

Zentrum für Integrative Psychiatrie - ZIP gGmbH  
Campus Kiel, Niemannsweg 147, 24105 Kiel

**Campus Kiel**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters  
Ambulanzzentrum  
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Institut für Sexualmedizin und  
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

**Campus Lübeck**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

**Campus Kiel und Campus Lübeck**

Trauma-Ambulanz  
Flucht und Migration



<https://zip.uksh.de>

**Ansprechpartner:** Prof. Dr. Kamila Jauch-Chara  
**Tel.:** 0431 500-98101  
**E-Mail:** Kamila.Jauch-Chara@uksh.de

Datum: 30.04.2024

**Suizidalität bei Erwachsenen**

Der Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein verdeutlicht die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Themas. Da Suizide und Suizidversuche in allen Lebensphasen vorkommen und alle Bevölkerungsgruppen betreffen können, ist es notwendig den offenen, wertfreien Austausch über die Suizidalität voranzutreiben. Die Suizidalität hat viele Dimensionen. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation umfasst die Suizidalität passive Todeswünsche, aktive Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne, Suizidvorbereitungen, Suizidversuche und Suizide. Unter dem Begriff „Suizidalität“ werden daher alle Gedanken, Impulse und Handlungen zusammengefasst, die einen selbstzerstörerischen Charakter haben und auf die Beendigung des eigenen Lebens fokussieren. Aus psychiatrischer Sicht ist dringend notwendig, dass Thema zu enttabuisieren und dadurch die Betroffenen zu ermutigen, sich rechtzeitig Unterstützung zu holen. Im Gegensatz zu vollendeten Suiziden werden die übrigen Suiziddimensionen nicht systematisch erfasst. Zu der Prävalenz von Suizidgedanken gibt es keine verlässlichen Angaben. Auch die Suizidversuche weisen eine hohe Dunkelziffer auf und können lediglich in ihrer Gesamtheit durch Stichprobenhochrechnungen ermittelt werden. Der klinischen Erfahrung nach muss davon ausgegangen werden, dass sich jährlich 10- bis 30-mal so viele Suizidversuche wie Suizide ereignen. Die in dem Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein genannten Prävalenzen stellen lediglich die Spitze des Eisberges dar. Die bislang unzureichende Erfassung von Suizidversuchen stellt ein großes Problem dar, zumal vorangegangene Suizidversuche den



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
Schleswig-Holstein

Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
St.-Laz.-Anlage Kiel 501 HHS 6095  
Steuernummer: 20 253 88063  
USt-Id: DE 814 172 144  
Institutionskennzeichen: 260102326 (FO)  
260102337 (JL)

Geschäftsführung:  
Prof. Dr. Ina. MWL Jana Schab, CEO  
Annette Neidenhoff

Bankverbindung:  
Förde Sparkasse  
IBAN:  
0852105170000025267  
SWIFT/BIC: INLA DE 21 00



wichtigsten Risikofaktor für den vollendeten Suizid darstellen. Ohne eine ausreichende Kenntnis hierüber können einerseits keine individuellen sekundärpräventiven Maßnahmen den Betroffenen angeboten und andererseits potentielle säkulare Trends im Hinblick auf Methoden übersehen werden. Die Ergebnisse des Berichts spiegeln die Beobachtung wieder, dass die Suizidrate mit zunehmendem Lebensalter steigt und insbesondere Männer betrifft. Vom Hintergrund des demografischen Wandels müssen wir uns darauf vorbereiten, dass in den kommenden Jahren der Suizidprävention im Alter eine größere Bedeutung zufallen wird. Suizidalität ist ein in der Entstehung komplexes Phänomen. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass bei bis zu 90 % derjenigen, die einen Suizid vollendet haben, eine psychische Erkrankung vorlag. Das Suizidrisiko ist insbesondere bei affektiven Störungen (Depression, bipolare Störung), Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erhöht. In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass Menschen, die unter einer affektiven Störung leiden ein etwa 20-fach und Personen mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ein fast 6-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufweisen. Zudem stellen körperliche Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfälle, bösartige Tumorerkrankungen und Niereninsuffizienz wichtige Risikofaktoren für ein Suizid [24–28]. Hinzukommen verschiedene soziodemografische Risikofaktoren wie Migration, fehlende Partnerschaft, Alleinleben, LGBTQI+-Personen (lesbisch, schwul, bisexuell, trans, queer, intersexuell und weitere Geschlechtsidentitäten). Unsere Bestrebungen müssen daher der niederschweligen, gesamtgesellschaftlichen Prävalenz von Suizidalität dienen. Hier kommt der Öffentlichkeitsarbeit eine besondere Funktion zu. Ohne die öffentliche Ansprache und die dadurch geförderte Entstigmatisierung des Austausches über die Suizidalität wird den Betroffenen ein niederschwelliger Zugang zu bereits vorhandenen Ansprechpartnern und Hilfen erschwert. Die Aktivitäten zur öffentlichen Sichtbarmachung des Problems und seiner Lösungen müssen in Schleswig-Holstein besser koordiniert und verstetigt werden. Zudem müssen Qualitätsstandards für die suizidpräventive Öffentlichkeitsarbeit entwickelt und allen „Playern“ bekanntgegeben werden. Die bereits vorhandenen Suizidpräventiven Maßnahmen sollten zentral erfasst werden, um eine potentielle Vernetzung unter den helfenden Institutionen zu ermöglichen und dadurch zu einer noch besseren Koordination der Hilfsangebote Schleswig-Holstein weit zu erreichen. Auch die Entwicklung einer Website, welche systematisch alle Hilfsangebote differenziert nach Postleitzahlen aufführt, könnte den Zugang zu Hilfen sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörigen erleichtern. Da insbesondere die größte Risikogruppe für suizidales Verhalten, die Männer, seltener die psychosozialen Hilfen annehmen, müssen Forschungsbestrebungen unterstützt werden, welche sich mit der Wirksamkeit genderspezifischer Ansätze der Prävention, Früherkennung und Behandlung, befassen. Insgesamt müssen geschlechts- und altersspezifische Formen der Beratung und psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapien entwickelt, evaluiert und implementiert werden.

## **Suizidalität bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen**

Im Hinblick auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene lässt sich feststellen, dass laut statistischem Bundesamt bundesweit zwischen den Jahren 2011 und 2021 17 Kinder unter 15 Jahren und 162 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15-19 Jahren durch Suizide verstorben sind. Die Suizidrate wurde bei den 10-14jährigen mit 0,7 je 100.000 Einwohnern angegeben, in der Altersgruppe der 15-19jährigen 4,2 je 100.000 Einwohnern [1]. Während die Raten bei Kindern und Jugendlichen sich geringer darstellen als im Erwachsenenalter (11,1 je 1000.000 Einwohner) [2], ist dennoch jeder Suizid zu viel und ist Ausdruck individuellen Leids der Verstorbenen und mitunter nicht zu überwindender Schmerz der Angehörigen. Eine gewisse Unschärfe ergibt sich durch retrospektiv nicht zu klärende Motive im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen oder Überdosierung psychoaktiver Substanzen, aber auch ohne diese nicht sicher zu bewertenden Dunkelziffer ist Suizid die zweithäufigste Todesursache unter Jugendlichen in Deutschland [3]. Ganz überwiegend ist Suizidalität im Rahmen psychischer Erkrankungen zu verstehen, weitere Suizid begünstigende Faktoren sind Todesfälle (insbesondere Suizid) in der Familie, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch, Delinquenz, psychosoziale Probleme wie Mobbing oder schwere familiäre Konflikte [4].

So informieren Forschungsergebnisse entsprechende präventive Strategien im Hinblick auf Suizide, die in unseren Versorgungssystemen bereits im Rahmen der Frühen Hilfen, in Kindertagesstätten und Grundschulen ansetzen, und sich in Schulsozialarbeit, Erziehungsberatung, Jugendhilfe und Vereinswesen und anderen ehrenamtlichen Initiativen bis hin zur „Nummer gegen Kummer“ fortsetzen.

Der akutpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche kommt in der Suizidprävention ebenfalls besondere Bedeutung zu. Jugendliche, die aufgrund akuter Suizidalität einer geeigneten Klinik zugeführt und dort behandelt werden sollen. Verschiedentliche daran beteiligte Akteure sind in den letzten Jahren zunehmend maximal gespannt. Häufig dauert ein Krankentransport hin zu einer geeigneten Klinik lange, die im Rettungsdienst tätigen Kolleginnen und Kollegen haben geringe Kenntnisse im Umgang mit suizidalen Jugendlichen. Akutpsychiatrische Einheiten arbeiten ebenfalls unter eng gestrickten personellen, räumlichen und finanziellen Bedingungen. Die für suizidale Jugendliche benötigte Ruhe, räumliche Abschirmung und ausreichendes und ausreichend ausgebildetes Personal für eine professionelle Handhabung im Rahmen einer krisenendaktualisierenden Gesamtstrategie sind vielerorts nicht vorhanden. Finanzielle Mittel für entsprechende bauliche Voraussetzungen werden nicht in ausreichendem Maße gewährt. Im Zusammenhang mit fehlenden Vorhaltekosten für Personal werden akutpsychiatrische Einheiten auch mit nicht suizidalen oder fremdgefährdenden Jugendlichen belegt, so dass Notaufnahmen fast ausnahmslos als Überbelegung aufgenommen werden. Durch Personalmangel sind dann akutpsychiatrische Teams durch suizidale Jugendliche gebunden mit ungünstigen Effekten auf die übrigen Patientinnen und Patienten, die für funktionales Verhalten unterstützt werden sollten.

Insofern können wir aus Sicht eines universitären Maximalversorgers wissenschaftlich informierte und durch praktische Erfahrungen untermauerte Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung der von

Suizid bedrohten Kindern Jugendlichen und jungen Erwachsenen liefern und durch den Einsatz innovativer, niedrighschwelliger therapeutischer Frühinterventionen implementieren.

1. Statistisches Bundesamt (2023) Selbstmordrate nach Altersgruppen in den Jahren 2011 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318224/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland-nach-altersgruppe/>.
2. Statistisches Bundesamt Selbstmordrate in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2021 (Suizide je 100.000 Einwohner). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/992947/umfrage/selbstmordrate-in-deutschland/>
3. Statistisches Bundesamt (2015) Gesundheit, Todesursachen in Deutschland 2014 (Fachserie 12 Reihe14)
4. AWMF online (2016) S2k.Leitlinie 028/031: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szeitleinien/028-031l\\_S2k\\_Suizidalitaet\\_KiJu\\_2016-07\\_01-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szeitleinien/028-031l_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01-abgelaufen.pdf).



---

Prof. Dr. Kamila Jauch-Chara  
Ärztliche Direktorin Campus Kiel  
Direktorin der Kliniken für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Psychosomatik und Psychotherapie



---

Prof. Dr. Stefan Borgwardt  
Ärztlicher Direktor Campus Lübeck  
Direktor der Klinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Psychosomatik und Psychotherapie



---

Dr. Manuel Munz  
Direktor der Klinik für  
Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik des  
Kinder- und Jugendalters