

Evidenzbasierte Versorgung junger Menschen

Suizidalität erkennen, vorbeugen, behandeln – Serie Teil 4

Prof. Dr. Susanne Knappe, Dr. phil. Arne Bürger, Prof. Dr. med. Marcel W. Romanos – LitVZ online unter HÄBL 10/2026

Einleitung

Suizid war 2021 weltweit die dritthäufigste Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 29 Jahren [1]. In Deutschland war Suizid 2023 die häufigste Todesursache im Jugendalter und machte 18 % der Todesfälle zwischen dem 10. bis 24. Lebensjahr aus [2].

Während Suizide vor der Pubertät vergleichsweise selten auftreten, nehmen suizidale Gedanken, Suizidversuche und Suizide ab dem frühen Jugendalter deutlich zu [3,4]. Angaben zur Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken bei Jugendlichen variieren zwischen 14,4 % und 39,4 % [5, 6] bzw. zwischen 6,5–9 % für Suizidversuche [6,7]. Der Suizid eines jungen Menschen betrifft weit mehr Personen als die hinterbliebene Familie. In einer Befragung von Suizidhinterbliebenen schätzten Eltern nach dem Suizid ihres Kindes, dass durchschnittlich ca. 80 weitere Personen tiefgreifend betroffen waren [8]. Nach Studien an betroffenen Schulen kannten 45,3 % der Schüler:innen den verstorbenen Schüler als Bekannten, Freund oder engen Freund [9]. Damit stellt Suizidalität – zusammenfassend für suizidales Erleben und Verhalten einschließlich Suizidversuchen und Suiziden – eine erhebliche Herausforderung für Angehörige und das soziale Umfeld sowie für die öffentliche Gesundheit und die beteiligten Versorgungssysteme dar.

Die hohe individuelle und gesellschaftliche Relevanz von Suizidalität unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung sowie des Einsatzes wirksamer Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Erkenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren [10] sowie zu möglichen Erklärungsmodellen [11] tragen dazu bei, Suizidalität frühzeitig zu erkennen, in der Forschung geeignete Maßnahmen zu entwickeln, auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und in der klinischen Praxis auszuwählen [12–14], um Kinder und Jugendliche leitliniengerecht zu unterstützen [15,16].

In diesem Beitrag werden Maßnahmen zur Früherkennung, Prävention, Intervention und Postvention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit suizidalem Erleben und Verhalten entlang des Versorgungsprozesses zusammengestellt und hinsichtlich ihrer empirischen Evidenz eingeordnet. Dabei ist zwischen Maßnahmen zur Bewältigung akuter Suizidalität i. S. einer Krisenintervention und Maßnahmen zur mittel- und langfristigen Reduktion suizidalen Erlebens und Verhaltens zu unterscheiden. Die Argumentation beruht auf einer Literaturrecherche im Juni 2026 in der Clarivate Datenbank Web of Science, die mit dem Suchterm (suicid* [Title] and (detect* OR assess OR diagn [Title]) and (prevent* OR intervent*[Title])) durchgeführt wurde. Es wurden 21 Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2013–2025 identifiziert (k=3 Metaanalysen und/oder -reviews, k=8 systematische Reviews, k=2

Scoping Reviews, k=9 narrative Reviews). Einschlusskriterium waren Review-Artikel in englischer oder deutscher Sprache, ohne Limitationen hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden oder des Publikationsjahres. Ergänzend wurden ein vergleichbarer Suchterm in PubMed verwendet, eine Handsuche nach Übersichtsarbeiten zur Prävention, Pharmakotherapie und Psychotherapie durchgeführt sowie die Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität [16] herangezogen.

Identifikation und Exploration

Die Exploration von Suizidalität ist eine wichtige Grundlage für die klinische Praxis und zugleich Gegenstand verbreiteter Mythen. So besteht z. B. die Sorge, dass das direkte Erfragen von Suizidgedanken diese verstärken oder sogar suizidales Verhalten begünstigen könnte. In einer Übersichtsarbeit mit 21 Studien bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand die Mehrzahl der Arbeiten keine Hinweise auf iatrogene Effekte im Zusammenhang mit Befragungen zu Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten [17]. Gould et al. [18] zeigten darüber hinaus, dass das Erfragen von Suizidalität weder die berichtete Belastung noch Suizidgedanken erhöhte; bei Jugendlichen mit erhöhtem Risiko zeigten sich teilweise sogar Hinweise auf geringere Belastung bzw. Suizidgedanken. Für die klinische Praxis ist maßgeblich, Suizidgedanken und -versu-

che direkt anzusprechen und neben ihrem Vorliegen auch deren Ausprägung und Dynamik sowie relevante auslösende, aufrechterhaltende und handlungsbegünstigende Faktoren zu erfassen [16]. Suizidale Äußerungen und Versuche sollten dabei unabhängig von ihrer möglichen Funktion als Ausdruck psychischer Belastung ernst genommen und bei der weiteren Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Fragebögen und Skalen besitzen nur begrenzte individuelle Vorhersagekraft; auch KI-basierte Verfahren können die klinische Exploration, menschliche Krisenintervention und die verlässliche Einleitung notwendiger Notfallmaßnahmen nicht ersetzen [19–23]. Suizidalität ist zudem ein dynamischer Prozess, bei dem sich das Risiko innerhalb weniger Stunden oder Tage verändern kann; die klinische Beurteilung sollte daher im Verlauf wiederholt werden.

Prävention

Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind universelle, selektive und indizierte Präventionsansätze unterschiedlich gut belegt. Suizidversuche oder Suizide werden aufgrund ihrer vergleichsweise geringen Häufigkeit und der damit verbundenen methodischen Herausforderungen seltener als Endpunkte untersucht als z. B. Wissen, Einstellungen oder Hilfesuchverhalten. Die geringe Häufigkeit erschwert damit zwar den Nachweis präventiver Effekte, sollte angesichts der schwerwiegenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen jedoch kein grundsätzliches Argument gegen universelle Präventionsansätze darstellen.

Die Einschränkung von Verfügbarkeit, Erreichbarkeit bzw. des Zugangs zu letalen Mitteln oder Orten gilt als eine wirksame bevölkerungsbezogene Strategie der Suizidprävention [24–27]. Darüber hinaus empfiehlt die WHO [28] universell angebotene psychosoziale Maßnahmen, die sozial-emotionales Lernen, Emotionsregulation, Problemlösefertigkeiten und interpersonelle Fertigkeiten, Achtsamkeit und Stressregulation fördern.

Für universelle schulbasierte Suizidprävention liegen Wirksamkeitsnachweise vor. Besonders gut untersucht ist das Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) im Rahmen der europäischen

SEYLE-Studie [29]: In einer cluster-randomisierten Studie mit über 11.000 Jugendlichen reduzierte YAM nach zwölf Monaten sowohl Suizidversuche als auch schwere Suizidgedanken. Weitere universelle schulbasierte Programme zeigen positive Effekte u. a. auf Wissen, Einstellungen, Hilfesuchbereitschaft und einzelne Risikofaktoren (z. B. 30–32]. Gatekeeper-Ansätze können Wissen, Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit von Lehrkräften und anderen Bezugspersonen zur Erkennung gefährdeter Jugendlicher verbessern [33]. Offen bleibt noch, ob dies tatsächlich zu einer verbesserten Identifikation und Weiterleitung gefährdeter Jugendlicher und letztlich zu einer Reduktion von Suizidalität führt. In der Praxis ist die Auswahl evidenzbasierter Programme, deren qualitätsgesicherte Implementierung sowie eine angemessene Schulung der Durchführenden von besonderer Bedeutung. Insgesamt erscheinen Mehrebenenansätze vielversprechend, die universelle Prävention mit Früherkennung und gezielten Maßnahmen für Risikogruppen, niedrigschwelliger Weiterleitung, evidenzbasierter Behandlung sowie Maßnahmen zur Methodenrestriktion verbinden.

Psychotherapeutische Behandlung

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen umfasst die psychotherapeutische Versorgung neben spezifischen Interventionen zur Reduktion suizidalen Erlebens und Verhaltens [34–36] auch Sicherheits- bzw. Notfallplanung [37, 38] und Psychoedukation [38].

Im Kindes- und Jugendalter liegt derzeit die stärkste Evidenz für die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) vor, die inzwischen als gut etablierte Intervention insbesondere zur Reduktion von Suizidversuchen und selbstschädigendem Verhalten bei Jugendlichen gilt [36, 39, 40]. Für weitere psychotherapeutische Ansätze bestehen Hinweise auf Wirksamkeit, die Evidenz ist jedoch weniger konsistent bzw. bedarf weiterer Replikation. Hierzu zählen u. a. familienbasierte Ansätze [41] sowie Intervention mit Schwerpunkt auf Emotionsregulation, Achtsamkeit und den Erwerb von Skills [38, 39, 42, 43]. Derzeit werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme wie

Attempted Suicide Short Intervention Program for Adolescents [44] und Brief Cognitive-Behavioral Therapy [45] beforscht. Nicht bewährt haben sich bindungstheoretische oder bibliotherapeutische Ansätze [46].

Die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Kinder und Jugendlicher erfordert eine kontinuierliche klinische Beurteilung suizidalen Erlebens und Verhaltens. Suizidalität sollte dabei in der Hierarchie der individuellen Behandlungsziele eine hohe Priorität einnehmen und im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft werden. Das offene Ansprechen und die Analyse vorausgehender und aufrechterhaltender Bedingungen von Suizidgedanken und -versuchen sind wichtige Voraussetzungen, um potenziell lebensgefährdende Zustände frühzeitig zu erkennen und gemeinsam mit den Patient:innen angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden bei der Risikoeinschätzung und der Entscheidung über das weitere Vorgehen sind angesichts der hohen Verantwortung nachvollziehbar. In solchen Situationen sind fachliche Rücksprache, Intervention oder Supervision zu empfehlen. Dies dient sowohl der Sicherheit der Patient:innen als auch der Entlastung der Behandelnden.

Pharmakologische Behandlung

Eine spezifische evidenzbasierte pharmakologische Behandlung von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter existiert nicht. Suizidalität kann nach aktuellem Wissensstand durch eine Behandlung der Primärerkrankung wie z. B. affektiver Störungen oder ADHS beeinflusst werden.

Bei der leitliniengerechten Behandlung einer Depression mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern ist eine initiale antriebssteigernde und damit suizidfördernde Wirkung zu berücksichtigen. Bei entsprechender Indikation sollten Antidepressiva deshalb jedoch nicht grundsätzlich vorenthalten werden; erforderlich ist eine engmaschige klinische Beobachtung [3]. Für Clozapin, Lithium und Ketamine besteht derzeit keine ausreichende Evidenz für eine spezifische antisuizidale Behandlung im Kindes- und Jugendalter [16] bzw. geht ihr Einsatz nicht über experi-

mentelle oder Off-Label-Strategie im Einzelfall hinaus [47–49].

Methylphenidat ist nicht zur Behandlung von Suizidalität indiziert. Bei der Behandlung einer ADHS gibt es keine Hinweise auf eine suizidsteigernde Wirkung von Methylphenidat, vielmehr ist durch eine effektive Behandlung mit Reduktion der ADHS-Symptomatik ebenfalls eine Reduktion der Suizidalität zu erwarten [50, 51].

Postvention

Der Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid kann bei Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität einhergehen [52]. Entsprechend kommen der Betreuung, Unterstützung und Nachsorge nach einem Suizid eine wichtige sekundärpräventive Bedeutung zu. Die Postvention richtet sich dabei nicht nur an unmittelbar Hinterbliebene, sondern auch an betroffene soziale Gemeinschaften einschl. Eltern, Geschwister, Mitschüler:innen, Freund:innen, Lehrkräfte und weitere Bezugspersonen. Ziel ist es, Trauernde zu unterstützen, besonders gefährdete Personen zu identifizieren und ihnen bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten.

Bislang existieren nur wenige empirisch evaluierte Postinterventionsprogramme für Kinder und Jugendliche. Ein systematisches Review [53] zu schulischer Postven-

tion fand zwar Hinweise auf positive Effekte von kurzen Informations-/Psychoedukationsangeboten sowie von Screeningmaßnahmen bei Schüler:innen und Schulungen des Schulpersonals; die Studienqualität war jedoch insgesamt niedrig. Insbesondere ist bislang unzureichend belegt, ob solche Maßnahmen längerfristig Suizidgedanken, Suizidversuche oder weitere Suizide reduzieren.

Auch für die Unterstützung von Familien nach dem Suizid eines Kindes oder Jugendlichen bestehen relevante Versorgungslücken. Ein systematisches Review mit 25 Studien beschreibt erhebliche Belastungen bei Eltern sowie einen Bedarf an kontinuierlicher und klinisch verankerter Unterstützung durch das Versorgungssystem für betroffene Familien [54].

Krisenintervention

Bei akuter Suizidalität stehen die unmittelbare Sicherung und Stabilisierung sowie eine zeitnahe klinische Einschätzung im Vordergrund. Je nach Ausmaß der Gefährdung und den individuellen psychosozialen, familiären und schulischen Rahmenbedingungen können eine engmaschige ambulante Betreuung oder eine stationäre Behandlung erforderlich sein. Eine gesicherte Weiterbehandlung ist Bestandteil der Krisenintervention.

Hinweise für die ärztliche Praxis zur Versorgung von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Identifikation & Exploration: Suizidalität wiederholt und direkt ansprechen – Nachfragen erhöht das Risiko nicht. Bei der Exploration Ausprägung, Dynamik sowie relevante Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigen.

Prävention: Evidenzbasierte universelle und zielgruppenspezifische Präventionsprogramme einsetzen und qualitätsgesichert durch geschulte Personen durchführen. Den Zugang zu potenziell tödlichen Mitteln begrenzen und gefährdete Jugendliche frühzeitig geeigneten Hilfen zuführen.

Pharmakologische Behandlung: Psychische Komorbiditäten leitliniengerecht behandeln; eine spezifische antisuizidale

Pharmakotherapie ist bei Jugendlichen bislang nicht etabliert.

Psychotherapeutische Behandlung: Suizidalität im Behandlungsverlauf wiederholt überprüfen. Für die Reduktion von selbstschädigendem und suizidalen Verhalten bei Jugendlichen weist die DBT-A derzeit die stärkste Evidenz auf.

Postvention: Nach Suizidversuch oder Suizid Hinterbliebene und das soziale Umfeld unterstützen, besonders gefährdete Jugendliche identifizieren und bedarfsgerechte Hilfe vermitteln.

Krisenintervention: Bei akuter Suizidalität Sicherheit herstellen, Gefährdung klinisch einschätzen und eine lückenlose Weiterbehandlung sicherstellen.

Fazit

Suizidalität kann als Ergebnis eines komplexen biopsychosozialen Entwicklungsprozesses verstanden werden. Angesichts der begrenzten Vorhersagbarkeit suizidalen Verhaltens sollte der Schwerpunkt weniger auf einer detaillierten Risikoprognose als auf Prävention, frühzeitiger Erkennung, wiederholter klinischer Beurteilung und einem raschen Zugang zu evidenzbasierten Hilfen liegen. Hierzu gehören universelle und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen einschließlich der Einschränkung des Zugangs zu letalen Mitteln. Für die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Jugendlicher weist insbesondere die DBT-A eine etablierte Evidenzbasis auf, während die Wirksamkeitsbelege für pharmakologische Behandlungen im Jugendalter bislang begrenzt sind. Postvention ist ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Suizidprävention; Entscheidend sind die qualitätsgesicherte Umsetzung und Verknüpfung dieser Maßnahmen über Präventions- und Versorgungsebenen hinweg sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Systeme, insbesondere von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung.

Prof. Dr.

Susanne Knappe
Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Technische Universität Chemnitz



Foto: privat

Dr. phil.

Arne Bürger
Bürger & Romanos: Zentrum für Psychische Gesundheit, Universitätsklinikum Würzburg

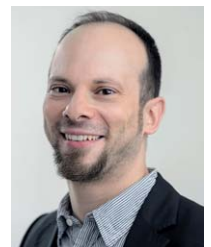


Foto: privat

Prof. Dr. med. Marcel W. Romanos

Kontakt: Susanne.-knappe@psychologie.tu-chemnitz.de



Foto: privat