine N. Rubinstein. 2001b. 'Group intervention for widowed survivors of suicide', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31: 428-41.
- Daigle, Marc S, and Réal J Labelle. 2012. 'Pilot evaluation of a group therapy program for children bereaved by suicide', *Crisis*.
- de Groot, M., Neeleman, van der Meer, and Burger. 2010. 'The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: The mediating role of suicide ideation', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40: 425-37.

de Groot, Marieke, Jos de Keijser, Jan Neeleman, Ad Kerkhof, Willem Nolen, and Huibert Burger. 2007a. 'Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial', *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 334: 994-96.

———. 2007b. 'Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial', *BMJ (Clinical research ed.)*, 334: 994.

de Groot, Marieke, and Boudewijn J Kollen. 2013. 'Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study', *BMJ (Clinical research ed.)*, 347.

de Groot, Marieke, Jan Neeleman, Klaas van der Meer, and Huibert Burger. 2010. 'The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation', *Suicide & life-threatening behavior*, 40: 425-37.

Erlangsen, Annette, Bo Runeson, James M. Bolton, Holly C. Wilcox, Julie L. Forman, Jesper Krogh, M. Katherine Shear, Merete Nordentoft, and Yeates Conwell. 2017. 'Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study', *JAMA psychiatry (Chicago, Ill.)*, 74: 456-64.

Feigelman, W., Gorman, B. S., Beal, K. C., & Jordan, J. R. (2008). Internet support groups for suicide survivors: A new mode for gaining bereavement assistance. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 57(3), 217–243.

Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). Personal growth after a suicide loss: Cross-sectional findings suggest growth after loss may be associated with better mental health among survivors. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 59(3), 181–202

Feigelman, W., Jordan, J. R., McIntosh, J. L., & Feigelman, B. (2012). *Devastating losses: How parents cope with the death of a child to suicide or drugs*. New York, NY: Springer.

Gräff, I., Kaschull, K., Glatz, B. et al., 2024. Klinische Krisenintervention (KKI) in zentralen Notaufnahmen deutscher Universitätskliniken – eine bundesweite Evaluationsstudie. *Notfall Rettungsmed*. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01281-x>

Guldin, M.-B., J. Li, H. S. Pedersen, C. Obel, E. Agerbo, M. Gissler, S. Cnattingius, J. Olsen and M. Vestergaard (2015). "Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study." *JAMA psychiatry* **72**(12): 1227-1234.

Hazell P, Lewin T. 1993. An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav*; 23(2):101-9.

Higgins, Agnes, Lisbeth Hybholt, Olivia A Meuser, Jessica Eustace Cook, Carmel Downes, and Jean Morrissey. 2022. 'Scoping review of peer-led support for people

bereaved by suicide'. *International journal of environmental research and public health*, 19: 3485.

Jordan, John R, and John L McIntosh. 2011. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (Routledge).

Kovac, Stacey H., and Lillian M. Range. 2000. 'Writing projects: Lessening undergraduates' unique suicidal bereavement', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30: 50-60.

Kramer, J., Boon, B., Schotanus-Dijkstra, M., van Ballegooijen, W., Kerkhof, A., & van der Poel, A. (2015). The mental health of visitors of web-based support forums for bereaved by suicide. *Crisis*, 36(1), 38–45.

Mann, M., Kiseleva, M., Searchfield, L., Mazzaschi, F., Jones, R., Lifford, K., ... & Edwards, A. (2023). What are the most effective interventions to support children and young people bereaved by suicide in the family: a rapid review. *medRxiv*, 2023-09.

Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 505-513.

Pitman, A. L., K. Rantell, P. Moran, L. Sireling, L. Marston, M. King, and D. Osborn. 2017. 'Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults', *BMJ Open*, 7: e014487.

Szumilas, M., Kutcher, S. 2011. Post-suicide Intervention Programs: A Systematic Review. *Can J Public Health* 2011;102(1):18-29

Treml, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: differences in prevalence and diagnostic criteria. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132.

Treml, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1926650.

Veale, A. 2014. 'Longitudinal evaluation of a therapeutic group work intervention with suicide-bereaved children', *The Irish Journal of Psychology*, 35: 188-204.

Wagner, B, Grafiadeli R, Schäfer T, Hofmann L. 2022. 'Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial', *Internet Interventions*, 28: 100542.

Waydhas C, Riessen R, Markewitz A, Hoffmann F, Frey L, Böttiger BW, Brenner S, Brenner T, Deffner T, Deininger MM, Janssens U, Kluge S, Marx G, Schwab S, Unterberg AW, Walcher F and van den Hooven T (2023) Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Front. Med.* 10:1196060. doi: 10.3389/fmed.2023.1196060

Wittouck, C, Van Autreve, S, Portzky, G, van Heeringen K. 2014. 'A CBT-Based Psychoeducational Intervention for Suicide Survivors A Cluster Randomized Controlled Study', *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35: 193-201.

Yalom, Irvin D. 1995. *The theory and practice of group psychotherapy* (Basic Books (AZ)).

Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Mauro C, Skritskaya NA, Lebowitz B, Wang Y, Tal I, Glorioso D, Wetherell JL, Iglewicz A, Robinaugh D, Qiu X., 2018. Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: a HEAL report. *J Clin Psychiatry*. 79:17m11592.

PICO-Frage 56: Verbessert Postvention nach dem Suizid eines/einer Patient*in, die psychische Gesundheit des/der Behandelnden, bzw. des/der Betreuenden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe?

Strategien zur Suizidprä- und Postvention nehmen vor allem suizidale Menschen und Hinterbliebene ins Blickfeld, während den betreuenden Personen wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird (World Health Organisation 2014). Insgesamt liegt nur wenig Evidenz vor.

Ein systematischer Review (Fothergill, et al., 2004) führt aus, dass die Mehrheit der Fachärzt*innen für Psychiatrie und andere im Gesundheitswesen Tätige im Laufe ihres Berufslebens mit dem Suizid eines Patienten/einer Patientin konfrontiert ist. Die psychische Belastung, die durch dieses Ereignis verursacht wird, kann erheblich sein. Psychiater*innen empfinden u. a. Gefühle von Wut und Schuld, einen Verlust des Selbstwertgefühls und haben eigene Suizidgedanken (Chemtob et al., 1988). Die Mehrheit der Psychiater*innen (57 %) berichtete über Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, jedoch waren die Symptome nach 6 Monaten weitgehend rückläufig. Jüngere Psychiater*innen waren stärker von einem Patientensuizid betroffen als ihre älteren, erfahrenen Kolleg*innen (Chemtob et al., 1988). Als am meisten, jedoch nicht signifikant, hilfreich in der Bewältigung der psychischen Belastung durch einen Patientensuizid wurde ein aufarbeitendes Gespräch mit Kolleg*innen oder im Freundeskreis genannt. Allgemein wurde eine bessere Vorbereitung auf das Berufsrisiko eines Patientensuizids in der Ausbildung gewünscht.

Jupina et al. (2024) führten in einer Übersichtsarbeit eine integrative systematische Überprüfung durch, um die Prävalenz von Patientensuiziden und deren emotionale und berufliche Auswirkungen auf das medizinische Personal zu bewerten, verfügbare Unterstützungsressourcen einzuschätzen und Postventionsbemühungen zu evaluieren. Es wurden 66 relevante Artikel identifiziert. Studienübergreifend lag der mittlere (\pm SD)-Prozentsatz der HCPs (health care professionals), die, unabhängig vom Praxisumfeld, einen Patientensuizid erlebt hatten, bei 51 % ($\pm < 1$ %). Achtundfünfzig der Artikel (88 %) berichteten über die emotionalen Auswirkungen des Patientensuizids und 50 (76 %) über die beruflichen Auswirkungen des Patientensuizids. 33 Artikel beschrieben eine Änderung der Praxisgewohnheiten (z. B. erhöhte Tendenz, suizidale Patient*innen in eine stationäre Einrichtung zu überweisen), die bei 51 % bis 100 % der Fachkräfte in diesen Stichproben auftrat. Die Wahrnehmung der Unterstützung variierte stark, wobei 11 % bis 87 % der HCPs das Gefühl hatten, ausreichend Unterstützung zu erhalten. Die HCPs wünschten sich

institutionalisierte Unterstützung, einschließlich Überweisung an eine Beratungsstelle (12 % bis 82 %), mehr Schulungen zur Suizidprävention oder -nachsorge (4 % bis 70 %), Nachbesprechung oder Überwachung (41 % bis 75 %), formelle Fallüberprüfung (18 % bis 20 %), Freizeit (12 %) und Rechtsbeistand (4 %) (Jupina et al., 2024).

Untersuchungen mit größeren Fallzahlen bei ambulant, aber insbesondere stationär, tätigen Psycholog*innen und Ärzt*innen konnten zeigen, dass mit einer einzigen Frage, nämlich der nach der erlebten Gesamtbelastung, eine besonders betroffene Personengruppe identifiziert werden und damit eine spezifische Unterstützung erhalten kann (Wurst et al., 2013).

In einem systematischen Review von di Nota et al. (2021) wurden 42 Studien zu Präventionsprogrammen zu Stress und Traumaexposition bei gefährdeten Berufsgruppen untersucht. Alle Programme beinhalteten achtsamkeitsbasierte Strategien, Psychoedukation, Resilienzförderung und Stressbewältigungsstrategien. Es zeigte sich eine begrenzte Evidenz für eine vorübergehende Reduktion posttraumatischer Stressfolgen wie Depressionen oder Angstzustände in den untersuchten Gruppen (di Nota et al., 2021).

Keine der Studien bewertete die Wirksamkeit spezifischer Bewältigungsstrategien. Es gibt jedoch eine Reihe von Techniken, die in der Literatur berichtet werden und von Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit als hilfreich empfunden wurden. Dazu gehören Suizidkonferenzen, Supervisionen, Mitarbeiterunterstützungsgruppen (Peacock, 1991), organisatorische Problemlösung (Peacock, 1991), Trauerrituale, spirituelle Angebote, vertrauliche/kollegiale Beratung und, Entspannungstraining (Watson, 1986; Peacock, 1991). Die Vermittlung von Strategien zum Stressmanagement zum Umgang nach einem Suizid ist ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung (Cryan et al. 1995; Chemtob et al. 1988). In vielen Kliniken und anderen Einrichtungen des Versorgungssystems werden nach einem Suizid Suizidkonferenzen zur Unterstützung und Nachsorge für die Mitarbeitenden einberufen.

Empfehlungsgrad: EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : Postvention nach Patientensuizid soll für Behandelnde und Mitpatient*innen angeboten werden. Auf diesem Gebiet ist Forschung notwendig.
	Konsensstärke: 100 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substanzieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Literatur:

Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G. & Kinney, B. (1998) Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224–228.

Cryan, E.M.J., Kelly, P. & Mccaffry, B. (1995) The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19, 4–7. Fothergill, A. et al. (2004).: Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review stress, burnout, coping and stress

Jupina, M., Mercer, M., Weleff, J., Hackett, L., Nunes, J. C., Sebastian, D., & Anand, A. (2024). Prevalence of Patient Suicide and Its Impact on Health Care Professionals: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, appi-ps.

Lascelles e.a, Experiences and needs of adult informal carers of adults at risk of suicide: A systematic review with mixed methods analysis Menzel, S., Brieger, P.: Umgang mit Suizid in psychiatrischen Einrichtungen, *Psychosoziale Arbeitshilfen* 40, Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 202, ISBN print: 978-3-96605-039-5, ISBN online: 978-3-96605-121-7

Müller, B. ZfP Südwürttemberg, Handbuch für Mitarbeitende, Hilfe und Unterstützung nach Patienten- oder Bewohnersuizid und schweren Suizidversuchen, überarbeitet 2024

Peacock, R. (1991) Stress in the workplace: studies of psychiatric nurses and prison service workers. PhD, Cranfield Institute of Technology, UK.

Watson, J. (1986) A step in the right direction . . . relaxation training for psychiatric staff. *Senior Nurse*, 5, 12–13. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative (9241564776)*. World Health Organization

Wurst, FM; Kunz, I; Skipper, GE; Wolfersdorf, M; Beine, KH; Vogel, R; Müller, S; Petitjean, S; Thon, N. How therapists react to patient's suicide – findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry* 2013; 35(5):565-70

Kapitel 9 Assistierter Suizid

PICO-Frage 57: Führt eine Legalisierung des assistierten Suizids zu einer Erhöhung/Verminderung der Suizidzahlen in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Legalisierung?

In einigen Ländern wurden in den letzten Jahren Regelungen getroffen, die unter bestimmten Bedingungen die legale (Bei)Hilfe zum Suizid bzw. einen assistierten Suizid ermöglichen. Bei der (Bei)Hilfe zum Suizid erhalten Betroffene Unterstützung zur Durchführung eines Suizids. Die Betroffenen führen die Handlung selbst durch, mit Hilfe von Substanzen in tödlicher Dosierung oder anderen Mitteln, die von Dritten bereitgestellt werden. In Deutschland ist die Hilfe zur Selbsttötung erlaubt, wenn der Suizid freiverantwortlich erfolgt, in der Schweiz ist der assistierte Suizid seit vielen Jahren, in Österreich mit dem Sterbeverfügungsgesetz seit 2022 erlaubt.

Zu der oben gestellten Frage liegt nur eine sehr limitierte Zahl an Publikationen vor, die in einer systematischen Übersichtsarbeit präsentiert wurden (Doherty et al. 2022). Darin wurden insgesamt sechs Studien (aus der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und den USA) eingeschlossen, die den Zusammenhang zwischen nicht-assistierten Suiziden und Suizidassistenz bzw. Tötung auf Verlangen (EAS = Euthanasia and assisted suicide) untersuchten. Aufgrund der Studiendesigns konnte für viele potentielle konfundierende Variablen nicht kontrolliert werden. Vier der Studien berichteten einen Anstieg der Raten von selbst-initiierten Todesfällen generell sowie einen Trend zu einem Anstieg von nicht-assistierten Suiziden nach Einführung der gesetzlichen Möglichkeit des assistierten Suizids (Zalman und Stack 1996; Jones und Paton 2015; Nanner 2021; Canetto und McIntosh 2022). In keiner der Studien konnte ein präventiver Effekt der Möglichkeit des gesetzlich erlaubten assistierten Suizids auf nicht-assistierte Suizide festgestellt werden.

In der auch im Review von Doherty et al. (2022) eingeschlossenen Studie von Jones und Paton (2015) wurde das Verhältnis von ärztlich assistiertem Suizid mit nicht-assistierten Suiziden in den US-Bundesstaaten Oregon, Washington, Vermont und Montana in den Jahren 1990-2013 untersucht (Jones & Paton 2015). Nach Kontrolle verschiedener sozio-ökonomischer Faktoren, Landes- und Jahreseffekte und landesspezifischer Trends war die Legalisierung von

ärztlich assistiertem Suizid verbunden mit einem 6,3%igem (95 % KI: 2,70% - 9,9%) Anstieg bei den Suiziden (ärztlich assistierten und nicht-assistierten Suiziden). Dieser Effekt war ausgeprägter bei den über 65-Jährigen (14,5 %, 95 % KI: 6,4% - 22,7%). Jones et al. (2022) untersuchten in der Folge die Entwicklung im Vergleich der europäischen Länder Schweiz, Österreich, Luxemburg, Frankreich, Niederlande und Deutschland. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass weder die europäischen Daten noch die Daten aus den Vereinigten Staaten Anlass zur Annahme geben, dass EAS auf Bevölkerungsebene eine wirksame Form der Suizidprävention darstellt, weder im Hinblick der Verhinderung von Suizid (einschließlich AS) noch auf die Verhinderung von nicht assistiertem Suizid (Jones 2022).

In der internationalen Literatur werden die Daten aus Ländern, in denen sowohl assistierter Suizid als auch Tötung auf Verlangen (EAS) möglich sind, statistisch gemeinsam erfasst. Dabei wird deutlich, dass in diesen Ländern die Tötung auf Verlangen dominiert und die assistierten Suizide nur einen geringen Prozentsatz der EAS-Fälle ausmachen. Der jährliche Report aus den Niederlanden für das Jahr 2024 zeigt, dass 97,94 % der gemeldeten Fälle Tötungen auf Verlangen waren (Regional Euthanasia Review Committees, 2024). Die Datenlage lässt keine Schlussfolgerung hinsichtlich einer Reduzierung der allgemeinen Suizidrate durch eine Legalisierung des assistierten Suizids zu. Einige Ergebnisse weisen sogar auf eine höhere Gefährdung der über 65-Jährigen hin (Canetto & McIntosh, 2022). Die Frage der gesetzlichen Regelungen zum assistierten Suizid bzw. zur aktiven Suizidhilfe ist auf gesellschaftspolitischer Ebene zu klären.

57.1	Empfehlung	
Evidenzbasiertes Statement:	<u>Evidenzbasiertes Statement:</u> 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.	
Qualität der Evidenz		
Outcome nicht-assistierte Suizide	Andriessen, K., Kryszynska, K., Castelli Dransart, D. A., Dargis, L., & Mishara, B. L. (2020). Grief after euthanasia and physician-	

⊕⊕⊕⊕	<p>assisted suicide: A systematic review. <i>Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention</i>, 41(4), 255-272. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000630</p> <p>Doherty, A. M., Axe, C. J., & Jones, D. A. (2022). Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. <i>BJPsych open</i>, 8(4), Article e108. https://doi.org/10.1192/bjo.2022.71</p>
	Konsensstärke: 97 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	keine wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	keine wichtigen Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	keine wichtigen Probleme

Literatur:

Doherty AM, Axe CJ, Jones DA (2022) Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. *BJPsych Open* 8, e108, 1-8. doi: 10.1192/bjo.2022.71.

Zalman M, Stack S. The relationship between euthanasia and suicide in the Netherlands: a time series analysis, 1950-1990. *Soc Sci Q* 1996; 77(3): 577–93.

Jones DA, Paton D. How does legalization of physician-assisted suicide affect rates of suicide? *South Med J* 2015; 108(10): 599–604

Nanner H. The effect of assisted dying on suicidality: a synthetic control analysis of population suicide rates in Belgium. *J Public Health Policy* 2021; 42(1): 86–97.

Canetto SS, McIntosh JL. A comparison of physician-assisted/death-with-dignity-act death and suicide patterns in older adult women and men. *Am J Geriatr Psychiatry* 2022; 30(2): 211–20.

Jones D. Euthanasia, Assisted Suicide, and Suicide Rates in Europe. *Journal of Ethics in Mental Health* 2022; 11: 1-15

Regional Euthanasia Review Committees. (2024). Annual report 2024.
<https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/24/index/rte-annual-report-2024.pdf>

PICO-Frage 58: Führt eine Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid bei suizidalen Patient*innen zu einer erhöhten/ geringeren Suizidalität in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Beratung/ einer aktiven Kontrollgruppe?

Die Frage, ob eine Beratung von Menschen, die einen assistierten Suizid wünschen, einen Einfluss auf die Suizidalität in der Gesamtbevölkerung hat, lässt sich aufgrund fehlender Forschung nicht beantworten. Für eine Untersuchung, welchen Effekt eine Beratung gegenüber keiner Beratung hat, bestehen methodische und ethische Schwierigkeiten, eine Kontrollgruppe von Menschen zu bilden, die Suizidassistenten wünschen, aber keine Beratung erhalten. Viele internationale Studien, die die Wirkung von Interventionen bei Suizidbegehren untersuchen, unterscheiden auch nicht zwischen dem Wunsch nach Tötung auf Verlangen und dem Wunsch nach Assistenz beim Suizid.

Hinzu kommt, dass der Begriff der Beratung sehr unterschiedlich verstanden und ausgelegt wird. Das Verständnis von Beratung reicht von einer reinen Informationsvermittlung im Rahmen freiwilliger oder gesetzlich vorgeschriebener Beratungen bis zu vielfältigen professionellen Gesprächs-, Informations- und Beratungsangeboten im Kontext medizinischer und hospizlicher Behandlung und Begleitung. Nach klinischer Erfahrung, Kasuistiken und qualitativen Interviewstudien haben viele Personen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids unterschiedliche psychische, soziale, körperliche und spirituelle Leidenszustände, die jeweils unterschiedliche Beratungsformen erfordern. Diese umfassen auch Interventionen bis zu intensiven psychosozialen Beratungen oder Psychotherapien beim Anliegen eines assistierten Suizids, in denen eine reflektierte professionelle Beziehung aufgebaut wird. Diese Beziehung beinhaltet auch weiter gefasste Aspekte der individuellen Lebensführung, der bisherigen Krisenbewältigung und möglicher Alternativen. (Lindner 2015; Lindner et al. 2021)

Die definatorische Unschärfe könnte ein Grund dafür sein, dass keine einheitlichen evidenzbasierten Effekte einer Beratung bezüglich des Wunsches nach assistiertem Suizid nachgewiesen werden konnten. In einer Reihe von Studien bestehen Hinweise darauf, dass bei dem Wunsch nach einem beschleunigten Herbeiführen des Todes psychische und soziale Gründe ein größeres Gewicht haben als diejenigen Gründe, die direkt mit körperlichen

Symptomen wie Schmerzen zusammenhängen. Diesen Ergebnissen liegen meist Untersuchungen zur Wahrnehmung der Patient*innen hinsichtlich aktueller Belastungen und Konflikte sowie ihres möglichen Gefühls für die Zukunft und Befragungen des medizinischen Fachpersonals und der Angehörigen hinsichtlich ihrer Einschätzung der jeweiligen Motive zugrunde (Hudson et al. 2006, Lindner et al. 2014).

Weitere Studien identifizieren das Vorhandensein von (physischem, psychischem, sozialem, existentiell) Leiden als übergreifendes Phänomen, dessen Berücksichtigung im Zusammenhang mit einem solchen Wunsch bei Menschen mit fortgeschrittenen somatischen Erkrankungen zum Verständnis notwendig ist. Als bedeutsame rationale Beweggründe für Sterbewünsche werden genannt (Rodríguez-Prat et al. 2017):

- physische Faktoren (v. a. Schmerzen und Funktionsverlust)
- unlösbar erscheinende Probleme und Konflikte in nahen Beziehungen
- Angst vor Würdeverlust, Identitätsverlust, Abhängigkeit, Abwertung und davor, als Objekt behandelt zu werden
- das Gefühl, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren und in eine Situation gedrängt zu werden, die gegen alles verstößt, was früher für den Betroffenen wichtig war.

Diese Aspekte können als mögliche Beratungsthemen aufgefasst werden.

Nutzt man die bereits bestehende empirische Literatur zu Todeswünschen im palliativen Setting (Kremeike et al. 2021), die mehr als das Anliegen eines assistierten Suizids umfasst, so ergeben sich auf der Grundlage qualitativer Studien Hinweise zu Anliegen von Patient*innen, wie die Kommunikation über Todeswünsche – und darin enthalten auch über Wünsche nach Suizidassistenz – gestaltet sein sollte: Untersuchungen ergaben, dass Patient*innen sich wünschen, aktiv in einer vertrauensvollen professionellen Beziehung auf mögliche Todeswünsche angesprochen zu werden. Dabei sollten der Zeitpunkt, der Zeitraum und die Rahmenbedingungen der Gespräche sicherheits- und vertrauensförderlich gestaltet werden. Zudem wünschen sich Patient*innen, unter Umständen mit weiteren Fachpersonen sprechen zu können (Kremeike et al. 2019, Kremeike et al. 2020, Pestinger et al. 2014)

Dafür sprechen auch Studien zu psychologischen Gesprächen zu Würde und Lebenssinn mit unheilbar kranken Patient*innen, die sich den Tod wünschen (*dignity interventions*) sowie

dem mit den Gesprächen verbundenen Abbau von emotionalem Stress, insbesondere bei Depression und Angst (Oh und Shin 2014). Aus Kasuistiken ergeben sich weitere Hinweise darauf, dass in einer existentiell belastenden Situation am Lebensende beraterische und therapeutische Haltungen hilfreich sein können, die folgende Charakteristika erfüllen: Wertschätzung, Akzeptanz der Nöte der/des Patienten/in, Aufnahme und Aushalten der emotionalen und relationalen Belastungen sowie das mit dem/der Patienten/in gemeinsame Suchen nach einem Verständnis des aktuellen Befindens vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und -erfahrungen (Oh und Shin 2014).

Auch die Zusammenhänge zwischen der Angst vor dem Verlust von Würde und Autonomie und dem Wunsch nach Sterbehilfe und assistiertem Sterben, sind Gegenstand einer großen Anzahl von Arbeiten (Quah et al. 2023). Dabei wird der tatsächliche oder befürchtete Würdeverlust als entscheidender Auslöser des Wunsches nach beschleunigtem Herbeiführen des Sterbens angenommen.

Zur Gestaltung der psychologischen Beratung werden in einer Untersuchung zur Beratungspraxis bei Patient*innen mit dem Wunsch nach beschleunigtem Sterben in ausgewählten Ländern, in denen sowohl Tötung auf Verlangen als auch Suizidassistenz legalisiert sind, folgende Phasen unterschieden: psychologische Erfassung/Exploration, Unterstützung und Begleitung bei der Entscheidungsfindung der Patient*innen, Begleitung bei der weiteren Orientierung der Patient*innen und psychologische Beurteilung (Marina et al. 2021). Diese Strukturierung kann darauf hindeuten, dass bei einer solchen Beratung von einer großen Entschlossenheit der Person, die den assistierten Suizid sucht, ausgegangen wird. Eine Auseinandersetzung mit einer möglicherweise bestehenden Ambivalenz wird dabei nicht umfassend berücksichtigt.

Unterschieden werden ferner Patient*innen mit einer terminalen Erkrankung, Patient*innen mit einer unheilbaren, aber nicht terminalen Erkrankung, Menschen ohne jede Erkrankung und Kinder mit einer terminalen Erkrankung, wobei die Schwerpunkte der Beratung Fallgruppen-spezifisch sind (Marina et al. 2021). Hinzu kommt sicherlich noch die Gruppe der psychisch erkrankten Personen.

Genauere konzeptionelle Ausführungen zur Art der Beratung, zum Beratungssetting, zur Rollendefinition der Beratenden und der Beratenen und zur Qualifikation der Berater*innen liegen aber besonders für die Gruppe der Patient*innen ohne schwere Erkrankung und für Kinder mit terminalen Erkrankungen (noch) nicht vor.

Der Schluss liegt deshalb nahe, dass Beratung und Therapie durch Professionelle oder Unterstützung durch qualifizierte Ehrenamtliche in der Hospizversorgung, aber auch ein positives, stützendes und verstehendes Umfeld wirksam auf den Wunsch nach einem beschleunigten Herbeiführen des Todes sind. Quantitative Studien fehlen allerdings, insbesondere auch Studien dazu, ob und in welchem Maße und in welcher Richtung Beratung einen bereits bestehenden Wunsch nach Suizidassistenz beeinflusst. Allerdings liegen im Rahmen der Forschung zum Therapieerfolg eine Reihe von Einzelbefunden über die Wirkung von Therapie in den Bereichen subjektives Wohlbefinden, Rückgang der Symptomatiken (beispielsweise Angst oder Depression) sowie Wiederherstellung oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus vor (Lambert 2013).

58.1	Konsensbasierte Empfehlung
EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert:</u> Personen mit dem Anliegen eines assistierten Suizids soll proaktiv Hilfe und Beratung ohne Zielerwartung über ihre Anliegen, ihre Probleme und ihre Leiden angeboten werden.
	Konsensstärke: 90 %

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substanzieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet

Ressourcen	wichtige oder potentielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	wichtige oder potentielle Probleme

Briggs, S., Lindner, R., Goldblatt, M., Kapusta, N., Teising, M. (2022). Psychoanalytic understanding of the request for assisted suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 103 (1): 71-88, DOI: [10.1080/00207578.2021.1999773](https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1999773)

Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., Aranda, S., O'Connor, M., & Street, A. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693-701.

Jones, D.A., Paton, D. (2015): How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?, *South Med J*, 2015 Oct;108(10):599-604

Kremeike, K., Perrar K.M., Lindner, R. Bostroem K., Montag, T., Voltz, R. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Z Palliativmed* 20: 323 -335.

Kremeike, K., Frerich, G., Romotzky, V., Boström, K., Dojan, T., Galushko, M., Shah-Hosseini, K., Jünger, S., Rodin, G., Pfaff, H., Perrar, K.M. Voltz, R. (2020). *MC Palliative Care* 19:49-61.

Kremeike K, Pralong A, Boström K, Bausewein C, Simon ST, Lindner R, Voltz R (2021) 'Desire to Die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Ann Palliat Med*. 10::3594-3610.

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6. Aufl. (S. 169–218). Hoboken, N.J.: Wiley

Onkologie, L. (2020). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. 2.3, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> Zugriff am: 25.06.2024)

Lindner, R., Foerster, R., von Renteln-Kruse, W. (2014). Physical distress and relationship problems. Exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal

geriatric patients. *Z Gerontol Geriat* 47: 502-507.

Online: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00391-013-0563-z>

Lindner, R. (2015). Der suizidale Sterbende. Eine Kasuistik aus Palliativmedizin, Geriatrie und Psychosomatik. *Nervenheilkunde* 34: 441-445.

Lindner, R, Goldblatt, M, Briggs, S, Teising, M. (2021). Häufig ambivalent. Todeswünsche am Ende des Lebens. *Deutsches Ärzteblatt* 118 (21): A1050-1052.

Marina, S., Wainwright, T., & Ricou, M. (2021). 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*, 56(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>

Oh, P. J., & Shin, S. R. (2014). Effects of Dignity Interventions on Psychosocial and Existential Distress in Terminally ill Patients: A Meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(5), 471-483. <https://doi.org/10.4040/jkan.2014.44.5.471>

Pestinger M, Stiel S, Elsner F, Widdershoven G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L (2015) The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding "When perception of time tends to be a slippery slope". *Palliat Med* 29(8): 711-9.

Quah, E. L. Y., Chua, K. Z. Y., Lua, J. K., Wan, D. W. J., Chong, C. S., Lim, Y. X., & Krishna, L. (2023). A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying. *J Pain Symptom Manage*, 65(2), e123-e136. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.10.004>

Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7(9), Article e016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>

PICO-Frage 59: Führt eine systematische Dokumentation oder die Einführung eines Registers bezüglich des assistierten Suizids bei Personen mit Suizidalität zu einer erhöhten / geringeren Suizidalität in der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu keiner Dokumentation / keiner Einführung eines Registers?

Es liegen keine Studien vor, die eine wissenschaftlich fundierte Beantwortung der Fragestellung ermöglichen. Bisher wurde in keinem der Länder, in denen assistierter Suizid durchgeführt wird, eine verpflichtende systematische und umfassende Datenerhebung bzw. ein Register eingeführt.

Nach Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes etablierte die österreichische Palliativgesellschaft (OPG) über die Berichts- und Lernplattform ASCIRS ein Tool zur freiwilligen Erfassung von Beobachtungen und Erfahrungen der Beteiligten an assistierten Suiziden. Laut Angabe der OPG sollen diese Daten zur Entwicklung unterstützender Leitlinien und zur Verbesserung des Status quo genutzt werden sowie als Grundlage für die Forschung um assistierten Suizid dienen (<https://www.ascirs.at/>).

In der Schweiz wurden basierend auf Volkszählungsdaten, Todesfallstatistiken sowie registerbasierten Zensusdaten im Rahmen der Swiss National Cohort (SNC) 1301 assistierte Suizide analysiert. Diese Daten zur Suizidassistenz wurden anonymisiert von drei Sterbehilfeorganisationen zur Verfügung gestellt. Fälle von Ärzt*innen, die außerhalb von Organisationen Suizidassistenz leisteten, waren in dieser Studie nicht berücksichtigt. Die Autoren führen als Limitationen derartiger Erhebungen an, dass die zugrunde liegenden psychischen Erkrankungen möglicherweise unvollständig erfasst wurden, da lediglich Diagnosen auf Todesbescheinigungen ohne weitere medizinische Datensätze zur Verfügung standen (Steck et al. 2016). Das Fehlen eines verpflichtenden offiziellen Registers zur Suizidassistenz in der Schweiz macht eine umfassende und damit repräsentative Datenerhebung unmöglich (Frei et al. 2013, Steck et al. 2016).

Der Effekt einer systematischen Dokumentation bzw. eines Registers bezüglich des assistierten Suizids auf die Suizidalität in der Gesamtbevölkerung kann aufgrund der vorliegenden Datenlage nicht beurteilt werden.

In Anlehnung an die aufgeführten Limitationen bzw. Empfehlungen der genannten Publikationen (Steck et al. 2016, Frei et al. 2013) sowie der OPG wird eine gesetzliche

Verpflichtung, alle assistierten Suizide in einem zentralen Melderegister zu erfassen, für sinnvoll erachtet. Die Definition von Parametern, die bei einer Suizidassistenz erfasst werden müssen, ermöglicht eine strukturierte und umfassende Datenerhebung. Neben den sozioökonomischen und demographischen Faktoren sowie den medizinischen Diagnosen der Patient*innen sollen hierbei auch detaillierte Daten zur Inanspruchnahme und Durchführung einer Suizidassistenz erfasst werden.

Nur ein systematisches Langzeitmonitoring von Daten kann eine gesellschaftliche Transparenz ermöglichen zu Fragen wie z. B. signifikanten Veränderungen im Bereich bestimmter betroffener Personengruppen oder der "Normalisierung" des Themas. Normalisierung bedeutet hierbei, dass die Möglichkeit des assistierten Suizids in einem Arztgespräch als „normale Therapieoption“ angeboten wird.

59.1	Konsensbasierte Empfehlung	
EK/ A ↑↑	<u>Konsensbasiert</u> : Ein Register zur verpflichtenden strukturierten Erfassung assistierter Suizide soll eingerichtet werden.	
	Konsensstärke: 83 %	

Evidence-to-Decision Framework	
Nutzen und Schaden	substantieller Netto-Nutzen
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	nicht festgelegt
Wertvorstellungen und Präferenzen	wesentliche Variabilität erwartet
Ressourcen	wichtige oder potenzielle Probleme
Gerechtigkeit	keine wichtigen Probleme
Annehmbarkeit	keine wichtigen Probleme
Umsetzbarkeit	Wichtige oder potenzielle Probleme

Literatur

Steck, N., Egger, M., & Zwahlen, M. (2016). Assisted and unassisted suicide in men and women: Longitudinal study of the Swiss population. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 484-490.

Frei, M., Michel, K., & Valach, L. (2013). Humor, giving credit and building trust in a first encounter after attempted suicide: Theoretical and technical considerations on the association of the humorous attitude of Freud with the modern technical concept of giving credit. In *Forum der Psychoanalyse* (Vol. 29, No. 2, pp. 181-200).