



AWMF-Register Nr.	028/031	Klasse:	S2k
--------------------------	----------------	----------------	------------

Suizidalität im Kindes- und Jugendalter



Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:

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



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

Koordination:

Prof. Dr. Katja Becker & PD Dr. Paul L. Plener

unter aktiver Mitarbeit von (in alphabetischer Reihung):

Prof. Dr. H. Adam, Dr. M. Bahr, Prof. Dr. H. Braun-Scharm, Dipl. Soz.Päd. E. Brockmann,
Prof. Dr. R. Brunner, Prof. Dr. E. Etzersdorfer, Prof. Dr. J.M. Fegert, Dr. M. Fischer,
Prof. Dr. T. In-Albon, Dr. M. Jung, PD Dr. M. Kaess, Prof. Dr. N. Kapusta, Dr. J. Klein-
Heßling, Dipl. Psych. R. Merod, Dr. S. Schaller, Prof. Dr. A. Schmidtke, L. Werling

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Katja Becker
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Marburg & Philipps-Universität Marburg
Hans-Sachs-Str. 6, 35039 Marburg
E-Mail: kjp@med.uni-marburg.de

Bitte zitieren als: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al.: Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016, verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>

Beteiligte Organisationen und Fachgesellschaften (alphabetisch):

AGUS-Selbsthilfe e.V.



Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft der
Leitenden Klinikärzte für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie e.V. (BAG)



Bundespsychotherapeutenkammer
(BPtK)



Deutsche Gesellschaft für
Kinderchirurgie (DGKCH)



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



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendmedizin e.V. (DGKJ)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie
e.V. (DGPs)



Deutsche Gesellschaft für
Suizidprävention (DGS)



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie (DGVT)



Freunde fürs Leben e.V.



Nationales Suizidpräventionsprogramm
für Deutschland (NaSPro)



Besondere Hinweise

Die Medizin, Psychologie und Psychotherapie unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur den Wissensstand zur Zeit der Fertigstellung und Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der Empfehlungen zur Therapie und Angaben von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt angewendet. Gleichwohl werden die Leitlinienanwender aufgefordert, die jeweiligen aktuellen Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und ggf. neuere Vorgaben zu berücksichtigen. Jeder Arzt/Psychotherapeut bleibt selbst verantwortlich für Diagnostik und Therapie bei seinen Patienten. Bei der Verordnung von nicht für eine Indikation und/oder den Altersbereich zugelassenen Medikamenten müssen die „Off-Label-Use“-Kriterien berücksichtigt werden und die Sorgeberechtigten sowie die Patienten sind auf diesen Umstand des Off-Label-Use hinzuweisen.

Irrtümer und Druckfehler sind vorbehalten und in keinem Fall haften die Autoren der Leitlinien für Schäden, die durch eine Behandlung entstehen.

Die in dieser Leitlinie erscheinende männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet. Der Text ist also geschlechtsneutral und wertfrei zu verstehen.

Die vorliegende Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ wurde von derselben Leitliniengruppe erstellt, die sich auch für die Leitlinie „Nichtsuizidale selbstverletzendes Verhaltensweisen (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“ (AWMF-Registernummer 028/029) verantwortlich zeichnet. Dies erschien sinnvoll, da es in den Publikationen Überschneidungen gibt und auch Jugendliche, die nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) zeigen, häufiger suizidales Verhalten aufweisen. Des Weiteren die Abgrenzung zwischen NSSV und akuter Suizidalität wichtig und sinnvoll. Die beiden Leitlinien sollten sich sinnvoll ergänzen.

Durch die erstmalige Definition der "Suizidalen Verhaltensstörung" im DSM-5, die als *Klinisches Erscheinungsbild mit weiterem Forschungsbedarf* von der DSM-5-Gruppe deklariert wurde, ist davon auszugehen, dass künftige Studien und Publikationen sich auf die neuen DSM-5-Kriterien beziehen, sodass man sich bei der nächsten Überarbeitung der Leitlinien Suizidalität im Kindes- und Jugendalter darauf beziehen kann.

Vorgeschlagene DSM-5-Kriterien der "Suizidalen Verhaltensstörung" (APA 2013; deutsche Version 2015; S.1096 ff.):

- A. Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.
(Beachte: Ein Suizidversuch ist ein selbstinitiiertes Verhaltensablauf einer Person, die zum Zeitpunkt einer Initiierung annimmt, dass der Ablauf der Handlung zu ihrem eigenen Tod führt. Der „Zeitpunkt der Initiierung“ ist der Zeitpunkt, an dem das Verhalten eingetreten ist, das die Anwendung der Methode beinhaltet.)
- B. Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für Nichtsuizidale Selbstverletzungen – d.h. sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, von einem kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.
- C. Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.
- D. Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustandes der Verwirrtheit initiiert.
- E. Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.

Bestimme, ob:

Aktuell: Nicht mehr als 12 Monate seit dem letzten Versuch.

Frühremittiert: 12-24 Monate seit dem letzten Versuch.

Weitere Herausforderungen bei der Erstellung der Leitlinien waren die Tatsache, dass die Literatur zum Einen sich häufiger auf Erwachsene bezieht bzw. auf ein größeres Altersspektrum, zum Anderen viele Studien in anderen Ländern durchgeführt wurden, und weder Ergebnisse aus dem Erwachsenenalter noch aus anderen Ländern automatisch auf deutsche Kinder- und Jugendliche übertragen werden können. Da somit die Erstellung von S3-Leitlinien aufgrund der vorliegenden Evidenzlage nicht möglich war, aber von den Fachgesellschaften und Autoren der Leitlinien Handlungsempfehlungen für Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter gefordert wurden, wurde die vorliegende konsensusorientierte S2-Leitlinie erstellt.

Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Inhalt

1	Klassifikation	7
1.1	Definition	7
1.2	Leitsymptome	8
1.3	Schweregradeinteilung.....	9
1.4	Suizidmethoden und altersspezifische Unterschiede	11
1.5	Ausschlussdiagnosen.....	12
2	Epidemiologie	13
3	Störungsspezifische Diagnostik.....	16
3.1	Assoziierte psychische Störungen und Probleme	17
3.2	Störungsrelevante Rahmenbedingungen und Risikofaktoren	19
3.3	Diagnostik, inkl. Labor- und Testdiagnostik.....	20
3.4	Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik	26
3.5	Entbehrliche Diagnostik.....	26
4	Multiaxiale Bewertung	26
4.1	Identifizierung des Leitsymptoms	26
4.2	Identifizierung weiterer Belastungen	26
4.3	Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.....	27
5	Interventionen.....	27
5.1	Auswahl des Interventionssettings	27
5.2	Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung	29
5.3	Rechtliche Grundlagen.....	30
5.4	Fachfremde Interventionen	31
5.5	Pharmakotherapie	32
5.6	Psychotherapeutische Interventionen	33
5.7	Besonderheiten bei ambulanter Behandlung	35
5.8	Besonderheiten bei stationärer Behandlung	36
5.9	Ergänzende Maßnahmen, inkl. Jugendhilfe	37
5.10	Häufige Fehler.....	38
5.11	Zusammenfassung.....	40
6	Postvention und Prävention.....	40
6.1	Postvention	40
6.2	Prävention	44
7	Literatur	49

1 Klassifikation

Im aktuellen Klassifikationssystem ICD-10 ist Suizidalität ein Symptom und keine Diagnose. Im multiaxialen Klassifikationsschema nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2012) können Suizidversuche als vorsätzliche Selbstbeschädigung auf der vierten Achse im Abschnitt X60-84 klassifiziert werden. Im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-5 (APA, 2013; dt. 2015) wurde die *Suizidale Verhaltensstörung* („Suicidal Behavior Disorder“) in der Sektion *Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf* neu aufgenommen (APA, 2015; S. 1096).

Aufgrund der Häufigkeit von Suizidgedanken und der hohen klinischen Relevanz von suizidalen Krisen, Suizidversuchen und Suiziden im Jugendalter wurde eine eigene Leitlinie als klinische Handlungsempfehlung für diesen Themenkreis erstellt.

1.1 Definition

Der Begriff **Suizidalität** umfasst den gesamten Bereich Suizidgedanken, Suizidankündigungen, Suizidpläne und Suizidversuche.

Unter **Suizid** versteht man die von einer Person willentlich und im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens.

Als **Suizidversuch** wird jede selbstinitiierte Verhaltenssequenz eines Individuums beschrieben, welches zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns erwartet, dass die getroffenen Maßnahmen zum Tode führen werden. Als Zeitpunkt des Beginns der Verhaltensweise wird jener Zeitpunkt gewählt, zu dem ein Verhalten initiiert wurde, das die Anwendung der Suizidmethode beinhaltet (APA, 2013). Das heißt, dass alle Handlungen, die mit dem Ziel unternommen werden, damit aus dem Leben zu scheiden, und die nicht tödlich enden, als Suizidversuch verstanden werden.

Als **Suizidgedanken** werden Gedanken beschrieben, das eigene Leben durch eigenes Handeln zu beenden.

Ein **Suizidplan** liegt dann vor, wenn eine konkrete Methode formuliert wird, mittels derer das Individuum plant, aus dem Leben zu treten (Nock et al., 2008).

Die Unterscheidung zwischen Suizidgedanken und Suizidplänen ist von klinischer Relevanz, da von Jugendlichen mit Suizidgedanken jene, die auch Suizidpläne beschreiben, dreimal häufiger einen Suizidversuch unternehmen (Nock et al., 2013).

Unter **akuter Suizidalität** versteht man das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängenden Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel.

Unter **chronischer Suizidalität** versteht man kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken mit oder ohne Suizidversuch(en).

Als **Suiziddrohungen** werden verbale Äußerungen oder Handlungen beschrieben, bei denen suizidales Verhalten angekündigt wird, ohne dass die Intention besteht, dies auch durch einen Handlungsimpuls in die Tat umzusetzen (Nock 2010).

In den letzten Jahren hat sich vor allem die Beachtung des Vorliegens oder der Abwesenheit einer **suizidalen Intention** in der Klassifikation durchgesetzt (vgl. hier Nock 2010, Silverman et al., 2007, Posner et al., 2007). Daneben wird von Silverman et al. (2007) sowie von Posner et al. (2007) darauf hingewiesen, dass es eine Restgruppe gibt, bei der die suizidale Intention unklar bleibt. Im Rahmen der Leitlinien sei darauf verwiesen, dass das Vorliegen einer suizidalen Intention in Exploration mit dem betroffenen Klienten letztendlich eine klinische Entscheidung bleibt. Daneben existieren Suizid-Sonderformen, die im Hinblick auf Durchführung und Methoden Besonderheiten aufweisen. Bei auch im Jugendalter vorkommenden Gruppensuiziden werden vorab „**Suizidpakte**“ zwischen den Beteiligten geschlossen, es erfolgt ein verabredeter Suizid mehrerer Personen zur selben Zeit. Die Bewertung politisch oder kulturell motivierter Suizide wird kontrovers diskutiert.

Bei Jugendlichen wird häufig auch ein „**Gottesurteilcharakter**“ von suizidalen Handlungen beschrieben. Hier wird im Rahmen von riskantem Verhalten ein etwaiges Ableben billigend in Kauf genommen, d.h. Jugendliche begeben sich in eine Gefahrensituation, die tödlich enden kann und nehmen dieses Risiko im vollen Bewusstsein der potenziellen Letalität in Kauf.

1.2 Leitsymptome

Die Definition von „Leitsymptomen“ ist nicht sinnvoll, da Suizidalität selbst ein Symptom ist (und nicht ein Syndrom). Es handelt sich des Weiteren um ein dimensionales Phänomen, reichend von passiver Todessehnsucht (ohne Suizidideen) über Gedanken an Suizid ohne konkrete Planung zu akuten Suizidgedanken mit konkreter Planung bzw. konkrete Handlungsplanung oder bereits durchgeführte Suizidhandlung (Suizidversuch). Wichtig ist, bei jeder psychiatrischen

Exploration sowie auch immer beim Vorliegen von Risikofaktoren (siehe Kap. 3.2) bzw. Verhaltensänderungen (wie sozialem Rückzug, Äußerungen oder Hinweisen auf Hoffnungslosigkeit und/oder Verzweiflung, Hinweisen auf Überforderung), Suizidalität direkt zu erfragen.

1.3 Schweregradeinteilung

Die Schweregradeinteilung kann sowohl nach der *Intention zu sterben* als auch nach *äußeren Umständen* erfolgen.

Nach der *Intention zu sterben* können folgende Stufen unterschieden werden:

- hoch (Todeserwartung)
- mittel (Ambivalenz)
- niedrig (keine gezielte Intention)
- keine (Abwesenheit einer Suizidabsicht)

Eine Einteilung des Schweregrads von Suizidversuchen richtet sich nach der Beurteilung der äußeren Umstände (modifiziert nach DGKJP et al, 2007):

Hoher Schweregrad:

- subjektive Einschätzung der Methode als tödlich
- Mittel objektiv gefährlich
- Entdeckung und Rettung unwahrscheinlich bis unmöglich

Mittlerer Schweregrad:

- subjektive Einschätzung des Mittels als gefährlich, aber nicht tödlich
- Entdeckung und Rettung möglich

Geringer Schweregrad:

- subjektive Einschätzung des Mittels als wenig gefährlich
- Entdeckung und Rettung möglich und wahrscheinlich

Die Unterteilung in sogenannte „harte“ und „weiche Methoden“ ist nicht sinnvoll, weil die Abgrenzung oft nicht eindeutig möglich ist.

In der Einschätzung der Suizidalität kann des Weiteren zwischen Basissuizidalität, erhöhter Suizidgefahr und akuter Suizidgefahr differenziert werden (Wolfersdorf,

2008), wobei die Übergänge auch hier fließend sind:

1. glaubhaft keine Suizidalität (jetzt sowie in der Vorgeschichte, eigen- und fremdanamnestisch, keine Risikozeichen oder -Hinweise)
2. Basissuizidalität
3. Erhöhte Suizidgefahr
4. Akute Suizidgefahr

Unter **Basissuizidalität** ist das Ausmaß suizidaler Gefährdung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte sowie der aktuellen Situation zu verstehen.

Eine erhöhte Basissuizidalität liegt nach klinischer Erfahrung bei folgenden Kriterien vor, d.h. Menschen mit folgenden Risikokonstellationen sind suizidalen Handlungen näher als andere (siehe auch Kap. 3.2):

- suizidale Krise u./o. Suizidversuche in der Vorgeschichte
- suizidale Handlungen auch unter Hilfe- und Therapiebedingungen
- Störung der Impuls- und Aggressionskontrolle
- Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitseinstellung
- Suizide in der Familie bzw. bei Modellen
- Zugehörigkeit zu einer Risiko-Gruppe z.B. beim Vorliegen einer psychischen Störung, besonders belastende Lebenssituationen u.ä.

Hinweise für eine **erhöhte Suizidgefahr** sind u.a. (siehe auch Kap. 3.2):

- Äußerung konkreter Todes- und Ruhewünsche
- Erkennung oder Äußerung konkreter Suizidideen und -Pläne
- keine glaubwürdige Distanzierung bei direktem Nachfragen nach Suizidalität
- fremdanamnestisch werden suizidale Äußerungen berichtet, werden aber vom Betroffenen verneint
- tiefe Hoffnungslosigkeit, die im Gespräch nicht aufhellbar ist
- festgelegte konkrete Zeitpunkte und Rahmenbedingungen, die einen Suizid nahe legen bzw. begründen (z.B. Todestag eines geliebten Menschen)
- mehrere Krankheitsphasen einer psychischen Störung oder chronische psychische Erkrankung
- subjektiv aussichtslos erscheinende Situation

- bei Vorliegen konkreter Suizidanweisungen z.B. durch imperative Stimmen mit Suizidaufforderung

Für eine **akute Suizidgefahr** spricht, wenn

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
- Autoaggressivität (selbst-aggressives Verhalten) vorliegt und das Kind/der Jugendliche nicht mehr steuerungsfähig und damit nicht absprachefähig ist
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können

1.4 Suizidmethoden und altersspezifische Unterschiede

Die **Suizid(versuchs)methoden** werden im Klassifikationssystem der WHO unter den X-Codes (X60 – X 84) aufgeführt. Es wird dabei zwischen den Hauptgruppen *vorsätzlicher Selbstvergiftung* durch Einnahme oder Exposition gegenüber verschiedenen Substanzen (X 60 – X69) und *vorsätzlicher Selbstbeschädigung* (X70 – X84, z.B. Erhängen, Ertränken, Erschießen, Sturz aus der Höhe oder willentlich herbeigeführte Unfälle) unterschieden.

Man kann zwischen aktiven und passiven Methoden unterscheiden. Zu den aktiven Methoden zählen Erschießen, Erhängen, Sturz aus großer Höhe, Einnahme von Tabletten, Vergiftung durch andere Substanzen oder sich vor „sich bewegende Objekte“ (z.B. Bahnsuizid) begeben. Zu den passiven Methoden gehören die Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen (inkl. Nichteinnahme notwendiger Medikation) und die Verweigerung von Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme.

Es gibt Hinweise auf geschlechts- und altersspezifische Unterschiede bei Suizidmethoden (Värnik et al. 2008; 2009). In einer Studie mit 15 europäischen Ländern war Erhängen bei den deutschen weiblichen und männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren die häufigste Methode, gefolgt von Sturz aus der Höhe.

Bei den männlichen Jugendlichen folgte an dritter Stelle Sturz vor sich bewegende Objekte und bei weiblichen Jugendlichen Vergiftung durch Medikamente (Värnik et al., 2009).

Suizide und Suizidversuche bei unter 12-Jährigen sind selten. Es ist fraglich, ab welchem Alter man von „Suizid“ sprechen kann, da sich wahrscheinlich erst ab dem Alter von ca. 6 – 7 Jahren die Erfahrung der Unausweichlichkeit und Endgültigkeit des Todes einstellt (Nissen & Trott, 1989).

Die Auswahl der Suizidmethode wird stark beeinflusst von der Verfügbarkeit (z.B. Schusswaffen), kulturellen Faktoren und weiteren Gegebenheiten (inkl. Infrastruktur, wie z.B. auch Gleisdichte in einem Land). Der Anteil der Suizide durch Schusswaffen ist in der Bundesrepublik gering, was auf die im Vergleich zu anderen Ländern strengere Reglementierung des Waffenbesitzes und folglich geringere Verfügbarkeit zurückgeführt werden kann. Die Suizide durch Schusswaffen sind in der Schweiz (Hepp et al., 2012) und den USA deutlich häufiger.

Wichtig für die Praxis ist zu wissen, dass insbesondere im Kindes- und Jugendalter nicht vorschnell von der Methode eines Suizidversuchs auf die Ernsthaftigkeit bzw. den Schweregrad der Suizidalität geschlossen werden kann (insbesondere bei Jüngeren bzw. unterdurchschnittlich begabten Jugendlichen). Selbst einer aus ärztlicher Sicht objektiv nicht lebensbedrohlichen Handlung kann ein starker Suizidwunsch (Vorsicht: Wiederholungsrisiko!!) zugrunde liegen (z.B. durch Unkenntnis/Fehleinschätzung des Risikos; Verfügbarkeit). Auf sich kulturell bedingt stetig ändernde Suizidversuchsmethoden sollte ein besonders Augenmerk gelegt werden (z.B. absichtliche schwere Alkoholintoxikation) und aktuelle zur Verfügung stehende Informationen sollen herangezogen werden.

1.5 Ausschlussdiagnosen

Suizidalität definiert sich über die Intention zu sterben, weswegen andere selbstschädigende Verhaltensweisen ohne diese Intention nicht dazu zählen.

Nicht zur Suizidalität zählen:

- Automutilation und nichtsuizidale selbstverletzende Verhaltensweisen (siehe dazu S2k-AWMF-Leitlinie 028/029 DGKJP et al. Nichtsuizidale selbstverletzende Verhaltensweisen)
- Nahrungsrestriktion bei Anorexia nervosa ohne Intention zu sterben
- chronischer Substanzmissbrauch und Drogenkonsum ohne Intention zu sterben
- Risikoverhalten im Jugendalter (inkl. Mutproben) und riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten) ohne Intention zu sterben
- Selbsttötungen in nichtsuizidaler Absicht im Rahmen von akuten Psychosen bei Realitätsverkenkung (z.B. Sprung aus dem Fenster in der Annahme, man könne fliegen) oder unter akuter Drogenintoxikation
- Unfälle ohne Intention zu sterben
- sexuell motivierte Strangulationen („Choking Games“) ohne Intention zu sterben
- Suiziddrohungen, ausschließlich um z.B. Strafmaßnahmen oder Abschiebung zu entgehen.

Auch wenn es sich nicht per definitionem um Suizidalität handelt, sind o.g. Handlungen aufgrund der Gesundheitsschädigung ernst zu nehmen. Außerdem können manche der o.g. Diagnosen mit zusätzlicher Suizidalität einhergehen (z.B. suizidale Krise im Rahmen einer Essstörung etc.).

2 Epidemiologie

Suizidgedanken

Zu Suizidgedanken liegen in Deutschland nur Daten aus klinischen Inanspruchnahmepopulationen und begrenzten populationsbasierten Stichproben vor. Gedanken an den Tod oder Suizidgedanken unter Kindern und Jugendlichen scheinen relativ häufig zu sein. In der Heidelberger Schulstudie berichten 14,4% der 14-15jährigen Schüler von Suizidgedanken in der Vergangenheit (Brunner et al., 2007). Dies entspricht in etwa internationalen Zahlen (Borges et al., 2008). Es bestehen deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Prävalenz von

Suizidgedanken im Jugendalter. Während in der Heidelberger Schulstudie 19,8% der Mädchen Suizidgedanken angaben, waren es bei den Jungen nur 9,3% (Kaess et al. 2011a). Nach den Angaben der Befragten werden diese Gedanken aber deutlich weniger als im Erwachsenenalter in konkrete Suizidpläne umgesetzt. In stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen berichten 70,4% der jungen Menschen über konkrete Suizidgedanken (Kaess et al., 2011b).

Suizidversuche

Suizidversuche bis zum Alter von 15 Jahre sind selten, danach steigen die Zahlen jedoch rapide an. In der Heidelberger Schulstudie berichten 8% der 14 – 15jährigen mindestens einen Suizidversuch in der Vergangenheit (Brunner et al., 2007). Es finden sich deutliche Geschlechtsunterschiede: Suizidversuche werden von 10,8% der Mädchen und 4,9% der Jungen berichtet (Kaess et al., 2011a). Die **Suizidversuchsziffer** (Suizidversuche/100.000 der Altersgruppe pro Jahr) in der Gruppe der 15- bis 19jährigen beträgt nach der repräsentativen WHO Multicentre Studie (im Durchschnitt für den Zeitraum 2002 – 2006) bei den männlichen Jugendlichen 186 bzw. 312 bei den weiblichen Jugendlichen. Im europäischen Vergleich liegen diese Zahlen im mittleren Bereich (europäischer Mittelwert für männliche Jugendliche und junge Männer: 200, weibliche Jugendliche und junge Frauen: 440; Schmidtke & Monsue-Consortium 2010). Von stationär behandelten kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten berichten 25,6% von einem Suizidversuch in der Vorgeschichte (Kaess et al. 2011b).

Mit zunehmendem Lebensalter werden aufgrund von rückwirkend anderer Bewertung der suizidalen Handlung weniger Versuche angegeben.

Über Wiederholungsraten von Suizidversuchen bei Kindern ist auf Grund der geringen Zahlen in Deutschland wenig bekannt. In der WHO/EURO-Studie wurde eine Wiederholungsrate von Suizidversuchen von 37% für männliche und 50% für weibliche 15-19jährige ermittelt (Schmidtke et al., 1996). Das höchste Risiko für Wiederholungen besteht in den ersten 12 Monaten nach einem Suizidversuch.

Suizide

Bis zum Alter von 10 Jahren sind **Suizide** sehr selten. In der deutschen Todesursachenstatistik wurde in den Jahren 2006 - 2011¹ bei insgesamt sechs Jungen und einem Mädchen zwischen fünf und zehn Jahren Suizid als Todesursache genannt.

Ab der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre werden dagegen deutlich mehr Suizide verzeichnet. 2010 waren es 21 Jungen (2009: 11) und sechs Mädchen (2009: 0). Die Suizidziffer der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre betrug 2010 für Jungen 1,03, für Mädchen 0,31. Für die Altersgruppe der 15 bis 19-Jährigen betrug sie für männliche Jugendliche und junge Männer 6,73 (143 Suizide, davon sechs nicht deutscher Nationalität) und für weibliche Jugendliche und junge Frauen 2,28 (46 Suizide, davon drei nicht deutscher Nationalität). Suizide stehen im Jugendalter in den meisten westlichen Ländern an der zweiten oder dritten Stelle der Todesursachenstatistik in der Altersgruppe (Kokkevi et al., 2012).

Die Entwicklung über die Jahre zeigt bei Kindern und Jugendlichen ein Abnehmen der Suizidziffern.

Zur Häufigkeit von Gruppensuiziden (auch Cybersuiziden) liegen keine verwertbaren Daten vor, da diese schwer zu erfassen sind und Erfassungen teilweise länderübergreifend durchgeführt werden. Internationale Berichte lassen aber einen Anstieg solcher Fälle vermuten, die auch mit gleichen Methoden durchgeführt werden (Lee et al., 2004; Rajagopal, 2004, Durkee et al., 2011).

Dass männliche Jugendliche häufiger (vollendeten) Suizid begehen als weibliche Jugendliche, wird oft vor allem auf die Wahl letalerer Methoden bei Männern zurückgeführt (Cibis et al., 2012).

¹ **Statistisches Bundesamt: Tabelle** "Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998)". Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, **ICD-10 (V-Y), ICD-10 (S-T)**.

3 Störungsspezifische Diagnostik

Auch wenn das Vorliegen bestimmter psychischer Erkrankungen (siehe Kapitel 3.1) Hauptrisikofaktor für Suizidalität ist, ist es wichtig zu wissen, dass Suizidalität auch bei Jugendlichen ohne psychische Störung vorkommen kann.

Der allererste Schritt ist sich zu vergegenwärtigen, dass Suizidalität häufig vorkommt, weswegen Suizidgedanken in folgenden Situationen immer gezielt exploriert werden sollten:

- beim Vorliegen psychischer Störungen (ist fester Bestandteil des psychopathologischen Befundes), sowohl bei der Primärdiagnostik als auch beim Vorliegen von Risikofaktoren im Verlauf
- bei unklaren Verletzungsmustern, Unfällen mit nicht durchgehend nachvollziehbarem Unfallhergang und Intoxikationen (unklare Tablettenüberdosierungen, auffällig hohe Alkohol- oder Drogendosis)
- beim Vorliegen unerklärlicher Complianceprobleme bei schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen (z.B. keine Insulininjektionen bei Diabetes mellitus)
- beim Vorliegen von Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.3)
- bei Verdacht auf Suizidalität und insbesondere Suizidversuchen in der Vorgeschichte
- bei Verhaltensänderungen des Jugendlichen und dem Vorliegen von Warnzeichen (siehe Tabelle 1)
- bei Hinweisen aus dem sozialen Umfeld auf Suizidäußerungen oder –andeutungen des Jugendlichen gegenüber Dritten
- bei Äußerung von Hoffnungslosigkeit, starkem Überforderungserleben, Todeswunsch bzw. schon konkreten Suizidideen
- bei Suizidversuchen bzw. Suiziden im Umfeld des Jugendlichen (aufgrund der Gefahr der Nachahmung)

Tabelle 1: Warnzeichen für Suizidalität im Jugendalter

(ergänzt nach Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Kasper et al., 2011)

- plötzliche Verhaltensänderung
- Apathie
- Rückzug
- Änderungen im Essverhalten
- unübliche Beschäftigung mit Sterben oder Tod
- Verschenken persönlicher Gegenstände
- Symptome einer Depression, traurige Grundstimmung
- Stimmungsschwankungen, erhöhte emotionale Labilität
- (deutliche) Hoffnungslosigkeit
- deutliche Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Äußerung „altruistischer“ Suizid- bzw. Opferideen
- Agitiertheit bzw. Antriebssteigerung
- ausgeprägte Schlafstörungen
- kürzliches Verlusterlebnis
- eingeschränkte Problemlöse-Ressourcen
- dichotomes („Schwarz-Weiß“) Denken
- Vorliegen einer psychosozialen Krise

3.1 Assoziierte psychische Störungen und Probleme

Kinder und Jugendliche, die an einer **psychischen Störung** leiden, weisen ein drei- bis zwölffach erhöhtes Suizidrisiko auf (Kasper et al., 2011). Das Risiko ist allerdings je nach Art der Erkrankung unterschiedlich hoch.

Es findet sich u.a. ein erhöhtes Risiko für Suizidalität bei Patienten mit

- depressiven und bipolaren Störungen
- Angsterkrankungen und anderen emotionalen Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen, schädlichem Substanzmissbrauch, Binge Drinking
- Essstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- Störungen des Sozialverhaltens (erhöhte Impulsivität)
- Persönlichkeitsstörungen
- Belastungsreaktionen
- schizoaffektiven oder schizophrenen Psychosen
- sexueller Identitätsstörung

Alkoholkonsum führt zur Verminderung der Kritikfähigkeit und Enthemmung, weswegen auf Jugendliche mit suizidalen Gedanken, die unter Alkoholeinfluss stehen, besonders geachtet werden muss (in der Praxis kommt es nicht selten vor, dass bewusst Alkohol getrunken wird zur Angstlösung; „Mut antrinken“). Vergleichbares gilt für Jugendliche, die andere Drogen konsumiert haben.

Impulsivität ist ein weiterer Risikofaktor für Suizidalität. Weitere Suizidalität erhöhende Merkmale sind erniedrigte Frustrationstoleranz, niedriger Selbstwert, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, emotionale Instabilität, pessimistische Zukunftshaltung, erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität, Angst vor Neuem, anhaltende Insuffizienzgefühle und Kritiküberempfindlichkeit. Auch pathologischer Internetgebrauch (Fischer et al., 2012) stellt einen Risikofaktor dar.

In der Praxis kommen mitunter (selten!) plötzliche Suizidgedanken bei sonst nicht gefährdeten Kindern und Jugendlichen vor aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW; „Nebenwirkung“; z.B. bei manchen Antibiotika, Aknemedikation, Schlafmedikation, Antidepressiva). Die Studienlage dazu ist knapp und widersprüchlich, was aber auch nicht verwundert, da sehr seltene Ereignisse selbst in Studien mit großen Stichproben nur schwer zu fassen sind (Übersicht zu Medikamenten, die in Verdacht stehen, Suizidgedanken zu implizieren, bei Robertson & Allison, 2009). Für die Praxis ist es wichtig zu wissen, dass bei plötzlich auftretender Suizidalität ohne äußeren Anlass oder psychische Belastung nach aktueller Medikation (inkl. Antibiotikum) zu fragen ist. Bei akuter Suizidalität ist neben dem üblichen Vorgehen bei akuter Suizidalität (siehe Kap. 5) das Absetzen des Medikaments bzw. eine Medikamentenumstellung zu erwägen. Bessern sich die akuten, sonst nicht zu erklärenden, den Patienten ängstigenden Suizidgedanken, liegt ein Zusammenhang mit der Medikation nahe. Hier wäre die klinische Empfehlung, zukünftig bei dem Kind/Jugendlichen auf dieses Medikament zu verzichten oder, sollte dies therapeutisch nicht möglich sein, eng in Hinblick auf Suizidgedanken zu monitorieren.

3.2 Störungsrelevante Rahmenbedingungen und Risikofaktoren

In der Regel sind sowohl für Suizidversuche als auch für vollzogene Suizide dieselben Risikofaktoren in individuell unterschiedlicher Gewichtung zu nennen (Hawton et al., 2012).

Zur Risikogruppe zählen Kinder und Jugendliche aus unterprivilegierten Schichten mit niedrigem sozioökonomischen Status (Schmidtke et al., 1996) sowie jene mit verminderten schulischen Leistungen (Fortune et al., 2007).

Weitere Risikofaktoren sind häufige Streitigkeiten, Scheidung oder Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils oder eine Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs/Misshandlungen (Hawton et al., 2012; Brent et al., 2012).

Psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Störungen, Angststörungen sowie ADHS (Resch et al., 2008) stellen Risikofaktoren für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter dar (siehe auch Kap. 3.1). Eine weitere Gruppe mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten sind delinquente Jugendliche (Suk et al., 2009; Brunner et al., 2007) sowie jene mit Drogen- und Alkoholmissbrauch (Skala et al., 2012), die häufig weitere Risikofaktoren aufweisen.

Auch organische chronische Erkrankungen sowie körperliche Behinderungen können mit einem erhöhten Suizidalitätsrisiko einhergehen, da auch diese schwer zu bewältigende Lebensereignisse darstellen und damit Auslöser für suizidales Verhalten sein können (Kasper et al., 2011).

Jugendliche mit Störungen der Geschlechtsidentität zeigen ein erhöhtes Suizidrisiko, das sich u.a. aus einer erhöhten Komorbidität mit psychischen Störungen und psychosozialen Problemen, wie z.B. Stigmatisierung und Mobbing, ergibt (Plöderl et al., 2005; 2010).

Zu weiteren wesentlichen Risikofaktoren zählen insbesondere suizidales Verhalten in der Familie (Kirkcaldy et al., 2006) und im Freundeskreis (Feigelman & Gorman, 2008), welches neben genetischen Aspekten (in Bezug auf Familie) entsprechende Belastungen oder Verluste mit sich bringt und möglicherweise im Sinne des Lernens

am Modell zu einem erhöhten Risiko führt. Kinder psychisch kranker Eltern zeigen ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche.

Zu den stärksten Risikofaktoren im Jugendalter für einen Suizid im späteren Leben zählen vorangegangene Suizidversuche sowie nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (Kirkcaldy et al., 2006; Hawton et al., 2012).

Schließlich sind allgemeine Stressoren wie Mobbing in der Schule oder interpersonelle Probleme sowie ein niedriges Selbstwertgefühl verbunden mit schlechten Problemlösungsstrategien oder Perfektionismus als Risikofaktoren für suizidales Verhalten zu nennen. Nicht-heterosexuelle sexuelle Orientierung ist ein weiterer deutlicher Risikofaktor für Suizidversuche im Jugendalter (Wichstrøm, 2009; Wichstrøm & Hegna, 2003).

Die subjektive Bedeutung und der Schweregrad der einzelnen Faktoren variiert individuell sowie zeitlich. Im klinischen Alltag ist jedoch die Anzahl der Risikofaktoren zusammen mit der situativen Einschätzung der akuten Suizidalität (konkrete Suizidgedanken, Pläne) ein wichtiges Instrument zur Erkennung und Prävention von Suizidalität. Eine klinische Einschätzung des akuten Suizidrisikos ergibt sich somit nur aus einem vertrauensvollen anamnestischen Gespräch.

Schutzfaktoren sind gute soziale Einbindung, gute Unterstützung durch die Eltern und Religiosität.

3.3 Diagnostik, inkl. Labor- und Testdiagnostik

Anamnese und Verhaltensdiagnostik

Der Suizidversuch ist eine der wichtigsten Indikationen für die Krisenintervention und Akutbehandlung. Am Beginn steht die ausführliche Anamnese der Suizidhandlung sowie ihrer Begleitumstände, gefolgt von der weiteren psychiatrischen Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Fremdanamnese.

Bei der Diagnostik suizidalen Verhaltens wird unterschieden zwischen
- der langfristigen Gefährdung eines Patienten (aufgrund bestimmter Risikofaktoren, eine suizidale Handlung zu begehen), und

- der akuten, kurzfristigen Gefährdung eines Patienten (aufgrund einer Krisensituation, akut eine suizidale Handlung zu begehen).

Die Abklärung der kurz- und langfristigen Suizidgefährdung erfolgt, wenn möglich, durch Exploration des Jugendlichen und seiner Bezugspersonen (Eltern, evtl. auch Freunde und Lehrer). Die Gespräche mit den Kindern / Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten bzw. erwachsenen Bezugspersonen sollten regelhaft getrennt geführt werden.

Die langfristige Einschätzung der generellen Suizidgefährdung einer Person erfolgt meist über die Erhebung von Risikofaktoren, die relativ gut untersucht sind (siehe Kapitel 3.2).

Bei Kindern und Jugendlichen muss neben den üblichen Risikofaktoren, die auch im Erwachsenenbereich genannt werden, die Imitation suizidaler Modelle aus Musik, Film, TV und Presse beachtet werden, v. a. wenn die Modelle „bekannt“ und in ähnlichem Alter wie die potentiellen Nachahmer sind (Schmidtke & Schaller, 2000). Auch einschlägige „Suizidforen“, Chatrooms und soziale Netzwerke können bei gefährdeten Jugendlichen suizidales Verhalten verstärken, weil sie eine eher suizidfördernde Einstellung vertreten und durch die meist sehr emotionalen Beiträge bei eher unspezifischen „Modellen“ eine breite Identifikationsbasis bieten (Schmidtke et al., 2003; Becker et al., 2004a, 2004b; Daine et al., 2013).

Um die kurzfristige Gefährdung eines Kindes / Jugendlichen abzuschätzen, müssen folgende Bedingungen abgeklärt werden:

- die gegenwärtige soziale Situation: z.B. Familiensituation und familiäre Unterstützung, Größe und Art des Freundeskreises, schulische Situation, Mobbing-Erfahrungen (sowohl als Opfer als auch als Täter) (Klomek et al., 2007), Engagement in Vereinen, aktuelle Veränderungen der sozialen Situation, kritische Lebensereignisse (inkl. Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen), psychische Störungen und / oder suizidale Handlungen in der näheren Umgebung
- die psychische Situation des Kindes / Jugendlichen: hierbei sollte besonders auf sogenannte „**Warnzeichen**“ geachtet werden, z.B. „Brüche“ in der Lebensgestaltung, abrupte Verschlechterung der Schulnoten bzw. anderer Leistungen, Aufgabe von Hobbys und Freundeskreis, zunehmende Einengung im

Denken, Fühlen und Handeln, Aggressionsstau und Aggressionsumkehr gegen die eigene Person, Suizidphantasien und Äußerungen von Lebensüberdruß und Suizidabsichten, vermehrte psychosomatische Beschwerden, Sammeln von Medikamenten oder plötzlich vermehrte Arztbesuche. Weitere Warnzeichen können auch das Verschenken von Büchern, Musik-CDs oder anderer Gegenstände aus dem Besitz des Jugendlichen sein.

- das Vorliegen früherer Suizidversuche (Anzahl, Methode, Anlass sowie Reaktion der Umwelt) sollte immer erfasst werden, da diese Variable der bedeutsamste Prädiktor für weitere Suizidhandlungen ist, ebenso das Vorliegen nichtsuizidaler selbstverletzender Verhaltensweisen!

Nach einer suizidalen Handlung sollte die Kontaktaufnahme möglichst früh erfolgen, selbst wenn der Patient noch nicht voll ansprechbar ist, um Dissimulationseffekte zu vermeiden!

Die Bedingungen, die zu der suizidalen Handlung geführt haben, müssen erfasst werden, ebenso wie die Reaktionen des Kindes / Jugendlichen auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene und Reaktionen der Umwelt, die wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit des Problemverhaltens beeinflussen sowie Personenvariablen, welche die Wahl dieser spezifischen „Bewältigungsstrategie“ begünstigen. Diese Informationen werden in einem Bedingungsmodell zusammengefasst, mit dem abgeschätzt wird, wie hoch das Risiko für weitere Suizidhandlungen ist. Die Diagnostik sollte verschiedene Methoden („multimethodal“: u.a. Gespräch, Testverfahren, Beobachtung) umfassen und sich auf verschiedene Ebenen („multimodal“: emotionale, kognitive, offene Verhaltensebene) beziehen (Zusammenfassung bei Schaller & Schmidtke, 2007).

Im Einzelnen sollten folgende Informationen erhoben werden:

- Ablauf und Art der suizidalen Handlung (z.B. wann trat der Gedanke erstmals auf? Wie schnell wurde er umgesetzt? War die Handlung vorher geplant oder erfolgte sie spontan? Welche Methode wurde eingesetzt? Wie wurden die Mittel beschafft? Wo wurde der Suizidversuch durchgeführt? Welche Vorkehrungen wurden gegen Entdeckung unternommen? Wer war sonst noch anwesend?)
- Umstände, die der suizidalen Handlung unmittelbar vorausgingen und vom Patienten als "Gründe" angegeben werden (z. B. Trennung von Freund/Freundin, Versagenserlebnisse)

- Intentionalität der Suizidhandlung. Wie hoch war die Ernsthaftigkeit des Suizidversuchs? Inwieweit ist der Jugendliche nun distanziert nach der Handlung (bedauert er/sie, dass es „nicht geklappt“ hat? Was würde er/sie anders machen, wenn er die Zeit bis kurz vor der Handlung zurückdrehen könnte?)
- auf die suizidale Handlung folgende Bedingungen (Wie reagierten seine Bezugspersonen? Welche Konsequenzen hat das Kind der Jugendliche erwartet? Sind diese Konsequenzen eingetreten, z.B. Rückkehr der Freundin, „Ruhe“, Erleichterung, Beendigung der Angst?).

Wenn noch kein Suizidversuch erfolgte, aber der Verdacht auf Suizidalität besteht, ist es hilfreich, nach der Exploration der Stimmung und des Affekts zuerst nach passiver Todessehnsucht zu fragen („Hast Du schon einmal daran gedacht (als Du so traurig warst/wenn die schwer aushaltbaren Gedanken kamen o.ä.), dass es besser wäre, wenn du tot wärst?“). Wenn dies bejaht wird, sollten Fragen zu Suizidgedanken und –planungen folgen („Wenn du daran gedacht hast, dass es besser wäre tot zu sein, hast du da auch einmal daran gedacht, dir selbst das Leben zu nehmen?“ „Wenn du es tun würdest, wie würdest du es tun?“). Bei Angabe von konkreten Plänen ist zu prüfen, inwiefern schon Vorbereitungshandlungen zur Durchführung begonnen wurden. Zu einer Exploration gehört auch, danach zu fragen, was einen von der Durchführung abhalten könnte (z.B. es Eltern/Freunden nicht antun zu wollen, religiöse Gründe etc.).

Die Einschätzung der Suizidalität soll (analog zu den Kriterien des §35a SGB VIII) durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erfolgen. Im Zweifelsfall soll zur Absicherung der eigenen Einschätzung mit einem erfahrenen Kollegen beraten werden. Aufgrund der Lebensbedrohung ist es sinnvoll, im Falle von Zweifeln bzw. bei eigener diagnostischer Unsicherheit den Jugendlichen mit Verdacht auf Suizidalität in der für die Region zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzustellen.

Standardisierte Diagnostikverfahren

Spezifische Tests zur Abschätzung suizidalen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen, die eine genügend hohe Spezifität und Sensitivität aufweisen, liegen für den deutschen Sprachraum nicht vor.

Es sollten aber Risikofaktoren sowie die sich bei Jugendlichen als relevant erwiesenen suizidfördernden Variablen Impulsivität und mangelnde emotionale Regulationsfähigkeit (Brent & Mann, 2006) standardisiert erfasst werden.

Risikofaktoren sind meist zusammen mit psychopathologischen Aspekten und psychiatrischen Diagnosen sowie durch den Beurteiler vorgenommenen Einschätzungen der sozialen Anpassung in sog. Risikolisten zusammengefasst. Eigene Risikolisten für Kinder und Jugendliche liegen bis dato in deutscher Übersetzung nicht vor, Risikolisten für Erwachsene (z.B. Pöldinger, 1968; Kielholz, 1967) könnten jedoch ggf. adaptiert auch für diesen Altersbereich verwandt werden. Der Einsatz von Checklisten hilft dabei, wesentliche Variablen nicht zu übersehen. Die Beurteilung der Suizidalität erfolgt aber immer klinisch nach persönlichem Gespräch und kann nicht nur anhand eines Fragebogenergebnisses beurteilt werden. Zu Erhebung suizidaler Gedanken, Pläne und Handlungen wurde das *Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview* (SITBI) entwickelt (Nock et al., 2007), das in der deutschen Übersetzung* an einer klinischen Stichprobe validiert wurde (Fischer et al. 2014).

Bei Hinweisen auf assoziierte psychische Störungen soll eine weitere standardisierte Diagnostik erfolgen.

[*Hinweis: die von P. Plener ins deutsche übersetzte Version SITBIG kann hier kostenlos heruntergeladen werden:

http://nocklab.fas.harvard.edu/files/nocklab/files/sitbi_shortform_german.pdf?m=1435341299]

Ergänzende medizinische und Labordiagnostik

Neben der notwendigen ausführlichen Exploration der Suizidalität ist gezielt auch noch aktuellem Alkohol- und Drogenkonsum sowie Einnahme von Medikamenten oder sonstigen Substanzen zu fragen. Es empfiehlt sich bei Anhalt für eine aktuelle

Intoxikation den Atemalkoholgehalt zu messen und ggf. einen Drogenschnelltest durchzuführen. Bei der Einschätzung der Suizidalität ist von Bedeutung, dass Alkohol und andere Suchtmittel die Hemmschwelle zur Durchführung eines Suizids senken und das Urteilsvermögen trüben.

Des Weiteren muss eine körperlich-neurologische Untersuchung durchgeführt werden mit Inspektion der Haut nach selbstzugefügten Verletzungen.

Kasten 1: Konsensus zu Diagnostik bei Suizidalität

- Die Erfassung der Suizidalität ist fester Bestandteil der psychopathologischen Befunderhebung
- Suizidalität muss nach Suizidversuchen erfragt werden und sobald ein Verdacht besteht.
- Suizidalität sollte beim Vorliegen von Warnzeichen und Risikofaktoren, sowie bei unklaren Compliance- und Adhärenzproblemen somatischer Erkrankungen erfragt werden
- Die Einschätzung der Suizidalität soll durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erfolgen.
- Nach einer suizidalen Handlung soll eine Kontaktaufnahme möglichst früh erfolgen
- Bei Vorliegen von Suizidalität muss ein psychopathologischer Befund vollständig erhoben werden
- Bei V.a. Vorliegen von Suizidalität sollte eine körperlich-neurologische Untersuchung inkl. Hautinspektion erfolgen
- Bei der Beurteilung der Suizidalität sollten auch die Aussagen Dritter (Eltern, Lehrer etc.) berücksichtigt werden
- Bei gefährdeten Patienten soll die Abklärung der Suizidalität wiederholt im Verlauf erfolgen
- Bei V.a. Vorliegen psychischer Störungen soll eine erweiterte Diagnostik erfolgen.

10/10 sehr starker Konsens

3.4 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Entfällt.

Unfälle, versehentliche Drogenüberdosierung und nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen (siehe Leitlinie NSSV) sind Differentialdiagnosen.

3.5 Entbehrliche Diagnostik

Weiterführende somatische Diagnostik (wie CT, MRT, EEG) ist nur bei entsprechender klinischer Indikation durchzuführen.

4 Multiaxiale Bewertung

4.1 Identifizierung des Leitsymptoms

Wichtig ist die genaue Exploration (Eigen- und Fremdanamnese) der akuten Suizidalität, der Vorgeschichte und der aktuellen Risikofaktoren.

4.2 Identifizierung weiterer Belastungen

Neben der Exploration der Suizidalität sind das etwaige Vorliegen psychischer Störungen und/oder somatische Erkrankungen zu explorieren (s. Kapitel 3.2). Was sind aktuelle und chronische Belastungsfaktoren? Gibt es aktuelle abnorme psychosoziale Umstände? Inwieweit sieht sich das Kind/der Jugendliche in der Lage, die aktuellen Probleme selbst zu lösen bzw. diese mit Unterstützung zu meistern? Gibt es unterstützende Personen im Umfeld des Kindes/des Jugendlichen?

Wenn Suizide von wichtigen Personen im Umfeld des Kindes/Jugendlichen vorliegen, sind die Daten zu erfragen (aufgrund des höheren Suizidrisikos bei „Jahrestagen“, wie Todestage, Geburtstage o.ä.).

4.3 Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Diagnostisch muss zuerst die Akuität der Suizidalität eingeschätzt werden vor der Erfassung etwaiger auslösender Ereignisse („Warum hier und jetzt?“), psychischer Störungen, dem Vorliegen von Risikofaktoren und der Erfassung von belastenden sowie unterstützenden Umweltfaktoren.

Das erste Ziel ist dafür Sorge zu tragen, dass die Sicherheit des Patienten gewährleistet wird und - im Falle akuter Suizidalität - das Kind/der Jugendliche in einem geschützten Rahmen ist, damit eine Selbstschädigung verhindert werden kann (d.h. begleitete, sichernde Verlegung in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Kind/Jugendlicher muss dabei unter ständiger Beobachtung sein, solange keine glaubhafte Absprachefähigkeit in Hinblick auf die Suizidalität besteht). Das erste therapeutische Ziel ist die Reduktion der akuten Suizidalität und Wiedererreichen der Absprachefähigkeit. Wenn eine psychische Störung vorliegt, sollte diese nach der jeweiligen störungsspezifischen Leitlinie behandelt werden. Da Suizidgedanken wiederkommen können, ist es notwendig, hier mit dem Jugendlichen vor der Entlassung aus der Klinik einen spezifischen Notfallplan („Was tue ich, wenn die Suizidgedanken wieder kommen?“ „An wen wende ich mich konkret, wenn ich Hilfe brauche?“) zu erarbeiten (z.B. Teismann & Dorrman, 2014).

5 Interventionen

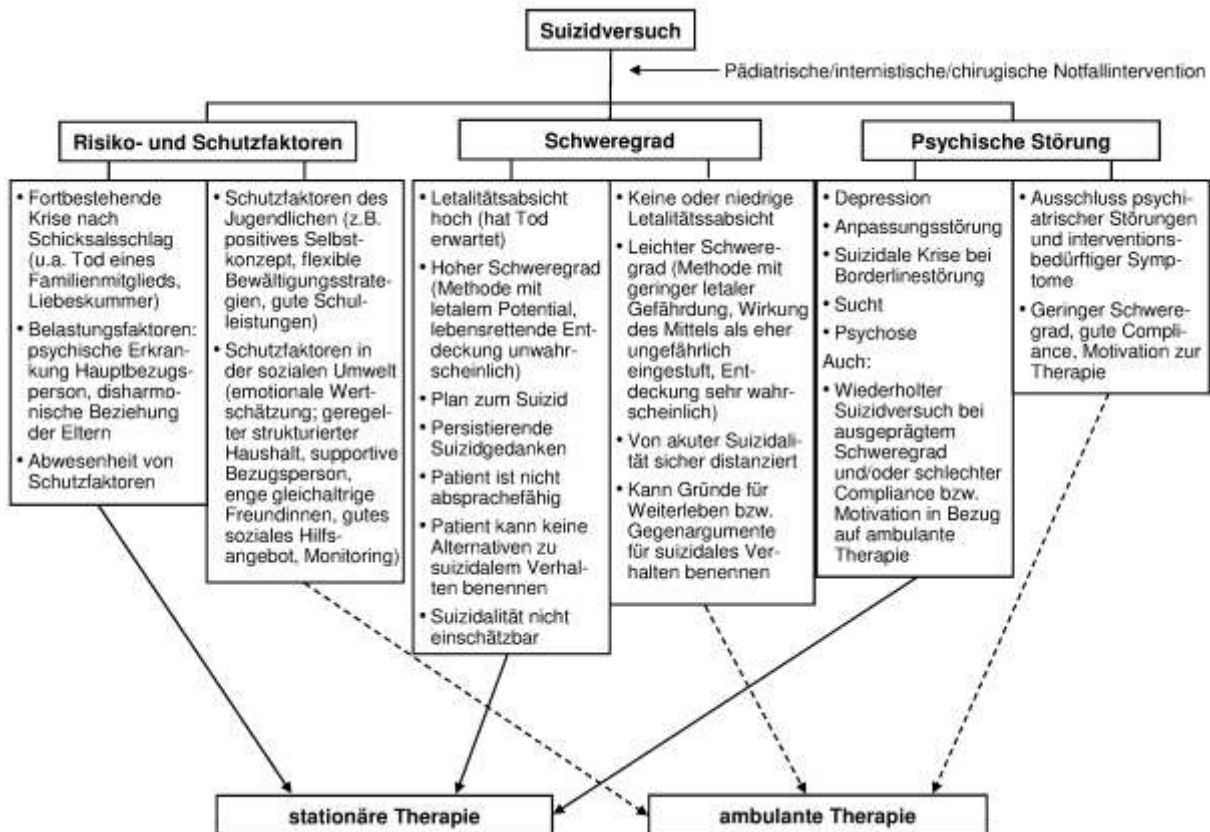
5.1 Auswahl des Interventionssettings

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Prävention, Krisenintervention, Therapie und Postvention. Hier sind unterschiedliche Settings erforderlich.

Abbildung 1 (modifiziert nach Becker & Schmidt, 2001; Becker & Keitel, 2013) zeigt die Entscheidungsbäume in Hinblick auf stationäre bzw. ambulante Behandlung. Bei akuter Suizidalität mit konkreter Planung und mangelnder Absprachefähigkeit muss eine stationäre Therapie erfolgen. Eine ambulante Diagnostik und Therapie ist möglich bei Suizidgedanken ohne konkrete Planung und guter Absprachefähigkeit. Da Krisensituationen auftreten können, ist es wichtig, dass das Kind (bzw. dessen Eltern)/der Jugendliche weiß, an wen er/sie sich wenden muss, wenn der ambulante

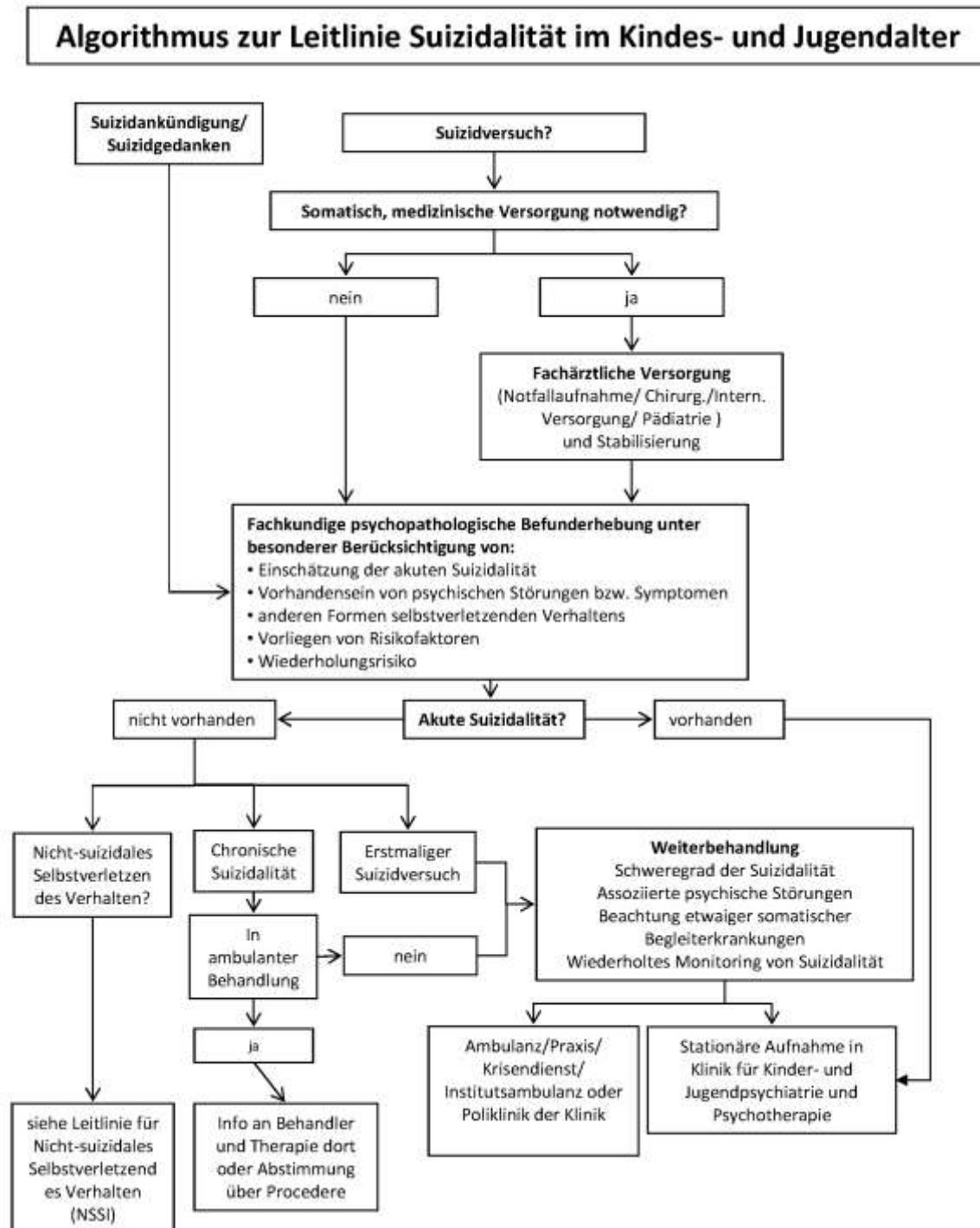
Behandler nicht erreichbar ist (außerhalb der Praxiszeiten, am Wochenende, im Urlaubsfall).

Abbildung 1: Entscheidungsbaum stationäre oder ambulantes Interventionssetting nach Suizidversuch



5.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Abbildung 2: Algorithmus zu Behandlungsentscheidungen bei Suizidalität



5.3 Rechtliche Grundlagen

Bei akuter Selbstgefährdung (oder gleichzeitiger Fremdgefährdung) des suizidalen Kindes/Jugendlichen besteht eine Indikation zur stationären Behandlung, die zum Schutz des Patienten notfalls auch gegen dessen Willen umgesetzt werden muss. Grundsätzlich sind bei Nichtfreiwilligkeit mehrere rechtliche Unterbringungswege möglich:

- Auch bei Kindern und Jugendlichen kann das Unterbringungsrecht nach den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) der Bundesländer oder Unterbringungsgesetzen Anwendung finden. Aufgrund der derzeit stattfindenden Überarbeitung der entsprechenden Gesetze ist die jeweils gültige Form des Bundeslandes heranzuziehen. Zuständig sind die Betreuungsgerichte (früher „Vormundschaftsgerichte“).
- Bei Kindern und Jugendlichen gibt es zwei diesem Weg vorzuziehende Alternativen: Sind die Eltern kooperativ und sehen die dringende Behandlungsbedürftigkeit ihres suizidalen Kindes, welches nicht mit der Unterbringung einverstanden ist, ein, können sie nach § 1631b BGB einen Antrag beim Familiengericht stellen. In der Akutsituation geht dies auch direkt aus der Klinik. Der Antrag muss von den Sorgeberechtigten gestellt werden, der Behandelnde kann eine kurze schriftliche Stellungnahme verfassen. Bis zum Eintreffen der richterlichen Genehmigung ist die Anwendung von Zwang zulässig, wenn sonst mit ihrem Aufschub Gefahr für den Patienten verbunden wäre. Wenn eine gute Kooperation mit der Jugendhilfe besteht und eine rund um die Uhr besetzte Stelle für Inobhutnahmen zuständig ist, ist auch eine Inobhutnahme in der Klinik nach § 42 KJHG bei akuter Selbstgefährdung, auch gegen den Willen des Patienten, möglich. Vorteil der Inobhutnahme ist, dass das Jugendamt im Rahmen dieses hoheitlichen Aktes (der für einen Zeitraum von maximal 24 Stunden gilt) sich um die Einbindung des Familiengerichts und die Einholung des Einverständnisses der Kindeseltern kümmern muss. In Fällen suizidaler Jugendlicher, die nicht in Begleitung der Eltern erscheinen oder bei denen sich die Eltern gegen die notwendige Behandlung aussprechen, kann die Inobhutnahme ein probates Mittel sein, welches gleichzeitig sicherstellt, dass nach Aufhebung des

Behandlungszwangs sozial rehabilitative Hilfen und Maßnahmen durch das Jugendamt bei Bedarf eingeleitet werden können.

5.4 *Fachfremde Interventionen*

Nach Einweisung aufgrund eines Suizidversuchs muss in den erstversorgenden somatischen Kliniken (Kinderklinik, Kinderchirurgie, Innere, Chirurgie...) bzw. Praxen, neben der fachärztlichen medizinischen Erstversorgung, aktiv Sorge dafür getragen werden, dass der Patient sich nicht weiteren Schaden zufügen kann (das heißt z.B. er darf nicht alleine in einem Raum mit leicht zu öffnenden Fenstern oder chirurgischen Werkzeugen auf den Behandelnden warten). Nur wenn eine akute Suizidalität sicher ausgeschlossen werden kann und der Patient absprachefähig ist, kann von dieser Regel abgewichen werden. Die pädiatrische, (kinder)chirurgische oder internistische Versorgung soll nach den jeweiligen fachärztlichen Standards erfolgen.

Es ist wichtig, im Kontakt mit dem Patienten eine neutrale, nicht-wertende und unaufgeregte Grundhaltung einzunehmen. Sobald die Erstversorgung erfolgte, soll der für die Klinik zuständige fachkundige Konsiliar- oder Liaisondienst informiert werden. Im Gespräch kann geklärt werden, ob eine Exploration des Patienten in der erstversorgenden Klinik erfolgen muss (z.B. bei weiterer Behandlungsnotwendigkeit dort) oder eine ambulante Vorstellung des Kindes/Jugendlichen mit seiner Familie beim Konsiliardienst möglich ist.

Anstelle des Konsils kann in manchen Fällen die direkte begleitete Verlegung (nach Absprache) in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvoll sein. Dort erfolgt dann entweder die Entlassung (nach Ausschluss akuter Suizidalität) oder aber die Aufnahme in die Klinik zur stationären Krisenintervention bzw. Behandlung in einer geschützten Station.

Vor der Verlegung ist es notwendig, dass die somatischen Untersuchungen, die je nach Suizidmethode variieren, durchgeführt wurden (wie z.B. Detoxikation bei Intoxikation und Ende intensiv-medizinischer Überwachungspflichtigkeit oder bereits durchgeführte und unauffällige Doppler-Untersuchung der Karotiden bei Beinahe-Erhängen z.A. Spätkomplikationen durch Nekrosen bzw. Intima-Einblutung und Aneurysmabildung). Außerdem sollte im begleitenden Arztbrief oder im

Übergabegespräch auf mögliche organische Komplikationen und noch wichtige Kontrolluntersuchungen im Verlauf hingewiesen werden (z.B. sind Leberwerte-Laborkontrollen vier bis sechs Tage nach schwerer Paracetamolintoxikation indiziert sowie Kenntnisse über die Symptome einer Leberschädigung notwendig aufgrund der typischen Gefahr einer dauerhaften, schweren Leberschädigung bis hin zu Leberversagen).

In den Fällen mit sowohl somatischer als auch dringender psychiatrischer Behandlungsindikation ist zu besprechen, ob eine Verlegung in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt mit konsiliarischer Betreuung durch die Ärzte der (Kinder)chirurgie bzw. Pädiatrie (was auch der Fall sein kann bei fortbestehender Suizidalität und nicht ausreichend zu sichernden Patientenzimmern in der somatischen Klinik) oder aber die somatische Behandlungsnotwendigkeit im Vordergrund steht (z.B. bei komplexem Polytrauma, multiplen Verbrennungen etc) und in diesen Fällen regelmäßige Konsile durch den Konsiliar- oder Liaisondienst durchgeführt werden, jeweils mit Beratung der behandelnden Ärzte und Mitarbeiter.

5.5 Pharmakotherapie

Bei akuter Suizidalität kann, in Ergänzung zu kontinuierlicher Überwachung und Betreuung (z.B. im Überwachungszimmer in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; 1:1 Betreuung) und entlastenden Gesprächsangeboten, vorübergehend zur Entlastung eine sedierende Medikation notwendig werden. Hier kommen entweder Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine (z.B. Lorazepam) oder niedrig-potente Neuroleptika (z.B. Pipamperon, Levomepromazin, Chlorprothixen, Melperon) in Frage. Vor einer Medikation ist unbedingt zu überprüfen, ob eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation vorliegt, da in diesen Fällen die Gabe von Benzodiazepinen kontraindiziert ist (u.a. Gefahr der Atemdepression).

Unter Medikation müssen in regelmäßigen Abständen die Vitalparameter (Puls/RR) erhoben, überwacht und dokumentiert werden (Gerlach et al., 2009).

Liegt der akuten oder chronischen Suizidalität eine psychische Störung zugrunde, so muss die Grunderkrankung entsprechend der üblichen Standards behandelt werden (siehe dazu auch Leitlinie(n) Depressive Störungen; Persönlichkeitsstörungen;

bipolare Störungen; Schizophrenie, Suchterkrankungen etc.). Eine wichtige Maßnahme zur längerfristigen Suizidprävention bei psychischen Grunderkrankungen ist die Durchführung einer Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe (je nach Diagnose antidepressiv, antipsychotisch, phasenprophylaktisch oder kombiniert). Sowohl unter Antikonvulsiva als auch unter Antidepressiva muss sorgfältig auf ein mögliches Suizidrisiko geachtet werden. Die Datenlage hierzu ist kontrovers. Die kritisch geführte Diskussion zu einer möglicherweise erhöhten Suizidversuchsrate von Kindern und Jugendlichen unter Antidepressiva gibt Anlass für ein enges Monitoring depressiver Patienten, bei denen eine zusätzliche Pharmakotherapie in einem multimodalen Therapiekonzept notwendig ist (siehe dazu auch Leitlinie Depressive Episode). Auf keinen Fall sollte sie dazu führen, Antidepressiva bei entsprechender Indikation nicht zu verordnen (Plener et al. 2012). In Meta-Analysen wurde bei selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) kein erhöhtes Suizidrisiko detektiert (Übersicht: Fegert & Herpertz-Dahlmann 2005). Grundsätzlich sollte bei jeglicher Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit den Sorgeberechtigten bzw. Betreuern von Jugendhilfeeinrichtungen die sichere Aufbewahrung und Zuteilung der Medikation ebenso gewährleistet sein wie die Überwachung der regelmäßigen Einnahme.

5.6 Psychotherapeutische Interventionen

Die Wirksamkeit spezifischer psychotherapeutischer Verfahren auf die Reduktion suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen ist noch unzureichend untersucht (Kapusta et al., 2014). Vorrangig liegen Studien zu depressiven Störungen vor, die auch den Einfluss auf die Suizidalität bei Jugendlichen untersucht haben (Weisz et al., 2006).

Grundsätzlich sollen psychotherapeutische Interventionen in einen ressourcenorientierten Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein, in dem bei akuter Gefährdung die Sicherstellung eines schutzbietenden Raums und qualifizierter Betreuung, zumeist in Form einer stationären Behandlung, vorrangig ist. Dabei sollte, wenn möglich, die Kontinuität des Behandlers gewährleistet sein. Neben der Überwachung des Patienten, sollte, wenn nötig, die (Mit)behandlung von akuten, assoziierten psychischen Symptomen erfolgen.

Auch bei der Behandlung von Jugendlichen mit repetitiven suizidalen Gedanken/Impulsen im ambulanten Setting sind psychotherapeutische Interventionen vorrangig auf die Suizidalität im Sinne eines hierarchischen Vorgehens in der Gestaltung der Therapiestunden ausgerichtet (z. B. Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente DBT-A oder der Interpersonellen Psychotherapie IPT; siehe z.B. Fleischhaker et al., 2006; 2011; Tang et al., 2009). Psychotherapeutische Interventionen sollten grundsätzlich über die Bewältigung der akuten Krise hinaus erfolgen, um zu einer Behandlung der zugrundeliegenden Problematik zu kommen und um präventiv auf ein nicht selten fortgesetztes suizidales Verhalten einwirken zu können (AACAP, 2001). Psychotherapeutische Zugänge sollten auch altersspezifische Ausdrucksformen suizidalen Verhaltens und Risikokonstellationen berücksichtigen. Neben den genuinen psychischen Störungen (wie z. B. einer depressiven Episode oder psychotischen Störung) sind familiäre Konflikte und schulische Leistungs- und Verhaltensprobleme sowie Probleme in der Gleichaltrigengruppe bei jüngeren Kindern vorherrschend, während bei Jugendlichen zusätzlich Probleme in der Identitätsentwicklung und durch Scheitern von Freundschaftsbeziehungen hinzukommen (neben einer Vielzahl von akuten oder langandauernden belastenden Lebensereignissen).

Zwei nach dem Dialektisch-Behavioralen Therapiekonzept für Jugendliche (DBT-A) durchgeführte kontrollierte Therapiestudien im ambulanten (Rathus & Miller, 2002) und stationären Setting (Katz et al., 2004) zeigten in den Nachuntersuchungen eine Abnahme suizidaler Gedanken sowie Reduktion selbstverletzender Verhaltensweisen, eine deutsche DBT-A Studie zeigte auch eine Reduktion der Suizidversuche (Fleischhaker et al., 2011). In einer neueren RCT-Studie erwies sich eine nach dem Mentalisierungs-basierten Ansatz konzipierte Therapiestudie einer TAU (treatment as usual)-Bedingung überlegen in der Reduktion von suizidalen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen bei gleichzeitiger Abnahme depressiver Symptome sowie von Risikoverhaltensweisen (Rossouw & Fonagy, 2012). In der „Treatment of Adolescent Suicide Attempters“ (TASA) -Studie wurde eine verhaltenstherapeutische Intervention versus antidepressive Medikation alleine versus der Kombination von beiden untersucht. Dabei zeigte sich in allen Gruppen eine Reduktion der Suizidgedanken, aber keine Gruppenunterschiede (Brent et al., 2009; Vitiello et al., 2009; Stanley et al., 2009).

Mittels familienbezogener Interventionen mit Hilfe von Sozialarbeitern im sogenannten „Home-Treatment“ (als Add-on zu herkömmlichen Interventionen) konnte bei Jugendlichen mit einer Suizidversuchsvorgeschichte eine Reduktion von Suizidgedanken und -versuchen erreicht werden (Harrington et al., 1998). Dieser Effekt zeigte sich aber nur in der Gruppe der Jugendlichen ohne komorbide Depression. Die Notwendigkeit der Behandlung der Depressivität ist auch nach den Befunden der TORDIA-Studie (Asarnow et al., 2011) eine wichtige Voraussetzung zur erfolgreichen Einflussnahme auf suizidales Verhalten bei Jugendlichen. Familienorientierte Behandlungsansätze bei Jugendlichen, die notfallmäßig bei Hausärzten oder in Kliniken vorgestellt wurden (Huey et al., 2005, Multisystem-Therapie; Diamond et al., 2010, Bindungsorientierte Familientherapie), führten zur Reduktion suizidaler Gedanken; jedoch wurden in diesen Studien nur Kurzeffekte gemessen ohne Erfassung von Suizidversuchen. Auch zwei verschiedene Interventionsformen (Supportive Intervention versus Skill-Vermittlung) bei Jugendlichen, die unmittelbar nach einem Suizidversuch diesen zwei unterschiedlichen Interventionen zugewiesen wurden, zeigten eine symptomatische Besserung (Suizidgedanken, Depressivität), jedoch keine Gruppenunterschiede im Hinblick auf die Häufigkeit erneut aufgetretener Suizidversuche in der Nachuntersuchung. Gruppentherapieangebote als ergänzende Intervention zur Routineversorgung konnten nicht zur Reduktion von suizidalen Verhalten von Jugendlichen beitragen (Green et al., 2011; Hazell et al., 2009).

5.7 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Bei akuter Suizidalität (siehe Kap. 1.3) muss eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden.

Für eine ambulante Behandlung sollte

- eine Absprachefähigkeit vorhanden sein
- ein ausreichend stabiles Umfeld vorhanden sein
- ausreichende Compliance bei Patient und Eltern bzw. Bezugspersonen vorhanden sein
- der Schweregrad der Suizidalität gering sein (Kap. 1.3)
- eine Zukunftsperspektive des Jugendlichen erkennbar sein

- ein ausreichendes Funktionsniveau vorliegen

Der adäquaten Dokumentation des Befunds und der fremdanamnestischen Einschätzung kommt eine entscheidende Bedeutung zu, um ggf. einen Nachweis über die Grundlagen der Entscheidung zur ambulanten Behandlung zu haben. Insbesondere ist darzulegen, dass die Risikofaktoren (z.B. frühere Suizidversuche, Suizidvorgeschichte in der Familie...etc., siehe auch Kap. 3 und Abb.1) abgefragt und negativ eingeschätzt bzw bei der Einschätzung angemessen berücksichtigt wurden. Im Zweifelsfall sollte entweder eine zweite fachliche Einschätzung der Suizidalität eingeholt werden oder der Patient zur Absicherung in der zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt werden; ggf. auch gegen den Willen des Patienten und seiner Bezugsperson (siehe Kap. 5.3 rechtliche Grundlagen).

Die ambulante Behandlung kommt daher in der Regel nur bei leichten Formen der Suizidalität in Frage und bei Patienten, die bekannt sind und bezüglich ihrer Absprachefähigkeit entsprechend gut eingeschätzt werden können. Es ist wichtig, dass ein individuell mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen besprochener Notfallplan erstellt wird, in dem Informationen über Ansprechpartner und Zugangswege für den Krisenfall festgehalten sind. Hilfreich ist die Aushändigung einer Liste mit Angaben zu Telefonnummern und Adresse der zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, der Polizei, der sozialpsychiatrischen Dienste und des ärztlichen Notdienstes (je nach regionaler Versorgungsstruktur).

5.8 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Die stationäre Behandlung ist bei nicht einschätzbaren vor allem mittelgradigen bis schweren Formen der Suizidalität indiziert. Diese muss in der Regel auf der geschützten Akutstation einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen mit den dafür notwendigen baulichen und personellen Voraussetzungen.

Auch in der stationären Behandlung muss mit der Möglichkeit des letalen Ausgangs oder mit bleibenden Schäden durch unvollendete Suizidversuche gerechnet werden. Dadurch kommt der umsichtigen Planung, Durchführung und Dokumentation eine

große Bedeutung zu. Die stationäre Behandlung erfolgt stets in dem Spannungsfeld zwischen therapeutischer Atmosphäre und Sicherungsnotwendigkeit.

Die Anordnung und Dokumentation der Maßnahmen muss von Anfang an eindeutig auf die Sicherheit des Patienten in einer psychiatrischen Notfallsituation ausgerichtet sein (Rund-um-die-Uhr-Betreuung bzw. Überwachungszimmer, ausreichende personelle Besetzung, bauliche Sicherung, Entfernen gefährlicher Gegenstände; ggf. auch Sedierung oder Fixierung).

Diese Maßnahmen stehen in einem Spannungsfeld zu den berechtigten Autonomiewünschen des Patienten. Allerdings sind die juristischen Anforderungen an die Aufsichtspflicht hoch, sodass es gerade bei Zweifeln angebracht ist, den sichersten Weg zu gehen.² Auch diese therapeutischen Überlegungen und der weitere Verlauf müssen detailliert und nachvollziehbar dokumentiert werden.

5.9 Ergänzende Maßnahmen, inkl. Jugendhilfe

Je nach vorliegenden psychosozialen Risikofaktoren und Belastungen, können zusätzliche Unterstützungs- und Beratungsangebote notwendig sein. Für die Beratung über verschiedene Unterstützungs- und Hilfsangebote in Familien und Implementierung von *Maßnahmen zur Hilfen zur Erziehung* ist das Jugendamt zuständig (KJHG §1 Abs.3). Hier berät, nach Indikationsstellung, der zuständige Mitarbeiter des Jugendamts die Familie und/oder den Jugendlichen über die verschiedenen Möglichkeiten, wie z.B. die Unterstützung der Familie durch eine sozialpädagogische Familienhilfe, Betreuungshelfer, Erziehungsbeistandschaft, Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtungen etc. (Übersicht zur Kinder- und Jugendhilfe BMFSFJ, 2014).

In den Fällen, in denen eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht (mehr) indiziert, eine Rückkehr in die Familie aber nicht möglich ist, ist an eine Inobhutnahme zu denken; auch hierfür ist das regional zuständige Jugendamt der Ansprechpartner.

Je nach zugrundeliegender Problemstellung können für den Jugendlichen und dessen Familie auch externe Beratungsstellen hilfreich sein. Hier ist die Verfügbarkeit vor Ort sehr unterschiedlich. Zu denken ist u.a. z.B. an

² Oberlandesgericht (OLG) Koblenz, Beschluss vom 03.03.2008, Az.: 5 U 1343/07

Erziehungsberatungsstellen oder Drogen- und Suchtberatungsstellen (bei Alkohol- und Drogenproblemen) sowie ggf. eine Kooperation mit der Jugendgerichtshilfe. Bei massiven schulischen Problemen kann, je nach örtlichen Gegebenheiten, der Verweis an den schulpсихologischen Dienst und/oder (sonderpädagogische) Beratungs- und Förderzentren (BFZ) hilfreich sein.

5.10 Häufige Fehler

Unbedingt zu vermeidende, häufig vorkommende Fehler sind:

- Moralisieren, Vorwürfe machen und/oder eine feindliche, ablehnende Haltung einnehmen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten und Umfeldes nicht erkennen oder sogar übernehmen bzw. verstärken
- durch übersteigertes emotionales Engagement suizidales Verhalten ungewollt verstärken
- unreflektierte, vorschnelle Lösungsvorschläge machen
- nach einem gescheitertem Suizidversuch Hinweise geben („Anleitungen“) für effektivere Tötungsmethoden
- von der Methode voreilig auf die Intention/Todesabsicht schließen
Insbesondere bei jüngeren Kindern oder Patienten mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten kann aus der mangelnden Effizienz einer Methode nicht geschlossen werden, dass ein Suizidversuch nicht ernst gemeint war. Hier ist bedeutend, welche Wirkung das Kind/der Jugendliche erwartete und welche Intention es/er hatte.
- zuviel Zeit vergehen lassen zwischen Suizidversuch und nötigem Konsil in der akutversorgenden Klinik
Hier ist es wichtig, frühzeitig (!) nach Notfallbehandlung und (wieder) ansprechbarem Patienten das Konsil anzufordern bzw. durchzuführen! Das erste Gespräch mit dem Patienten sollte dabei zuerst ohne die Eltern stattfinden, damit evtl. bestehende zugrundeliegende Probleme (wie Misshandlung oder Missbrauch in der Familie) auch angesprochen werden können.
- Verkennung von suizidalen Handlungen bei Unfällen, Medikamentenüberdosierungen und Drogenintoxikationen!
Hier immer daran denken, dass es sich um Suizidversuche handeln könnte und gezielt danach explorieren!

- dem Trugschluss verfallen, dass jemand, der vorher einen Suizid ankündigt, diesen nicht durchführen würde
Im Gegenteil sind Suizidankündigungen und frühere Suizidversuche Prädiktoren suizidalen Verhaltens!
- die Haltung vertreten, dass Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen eine freie Willensentscheidung darstellt, die es zu tolerieren und zu akzeptieren gilt
Es ist gerade im Kindes- und Jugendalter typisch, dass ein aktueller Zustand als nicht aushaltbar erlebt wird und der Wunsch besteht, eine Situation beenden zu wollen. Hier sind nahezu immer alternative Problemlösestrategien und Unterstützung möglich!
- akut suizidale Jugendliche unbeaufsichtigt lassen oder nicht umgehend eine Einweisung zur stationären Aufnahme mit adäquat begleitetem Transport veranlassen
- den Suizidversuch voreilig als demonstrativ bewerten und dementsprechend handeln
- mangelhafte Erhebung einer ausführlichen Suizidanamnese
- nicht zu besprechen, an wen sich der Patient bei wieder auftretenden Suizidgedanken wenden kann („Notfallplan“).
Hier ist es auch bei sicher von Suizidalität distanzierter Patienten hilfreich, konkret einen Ansprechpartner (z.B. Mitgabe der Telefonnummer der zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit „Rund-um-die-Uhr“-Erreichbarkeit eines Dienstarztes) zu benennen, falls konkrete Suizidgedanken in einer Krisensituation wieder auftreten sollten. Bei nichtsuizidalen Kindern und Jugendlichen mit Problemen kann auch auf die rund um die Uhr erreichbare Telefonseelsorge hingewiesen werden. Des Weiteren gibt es in manchen Regionen, aber nicht bundesweit, Krisendienste.
- die Eltern (Betreuer) nach Suizidversuch nicht ausführlich zu beraten mit Psychoedukation und Verhaltensempfehlung

5.11 Zusammenfassung

- die Sicherheit des Patienten muss oberstes Ziel sein
- eine stationäre Behandlung muss bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit des Patienten) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik
- die stationäre Behandlung muss bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen
- psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen können bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein
- eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte soll erfolgen:
 - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
 - wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
 - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
 - Reduktion von Belastungsfaktoren
- assoziierte psychische Störungen sollen gemäß der entsprechenden Leitlinien behandelt werden
- bei belastenden psychosozialen Umständen sollte die Jugendhilfe einbezogen werden

10/10 sehr starker Konsens

6 Postvention und Prävention

6.1 Postvention

Postvention betrifft die Summe aller nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen notwendigen/ zu ergreifenden Maßnahmen. Plener (2015, S. 117) definiert Postvention als „die Summe aller nach einem Suizidversuch oder Suizid für die von der suizidalen Handlung Betroffenen in die Wege geleiteten Maßnahmen, die das Umfeld des Betroffenen mit einbeziehen“. Die Intention dabei ist, den Trauerprozess zu unterstützen und die Inzidenz von suizidaler Ansteckung („suicidal contagion“) zu verringern (Szumilas & Kutcher, 2011). Die Verhinderung von Folge- und Imitationssuiziden ist ein wichtiges Ziel der

Postvention und damit ist sie letztendlich auch als Suizidprävention zu verstehen und kann nach Szumilas & Kutcher (2011), auch wenn sie nicht den durch Suizid Verstorbenen, sondern die davon Betroffenen, adressiert, als tertiäre Prävention verstanden werden. Kenntnisse in Postvention sind für alle Berufsgruppen, die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie arbeiten, von großer Bedeutung (aktuelle Übersicht: Becker et al., im Reviewverfahren).

Bei einem Suizid eines Jugendlichen ist der respektvolle Umgang mit der Familie wichtig. Für den Fall des Suizids eines Patienten in laufender Behandlung ist so bald wie möglich das persönliche Gespräch mit der Familie zu suchen. Aus Respekt vor dem Verstorbenen und der Familie sollten die persönlichen Gegenstände des Patienten möglichst geordnet und adäquat verpackt übergeben werden. Hierbei sind die Wünsche der Eltern bezüglich der Übergabemodalitäten zu berücksichtigen. Bei Gesprächen mit Eltern und Angehörigen ist neben der Vermeidung der Gefahr der Selbstbelastung im Falle eines Ermittlungsverfahrens auch wichtig, dass die Schweigepflicht des Patienten auch nach dessen Tod gilt.

Verstirbt ein Kind oder Jugendlicher durch Suizid, ist dies eine extreme Belastungssituation für Eltern, Geschwister oder Angehörige, aber auch für den Freundeskreis, Mitschüler und das soziale Umfeld. Kommt ein sich in stationärer Behandlung befindender Patient durch Suizid zu Tode, ist dies des Weiteren eine hohe Belastung für die Mitpatienten, die aufgrund der Problematik von möglichen Nachfolgesuiziden professionell informiert (sensibel, ohne Schilderung von Einzelheiten) werden müssen. Gleichzeitig müssen die Mitpatienten engmaschiger betreut werden, um hier entstehende oder sich verstärkende suizidale Gedanken frühzeitig erkennen und entsprechend intervenieren zu können. Auch die behandelnden Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten, Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, Co-Therapeuten und alle mit dem Patienten befassten Mitarbeiter der multiprofessionellen Berufsgruppen sind nach dem Suizid eines Patienten belastet und in der besonderen Lage, zum einen professionell mit der Situation umgehen zu müssen (wie Umgang mit den Angehörigen, Mitpatienten angemessen informieren und engmaschiger betreuen) als auch zum anderen mit den eigenen Gefühlen und der Belastungssituation umzugehen.

Das gesamte Klinikpersonal sollte an die hausinternen Regelungen zu Verschwiegenheit und Umgang mit den Medien erinnert werden.

Eine weitere Besonderheit ist, dass im Falle eines Suizids eines stationär oder ambulant behandelten Patienten die Staatsanwaltschaft prüft, ob ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird. Aus diesem Grund ist neben dem aufgeführten Handlungsbedarf auch von Bedeutung, dass die Befunde, Aufzeichnungen und Unterlagen, die den verstorbenen Patienten betreffen, zeitnah komplett in der Patientenakte abgeheftet sind und eine Kopie der kompletten Akte angefertigt wird, da im Rahmen der Ermittlungen die Patientenakte von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt werden kann.

Ein Suizid eines Kindes oder Jugendlichen stellt ohne jeden Zweifel eine sehr schwierige und belastende Situation für alle Betroffenen dar.

Kliniken ist zu empfehlen, klare Handlungsanweisungen und Standards zum konkreten Umgang mit dem Thema Patientensuizid zu verschriftlichen (ebenso wie es Brandschutznotfallpläne gibt und Anweisungen zum Verhalten im Brandfall).

Durch die Festlegung eines klaren Vorgehens in der Klinik als Notfallmanagement bei Patientensuizid mit konkreter Festlegung von Zuständigkeiten ist in dem seltenen, aber möglichen Fall eines eingetretenen Suizids ein Handlungsleitfaden vorhanden, der die Zuständigkeiten und Abläufe genau regelt und festhält. Ein solcher Handlungsleitfaden sollte auch im Hinblick auf Telefonnummern stets aktuell sein und z.B. auch die Ansprechpartner und Telefonnummern der zuständigen lokalen Kriseninterventionsteams und der Notfallseelsorge enthalten. Des Weiteren ist zu empfehlen, dass dieser Handlungsleitfaden neben den klaren Aufgaben auch die Möglichkeiten vor Ort enthält, wie das therapeutische Team mit der eigenen Trauerarbeit professionell umgehen kann, ggf. mit Unterstützung durch Supervision (als Teamsupervision, als Einzelberatung und Unterstützung). Hilfreich wäre es die Abläufe mit den beteiligten Berufsgruppen einzuüben.

Umgang mit den Hinterbliebenen nach einem Suizid

Nach einem Suizid sollte von Seiten der Praxis/des Instituts/der Klinik den Eltern ein persönliches Gespräch angeboten werden. In einer Praxis wird dieses durch den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten erfolgen, in einem Institut bzw. einer Klinik ist der Institutsleiter bzw. Chefarzt sowie der Behandler der Gesprächspartner. Je nach den äußeren Umständen ist es hilfreich, den Eltern in der akuten Situation telefonisch sein Beileid und Mitgefühl auszusprechen und anzubieten, für ein Gespräch zu einem von den Eltern zu wählenden Zeitpunkt zur Verfügung zu stehen.

Da im Falle eines Patientensuizids staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen den behandelnden Arzt/Therapeuten erfolgen können, ist hier die Besonderheit, zum einen keine Aussagen zu tätigen, die sich in einem möglichen Verfahren nachteilig für den Behandelnden auswirken könnten, zum anderen aber gleichzeitig das Recht der trauernden Angehörigen auf Information, Würdigung ihrer Trauer, Wertschätzung des Verstorbenen und Unterstützung bei der Trauerbewältigung zu entsprechen. Aufgrund der Komplexität des Themas ist hier in Kliniken bei Patientensuizid der Rat der Rechtsabteilung bzw. im Falle von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten das Einholen eines anwaltlichen Rates vor einem Elterngespräch zu empfehlen. Beratungsstellen, die Hinterbliebene nach Suizid unterstützen und beraten, geben an, dass es für Hinterbliebene hilfreich ist, Sachinformationen zu den letzten Kontakten, den möglicherweise vorausgegangenen Konflikten etc. zu geben, um das Begreifen des Geschehens zu erleichtern. Eltern von durch Suizid verstorbenen Kindern und Jugendlichen reagieren je nach Situation unterschiedlich auf die Behandelnden, zum Teil auch vorwurfsvoll. Deswegen ist zu empfehlen, vor z.B. Teilnahme an der Beerdigung oder Trauerfeier mit den Eltern zu besprechen, ob sie das wünschen oder nicht. Hier ist zwingend der Wunsch der Angehörigen zu respektieren!

Ein weiteres Problem ist, dass die Hinterbliebenen nach einem Suizid eines Patienten nicht mehr zum Behandlungskreis der Praxis, des Instituts oder der Klinik gehören, dennoch ist vor dem Hintergrund ethischen Handelns ein Gesprächsangebot den Angehörigen zu unterbreiten. Auch wünschen die meisten externe Betreuung und Unterstützung. Hier ist es hilfreich, auf lokale Krisendienste und Beratungsstellen zur Trauerunterstützung hinzuweisen mit konkreter Angabe von Anlaufstellen vor Ort (Krisendienst, Beratungsstellen, Therapeuten, Trauerbegleiter, Selbsthilfegruppen u.ä.)

Es ist zu empfehlen, den Angehörigen diese Informationen schriftlich mitzugeben und auch auf im Internet verfügbare Hilfsangebote hinzuweisen wie z.B. die Angebote von AGUS e.V. (www.agus-selbsthilfe.de).

Bei der Postvention ist nicht nur auf die betroffenen Eltern, sondern auch auf die Geschwister zu achten. Mit den Eltern ist zu besprechen, wie in der Familie mit dem

schwierigen Thema umgegangen werden kann und sie dahingehend zu beraten, ob und wenn ja, welche zusätzliche Unterstützung die Geschwister benötigen.

Ein Faltblatt mit Hilfen für Unterstützung in den ersten Stunden ist sehr hilfreich; wie sie z.B. (Stand: 15.11.2013) von AGUS vorgehalten werden:

<http://www.suizidpraevention-deutschland.de/downloads.html>) oder <http://www.agus-selbsthilfe.de/wir-bieten-an/downloads/informationsblaetter>).

6.2 Prävention

Psychische Störungen in Verbindung mit stressbelasteten Lebensereignissen beeinflussen nach dem Mehr-Ebenen-Konzept nach Mann et al. (2005) das Auftreten von Suizidgedanken. Durch Risikofaktoren wie Impulsivität, Hoffnungslosigkeit sowie Zugang zu letalen Mitteln und Imitationseffekten kann es dann zum Übergang in eine suizidale Handlung kommen, weswegen bei der Prävention suizidalen Verhaltens diese verschiedenen Ebenen berücksichtigt werden sollten (Mann et al., 2005; Plener, 2014). Weil des Weiteren dem eigentlichen Suizid häufig Suizidversuche und fast immer drängende Suizidgedanken voraus gehen und sich damit ein Suizid ankündigt, ist hier eine spezifische Prävention möglich (Resch et al., 2012). Olfson et al. (2014) betonen, dass es bei der Suizidprävention außerdem auf die Beachtung zeitlicher Intervalle ankommt, denn die meisten Suizide geschehen innerhalb eines Monats nach der Entlassung aus dem stationären Rahmen. Hier ist die Vereinbarung eines Nachfolgetermins in der ersten Woche nach der Entlassung (Plener, 2014) zu empfehlen sowie noch während des stationären Aufenthalts eine gute Vorbereitung der Entlassung mit steigenden Belastungserprobungen und Reintegration in den Alltag zu planen.

Bei der Prävention lassen sich universelle und selektive Präventionsansätze unterscheiden. Als Ort von Präventionsmaßnahmen kommt im Kindes- und Jugendalter dabei der Schule eine besondere Bedeutung zu, da Risikoevaluationen oder Präventionsprogramme dort kostengünstig und effektiv durchgeführt werden können (Shaffer & Gould, 2000). Ein weiterer Ort für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen ist heute das Internet. Vorteile des Internets sind die inzwischen gute Zugänglichkeit für Jugendliche, die niedrige Schwelle vieler Angebote sowie die in der Regel gewährleistete Anonymität.

Universelle und selektive Suizidprävention

Zu den *universellen Ansätzen* zählen sogenannte „Fertigkeitentrainings“, also Gruppenprogramme zum Training bestimmter Fähigkeiten wie zum Beispiel Coping- oder Problemlösestrategien, die bei suizidalen Jugendlichen meist nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind (McLaughlin et al., 1996). Solche Trainings konnten in Studien zum Teil eine Reduktion von suizidalen Tendenzen erreichen (Klingman & Hochdorf, 1993; Orbach & Bar-Joseph, 1993). Unterrichtseinheiten mit dem Ziel der Aufklärung und Psychoedukation zum Thema Suizidalität sind die sogenannten „Awareness-Interventionen“. Jugendliche sollen hierdurch allgemein über psychische Erkrankungen sowie spezifisch über Suizidalität aufgeklärt werden. Zusätzlich sollen sie dazu ermutigt werden, sich bei Problemen anderen mitzuteilen und bei Bedarf entsprechende Hilfe aufzusuchen (Kalafat & Elias, 1995). Awareness-Programme sollen der Entstigmatisierung von Symptomen und der Inanspruchnahme von Hilfen dienen. Eine viel zitiertes schulbasiertes Projekt ist das „Signs of Suicide“ (SOS), welches bei Jugendlichen zu einem Wissenszuwachs bei den Themen depressive Störungen und Suizid sowie zu einer signifikanten Verringerung von Suizidversuchen führte (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007).

Interventionen im Bereich der *selektiven Prävention* können sogenannte „Screening-Interventionen“ nach bisher unbekanntem Fällen von jungen Menschen mit psychischen Störungen oder gar Suizidalität sein. Ein Problem solcher Screening-Untersuchungen ist jedoch die in der Regel niedrige Spezifität solcher Screenings sowie die niedrige Akzeptanz (Kaess et al., 2014). Ein sehr häufig verwendetes Screening-Verfahren in den USA ist der Columbia Teen Screen (Shaffer et al., 2004). Hier konnten Untersuchungen zeigen, dass mithilfe von Screenings eine zusätzliche Anzahl an gefährdeten Schülern gefunden werden können (Scott et al., 2009), und dass ein Großteil der Schüler, die durch das Screening eine Behandlungsempfehlung erhalten, diese auch wahrgenommen hatten. Eine Evaluation dieser Screening-Programme im Hinblick auf die Beeinflussung von suizidalen Verhaltensweisen wurde bisher nicht vorgenommen. Auch die Schulung von erwachsenen Bezugspersonen, die Warnzeichen für psychische Störungen erkennen und weitere Hilfe vermitteln können (Gatekeeper-Trainings), stellt eine selektive Präventionsstrategie dar. Ein Beispiel ist das sogenannte QPR (Question, Persuade, Refer)-Training (<https://www.qprinstitute.com/about-qpr>; Quinnett, 2007),

welches in einer Studie unter den Gatekeepern zu einem erhöhten Wissen über Suizidalität und zu mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit gefährdeten Schülern führte (Wyman et al., 2008). Selektiv präventiv könnte man auch in Fertigkeiten-Trainings diejenigen Schüler mit einbeziehen, die bereits Symptome einer psychischen Störung oder Zeichen der Suizidgefährdung aufweisen. Selektive Programme, die in den USA häufig Anwendung finden, sind unter anderem „Reconnecting Youth“ (Eggert et al., 1995) und das deutlich kürzere „Coping and Support Training“ (Randell et al., 2001). Beide Programme wurden bereits im Rahmen von randomisiert kontrollierten Studien getestet und zeigten eine Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion suizidalen Verhaltens.

Zwischen 2009 und 2011 fand in Europa das EU-Projekt „Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (SEYLE) – Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen“ statt (Wasserman et al., 2010; Fischer et al., 2011). Diese randomisierte-kontrollierte Studie, die in zehn europäischen Ländern unter Einbezug von über 11.000 Schülern stattfand, hatte das Ziel, verschiedene schulbasierte Präventionsprogramme zur Senkung von suizidalem Verhalten auf ihre Wirksamkeit hin zu testen. Hierzu wurden ein Gatekeeper-Training (QPR), ein Awareness-Programm und ein professionelles Screening gegen eine Kontrollgruppe (Minimalintervention mit Postern und Visitenkarten) untersucht. Die Outcome-Kriterien waren die Anzahl der Suizidversuche nach drei Monaten und bis zum 12-Monats-Nachuntersuchungszeitpunkt (Wasserman et al., 2015). Nach drei Monaten zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen, beim 12-Monats-Follow-Up zeigte sich in der Gruppe mit dem Awareness-Programm eine signifikante Reduktion der Suizidversuche und starken Suizidgedanken im Vergleich zur Kontrollgruppe (Wasserman et al., 2014).

Auch der Verein *Deutsches Bündnis gegen Depression* hat das Ziel, die Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erhöhen und Suiziden vorzubeugen (www.buendnis-depression.de). Dies geschieht durch ein Paket verschiedener Maßnahmen, welche in verschiedenen Studien bereits einen Effekt gezeigt haben; dazu gehören Schulungen von Primärversorgern und Hausärzten, eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit mit u.a. dem Ziel der Entstigmatisierung, Schulungen von Multiplikatoren und Zielgruppen (z.B. Lehrer, Journalisten) sowie Angebote für von Depression Betroffene und deren

Angehörige. Es zeigen sich positive Effekte auf Wissen und Einstellung zu Suizid, wenn Multiplikatoren geschult wurden (z.B. Cross et al., 2010). Unklar ist jedoch, ob solche Schulungen einen direkten Effekt auf die Suizidrate haben, resp. ob sich eine Veränderung in der Kommunikation oder der Überweisung an professionelle Helfer zeigt.

Inzwischen existiert eine Vielzahl von Internet-basierten Suizidpräventions-Programmen, die sowohl von professionellen Helfern oder, wie zum Beispiel Youth-Life-Line (Weinhardt, 2006) oder U25 (Stich, 2008) oder Freunde fürs Lebens (www.frnds.de), von Gleichaltrigen durchgeführt werden. Youth-Life-Line wird von ausgebildeten ehrenamtlich tätigen Jugendlichen unter Supervision von hauptamtlichen Fachkräften durchgeführt. Die Beratung der Jugendlichen erfolgt hier per E-Mail, so kann bei Bedarf eine anonyme Kontaktaufnahme erfolgen. In einer Befragung zur Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot gab eine Mehrheit der jugendlichen Klienten an, damit sehr zufrieden zu sein (66%) und sich verstanden zu fühlen (55%) (Weinhardt, 2006). Wirksamkeitsnachweise solcher Interventionen stehen aber noch aus.

Einschränkung der Verfügbarkeit von Methoden

Die Einschränkung der Verfügbarkeit einer Methode ist einer der am besten belegten Faktoren in der Suizidprävention (Mann et al., 2005). Beispiele dafür sind die Entgiftung des Haushaltsgases (Lester, 1990a,b), die Verkleinerung von Medikamenten-Verpackungen (Hawton, 2002), der erschwerte Zugang zu Schusswaffen (Frei et al., 2006; Värnik et al., 2008) sowie die Sicherung von sogenannten „Hot-Spots“, beispielsweise durch Sicherung von Gebäuden und Bauwerken und Schutz vor Sprungmöglichkeiten (Reisch et al., 2007). Wichtig ist dabei auch die Erkenntnis, dass bei Nicht-Verfügbarkeit einer Methode nicht einfach auf eine andere Methode gewechselt wird (siehe Meta-Analyse von Pirkis et al., 2015).

Presse-Richtlinien zur Suizidberichterstattung

Um Nachahmer-Effekte zu verhindern, wurden Richtlinien für Medienschaffende erarbeitet, welche im Pressekodex der deutschsprachigen Presseräte festgehalten sind. Die von NaSPro regelmäßig aktualisierten Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien (<http://www.suizidpraevention-deutschland.de/presse.html>) betonen, dass Medienberichte über

Suizide den Entschluss oder Impuls einerseits zum Suizid, andererseits aber auch zur Suche nach Hilfe beeinflussen (Niederkrotenthaler et al., 2010).

Im Pressekodex des deutschen Presserats (www.presserat.info) ist unter Punkt 8 folgender Passus aufgeführt: „Die Berichterstattung über Selbsttötung gebietet Zurückhaltung. Dies gilt insbesondere für die Nennung von Namen und die Schilderung näherer Begleitumstände. Eine Ausnahme ist beispielsweise dann zu rechtfertigen, wenn es sich um einen Vorfall der Zeitgeschichte von öffentlichem Interesse handelt.“ Des Weiteren gelten die Persönlichkeitsrechte über den Tod hinaus. Mit der Zurückhaltung näherer Begleitumstände ist insbesondere die detaillierte Schilderung der Methode und des Ortes zu nennen. Zu verzichten ist auch auf Spekulationen über Ursachen des Suizids. Zudem sollte jede Bewertung von Suiziden als heroisch, romantisch oder tragisch vermieden werden.

Ähnlich wird das Thema in der Schweiz gehandhabt: "Wegen der Gefahr der Nachahmung sind detaillierte Berichte über Suizide und Suizidversuche zu vermeiden. Dies gilt nicht nur für reale Fälle, sondern auch für fiktive in Kriminalfilmen, Beziehungsgeschichten, Milieufilmen usw. Die Frage der Medienwirkung ist bei Entscheid über die Publikation oder die Ausstrahlung eines Berichtes über einen Suizidfall mit zu berücksichtigen." (Schweizer Presserat, 1992). Auch in Österreich gelten diesbezügliche Richtlinien: „Berichterstattung über Suizide ... sowie Suizidversuche ... gebietet im Allgemeinen große Zurückhaltung. Verantwortungsvoller Journalismus wägt – auch wegen der Gefahr der Nachahmung – ab, ob ein überwiegendes öffentliches Interesse besteht und verzichtet auf überschießende Berichterstattung“ (Österreichischer Presserat, 2012; www.presserat.at).

Der Medienguide des Bündnis gegen Depression (Hegerl et al., 2015) beschreibt zusätzlich zu Hinweisen, die die Gefahr einer Nachahmung steigern, auch Hinweise, welche die Nachahmungsgefahr senken. Zum Beispiel, indem der Suizid als Folge einer Erkrankung (z.B. Depression) dargestellt wird, die erfolgreich hätte behandelt werden können, alternative Problemlösungen und Fälle von Krisenbewältigung aufgezeigt und Kontaktadressen für Hilfesuchende angegeben werden, und indem Expertenmeinungen eingeholt und fundierte Hintergrundinformationen zum Krankheitsbild Depression gegeben werden und über die Arbeit professioneller Helfer berichtet wird.

7 Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2001) Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 24S-51S.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5). American Psychiatric Publishing: Washington DC, London.
- American Psychiatric Association; Falkai, P und Wittchen, HU (Hrsg. der dt. Ausgabe) (2015): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Dt. Ausgabe. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Vitiello B, Keller M, Birmaher B, McCracken J, Mayes M, Berk M, Brent DA (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 772-781.
- Aseltine RH, DeMartino R (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94, 446-451.
- Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J (2007) Evaluating the SOS suicide prevention programme: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.
- Becker K, El-Faddagh M, Schmidt, M.H. (2004a). Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatrooms and -foren im Internet. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 14-25.
- Becker K, Keitel AE (2013) *Suizidales Verhalten*; in Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, 7. erw. Auflage, Hogrefe-Verlag, S. 459-475
- Becker K, Manthey T, Kaess M, Brockmann E, Zimmermann F, Plener PL (im Reviewverfahren) Postvention bei Suizid: Was man als Kinder- und Jugendpsychiater und –therapeut wissen sollte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Becker K, Mayer, M, Nagenborg M, El-Faddagh M, Schmidt MH (2004b). Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 111-114.
- Becker K., Schmidt MH. (2001) Psychiatrische Störungen bei parasuizidalem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. *Pädiatrische Praxis*, 60, 29-39.
- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 41-52.
- Brent D, Greenhill L, Compton S, Emslie G, Wells K, Walkup J, Vitiello B, Bukstein O, Stanley B, Posner K, Kennard B, Cwik M, Wagner A, Coffey B, March J, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Barbett S, Capasso L, Zelazny J, Hughes J, Shen S, Gugga S, Turner JB (2009) The Treatment of Adolescent Suicide Attempters Study (TASA): predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 987-996.
- Brent DA, Mann JJ. (2006). Familial pathways to suicidal behavior – understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, 355, 2719-2721.
- Brent DA, Melham NM, Masten AS, Porta G, Walker Payne M. (2012) Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 778-91.
- Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 641-9.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; Hrsg.) (2014): Kinder- und Jugendhilfe. Achtes Sozialgesetzbuch. Broschüre; 5. Auflage. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen.did=3578.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): Kinder- und Jugendhilfe. Achtes Buch Sozialgesetzbuch; 4. Auflage, Stand 2013. downloadbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.did=3578.html>
- Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2012) Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136, 9-16.
- Cross W, Matthieu MM, Lezine D, Knox KL (2010). Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis*, 31, 149-159.
- 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.
- DGKJP et al. (Hrsg.) (2016): Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Register Nr. 028/029; AWMF online. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-029I_S2k_Nicht-suizidales-selbstverletzendes_Verhalten_NSSV_2016-04.pdf
- DGKJP et al. (Hrsg.) (2007): *Suizidalität im Kindes- und Jugendalter*, in Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. überarb. Auflage, Deutscher Ärzteverlag, 409-421.
- Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122-131.
- Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. (2011) Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3938-3952
- Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 276-296.
- Fegert J, Herpertz-Dahlmann B. (2005) Serotoninwiederaufnahmehemmer im Kindes- und Jugendalter. Warnhinweise der Behörden, Analyseergebnisse und Empfehlungen. *Nervenarzt*, 76, 1330-1339.
- Feigelman W, Gorman BS (2008) Assessing the effects of peer suicide on youth suicide. *Suicide and Life-Threat Behavior*, 38, 181-94.
- Fischer G, Ameis N, Parzer P, Plener PL, Groschwitz R, Vonderlin E, Kölch M, Brunner R, Kaess M (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, 265.
- Fischer G, Brunner R, Parzer P, Klug K, Durkee T, Carli V, Wasserman E, Vonderlin E, Resch F, Kaess M (2012) Depressivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit riskanter und pathologischer Internetnutzung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61, 16-31.
- Fischer G, Göbelbeker L, Schneider S für das Heidelberger Seyle-Team (2011) *SEYLE – Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen; Abschlussbericht*. Online abrufbar unter https://www.uni-heidelberg.de/md/journal/2011/07/110401_seyle.pdf
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E (2011) Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behaviour and borderline symptoms with a one-year-follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3.
- Fleischhaker C, Munz M, Böhme R, Sixt B, Schulz E (2006) Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)-eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit

- Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 15-27.
- Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K (2007) Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100, 199–210
- Frei A, Han A, Weiss MG, Dittmann V, Ajdacic-Gross V (2006). Use of army weapons and private firearms for suicide and homicide in the region of Basel, Switzerland. *Crisis*, 27, 140-146.
- Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Wewetzer C (Hrsgb.) (2009): *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. Grundlagen und Therapie. Zweite Auflage. Wien Springer-Verlag.
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, Woodham A, Ayodeji E, Barrett B, Byford S, Harrington R (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *British Medical Journal*, 342, d682.
- Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P (1998) Psychological treatment of depression in children and adolescents. A review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.
- Hawton K (2002). United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: Background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 223-229.
- Hawton K, Saunders KAE, O'Connor RC (2012) Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.
- Hawton K, Saunders KAE, O'Connor RC. (2012) Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.
- Hazell, PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, Harrington R (2009) Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 662-670.
- Hegerl U, Brosius HB, Ziegler W (2015). *Take care – be aware: Empfehlung zur Berichterstattung über Suizid*. Online abrufbar unter http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/media/Medienguide_2015.pdf (abgerufen 1.6.2016).
- Hepp U, Stulz N, Unger-Koppel J, Ajdacic-Gross V. (2012) Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 67-73.
- Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB (2005) Predictors of treatment response for suicidal youth referred for emergency psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 582-589.
- Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Coman HG, Cotter O, Cosman D, Durkee T, Farkas L, Feldman D, Haring C, Iosue M, Kahn JP, Keeley H, Podlogar T, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Tubiana A, Várník P, Sarchiapone M, Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D (2014). The value of risk-behavior screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 611-620.
- Kaess M, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Brunner R, Resch F (2011a). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, 11, 597
- Kaess M, Parzer P, Mattern M, Resch F, Bifulco A, Brunner R (2011b). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) Validierung der deutschen Version von Fragebogen und korrespondierendem Interview sowie Ergebnisse einer Untersuchung von Zusammenhängen belastender Kindheitserlebnisse mit suizidalen Verhaltensweisen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, 243-252.
- Kalafat J, Elias MJ (1995). Suicide prevention in an educational context: broad and narrow foci. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 123-133.
- Kapusta ND, Fegert JM, Haring C, Plener PL (2014) Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59, 16-23.

- Kasper S, Kalousek M, Kapfhammer HP et al. (2011): Suizidalität. Konsensus-Statement; State of the Art 2011. *ClinCum Neuropsych* (Sonderheft April 2011), 1-19.
- Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL (2004) Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Kielholz, P. (1967). *Diagnose und Therapie der Depressionen für Praktiker*. München: Lehmanns.
- Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J (2006) Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatrica*, 58, 443-50
- Klingman A, Hochdorf Z (1993). Coping with distress and self-harm: the impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 121-140.
- Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS (2007) Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C (2012) Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 381-389.
- Kostenuik M, Ratnapalan M. (2010) Approach to adolescent suicide prevention. *Canadian Family Physician*, 56, 755-760.
- Lee DT, Chan KP, Yip PS (2005). Charcoal burning is also popular for suicide pacts made on the Internet. *British Medical Journal*, 330, 602.
- Lester D (1990a). The effect of the detoxification of domestic gas in Switzerland on the suicide rate. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 383-384.
- Lester D (1990b). The effects of detoxification of domestic gas on suicide in the United States. *American Journal of Public Health*, 80, 80-81.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonquist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Philipps M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silvermann M, Takahashi Y, Varnik A, Wassermann D, Yip P, Hendin H (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review, *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- McLaughlin J, Miller P, Warwick H (1996). Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *Journal of Adolescence*, 19, 523-532.
- Niederkröthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, Eisenwort B, Sonneck G (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther vs. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197, 234-243.
- Niederkröthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, Eisenwort B, Sonneck G (2010).
- Nissen G, Trott GE (1989). Suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 86, 3787-3793.
- Nock MK (2010) Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15.1-15.25
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008) Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154
- Nock MK, Greif Green J, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2013): Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 70, 300-310.
- Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD (2007) Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, Reliability, and Validity in an Adolescent Sample. *Psychological Assessment*, 19, 309-317.
- Olfson M, Marcus SC, Bridge JA (2014) Focusing suicide prevention on periods of high risks. *Journal of the American Medical Association*, 311, 1107-1108.
- Orbach I, Bar-Joseph H (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 120-129.

- Pirkis J, San Too L, Spittal MJ, Krysinska K, Cheung YTD (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 994-1001.
- Plener P, Fegert JM, Kölch MG (2012) Psychopharmakologische Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter; Entwicklungen und Standards seit der „Black Box“ Warnung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 365-371.
- Plener P: (2014) Prävention suizidalen Verhaltens. In: Plener P: *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*; Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Hrsg. Remschmidt H, Schmidt MH), S. 128-129; Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Plener, P. (2015) Postvention. In Plener, P. *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen* (S. 117-119). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Plöderl M, Faistauer G, Fartacek R. (2010) The contribution of school to the feeling of acceptance and the risk of suicide attempts among Austrian gay and bisexual males. *Journal of Homosexuality*, 57, 819-41.
- Plöderl M, Fartacek R. (2005) Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 35, 661-70.
- Pöldinger W (1968) *Zur Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Huber Verlag.
- Posner K, Oquendo, MA, Gould M, Stanley B, Davis M (2007) Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1035-1043.
- Quinnett P (2007). QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention. The Model, Rationale and Theory. QPR Institute.
- Rajagopal S (2004) Suicide pacts and the internet. *British Medical Journal*, 329, 1298
- Randell BP, Eggert LL, Pike KC (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 41-61.
- Rathus, JH, Miller, AL (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32, 146-157.
- Reisch T, Schuster U, Michel K (2007). Suicide by jumping and accessibility of bridges: Results from a national survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 681-687.
- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hrsg.) (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6., korr. Aufl. Hans Huber-Verlag: Bern.
- Resch F, Kaess M, Plener PL, Fegert JM (2012) Suizidales Verhalten. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, S. 959-970, 2te Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.
- Resch F, Parzer P, Brunner R; BELLA study group. (2008) Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 92-8.
- Robertson HT, Allison DB (2009): Drugs Associated with More Suicidal Ideations Are also associated with More Suicide Attempts. *PLoS one*, 4, e7312, 1-8.
- Rossouw TI, Fonagy P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304-1313, e1303.
- Schaller S, Schmidtke A. (2007). Suizidalität. In B. Röhrle, F. Caspar & P. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 495-512). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtke A & Monsue-Consortium (2010). Monitoring Suicidal Behavior in Europe (MONSUE); Final Report on the Implementation of the action. http://ki.se/sites/default/files/final_report_monsue.pdf

- Schmidtke A et al. (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-38.
- Schmidtke A, Schaller S, Kruse A. (2003). Ansteckungsphänomene bei den neuen Medien - Fördert das Internet Doppelsuizide und Suizidcluster? In E. Etzersdorfer, G. Fiedler, & M. Witte (Eds.), *Neue Medien und Suizidalität* (pp. 150-166). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidtke A, Schaller S.(2000). The role of mass media in suicide prevention. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (S. 675-697). Chichester: Wiley.
- Schweizer Presserat (1992). Nr. 8/92: *Stellungnahme des Presserates vom 23. Dezember 1992 zur Berichterstattung über Suizide*. Abgerufen am 01.06.2016 von <http://presserat.ch/9208.htm>
- Scott MA, Wilcox HC, Schonfeld IS, Davies M, Hicks RC, Turner JB, Shaffer D (2009). School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: the Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health*, 99, 334-339.
- Shaffer D, Gould M (2000) Suicide prevention in schools. In K. Hawton & C. van Heeringen (Eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, S. 646-660; Chichester: Wiley.
- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, Garfinkel R, Greenwald S (2004). The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 71-79.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE (2007) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277
- Skala K, Kapusta ND, Schlaff G, Unseld M, Erfurth A, Lesch OM, Walter H, Akiskal KK, Akiskal HS (2012) Suicidal ideation and temperament: an investigation among college students. *Journal of Affective Disorders*, 141, 399-405.
- Stanley D, Brown GK, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, Kennard BD, Wagner A, Cwik M, Klomek AB, Goldstein T, Vitiello B, Barbett S, Daniel S, Hughes J (2009) Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1005-1013
- Stich W (2008) [U25] - Suizidprävention von und für junge Menschen. *Suizidprophylaxe*, 35, 90-94.
- Suk E, van Mill J, Vermeiren R, Ruchkin V, Schwab-Stone M, Doreleijers T, Deboutte D (2009) Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 377-383.
- Szumilas, M. & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 18-29.
- Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF (2009) Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 463-470.
- Teismann T, Dormann W (2014) Notfallplan/Sicherheitsplan. S. 57-58, in: *Suizidalität*, Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Göttingen et al.: Hogrefe.
- Värnik A, Kolves K, Allik J, Arensman E, Aromaa E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis CM et al. (2009) Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113, 216-226.
- Värnik, A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis C, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, Reisch T, Scheerder G, Arensman A, Aromaa E, Giupponi G, Gusmäo R, Maxwell M, Pull C, Szekely A, Sola VP, Hegerl U (2008). Suicide methods in Europe – a gender specific

- analyses of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.
- Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Stanley B, Bukstein O, Kennard BD, Compton S, Coffey B, Cwik MF, Posner K, Wagner A, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Capasso L, Mayes T, Shen S, Gugga SS, Turner JB, Barnett S, Zelazny J. (2009) Depressive Symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 997-1004.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, Bracale R, Brunner R, Bursztein-Lipsicas C, Corcoran P, Cosman D, Durkee T, Feldman D, Gadoros J, Guillemin F, Haring C, Kahn JP, Kaess M, Keeley H, Marusic D, Nemes B, Postuvan V, Reiter-Theil S, Resch F, Sáiz P, Sarchiapone M, Sisask M, Varnik A, Hoven C (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.
- Wasserman D, Hoven CW, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ (2015) School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385, 1536-1544.
- Weinhardt M (2006). Krisenberatung online - Erfahrungen aus dem Modellprojekt youth-life-line.de. *Suizidprophylaxe*, 126, 122-126.
- Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM (2006) Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Wichstrøm L (2009) Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Archives of Suicide Research*, 13, 105-122
- Wichstrøm L, Hegna K (2003) Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144-151
- Wolfersdorf M. (2008) Suizidalität. *Nervenarzt*, 79, 1319-1336.
- Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, Pena JB (2008) Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 104-115.

Weiterführende Literatur

- AACAP (2001) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7 Supplement), 24S–51S;
<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2960355-5/pdf>
- Becker K, Keitel AE (2013): *Suizidales Verhalten*; in Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, 7. erw. Auflage, Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe-Verlag, S. 459-475.
- Berman AL, Jobes DA, Silverman MM. (2006). *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention* (2te Auflage). United States of America: American Psychological Association.
- Courtet P (2016) *Understanding Suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment*. Basel: Springer International Publishing.
- Hawton K, Saunders KAE, O'Connor RC (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.
- Joiner T. (2010) *Myths about Suicide*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- O'Connor RC, Platt S, Gordon J (Eds.) (2011) *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons
- Plener PL (2014) *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen*. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Remschmidt H & Schmidt MH (Hrsg.), Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Teisman T, Koban C, Illes F, Oermann A (2016) *Psychotherapie suizidaler Patienten, Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken und Suizidversuchen*, Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Teismann T, Dorrman W (2014) *Suizidalität*. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 54. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Wasserman D (2016) *Suicide*. 2te Auflage; Oxford, New York: Oxford University Press.
- Wasserman D, Wasserman C (2009). *Oxford Testbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Erstellungsdatum: 01/1999

Überarbeitung von: 11/2006

Nächste Überprüfung geplant: 05/2021

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**