



Gerd Wagner  
Lydia Bahlmann  
Marlehn Lübbert

# Psychotherapeutische Intervention nach einem Suizidversuch

Das RISE-Kurzzeitprogramm



# **Psychotherapeutische Intervention nach einem Suizidversuch**



**Gerd Wagner  
Lydia Bahlmann  
Marlehn Lübbert**

# **Psychotherapeutische Intervention nach einem Suizidversuch**

Das RISE-Kurzzeitprogramm



**PD Dr. Gerd Wagner**, geb. 1974. 1995–2000 Studium der Psychologie in Tübingen und Jena. 2004 Promotion. 2011 Approbation als psychologischer Psychotherapeut im Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie. 2020 Habilitation. Seit 2001 tätig an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena; Leiter der AG „Suizidologie“. Seit 2022 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft zur Suizidprävention (DGS).

**Dr. Lydia Bahlmann**, geb. 1990. 2010–2014 Studium der Soziologie in Halle/Saale. 2013–2019 Studium der Psychologie in Hagen und Jena. Seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena. 2025 Promotion.

**M.Sc. Marlehn Lübbert**, geb. 1991. 2009–2016 Studium der Psychologie in Jena. 2017–2018 arbeitspsychologische Tätigkeit am Thüringer Oberlandesgericht. 2018–2022 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena. Seit 2021 psychotherapeutische Tätigkeit an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Rostock. 2025 Approbation als psychologische Psychotherapeutin im Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
info@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © istock.com/borchee  
Satz: Franziska Stolz, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3280-9; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3280-0)

ISBN 978-3-8017-3280-6

<https://doi.org/10.1026/03280-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

# Danksagung

Das RISE-Programm ist im Rahmen des Netzwerks zur Suizidprävention in Thüringen (NeST) entstanden. Nicht nur die Erforschung suizidalen Verhaltens, sondern vor allem auch die Bereitstellung adäquater Interventionsangebote war uns dabei ein zentrales Anliegen. Im Kontakt mit Menschen in Lebenskrisen wurden wir immer wieder mit der dringenden Nachfrage nach wirksamen Hilfsangeboten konfrontiert – durch professionelle Helfer:innen, durch Angehörige und nahestehende Personen, und nicht zuletzt durch die Betroffenen selbst.

Unser Ziel war es, mit vereintem Wissen und auf Grundlage aktueller Forschung eine konkrete Versorgungsperspektive zu schaffen – und damit einen wirksamen Beitrag zur Verhinderung weiterer Suizidversuche zu leisten. Diese Aufgabe ist größer, als dass ein Einzelner sie tragen könnte. Um ein „NeST“ zu bauen, braucht es viele helfende Hände – Hände, die ineinandergreifen und so ein Sicherheitsnetz bilden, das auch schwere Krisen auffangen kann.

Wir danken allen, die uns auf diesem Weg unterstützt haben!

Unser besonderer Dank gilt *Sebastian Josfeld*, der an der Entwicklung des Programms mitgewirkt und die Pilottestung supervisorisch als approbierter Psychotherapeut begleitet hat. Ebenso danken wir *Sarah Albrecht* für ihre therapeutische Unterstützung in der Pilottestung sowie *Dr. phil. Gregor Peikert*, der die ambulante Testung des Programms durchgeführt hat.

Ein großer Dank geht an *Dr. med. Thomas Sobanski*, Netzwerkpartner im NeST, der gemeinsam mit *PD Dr. phil. Gerd Wagner* – dem Autor des Programms – ein umfassendes Review über wirksame therapeutische Methoden nach einem Suizidversuch erstellt hat. Ein großer Dank geht auch an *Dr. med. Ulrich Kastner* für seine klinische Unterstützung und großes Engagement in der Suizidprävention und psychiatrischen Versorgung von Menschen nach einem Suizidversuch.

Wir danken *Prof. Dr. med. Martin Walter*, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, an der wir die Pilottestung durchführen und das Programm entwickeln durften. Ebenso danken wir *Ulrike Schiller*, Oberärztin der akutpsychiatrischen Station, sowie *Prof. Dr. med. Nils Opel*, leitender Oberarzt der Station für affektive Erkrankungen, für ihre Unterstützung bei der Bereitstellung des Programms innerhalb der Patientenversorgung. Unser

Dank gilt auch *Prof. Dr. med. Stefan Smesny*, stellvertretender Klinikdirektor, der die Arbeitsgruppe in der Umsetzung der Forschungs- und Netzwerkaufgaben freundlich unterstützt hat.

Für die wertvolle Mitarbeit an der Manuskripterstellung danken wir *Ani Zerekidze, M.Sc.*, und *Johanna Mußlick, M.Sc.*, sowie den wissenschaftlichen Hilfskräften unseres Projekts – insbesondere *Jessica Bürger, M.Sc.*, die sich mit großem Engagement der Auswertung der Projektdaten gewidmet hat. Auch *Marco Lohwasser* danken wir für seine maßgebliche Mitwirkung im Rahmen des NeST-Projekts.

Nicht zuletzt gilt unser tiefster Dank allen *Patient:innen*, die – trotz schwerer persönlicher Krisen – unserem Programm und der therapeutischen Arbeit ihr Vertrauen geschenkt haben. Ihre Offenheit und Mitwirkung waren und sind der Kern unserer Arbeit.

*RISE ist aus mehreren Köpfen, verschiedenen Stimmen und mit helfenden Händen entstanden. Es ist ein gemeinschaftliches Projekt, das zeigt, wie tragfähig ein Netz aus Forschung, Praxis und Mitmenschlichkeit sein kann. Unser Dank gilt allen, die geholfen haben, dieses NeST zu bauen – und damit Zukunftsperspektiven zu schaffen, wo zuvor nur Krise war.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>13</b>
<b>Teil I: Theoretischer Hintergrund</b>	
<b>2 Beschreibung des Störungsbildes</b> .....	<b>19</b>
2.1 Definitionen: Suizidalität, Suizidgedanken und suizidales Verhalten ...	19
2.2 Klassifikation/Taxonomie .....	24
2.2.1 ICD-10/ICD-11 .....	24
2.2.2 DSM-5 .....	26
2.3 Komorbidität .....	27
2.4 Risikofaktoren .....	30
2.5 Risikoeinstufung .....	35
2.6 Verlauf suizidaler Krisen .....	38
<b>3 Ätiologiemodelle</b> .....	<b>41</b>
3.1 Das Diathese-Stress-Modell des suizidalen Verhaltens .....	41
3.1.1 Genetische und familiäre Häufung des suizidalen Verhaltens .....	42
3.1.2 Neurokognitive Veränderungen .....	44
3.1.3 Neurobiologische Veränderungen .....	45
3.1.4 Stressoren .....	48
3.2 Interpersonelle Theorie des suizidalen Verhaltens (IPT) .....	48
3.3 Das integrative motivational-volitionale Modell (IMV) .....	50
3.4 Three-Steps-Theory (3ST) .....	53
3.5 Zusammenfassung der bisherigen Modelle .....	54
<b>4 Diagnostik</b> .....	<b>58</b>
4.1 Strukturierte Interviews .....	58
4.1.1 Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) .....	58
4.1.2 Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) .....	59
4.1.3 Suicide Status Form (SSF-III) .....	60

4.1.4 Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T) ..... 62  
 4.1.5 Suicide Intent Scales (SIS) ..... 63  
 4.2 Selbstbeurteilungsverfahren ..... 64  
 4.2.1 Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS) ..... 64  
 4.2.2 Numerische und visuelle Analogskalen zur Beurteilung  
 von Suizidgedanken und psychischem Schmerz ..... 65

**5 Psychotherapeutische Behandlung nach einem Suizidversuch  
 und von suizidalen Personen ..... 67**

5.1 Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen  
 nach einem Suizidversuch ..... 67  
 5.2 Spezifische psychotherapeutische Interventionen ..... 68  
 5.2.1 Kognitive Therapie suizidaler Patient:innen (CT-SP) ..... 68  
 5.2.2 Therapie von selbstverletzendem Verhalten  
 in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) ..... 72  
 5.2.3 Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) ..... 74  
 5.2.4 Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) ..... 76  
 5.2.5 Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) bei Suizidgedanken ..... 78  
 5.3 Psychosoziale Interventionen ..... 80  
 5.3.1 Safety-Plan-Intervention und Crisis Response Planning ..... 80  
 5.3.2 Postkarten-Intervention ..... 82  
 5.4 Machbarkeitsstudie zum RISE-Programm ..... 82

**6 Umgang mit akut suizidalen Personen ..... 88**

6.1 Rechtliche Aspekte der Unterbringung ..... 88  
 6.2 Risikomanagement akuter suizidaler Krisen ..... 89

**Teil II: Das Behandlungsprogramm**

**7 Allgemeine Beschreibung des Programms ..... 93**

7.1 Programmstruktur ..... 93  
 7.2 Ein- und Ausschlusskriterien ..... 96  
 7.3 Behandlungsstrategie ..... 96  
 7.3.1 Therapieziele ..... 96  
 7.3.2 Besonderheiten in der therapeutischen Grundhaltung ..... 96  
 7.3.3 Behandlungslogik ..... 97  
 7.4 Allgemeine Sitzungsstruktur ..... 97  
 7.4.1 Rahmenritual und Risikoeinschätzung ..... 98  
 7.4.2 Nachbesprechung der Übungsaufgaben ..... 99  
 7.4.3 Stundenschwerpunkt ..... 99  
 7.4.4 Vorbesprechung der neuen Übungsaufgaben ..... 99  
 7.4.5 Abschluss der Therapiestunde ..... 99

<b>8</b>	<b>Programmablauf</b> .....	<b>101</b>
8.1	Vorgespräch .....	101
8.1.1	Ziele und Inhalte .....	102
8.1.2	Vorstellung der programmbegleitenden App LifeStep (optional) .....	103
8.1.3	Erläuterung des Risikomanagements und Therapieabsprachen .....	103
8.1.4	Risikoeinschätzung nach SAFE-T .....	104
8.1.5	Klärung von Fragen und Bedenken, Behandlungsvertrag .....	104
8.1.6	Sitzungsabschluss und Verlaufsplanung .....	106
8.2	Sitzung 1: Kettenanalyse der letzten suizidalen Krise .....	107
8.2.1	Rahmenritual und Risikoeinschätzung .....	108
8.2.2	Kettenanalyse zur letzten suizidalen Krise .....	108
8.2.3	Vorbesprechung der Übungsaufgaben .....	110
8.2.4	Sitzungsabschluss .....	110
8.3	Sitzung 2: Individuelles Erklärungsmodell .....	111
8.3.1	Rahmenritual und Risikoeinschätzung .....	112
8.3.2	Nachbesprechung der Übungsaufgaben .....	112
8.3.3	Erarbeitung eines individuellen und plausiblen Erklärungsmodells .....	113
8.3.4	Vorbesprechung der neuen Übungsaufgabe .....	115
8.3.5	Sitzungsabschluss .....	116
8.4	Sitzung 3: Umgang mit Suizidgedanken .....	117
8.4.1	Rahmenritual und Risikoeinschätzung .....	118
8.4.2	Nachbesprechung der Übungsaufgabe .....	118
8.4.3	Psychoedukation über suizidale Gedanken .....	119
8.4.4	Fusion und Defusion erlebbar machen .....	121
8.4.5	Einübung von weiteren Defusionstechniken .....	123
8.4.6	Vorbesprechen der neuen Übungsaufgabe .....	125
8.4.7	Sitzungsabschluss .....	125
8.5	Sitzung 4: Erstellung des Safety-Plans .....	126
8.5.1	Rahmenritual und Risikoeinschätzung .....	126
8.5.2	Nachbesprechung der Übungsaufgabe .....	127
8.5.3	Erarbeitung des Safety-Plans .....	127
8.5.4	Vorbesprechen der neuen Übungsaufgaben .....	129
8.5.5	Sitzungsabschluss .....	130
8.6	Sitzung 5: Prüfung des Safety-Plans .....	131
8.6.1	Rahmenritual und Risikoeinschätzung .....	131
8.6.2	Nachbesprechung der Übungsaufgabe .....	132
8.6.3	Prüfung des Safety-Plans .....	133
8.6.4	Implementierung des Safety-Plans im häuslichen Setting .....	134
8.6.5	Therapieabschluss .....	135
8.7	Brief- bzw. E-Mail-Kontakte .....	137

<b>9</b>	<b>Fallbeispiel: Behandlungsverlauf von Frau G.</b>	<b>138</b>
9.1	Suizidrisikoeinschätzung	139
9.2	Kettenanalyse: Den Startpunkt finden	143
9.3	Entstehungsmodell	145
9.4	Umgang mit Suizidgedanken	148
9.5	Erarbeitung des Safety-Plans	149
9.6	Rückfallprävention	152
<b>10</b>	<b>Literatur</b>	<b>155</b>
<b>Anhang</b>		<b>169</b>
<b>Material für Therapeut:innen</b>		<b>171</b>
M 1:	Einschätzung des Suizidrisikos nach SAFE-T	171
M 2:	Intensität der Suizidgedanken und des psychischen Schmerzes	174
M 3:	Handanweisung zum Umgang mit Suizidalität in Therapiesitzungen	175
M 4:	Pocket Guide Suizidalität	176
M 5:	Sitzungsprotokoll	178
M 6:	Skala: Aktuelle Stimmung	179
M 7:	Skala: Innere Aufregung	180
M 8:	RISE-Behandlungsvertrag	181
M 9:	Fragensammlung für die Analyse suizidaler Verhaltensketten	182
M 10:	Kettenanalyse – Beispiel	184
M 11:	Fragenkatalog zur gemeinsamen Erarbeitung des Erklärungsmodells	185
M 12:	Fragenkatalog zur Exploration von Suizidgedanken	187
M 13:	Defusion fördern – Hilfestellungen	188
M 14:	Defusion – Schwierige Therapiesituationen	189
M 15:	Erläuterungen zu den Inhalten des Safety-Plans	190
M 16:	Safety-Plan – Beispiel	192
M 17:	Fragenkatalog zur Prüfung des Safety-Plans	193
M 18:	Briefvorlage 1 (nach 3 Monaten)	195
M 19:	Briefvorlage 2 (nach 6 Monaten)	196
M 20:	Briefvorlage 3 (nach 9 Monaten)	197
M 21:	Briefvorlage 4 (nach 12 Monaten)	198
<b>Arbeitsblätter für Patient:innen</b>		<b>199</b>
AB 1:	Vorlage zur Erstellung einer Kettenanalyse	199
AB 2:	Frühwarnzeichen	200
AB 3:	Erklärungsmodell	201
AB 4:	Individuelles Erklärungsmodell	206
AB 5:	Hitliste belastender Gedanken	207
AB 6:	Typische Gedanken in suizidalen Krisen	208
AB 7:	Einordnung von Suizidgedanken	209

AB 8: Umgang mit Suizidgedanken .....	210
AB 9: Dann steht's da eben – na und? .....	211
AB 10: Gedanken zu Federn .....	212
AB 11: Gedanken in Luftblasen .....	213
AB 12: Gedanken durch die Sprechweise verfremden .....	214
AB 13: Meine Erfahrungen mit Defusionstechniken .....	215
AB 14: Mein Safety-Plan .....	216
AB 15: Anleitung zur Erstellung einer Hope Box .....	218
<b>Hinweise zu den Online-Materialien .....</b>	<b>219</b>



# 1 Einleitung

Suizid und Suizidversuche sind bedeutende Anliegen der Gesundheitspolitik. Ihre Auswirkungen erstrecken sich nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf ihre Familien, ihren Freundeskreis, Arbeitskolleg:innen und die Gesellschaft als Ganzes, wodurch eine effektive Suizidprävention von großer Bedeutung ist. Neben anderen evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen erfordert dies eine wirksame Behandlung von Personen nach einem Suizidversuch. Basierend auf dem aktuellen Wissensstand ist früheres suizidales Verhalten einer der maßgeblichen Risikofaktoren für wiederholte Suizidversuche oder einen vollendeten Suizid. Daher haben wir dieses Manual zur Behandlung betroffener Personen entwickelt, welches auf evidenzbasierten Methoden beruht. Wir erhoffen uns dadurch, die Behandlung der Menschen nach einem Suizidversuch effektiv zu verbessern und damit einen weiteren Baustein für eine effektive Suizidprävention zur Verfügung zu stellen.

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO], 2021) gab es im Jahr 2019 weltweit ca. 700 000 Todesfälle durch Suizid, was einer jährlichen globalen altersstandardisierten Suizidrate von 9 pro 100 000 Personen (12.6 für Männer und 5.4 für Frauen) entspricht (WHO, 2021). Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bei den 15- bis 29-Jährigen) ist der Suizid weltweit die vierthäufigste Todesursache (WHO, 2021). Im Jahr 2022 verzeichnete Deutschland insgesamt 10 119 Suizidopfer, was einer Suizidrate von 12.1 pro 100 000 Personen entspricht (Müller-Pein et al., 2023). Diese Zahl markiert einen beunruhigenden Anstieg von fast 10 % im Vergleich zum Vorjahr, entgegen dem Trend der letzten Jahrzehnte. Verschiedene Faktoren werden für diesen Anstieg diskutiert, darunter möglicherweise auch die Neuregelung der Sterbehilfe nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2020. Über die Anzahl der assistierten Suizide liegen jedoch aktuell keine verlässlichen Zahlen vor.

Es gibt deutliche Unterschiede in der Geschlechter- und Altersverteilung. So ist die Suizidrate im Jahr 2022 bei Männern mit 18.2 Suiziden pro 100 000 Personen nahezu dreimal so hoch wie die der Frauen (6.2 Suizide auf 100 000). 74.2 % aller Suizide im Jahr 2022 entfallen auf Männer (7 504) und 25.8 % auf Frauen (2 615; Müller-Pein et al., 2023). Das mittlere Alter beim Suizid lag in Deutschland im

Jahr 2022 bei 60.7 Jahren. Die deutliche Mehrheit der Suizide entfällt auf die Altersgruppe der über 50-Jährigen (73.4 %, 7 430 Fälle).

Innerhalb der Bundesländer gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede bezüglich der Suizidraten. Betrachtet man die Sterberate je 100 000 Personen gab es in Sachsen mit 17.2 Suiziden die höchste Suizidrate, während in Nordrhein-Westfalen mit 8 Suiziden die wenigsten Selbsttötungen stattfanden. Insgesamt wiesen im Jahr 2022 die ostdeutschen Bundesländer, insbesondere Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg, die höchsten Suizidraten bundesweit auf.

Die mit großem Abstand häufigste Suizidmethode ist nach wie vor das Erhängen, 60 % der Männer und 30 % der Frauen wählen diese Methode (Müller-Pein et al., 2023). Danach folgen die Selbstvergiftung mit Medikamenten, mit sonstigen Methoden (z.B. mit Lösungsmitteln oder anderen Chemikalien), Sturz aus großer Höhe und Schusswaffen als Selbsttötungsmethoden.

In Deutschland erfolgt keine systematische Erfassung von Daten zu Suizidversuchen. Nach Angaben der WHO (2021) kommen auf jeden Erwachsenen, der durch Suizid stirbt, möglicherweise mehr als 20 weitere, die einen Suizidversuch unternehmen. Das stimmt auch mit den Studien der Autor:innen überein, bei der die jährliche Zahl der Suizidversuche in Deutschland ca. 10- bis 20-mal höher geschätzt wurde als die für vollendete Suizide (Groh et al., 2024; Lübbert et al., 2021).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit von Castillejos et al. (2021) wurde jedoch die gepoolte 12-Monats-Prävalenz für Suizidversuche zwischen 2008 und 2017 auf 0.57 % (mit einem Konfidenzintervall von 0.43–0.71 %) geschätzt. Das entspricht einer jährlichen Rate von etwa 600 Personen mit einem Suizidversuch pro 100 000 Personen in Deutschland. Mit anderen Worten: Demnach gäbe es 50-mal mehr Suizidversuche als vollendete Suizide.

Das bedeutet, dass aktuell in Deutschland jedes Jahr ca. 100 000 bis 500 000 Personen einen Suizid versuchen, für die in den allermeisten Versorgungseinrichtungen keine spezifische, auf den Suizidversuch fokussierte Versorgung vorgehalten wird. Es besteht daher ein erheblicher Bedarf an systematischer Datenerfassung der Suizidversuche und an gezielten Präventionsmaßnahmen.

In Bezug auf die Prävention von Suiziden und Suizidversuchen werden drei Ebenen effektiver Strategien diskutiert (Sobanski et al., 2022): universelle, selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen.

Die *universelle* Präventionsstrategie zielt auf die gesamte Bevölkerung ab, nicht nur auf Personen mit spezifischen Risikofaktoren für suizidales Verhalten. Eine der wirksamsten universellen Präventionsstrategien ist die Beschränkung des Zugangs zu potenziell tödlichen Mitteln, wie etwa durch bauliche Maßnahmen oder die Regulierung des Zugangs zu bestimmten Medikamenten (Zalsman et al., 2016). Öffentliche Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen helfen ebenfalls dabei,

Scham und Stigmatisierung zu überwinden, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und die psychische Gesundheit zu fördern. Verantwortungsvolle Medienberichterstattung spielt hierbei ebenfalls eine wichtige Rolle, da sie Nachahmungssuizide verhindern und gefährdete Personen zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe motivieren kann.

Die *selektive* Präventionsstrategie richtet sich speziell an Personengruppen, bei denen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht, wie beispielsweise Personen, die ein Trauma erlitten haben, an einer psychischen Störung (z. B. Major Depression) leiden oder durch den Suizid eines Angehörigen einen Verlust erlitten haben. Eine erfolgreiche selektive Präventionsstrategie beinhaltet beispielsweise die Schulung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zur Früherkennung psychischer Störungen. Ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Störungen, wie einer depressiven oder schizophrenen Störung, sowie eine leitliniengerechte Behandlung können die Suizidraten in dieser Risikogruppe reduzieren.

Die *indizierte* Präventionsstrategie richtet sich an Personen, bei denen bereits ein hohes Suizidrisiko festgestellt wurde, wie z. B. Personen mit früheren Suizidversuchen oder mit Suizidgedanken. Eine häufig verwendete indizierte Präventionsstrategie ist die Suizidrisikobewertung. Gezieltes Erkennen und die Unterstützung gefährdeter Personen durch geschultes Fachpersonal, aber auch durch Gatekeeper wie Hausärz:innen oder Angehörige sind entscheidend. Zusätzlich dazu spielt die Entwicklung und Durchführung spezifischer therapeutischer Behandlungen, wie etwa suizidspezifische psychotherapeutische Interventionen, eine wichtige Rolle im Rahmen der indizierten Prävention.

Ein erleichterter Zugang zu psychiatrischen Versorgungseinrichtungen sowie die Entwicklung und breite Implementierung evidenzbasierter Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen haben zweifellos dazu beigetragen, dass sich die Suizidzahlen seit den 1980er Jahren bis zum jetzigen Zeitpunkt halbiert haben. Es ist jedoch zu beachten, dass seit dem Jahr 2005 die Zahl der Suizide um etwa 10 000 Fälle fluktuiert. Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand scheint es für eine effektive Suizidprävention und die Verhinderung wiederholter Suizidversuche von zentraler Bedeutung zu sein, das suizidale Verhalten sowie die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen dafür, wie etwa suizidale Gedanken und assoziierte Gefühle, in den Fokus einer spezifischen Behandlung zu rücken (Meerwijk et al., 2016; Sobanski et al., 2021).

Es erscheint aus gegenwärtiger wissenschaftlicher Perspektive nicht ausreichend, den therapeutischen Schwerpunkt lediglich auf die Behandlung der begleitenden psychischen Störung zu legen, um Suizidversuche bzw. Suizide zu verhindern (Cuijpers et al., 2013). Obwohl verschiedene psychische Störungen zweifellos mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten assoziiert sind, ist es unbestritten, dass nur wenige Menschen mit einer psychischen Störung tatsächlich einen Suizid begehen oder einen Versuch unternehmen (Nordentoft et al., 2011). Suizi-

dales Verhalten ist, wie in späteren Kapiteln detailliert dargestellt wird, multifaktoriell bedingt. Eine psychische Störung stellt nach heutigem Verständnis einen zusätzlichen Stressor dar, der erst in Verbindung mit einer bestehenden Anfälligkeit und möglicherweise weiteren Stressoren zum suizidalen Verhalten führen kann. Die Behandlung der begleitenden psychischen Störung hat daher einen bedeutenden Stellenwert für die Reduzierung des Suizidrisikos, indem sie den psychischen Stress, der durch die Störung verursacht wird, reduziert.

Es wurde jedoch wiederholt gezeigt, dass bei Patient:innen, die aufgrund von Suizidalität im Krankenhaus behandelt wurden, die Suizidrate in den ersten drei Monaten nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik um das 100-fache und bis zu einem Jahr nach der Entlassung noch um das 60-fache der globalen Suizidrate erhöht ist (Chung et al., 2017), insbesondere wenn die Patient:innen vorzeitig entlassen wurden (Haglund et al., 2019; Large et al., 2011). Darüber hinaus ist ein früherer Suizidversuch der wichtigste klinische Risikofaktor für das erneute Auftreten suizidalen Verhaltens (Franklin et al., 2017), was eine Behandlung mit Fokus auf Suizidprävention erforderlich macht.

Um zukünftiges suizidales Verhalten zu verhindern, haben wir im Rahmen des Projekts *Netzwerk zur Suizidprävention in Thüringen - NeST*, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde, eine psychotherapeutische Kurzzeitintervention für Patient:innen nach einem Suizidversuch entwickelt und in einer psychiatrischen Universitätsklinik auf Machbarkeit und Akzeptanz geprüft. Das sogenannte RISE-Programm („Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event“) ist besonders für den Einsatz im stationären Setting, insbesondere im Akutbereich, geeignet, mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit zukünftigen suizidalen Verhaltens zu verringern.

# **Teil I: Theoretischer Hintergrund**



## 2 Beschreibung des Störungsbildes

### 2.1 Definitionen: Suizidalität, Suizidgedanken und suizidales Verhalten

Der Terminus *Suizidalität* ist ein allgemeiner und häufig unspezifischer Begriff, der als Oberbegriff für Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und vollendete Suizide verwendet wird. Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011, S. 26) definieren z. B. Suizidalität als „die Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“. Lindner (2006, S. 39) beschreibt mit dem Begriff den psychischen Zustand einer Person im Moment einer suizidalen Krise: „Suizidalität [...] lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst und das eigene Leben ist und keine Hoffnung erleben oder Perspektiven entwickeln kann.“

Der Begriff umfasst somit eine Bandbreite von Kognitionen von unkonkreten lebensmüden Gedanken bis hin zur Durchführung eines Suizidversuchs. In wissenschaftlicher und klinischer Kommunikation sowie therapeutischen Gesprächen mit den Patient:innen wird empfohlen, eine präzise Sprache zu verwenden, indem Suizidgedanken, -pläne und -versuche konkret benannt werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

Unter *Suizidgedanken* werden üblicherweise verbale bzw. nonverbale Kognitionen bzw. Äußerungen verstanden, die einen mehr oder weniger stark ausgeprägten Wunsch zur Selbsttötung beinhalten. Wenzel et al. (2009) fassen in ihrer Definition Suizidgedanken breiter, als alle Gedanken, Vorstellungen, Überzeugungen, Stimmen (d. h. auch akustische Halluzinationen) oder andere Kognitionen, die eine Person hinsichtlich der absichtlichen Beendigung ihres eigenen Lebens hat. Unterschieden werden in der Regel sogenannte *passive Suizidgedanken*, also Gedanken, in denen ein Todeswunsch zum Ausdruck kommt, ohne dass bereits eine Handlungsabsicht formuliert wird („Manchmal wäre es mir am liebsten, ich würde einfach nicht mehr aufwachen“), und *aktive Suizidgedanken*, die das angestrebte Ziel, am Ende einer solchen selbstinitiierten Handlung tot zu sein, und

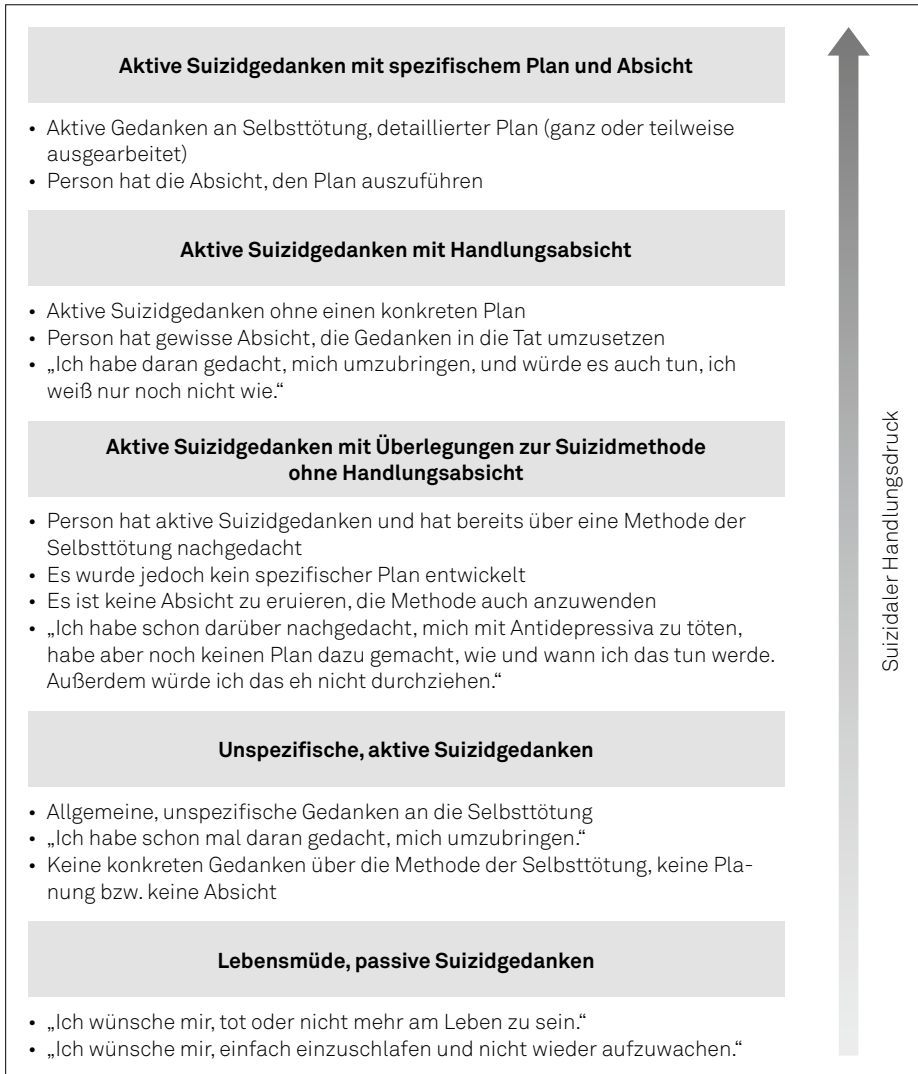
dies auch zu wollen, beinhalten („Ich will mir das Leben nehmen“). Diese können einen konkreten Plan beinhalten bzw. nur unspezifische Gedanken an eine aktive Selbsttötung sein.

Außerdem können Suizidgedanken nach dem Ausmaß der Absichtsbildung, d. h. die Stärke der Absicht, Suizidgedanken in die Tat umzusetzen, differenziert werden (Silverman et al., 2007a). Diese abgestufte Abklärung der Suizidgedanken erfolgt aus unserer Sicht gut mithilfe der *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS, genaue Beschreibung in Kapitel 4), einem strukturierten Interview zur systematischen Erfassung von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten mit hoher interner Konsistenz (Posner et al., 2011). In Abbildung 1 sind die unterschiedlichen Intensitätsstufen, angelehnt an die Kategorisierung der Suizidgedanken in der C-SSRS, aufgeführt.

Je nach Definition sind Suizidgedanken sehr weit verbreitet. In einer deutschen Repräsentativuntersuchung berichteten z. B. 8 % der Befragten während der vergangenen zwei Wochen von Suizidgedanken (Forkmann et al., 2012). Die geschätzte Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidplänen beläuft sich in Deutschland auf 9,7 % bzw. 2,2 % (Nock et al., 2008). Besonders hoch ist das Auftreten von Suizidgedanken bei Jugendlichen. So gaben 30,8 % der befragten 15- bis 16-jährigen an, bereits Gedanken an Suizid gehabt zu haben (Kokkevi et al., 2012).

Die variierenden Angaben zur Häufigkeit, aber auch die recht große Häufigkeit von Suizidgedanken sind wahrscheinlich auf die unterschiedlichen Definitionen von Suizidgedanken (d. h. abhängig von der Formulierung der Frage nach Suizidgedanken) zurückzuführen. Sie zeigen darüber hinaus, dass nur ein kleiner Teil der Personen, die Suizidgedanken haben, diese auch in die Tat umsetzen. Neuere Studien weisen deswegen darauf hin, dass Suizidgedanken und suizidales Verhalten (Suizidversuche und Suizide) kontinuierliche, aber ungleiche Phänomene im suizidalen Prozess darstellen (vgl. Kap. 2.4 zu Risikofaktoren). Sie scheinen auf unterschiedlichen Risikofaktoren zu beruhen, führen daher auch zu unterschiedlichen Risikobewertungen und sprechen unterschiedlich auf therapeutische Interventionen an (Klonsky et al., 2016). Während die meisten Personen, die suizidales Verhalten gezeigt hatten, auch Suizidgedanken hatten, werden viele Menschen mit Suizidgedanken nicht zwingend einen Suizidversuch begehen, eine Tatsache, welche die Prädiktion von suizidalem Verhalten so schwierig macht. Ebenso entwickeln die meisten Menschen, selbst nach kritischen Lebensereignissen, keine Suizidgedanken. Daher wird in der aktuellen Suizidforschung angenommen, dass die Entwicklung von Suizidgedanken an sich und der Übergang von den Gedanken zu einer Suizidhandlung unterschiedliche Phänomene mit distinkten Erklärungen und Prädiktoren darstellen (Klonsky et al., 2017).

Unter dem Begriff *suizidales Verhalten* werden meistens Suizidversuche bzw. Suizide zusammengefasst. Bisher existiert keine weltweit anerkannte einheitliche



**Abbildung 1:** Verschiedene Ausprägungen von Suizidgedanken (modifiziert nach Posner et al., 2011)

Bezeichnung und Klassifizierung für suizidale Verhaltensweisen; ein Klassifikationssystem nach Posner et al. (2014) ist in der Abbildung 2 dargestellt. Dennoch besteht weitestgehend Übereinstimmung darüber, dass von einem *Suizid* dann gesprochen wird, wenn das selbstschädigende Verhalten einer Person, das zum Tod führt, mit einer gewissen Absicht zu sterben verbunden war (Silverman et al., 2007b). Die Feststellung eines Suizids basiert im Wesentlichen auf drei zentralen Kriterien: (1) die Person ist tot, (2) das von der Person selbst durchgeführte Ver-