3 Suizidprävention in der Kindheit und Jugend

Paul Plener[1], Viktor Kacic[2], Frank Zimmermann[3], Georg Fiedler[4], Katja Rauchfuß[5], Reinhard Lindner[6], Alexandra Eidinger[7], Lisa Eilert[8], Annika Freier[9], Kathrin Klipker[10], Hannah Müller-Pein[11], Christin Zschieschack[12], Hellmuth Braun-Scharm[13]

1 Prof. Dr., Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
2 Dr., Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
3 Dipl.-Psych., Praxis für Psychotherapie (Verhaltenstherapie) Darmstadt
4 Dipl.-Psych., Ehm. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
5 M.A., jugenschutz.net, Mainz
6 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
7 Dr., Heidelberger Akademie für Psychotherapie
8 M.Sc., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychosomatik
9 B.A., Universität Kassel, Institut für Sozialewesen
10 Dr. Dipl.-Psych.,Bundespsychotherapeutenkammer(BPtK),Berlin
11 M.A., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
12 B.Sc., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
13 Prof. Dr., Kinder- und Jugendpsychiater Nürnberg

ZUSAMMENFASSUNG Das Kindes- und Jugendalter stellt jene Entwicklungsperiode dar, in der sich suizidales Verhalten häufig zum ersten Mal zeigt. So findet sich eine Häufung von Suizidgedanken wie auch von Suizidversuchen im Jugendalter. In den letzten Jahrzehnten kam es hier zu einer erfreulichen Entwicklung dergestalt, dass die Suizide in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen weltweit wie auch in Deutschland stark abgenommen haben. Als Gründe hierfür werden einerseits suizidpräventive Interventionen wie auch die bessere kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung ins Feld geführt. Da Kinder und Jugendliche sich aufgrund ihres Entwicklungsalters in verschiedenen Systemen bewegen (Familien, Schule/Ausbildung, soziales Umfeld), ist es für die Suizidprävention in dieser Altersgruppe wesentlich, multi- und interdisziplinäre Ansätze zu verfolgen. Besonderes Augenmerk ist in dieser Altersgruppe auch auf den Einfluss von Mobbing und den Gebrauch von (sozialen) Medien zu legen. Hier ist einerseits der Effekt der Darstellung suizidalen Verhaltens in Serien oder auch in sozialen Medien zu beachten, andererseits könnten gerade diese neuen medialen Umgangsformen einen niedrigschwelligen Zugang zu suizidpräventiven Inhalten oder auch zu Therapien bieten.

Betrachtet man die evidenzbasierten Suizidpräventionsprogramme, so ist neben einer Reduktion des Zugangs zu potentiellen Suizidmitteln (wie etwa der Packungsgröße von Analgetika) vor allem der Zugang über die Schule im Rahmen der schulbasierten Prävention zu benennen. Hier existieren evidenzbasierte Programme, die jedoch noch nicht flächendeckend in Deutschland Anwendung finden. Insgesamt kann festgehalten werden, dass therapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen einen großen Nutzen (im Sinne einer Verminderung von Suizidgedanken oder weiteren Suizidversuchen) zeigen konnten, wobei hier vor allem der Einbezug von Familienmitgliedern oder anderen wichtigen Bezugspersonen wesentlich zu sein scheint. Für die Zukunft wäre ein flächendeckendes Angebot an evidenzbasierten suizidpräventiven Maßnahmen im schulischen Rahmen ebenso wie die Schaffung von niedrigschwelligen Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche mit suizidalem Verhalten empfehlenswert.

SCHLÜSSELWÖRTER *Suizidalität, Kinder, Jugendliche, Suizidversuche, Suizidgedanken, Suizide*

ABSTRACT Childhood and adolescence represent the developmental period in which suicidal behavior often appears for the first time. There is an accumulation of suicidal thoughts as well as suicide attempts in adolescence. In the last few decades there has been a positive development in such a way that suicides in the age group of under 18-year-olds have fallen sharply worldwide as well as in Germany. The reasons given for this are, on the one hand, suicide-preventive interventions as well as better child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic care. Since children and adolescents move in different systems due to their developmental age (families, school/training, social environment), it is essential for suicide prevention in this age group to pursue multidisciplinary and interdisciplinary approaches. In this age group, special attention should be paid to the influence of bullying and the use of (social) media. Here, on the one hand, the effect of depicting suicidal behavior in TV series or in social media must be taken into account; on the other hand, these very same new media forms and etiquette could also offer low-barrier access to suicide-preventive content or therapies.

Looking at the evidence-based suicide prevention programs, in addition to a reduction of access to potential suicide drugs (such as the package size of analgesics), above all, school-based prevention should be a focus area. Evidence-based programs exist here, but they are not yet being used nationwide in Germany. Overall, it can be stated that therapeutic interventions in suicidal adolescents were able to show a great benefit (in the sense of reducing suicidal thoughts or further suicide attempts), whereby the involvement of family members or other important caregivers seems to be essential. For the future, a comprehensive range of evidence-based suicide preventive measures in schools as well as the creation of low-threshold therapy offers for children and adolescents with suicidal behavior are recommended.

KEY WORDS *suicidality, children, adolescents, suicide attempts, suicidal thoughts, suicides*

Einleitung

Wenn wir über psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter sprechen, denken wir nicht unmittelbar an Tod oder Suizidalität. Und in der Tat sind Kinder bis zum zehnten Lebensjahr kaum in der Suizidstatistik vertreten. Dennoch zählen die vollzogenen Suizide, neben den Unfällen, zu den häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter, weil schwere und tödliche körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter noch selten sind.

Vom 10. bis 20. Lebensjahr nehmen aber alle Formen der Suizidalität kontinuierlich zu und vor allem Suizidversuche sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr häufig.

Eine mögliche Ursache für den Anstieg der Suizidalität liegt darin, dass mit dem Ende der Kindheit und dem Beginn der Pubertät elterliche Unterstützung, gesellschaftlicher Schutz und allgemeine Fürsorge abnehmen und immer schwierigere Entwicklungsaufgaben auf die Jugendlichen zukommen. Dazu gehören körperliche Veränderungen, die mit der Entwicklung vergesellschaftet sind, steigende psychosoziale Anforderungen, zunehmende schulische Belastungen sowie Fragen nach der eigenen Identität, die inzwischen auch häufiger die Frage nach der sexuellen Identität beinhalten. Aktuell gehört etwa 1 % der Kinder und Jugendlichen zu einer Gruppe, die unter dem angeborenen Geschlecht und der körperlichen Entwicklung leiden (Genderdysphorie) und die Transition zum anderen Geschlecht anstreben (Geschlechtsinkongruenz, früher Transsexualismus genannt).

Schulische, berufliche und soziale Anforderungen nehmen also zu, auch der Umgang mit Drogen (Nikotin, Alkohol, Cannabis) sowie mit den nicht mehr ganz neuen Medien und dem Internet muss erlernt werden. Die Schere von sinkender Unterstützung und steigenden Anforderungen geht mit der fortschreitenden Entwicklung der Jugendlichen auseinander. Das führt für viele von ihnen zu neuen Entwicklungsmöglichkeiten, für andere jedoch, die unsicher, labil oder psychisch angeschlagen sind, zu Überforderung, Stress, Frustration und manchmal sogar zu suizidaler Gefährdung.

Der vollzogene Suizid ist eher eine Domäne des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Im Kindes- und Jugendalter dominieren dagegen suizidale Gedanken und Suizidversuche als Formen der Suizidalität, über die wesentlich weniger zuverlässige statistische Daten vorliegen. Weil sie aber nicht in den Suizidstatistiken auftauchen, werden sie oft nicht ausreichend gewürdigt.

Suizidale Gedanken, die in den meisten Fällen zuerst nicht zu tödlichen oder körperlich nachhaltig beeinträchtigenden suizidalen Handlungen führen, können jedoch schon bei bis zu 39 % der Kinder auftreten und haben vor allem dann, wenn sie sich nicht wieder zurückbilden, prospektiv eine große Bedeutung für spätere suizidale Verläufe.

Ungünstige Lebensbedingungen, familiäre Belastungen (Vernachlässigung, Missbrauch, Trennung) und andere traumatisierende Erlebnisse sind weitere wichtige Faktoren, die einen frühen Beginn der Suizidalität im Kindes- und Jugendalter begünstigen. Auch wenn das nicht suizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV, engl. NSSI) zu Recht von Suizidalität abgegrenzt wird, sind nicht-suizidale Selbstverletzungen doch Risikofaktoren für spätere suizidale Handlungen.

Im Kindes- und Jugendalter liegen die Wurzeln für entscheidende entwicklungsbedingte Veränderungen. Für die meisten Kinder und Jugendlichen ist es der Beginn eines unauffälligen, glücklichen Heranreifens, in der Minderzahl aber auch einer ungünstigen, manchmal suizidalen Entwicklung. Weil hier in statu nascendi, aber auch mit langfristigem Effekt, korrigierende, antisuizidale Interventionen noch möglich sind, ist das Kindes- und Jugendalter der optimale Zeitraum für Suizidprävention.

Definition

Im Weiteren soll gemäß der Klassifikation von Nock et al. (2008) Suizid als willentliche Beendigung des eigenen Lebens definiert werden.

Als Suizidgedanken werden Gedanken darüber, sich aktiv das Leben zu nehmen, definiert. Ein Suizidplan ist eine Formulierung einer spezifischen Methode, mittels derer eine Person aus dem Leben scheiden will.

Ein Suizidversuch ist jene Aktion, die mit der Intention zu sterben ausgeführt wird, jedoch nicht tödlich endet. Die Definition des Suizidversuches ist daher auch konform mit dem für das DSM5 in der Sektion 3 vorgeschlagenen Suicidal Behavior Disorder.

Davon abzugrenzen sind gemäß Nock (2010) innerhalb der selbstschädigenden Gedanken und Handlungen jene, die nicht mit suizidaler Intention unternommen werden. Dazu gehören Gedanken an nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), die Durchführung von NSSV, Suiziddrohungen oder Gesten, die ohne suizidale Intention unternommen werden.

Epidemiologie

Der Vergleich der Jahre seit 1990 zeigt, dass die Zahlen der Suizide in Deutschland abgenommen haben (OECD & European Union, 2018). Ein ähnlicher Trend lässt sich auch in der Global Burden of Disease Study 2016 der Weltgesundheitsorganisation sehen (Naghavi et al., 2019). Hier wird eine deutliche Abnahme der altersadjustierten Mortalitätsrate für Suizid um 32,7 % beschrieben. Weltweit findet sich ein Überwiegen der männlichen Suizide gegenüber den weiblichen Suiziden, in der Global Burden of Disease Study, wobei als einzige Ausnahme die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ohne signifikanten Geschlechterunterschied bleibt. Gemäß dieser Studie findet sich in Ländern mit hohem Einkommen (wozu auch Deutschland zu zählen ist) ein geringer Anteil der Suizide in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen, verglichen mit den Suiziden in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen und auch mit jenen in der Altersgruppe 60+. Betrachtet man in der OECD Family Database die Entwicklung der Suizide in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen so hat sich hier seit 1990 die Suizidrate von ursprünglich 8,5 auf 100.000 zu 7,4 auf 100.000 reduziert (OECD & European Union, 2018).

Die Suizidraten aus Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2019) zeigen, dass die Suizidrate im Kindes- und Jugendalter deutlich geringer ist als in höheren Altersgruppen. Seit 1980 zeigt sich auch hier eine deutliche Reduktion in den Raten, sowohl in der Altersgruppe der 10- bis unter 15-Jährigen wie in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen. Auch bei den Jugendlichen überwiegt bei den Suiziden das männliche Geschlecht.

Die häufigsten Suizidarten bei 15- bis 20-Jährigen sind Erhängen, Überrollenlassen und Sturz aus der Höhe, wobei das Erhängen bei den Jungen, das Überrollenlassen bei den Mädchen häufiger ist.

Suizide werden hauptsächlich in der offiziellen und öffentlich zugänglichen Suizidstatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst. Die Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen findet sich dagegen häufig in Schulstudien. So wurden Suizidgedanken mit einer 12-Monatsprävalenz von 14,4 % bei etwa 15-Jährigen beschrieben bis hin zu einer Lebenszeit-Prävalenz von 39,4 %. Suizidversuche wurden in Schulstudien von 6,5 % bis zu 9 % der Befragten angegeben (Brunner et al., 2007; Donath et al., 2014; Plener et al., 2009; Resch et al., 2008). Die Altersdynamik dieser Entwicklungen kann im amerikanischen Datensatz basierend auf Center of Disease Control Daten nachvollzogen werden. Das Umschlagen von Suizidplänen in einen Suizidversuch geschieht bei etwa 60 % innerhalb eines Jahres (Nock et al., 2013).

Betrachtet man den weiteren Lebensverlauf von Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben, so wird anhand der longitudinalen Daten der Great Smokey Mountains Study aus den USA deutlich, dass es sich hier um eine Hochrisiko-Population für einen

weiteren schwierigen Verlauf handelt. In dieser Studie, in die 1.420 Kinder eingingen, konnten 96 % zumindest ein zweites Mal untersucht werden. Im Alter von 16 Jahren wurde bei 4 % der Teilnehmer von einem Suizidversuch berichtet. Nach Kontrolle für alle psychiatrischen Erkrankungen im Kindesalter konnte festgestellt werden, dass Suizidversuche im Jugendalter einen guten Prädiktor für Suizidversuche im Erwachsenenalter darstellten (OR: 6,4), des Weiteren waren Suizidversuche im Jugendalter ein guter Prädiktor für Angststörungen im Erwachsenenalter (OR: 2,8). Auch in verschiedenen Funktionsbereichen zeigten sich deutliche Einschränkungen im weiteren Lebensverlauf. So waren Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen hatten, deutlich schlechter in folgenden Bereichen: somatische Gesundheit, Risikoverhalten, illegales Verhalten, finanzielle Ressourcen und soziale Kontakte (Copeland et al., 2017).

Wie im Erwachsenenalter, so sind auch im Jugendalter mehr als 90 % der durch Suizid verstorbenen Jugendlichen an einer psychischen Störung erkrankt. (Nock et al., 2013). In einer longitudinalen Studie (N = 3.021, 14– bis 24-Jährige) konnte gezeigt werden, dass folgende psychische Erkrankungen besonders häufig einem Suizidversuch vorausgehen:

Posttraumatische Belastungsstörungen (HR: 15,3), gefolgt von **Dysthymie** (HR: 7,9) sowie von **Panikstörungen** (HR: 7,1) (Miché et al., 2018).

Weitere adoleszentenspezifische Risikofaktoren sind

- *Schlafstörungen.* In einem systematischen Review von zehn Studien wurden ebenfalls Schlafstörungen als eigenständiger Risikofaktor für Suizidgedanken und Suizidversuche eruiert. Dieser Zusammenhang besteht auch nach Kontrolle für psychische Erkrankungen (Goldstein et al., 2008; Kearns et al., 2018; Wong et al., 2011; Wong & Brower, 2012).
- *Mobbing*, definiert als Gewalt mehrerer Personen gegen eine einzelne Person, erhöht sowohl für die Opfer wie auch für die Täter das Risiko von Suizidgedanken und Suizidversuchen (Brunstein-Klomek et al, 2010). Erlebtes Mobbing im Alter von 13 Jahren war in der longitudinalen ALSPAC-Studie ein Prädiktor für Suizidgedanken und Suizidversuche mit 15 Jahren (OR: 2,27 bzw. OR: 3,05). (Lereya et al., 2013; Lereya, et al., 2015). In einer querschnittlichen deutschen Studie konnte gezeigt werden, dass Jugendliche, die in den letzten Monaten über regelmäßiges Mobbing berichteten (14,4 % der untersuchten 647 Schülerinnen und Schüler), ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche aufwiesen (OR:6,1) (Jantzer et al., 2015).
- *Das Erleben von Selbstschädigung bei anderen* (Familie: AOR: 1,95, Freunde AOR: 2,61, Beide: AOR: 5,26).
- *Das weibliche Geschlecht.*
- *Ein geringerer Intelligenzquotient.*
- *Höhere Impulsivität.*
- *Geringere Ausprägung von Gewissenhaftigkeit (Big Five Persönlichkeitsmerkmale).*
- *Unzufriedenheit mit dem Körper.*
- *Konsum illegaler Drogen* (Mars et al., 2019).
- *Selbstverletzungen* an anderen Stellen als den Unterarmen (Laukannen et al., 2013).

Im Versuch, einen Machine-learning-Ansatz auf die Daten von Jugendlichen zu übertragen, wurden die Daten von 974 Jugendlichen mit Suizidversuchen verglichen mit jenen von 496 Jugendlichen mit anderen Selbstschädigungen sowie 7.059 depressiven Jugendlichen und 25.081 Kontrolljugendlichen aus dem Krankenhaus. Dabei konnten 20 Prädiktoren identifiziert werden (Walsh et al., 2018) (siehe Tabelle 3.1).

- BMI
- Alter
- Schmerzmedikation (z. B. Ibuprofen)
- NSAID (Antiphlogistikum)
- SSRI (Antidepressiva)
- Schwere depressive unipolare Erkrankung
- Episodische affektive Erkrankungen
- Zahl der Aufenthalte in Notaufnahmen
- Stationäre und ambulante Behandlungen im Vorjahr
- Selbstvergiftungen im Vorjahr

• Antipsychotische Medikation
• Intoxikation mit Analgetika
• Rezidivierende depressive Episode mit psychotischen Symptomen
• PTSD
• Opioid-Medikation
• Intoxikation mit psychotropen Substanzen
• ADHS
• Benzodiazepine
• Geschlecht

Tabelle 3.1: Prädiktoren des Suizidversuchs bei Jugendlichen *(nach Walsh et al., 2018)*

Als weiterer wesentlicher Einflussfaktor muss im Jugendalter auch der sogenannte Werther-Effekt diskutiert werden. Als prominentestes Beispiel kann die rezente Debatte um die populäre Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht" gelten. Seit Ausstrahlungsbeginn im März 2017 war die Suizidalität in den USA deutlich angestiegen (Feuer & Havens, 2017). Berechnungen aus den USA haben ergeben, dass es seit April 2017 zu einem 29%igen Anstieg der Suizidrate in den USA bei den 10- bis 17-Jährigen gekommen sei. Der April 2017 habe die höchste Suizidrate seit fünf Jahren in den USA aufgewiesen, die Suizidrate habe bis Dezember 2017 über den zuvor berechneten Werten gelegen. Das bedeutet ein Plus an 195 zusätzlichen Fällen (Bridge et al., 2019).

Betrachtet man den Bereich der Suizidprävention, so muss basierend auf Zalsman et al. (2016) zunächst auf die wirkungsvollen Strategien in der Suizidprävention hingewiesen werden, wie die Kontrolle von Analgetika, die Kontrolle von Hotspots, schulbasierte Awareness-Programme sowie die Behandlung bei Depression. So konnte gezeigt werden, dass die Kontrolle von Analgetika und die Reduktionen der Abgabe in kleineren Packungen zu einer Reduktion an Suiziden und Suizidversuchen führen konnte. Die antisuizidalen Effekte der medikamentösen Behandlung mit Lithium und Clozapin beschränkt sich auf einzelne Diagnosegruppen und ist für das Kindes- und Jugendalter bisher nicht relevant gewesen.

Schulbasierte Prävention

Bezüglich schulbasierter Awareness-Programme kann zunächst auf das Review von Robinson et al. (2018) verwiesen werden, das 21 Studien einschloss (17 an Schulen, vier an Universitäten). An Schulen wurden sieben randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) und vier Non-RCTs durchgeführt, wobei 64 % positive Effekte im Sinne einer Reduktion von Suizidversuchen oder Suizidgedanken beschreiben konnten. Als gemeinsame positive Elemente wurden von Robinson et al. (2018) Psychoedukationselemente, das Vermitteln von sozialer Unterstützung sowie eine Fertigkeitenvermittlung identifiziert. Als eines der ersten Programme im Bereich der Suizidprävention kann das amerikanische Signs of Suicide (SOS-Programm, siehe Infokasten 3.1: Signs of Suicide) gelten. Hier liegen mehrere Studien vor (N = 2.100 bzw. Replikationsstudie mit N = 4.133). Hier zeigte sich eine geringere Suizidversuchsrate im Dreimonats-Follow-Up, wobei eine Reduktion zwischen 40 und 64 % beschrieben werden konnte. Ebenso zeigte sich ein Wissenszuwachs, jedoch keine Zunahme im Hilfesuchverhalten (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Shilling et al., 2016). Als besonders relevant ist in diesem Kontext die Saving and Empowering Young Lifes in Europe (SEYLE)-Studie zu nennen. Hier wurden in einer randomisierten kontrollierten Studie mit über 11.000 Teilnehmern aus über elf europäischen Ländern vier Interventionen verglichen: Lehrerfortbildung, ein Schüler-Awareness-Programm, eine Screening-Intervention sowie eine Minimalintervention (Poster und Visitenkarten) (Wasserman et al., 2010). Wie in einer randomisierten kontrollierten Studie von Wasserman et al. (2015) gezeigt werden konnte, zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Youth Aware of Mental Health Intervention (siehe Infokasten 3.2: SEYLE-Projekt). Die Zahl der Suizidversuche und der Suizidgedanken konnte zwölf Monate nach Durchführung der Intervention halbiert werden (Suizidversuche: OR: 0,45; Suizidgedanken: OR: 0,50).

Auch im Bereich der Suizidintervention ergeben sich durchaus hoffnungsvolle Befunde. So konnte in einem systematischen Review von 21 Studien die deutliche Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei Jugendlichen mit Suizidversuchen oder Suizidgedanken gezeigt werden (Iyengar et al., 2018).

Infokasten 3.1: Signs Of Suicide (SOS)

- Screening for Mental Health, Inc. entwickelte eine Kombination von zwei Suizidpräventionsprogrammen für Schulen:
  1. Unterrichtsplan, der für Suizid und assoziierte Probleme sensibilisiert
  - Unterrichtsmaterialen: (1) ein Video (Anzeichen von Depression und Suizidalität, empfohlene Reaktionsweisen und reale Interviews von Betroffenen), (2)„Friends for Life“ und (3) ein Diskussionsleitfaden
  2. Screening-Tool, das aus dem Diagnostic Interview Schedule for Children IV (DISC IV) (Shaffer et al., 2000) abgeleitet wird und auf Depressionen und andere Risikofaktoren (v. a. psychische Erkrankung und problematischer Alkoholkonsum) im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten anonym screent und der Selbsteinschätzung dient
  - Ein Wert von 16 oder höher auf der Columbia Depression Scale (CDS) und von 4 oder höher beim Brief Screen for Adolescent Depression (BSAD) (Lucas et al., 2001) war ein starker Indikator für Depression und führte zur Empfehlung von Hilfsmaßnahmen und dem Einbeziehen erwachsener Bezugspersonen der gefährdeten Schülerinnen und Schüler
- Ziel: Jugendliche sollen lernen, Frühwarnsignale, Anzeichen und Symptome von Suizidalität und Depression zu erkennen und darauf zu reagieren in Form von ACT: Acknowledge, Care and Tell (Aseltine et al., 2007).

Quelle: www.sprc.org/resources-programs/sos-signs-suicide

Infokasten 3.2: Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Projekt

- **Die SEYLE-Studie:** In den Jahren 2009 und 2010 nahmen 11.110 Schülerinnen und Schüler (Durchschnittsalter 15 Jahre) von 168 Schulen aus zehn europäischen Ländern und Israel teil. An jeder Schule wurden drei Primärpräventionen (QPR, YAM, ProfScreen) und eine Minimal-Intervention als Kontrollgruppe durchgeführt.

Ziel: Förderung eines gesunden Verhaltens und Lebensstils, Sensibilisierung, Weitervermittlung von gefährdeten Schülerinnen und Schülern an Helfende und Gesundheitssystem zur Verringerung von psychischen Erkrankungen und Suizidrisiken

- **Interventionen:**

1. **Gatekeepertraining: QPR (Question, Persuade, Refer)**
   - Vierwöchige präventive Schulungsdauer für Lehrerinnen und Lehrer und weiterem Schulpersonal (die im täglichen Kontakt zu Schülerinnen und Schülern stehen)
   - Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Identifizierung und Weitervermittlung gefährdeter Schülerinnen und Schüler und zur Stärkung des Hilfesuchverhaltens
   - Schulung beinhaltet zweistündige interaktive Vorlesung und einstündige Rollenspielsitzung
   - Teilnehmende erhalten QPR-Broschüre zur Suizidprävention (Epidemiologie von suizidalem Verhalten, Risikofaktoren, Mythen und Fakten in Bezug auf Suizid) und Visitenkarten mit Hilfe-Kontakten zur Ausgabe an gefährdete Schülerinnen und Schüler
2. **Schülerinnen- und Schüler Awareness Training: Youth Aware of Mental Health Intervention**
   - Vierwöchiger Zeitraum mit fünf einstündigen Trainingseinheiten in Kombination mit Rollenspielen im Klassenverband zur Sensibilisierung gegenüber eigenen Gefühlen, Umgang mit Stress und Krisen, Depression und Suizidgedanken
   - Schülerinnen und Schüler erhalten eine Broschüre und 6 Poster im Klassenraum zu den Themen: Bewusstsein für seelische Gesundheit, Hilfe zur Selbsthilfe, Stress und Krise, Depression und Suizidgedanken, Freundinnen und Freunden helfen und Hilfe in Anspruch nehmen (mit Kontaktdaten von lokalen Hilfsangeboten)
   - Ausgabe von Visitenkarten mit regionalen Hilfe-Kontakten
3. **Professionelles Screening: ProfScreen**
   - Vierwöchiger Zeitraum zur Identifizierung gefährdeter Schülerinnen und Schüler
   - Screening durch psychologische Skalen im Rahmen der Eingangserhebung, Grenzwert durch Pilotstudie (Universität Heidelberg & NASP am Karolinska Institut) zugewiesen
   - Überweisung gefährdeter Schülerinnen und Schüler (oberhalb des Grenzwerts) zur professionellen klinischen Beurteilung an Psychiaterinnen bzw. Psychiater oder klinische Psychologinnen bzw. Psychologen
4. **Minimalintervention**
   - Vergleich mit den anderen Maßnahmen und Prüfung der Kosteneffizienz
   - Vierwöchiges Aushängen von sechs Postern zu den sechs Themen und mit Kontaktdaten lokaler Hilfsangebote (vgl. YAM) (Wassermann et al., 2010)

Der beste Outcome war erreichbar bei einer Kombination von intrapersonellen und interpersonellen Interventionen, also etwa der Kombination von Strategien der kognitiven Verhaltenstherapie und familiären und sozialen Unterstützer-Netzwerk-Interventionen. Eine Reduktion von Suizidgedanken zeigte sich unter der Therapie mit DBT-A, MBT-A sowie dem Ressourceful Adolescent Parent Programm (siehe Infokästen 3.3–3.5). Insgesamt kann festgehalten werden, dass erfolgreiche Programme einen Einbezug von Familien oder Bezugspersonen aufweisen, ebenso die Vermittlung von Emotionsregulations- und Problemlösefertigkeiten und die Übermittlung von Kommunikationsfertigkeit. Auch in den systematischen Reviews von Kapusta et al. (2014) sowie von Brent et al. (2013) unter Einschluss von 21 bzw. 17 Studien konnte gezeigt werden, dass sich generell Suizidversuche und Suizidgedanken bei Jugendlichen durch therapeutische Interventionen vermindern lassen. Neben den genannten, in randomisierten Studien evaluierten therapeutischen Interventionen gibt es anderweitig evaluierte therapeutische Ansätze, wie z. B. die Time Limited Psychodynamic Psychotherapy with adolescents and young adults (TAPP), welche in Deutschland derzeit keine Verbreitung hat (Briggs et al. 2018).

Infokasten 3.3: Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

- Ambulante kognitive Verhaltenstherapie von Jugendlichen mit u. a. Boderline-Symptomatik, v. a. mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten (Rathus & Miller, 2002; Miller et al., 2007)
- Wirkmechanismus: Erlernen von Emotions- und Stressregulation mithilfe von Handwerkzeugen (u. a. Skills, Diary Card, Anspannungskurven, Verhaltensanalysen, Kettenanalysen, Arbeitsblättern), Einübung von Achtsamkeit zentral, um Distanz zu dysfunktionalemVerhalten aufzubauen

Infokasten 3.4: Mentalisierungsbasierte Psychotherapie für Adoleszente (MBT-A)

- Psychotherapeutischer Ansatz zur Behandlung von Schwierigkeiten im Bereich der Affektregulation, die mit Mentalisierungsproblemen assoziiert werden können (Fonagy & Lyten, 2009)
- Wurde für die Arbeit mit Adoleszenten adaptiert und verzeichnet gute Wirksamkeitsnachweise bei der Behandlung selbstverletzender Jugendlicher mit Boderline-Persönlichkeitsstörung
- Kombination von Einzel- und Familiensitzungen, 4-Phasen-Modell mit dem Kernziel, die Mentalisierungsfähigkeit in Situationen mit starker Affektivität zu stärken (Taubner & Volkert, 2016)

Infokasten 3.5: Ressourceful Adolescent Parent Program (RAP-P)

- Kompetenzbasiertes Programm für Eltern, um ihr eigenes Selbstwertgefühl und das ihrer Jugendlichen zu verbessern und so ein gesundes Umfeld für die Entwicklung zu bieten und Depression und Suizidalität vorzubeugen
- Besteht in drei Elternsitzungen („Parentsarepeopletoo!“, „What Makes Teenagers Tick“, „Promoting Positive“) und enthält Arbeitsmappen (www.rap.qut.edu.au/programs/rap-p-for-parents).

Institutionen der Suizidprävention im Bereich der Öffentlichkeit und der offenen Kinder- und Jugendarbeit

Eine Vielzahl von Institutionen der Jugendarbeit, Beratungsstellen und Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche ist seit langer Zeit in der Suizidprävention engagiert und stellt niedrigschwellige Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung zur Verfügung. Auch wenn ihre Aktivitäten nicht evidenzbasierten Kriterien unterliegen, ist die Arbeit dieser Institutionen ein zentraler Pfeiler der Suizidprävention für diese Alterskohorte. Beispielhaft sei hier sowohl die Organisation neuhland gGmbH in Berlin genannt, die eine Beratungsstelle, einen Krisendienst, Krisenwohnungen und eine Fortbildungsakademie unterhält und seit Jahrzehnten einen besonderen Schwerpunkt auf Suizidprävention legt (siehe Infokasten 3.6). Unter den Institutionen im Bereich der telefon- und onlinebasierten Beratung wird beispielhaft die „Nummer gegen Kummer" genannt, die spezifische Angebote für Jugendliche vorhält und mit einem erheblichen Anteil die Beratung bei Suizidalität ehrenamtlich leistet (siehe Infokasten 3.7).

Infokasten 3.6: neuhland – Hilfe in Krisen gGmbH, Berlin

Gemeinnütziger Träger im Bereich der Krisenhilfe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Schwerpunkt Suizidprävention.

Beratungsstelle: Zielgruppe: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Krisensituationen, bei Suizidgedanken, nach Suizidversuch, mit selbstverletzendem Verhalten und verschiedenen psychischen Störungen. **Ziel:** Behandlung und Prävention der Suizidgefährdung, Krisenintervention, Einleitung weiterführender Behandlungen. **Angebot:** telefonische und ambulante Krisenintervention, Familiengespräche, Online- und telefonische Beratung, Prävention an Schulen.

Krisendienst im Rahmen des Berliner Krisendienstes: **Zielgruppe:** Personen mit Suizidalität, interpersonellen Konflikten, Trennungserfahrungen, psychischen Problemen und Störungen. **Rahmen:** ambulante und telefonische Beratung, täglich auch an Sonn- und Feiertagen von 16:00–24:00 Uhr (einschl. Bereitschaftsdienst) durch Mitarbeitende aus Psychologie, Sozialer Arbeit und Pädagogik mit psychotherapeutischer Qualifikation.

Krisenwohnung: Therapeutisch-pädagogische Kurzzeit-Wohngruppe zur Bearbeitung von Krisen. Die acht Plätze befinden sich in einer großen Altbauwohnung am Nikolsburger Platz in Berlin-Wilmersdorf. **Zielgruppe:** Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (13–19 Jahre), die sich in einer Krise befinden und wegen Suizidgefährdung, selbstschädigenden Verhaltens und psychischer Auffälligkeiten vorübergehend außerhalb ihres Lebensumfeldes betreut werden müssen.

neuhland Akademie für Fort- und Weiterbildung
Zielgruppe: Gesundheits-, pädagogische und Sozialberufe
Beispielhaft ausgewählte **aktuelle Fortbildungen**:

- Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen – Online-Fortbildung 04.06.2021 und 20.08.2021
- Den Schmerz sichtbar machen – pädagogisches Handeln bei selbstschädigendem Verhalten 11.06.2021
- Selbstbestimmung und ihre Grenzen 08.10.2021
- Suizidgefährdung bei jungen Erwachsenen – hilfreiche Handlungsstrategien in der Betreuung 08.11.2021
- Ich gegen mich – Verständnis und Behandlung von selbst-feindlichem Verhalten 06.12.2021

Quelle: www.neuhland.net/startseite.html

Infokasten 3.7: NummergegenKummer: Kinder- und Jugendtelefon 116111

Kostenlose telefonische und Online-Beratung für Kinder und Jugendliche von montags bis samstags von 14–20 Uhr. Die Beratung erfolgt durch ehrenamtliche ausgebildete Beraterinnen und Berater und durch ebenfalls in Beratung ausgebildete Peers (Jugendliche beraten Jugendliche).

Die Nummer gegen Kummer führte in 2020 97.046 telefonische Beratungen für Kinder und Jugendliche durch. Unter den 7.288 Gesprächen in 2020 mit den Themen „Sucht und selbstschädigendes Verhalten" betrafen 32,3 % Suizidgedanken und -versuche. Das Thema wird doppelt so häufig von weiblichen als von männlichen Personen angesprochen, wobei insgesamt 58,4 % der Anrufenden männlich, 40,2 % weiblich und 0,3 % Jugendliche ohne Geschlechtspräferenz waren. Zwischen 2019 und 2020 nahm das Thema „Sucht und selbstgefährdendes Verhalten" um 1,9% zu.

Quelle: www.nummergegenkummer.de/wp-content/uploads/2021/03/2020_Statistik_KJT.pdf

Leitlinien

Im Jahr 2016 wurden die S2K-Leitlinien der AWMF im Umgang mit suizidalen Kinder- und Jugendlichen veröffentlicht (AWMF, 2016, siehe Infokasten 3.8). Auch darin wurde auf die zuvor angesprochene Wichtigkeit des Einbezugs von Familienmitgliedern bei der Psychotherapie Bezug genommen. Hinsichtlich der psychopharmakologischen Behandlung wurde festgehalten, dass zur akuten medikamentösen Reduktion bei akuter Suizidalität sedierende Maßnahmen geeignet sein können, ohne dass auf eine spezifische Medikation verwiesen wurde. Des Weiteren sollten selbstverständlich psychische Erkrankungen, die sich bei Suizidalität verschlechtern, leitlinienspezifisch betreut werden (AWMF, 2016).

Infokasten 3.8: S2K-Leitlinien der AWMF im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen (AWMF 2016)

- **Ziel der Leitlinie:** Erarbeitung eines interdisziplinären Konsenses zur klinischen Behandlung bzgl. Aspekten, zu denen noch keine Evidenz bestand
- Darstellungen einer einheitlichen Klassifikation und diagnostischer Option
- Präsentation aktueller Erkenntnisse der Therapieforschung
- **Universelle Suizidprävention:**
  - „Fertigkeitstrainings" (Gruppentrainingsprogramme für Fertigkeiten wie z. B. Coping-Strategien)
  - „Awareness-Interventionen" wie „Signs of Suicide (SOS)" (aufklärende und psychoedukative Unterrichtseinheiten)
- **Selektive Suizidprävention:**
  - „Screening-Interventionen" zur Identifizierung und Aussprache von Behandlungsempfehlungen von gefährdeten Kindern und Jugendlichen
  - „Gatekeeper-Trainings" als Schulung von erwachsenen Bezugspersonen wie das QPR (Question, Persude, Refer)-Training (www.qprinstitute.com/about-qpr; Quinnett, 2007)
  - Die Programme „Reconnecting Youth" (Eggert et al., 1995) und „Coping and Support Training" (Randell et al., 2001) aus den USA und das europäische „Saving and Empowering Youth Lives in Europa" (SEYLE) – Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen" (Wasserman et al., 2010) wurden durch randomisiert kontrollierte Studien als wirksam zur Reduktion suizidalen Verhaltens getestet
- Wirksamkeitsnachweise von Maßnahmenpaketen des Vereins Deutsches Bündnis gegen Depression (www.buendnis-depression.de) und onlinebasierten Suizidpräventionsprogrammen, z. B. Life-Line (Weinhardt, 2006), U25 (Stich, 2008), Freunde fürs Leben (www.frnds.de), stehen noch aus
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Methoden
- Presse-Richtlinien zur Suizidberichterstattung wie u. a. regelmäßig aktualisierte Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien durch das NaSPro (www.suizidpraevention.de/aktuelles.html) (DGKJP e.V., 2016).

3.1 Aktueller Stand der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen

3.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen

Für die Beantwortung der Problemlagen, denen sich der Bereich der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter gegenübersieht, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, deren methodische Grundlagen wie auch differenzierte Ergebnisse im Anhang zu finden sind (siehe Anhang – 3.5.1 Methodik und Ergebnisse der Online-Befragung).

Die Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter steht vor mehreren Problemlagen:

- die direkte Ansprechbarkeit der Klientel
- die Notwendigkeit der Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg
- die mangelnde Finanzierung
- die erschwerte Beforschbarkeit suizidpräventiver Maßnahmen

a) Direkte Ansprechbarkeit der Klientel

Maßnahmen der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter betreffen eine Klientel, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies hat zur Folge, dass für Maßnahmen, die suizidprotektiv wirksam sein können – wie etwa die Teilnahme an Maßnahmen der schulischen Suizidprävention oder aber auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung einer psychischen Erkrankung –, die Zustimmung von Erziehungsberechtigten notwendig wird. Zwar besteht die Möglichkeit der eigenverantwortlichen Inanspruchnahme von Heilbehandlung ohne Wissen oder sogar gegen das explizite Einverständnis von Sorgeberechtigten, jedoch ist dies in aller Regel mit einem Prozess der Auseinandersetzung verbunden, der die Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfen deutlich erhöht.

Es ist daher zu fordern, dass der Zugang zu Beratungsstellen, psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe (evtl. auch im Sinne von spezifischen Krisendiensten) oder auch zu suizidpräventiven Angeboten im schulischen Rahmen von der Zustimmung der Erziehungsberechtigten entkoppelt wird.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass gerade Jugendliche den Weg in eine „klassische“ Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung nur schwer finden. Hier sollten die Beforschung und der Ausbau von Online-Angeboten in der Beratung, aber auch in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, durch entsprechende Förderung weiter gestärkt werden, um ein therapeutisches Format anbieten zu können, welches das Potential hat, die Schwelle zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu senken.

Ein Weg, der die Inanspruchnahme von Hilfen verstärken könnte, ohne stigmatisierend zu wirken, kann in einer **Stärkung von Hilfsangeboten** liegen, die **direkt an Schulen** verortet werden. Während in anderen Ländern das Vorhalten von school nurses ein Standardangebot darstellt, wird dieses System in Deutschland wenig verfolgt. Hier bietet sich die Gelegenheit, mit der Schulpsychologie, der Schulsozialarbeit und den Beratungslehrern ein niedrigschwelliges Angebot an den Schulen zu implementieren, das erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung stellt. Ein Angebot, das eine stärkere Vernetzung zwischen Schulen und therapeutischen Hilfestellungen anstrebt, wird derzeit gerade im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projekts beforscht (https://ccschool.de/).

b) Notwendigkeit der Zusammenarbeit über Systemgrenzen

Schulbasierte Suizidpräventionsprogramme, Beratungsangebote (oft von freien Trägern oder durch Spenden finanziert) und psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung müssen besser vernetzt werden.

c) Mangelnde Finanzierung

Die zuvor skizzierten verschiedenen Systeme erschweren auch die Finanzierung im Sinne eines durchgängigen Konzeptes. So bleiben Suizidpräventionsprogramme, die eine Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure anstreben, meistens regional beschränkt. Zu fordern wäre hier aber ein einheitliches, bundesweites Vorgehen, das in Anlehnung an bereits existierende regionale Netze (z. B. Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FranS), Thüringer Netzwerk oder regionale Projekte wie „Talk to me" in Aschaffenburg, die diversen „Arbeitskreise Leben" in Süddeutschland) eine durchgängige Struktur vorhält, an der sich solche Netzwerke orientieren können. Dafür wird eine zusätzliche Finanzierung benötigt, die der Struktur, die über die bereits existierenden Systeme hinausgeht, und dem dadurch bedingten Organisationsaufwand Rechnung trägt.

d) Die erschwerte Beforschbarkeit

Ähnlich wie bereits unter Punkt a) dargestellt, ist die Beforschbarkeit suizidpräventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen vor dem 18. Lebensjahr eingeschränkt, weil die Einwilligung der Eltern erforderlich ist, was zum einen aufwendig und zum anderen nicht immer möglich ist.

3.1.2 Darstellung der relevanten Akteurinnen und Akteure im Kinder- und Jugendbereich

Die Darstellung orientiert sich im Folgenden an den unterschiedlichen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, die auch Adressatinnen und Adressaten unserer Online-Umfrage waren:

- Schule und Ausbildung:
  - Schulpsychologie
  - Beratungslehrerinnen und -lehrer
  - Schulsozialarbeit

- Familie/Jugendhilfe:
  - Jugendhilfe-Trägerorganisationen
  - Amt für Jugend und Familie

- Freizeit und Lebenswelten:
  - Sportverbände: DSB, NaSPro-Gruppe Leistungssport
  - Interessensvertretungen von Gruppen mit erhöhtem Risiko: LGBT, Migranten- und Flüchtlingsorganisationen
  - Kirchliche Jugendarbeit
  - Jugendstrafvollzug

- Übergeordnet:
  - Deutsche Bahn
  - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

- Gesundheitsbereich:
  - Krankenkassen
  - Primäre Gesundheitsversorgung: Pädiaterinnen und Pädiater, Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Gynäkologinnen und Gynäkologen
  - Spezifische psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung

- Medien:
  - Anbietende von Online-Beratung/Therapie/Information
  - Medienpädagogische Plattformen
  - Anbietende der „großen" sozialen Medien (Instagram, Snapchat, ...)

3.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich

Bislang besteht kein bundesweites, suizidpräventives Angebot in den genannten Bereichen. Zwar existieren regional organisierte Netzwerke, die mehrere Handlungsfelder in einer lokal orientierten Strategie zusammenführen, diese sind jedoch nicht flächendeckend vorhanden.

International ist als aktuellste Veröffentlichung einer Übersichtsarbeit im Sinne eines systematischen Reviews und einer Meta-Analyse die Arbeit von Robinson

et al. (2018) zu erwähnen, die 99 Originalarbeiten (davon 48 RCTs) zur Suizidprävention bei Jugendlichen zusammengefasst hat und eine Wirksamkeit von Interventionen vor allem in klinischen Settings und im Schulsetting beschreibt.

Hier sind in Bezug auf die Literaturrecherche demnach lediglich zwei Projekte mit deutscher Beteiligung zu nennen, die sich dort finden lassen:

Hinsichtlich evidenzbasierter Suizidpräventionsliteratur ist auf das EU-geförderte Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Projekt zu verweisen, an dem auch das deutsche Studienzentrum in Heidelberg (Prof. Kaess, Prof. Brunner) beteiligt war, sodass diese europaweite Studie zur schulbasierten Suizidprävention auch unter Beteiligung deutscher Schülerinnen und Schüler stattfand, die in den Datensatz Eingang fanden. Dabei zeigte sich in einer RCT ein deutlicher Effekt im Sinne einer Reduktion von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei der Youth Aware of Mental Health Intervention (Wasserman et al., 2015).

Im Projekt „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten“ wurde der Einfluss eines Trainings von Schulpersonal in den Bereichen Umgang mit Suizidalität und Selbstverletzung beforscht, wobei sich Wissenszuwächse und eine gesteigerte Handlungssicherheit zeigen ließen (Brown et al., 2018, siehe Infokasten 3.9).

Infokasten 3.9: Modell 4S in Baden-Württemberg: Schulen stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten

- kostenfreie 1,5-tägige (1. Tag nicht-suizidale Selbstverletzungen (NSSI), 2. Tag Suizidalität) Workshops für alle Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter und Lehrerinnen und Lehrer in Baden-Württemberg
- Workshop-Leitung: eine Psychiaterin/ein Psychiater für Kinder- und Jugendliche und drei Psychologinnen bzw. Psychologen mit Erfahrungen in der Arbeit mit NSSI und Suizidalität
- Präsentationen zur Epidemiologie, Ätiologie und Videoclips zu Risikofaktoren von NSSI/Suizidalität, Video-Feedback-gestützte Rollenspiele, um auf NSSI zu reagieren, nach Suizidalität zu fragen und das Stärken von Hilfesuchverhalten (durch zweistündige Sitzung mit Video zur evidenzbasierten Methode „Therapeutic Assessment“; Ougrin et al., 2010) zu üben. Abschlussmodul zu rechtlichen Themen (u. a. wann/wie werden Eltern und Schulverwaltung einbezogen?) und Worst-Case-Szenarien (u. a. wann Polizei alarmieren?).

3.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen entgegenstehen

3.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention entgegenstehen

Kein gemeinschaftliches Konzept der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen

Die aktuelle Lage der Suizidprävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland zeigt bisher kein gemeinschaftliches Konzept. Dort, wo in Deutschland Netzwerke zur Suizidprävention bestehen, die verschiedene Systempartner integrieren, bleiben diese zumeist auf regionale Strukturen beschränkt (z. B. Frankfurt, Dresden) und unterscheiden sich auch untereinander aufgrund ihres regionalen Fokus hinsichtlich der Strategien und der beteiligten Stakeholderinnen und Stakeholder. Es fehlt eine Stelle, die – auf Bundesebene angesiedelt – eine Vernetzung dieser Angebote sowie eine Standardisierung vorantreibt und die auch als zentrale Anlaufstelle für hilfesuchende Kinder und Jugendliche agieren könnte.

Keine spezifische Ausbildung zur Suizidprävention bei Professionellen

Vielfach fehlt eine spezifische Ausbildung der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in allen beteiligten Berufsgruppen (z. B. Lehrerinnen und Leher, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter, Jugendhilfemitarbeitende, Mitarbeitende der Agentur für Arbeit). Eine entsprechende Schulung bereits im Studium wäre wünschenswert.

Angebote nur selten wissenschaftlich evaluiert

Es existiert bislang eine Vielzahl von Angeboten, von denen aber nur wenige wissenschaftlich evaluiert wurden und einen suizidpräventiven Effekt belegen konnten. Als bedeutendes Beispiel sind hier die Ergebnisse der zuvor erwähnten SEYLE-Studie zu nennen, die (auch aufgrund der hohen Fallzahl) die Effektivität eines schulbasierten Präventionsprogrammes belegen konnten. Um solche Effekte darstellen zu können, bedarf es Studien mit hoher Fallzahl, was wiederum die Forderung aufwirft, Forschung im Bereich Suizidprävention finanziell deutlich besser auszustatten, um regional erfolgreiche Projekte auch wissenschaftlich evaluieren zu können und somit auch taugliche Alltagsmodelle zu finden. Solche Studien sind neben den finanziellen Mitteln auch immer auf die Kooperation mit Schulen angewiesen. Hier würde ein klares Bekenntnis der Kultusministerkonferenz zur Wichtigkeit schulischer Unterstützung von Forschung den Willen zur weiteren Beforschung und damit die Schaffung evidenzbasierter Strategien unterstreichen. Da sich Schulen heute schon verschiedentlich um Präventionsmöglichkeiten kümmern, dafür aber meist nur ein begrenztes Budget zur Verfügung steht, sollte eine externe Qualitätsüberprüfung suizidpräventiver Maßnahmen durch eine übergeordnete Stelle im Sinne der Qualitätssicherung erfolgen. So sollte für interessierte Schulleiterinnen und Schulleiter anhand eines Zertifikats ersichtlich sein, ob angebotene Präventionsprogramme bereits einen wissenschaftlich überprüften Nutzen bringen oder ob ein solcher Nachweis für ein Programm noch aussteht.

Die finanzielle Förderung von Maßnahmen im Bereich Suizidalität – etwa im Rahmen von Stiftungen – ist aufgrund der immer noch anhaltenden Tabuisierung des Themas weiterhin schwierig. An dieser Stelle sind öffentliche Fördergelder notwendig, um eine Weiterentwicklung der Forschung zu unterstützen. Die Frage nach der Finanzierung von Suizidpräventionsprojekten schließt sich daran an. Durch die schon mehrfach dargestellten Systemgrenzen kann eine Förderung nur übergreifend und nicht begrenzt auf spezifische Handlungsfelder (und deren Finanzierung) zum Erfolg führen.

Die Tatsache, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung einen Risikofaktor für die Entwicklung suizidalen Verhaltens darstellt, bedingt auch, dass eine Optimierung der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung angestrebt werden muss. Im medizinischen Sektor wäre auch eine Schulung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Erkennung von Risikofaktoren und dem Ansprechen akuter Suizidalität bei Verdachtsfällen wesentlich. Der Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie auch -psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten und (teil-)stationären Bereich ist anzustreben, sodass Wartezeiten verkürzt werden können, um möglichst schnell ein adäquates Behandlungssetting anbieten zu können.

3.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

Im Bereich der Online-Beratung wurde das Peer-Hilfsangebot U25, das Online-Hilfe für suizidgefährdete Jugendliche anbietet, mit Unterstützung des Caritasverbandes und des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend verstetigt (www.u25-deutschland.de). Hier findet sich eine lange bestehende Beratungsstruktur, die ein niedrigschwelliges Angebot vorhält, das für Jugendliche eine hohe Attraktivität besitzen kann. Ein weiterer Ausbau wäre wünschenswert, da nach Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern von U25 der Bedarf immer noch die Kapazitäten übersteigt.

Erste punktuelle Schulungsangebote für Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter und Lehrkräfte existieren (z. B. Modellprojekt 4S in Baden-Württemberg). Diese sollten weiter evaluiert und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden.

In vielen Schulen finden sich mittlerweile strukturierte Handreichungen für den Umgang mit dem Suizid von Schülerinnen und Schülern. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Es sollte aber durch weitere Schulungsmaßnahem dafür gesorgt werden, dass diese Informationen auch im Lehrerkollegium geteilt werden und in den Schulen spezifische Krisenpläne im Sinne von „Schulprotokollen“ ausgearbeitet werden, um Situationen, in denen der Verdacht auf akute Suizidalität bei einer Schülerin bzw. einem Schüler besteht, adäquat reagiert werden kann.

Im Rahmen des SEYLE-Projekts wurde unter Beteiligung von Forschenden in Heidelberg die Wirksamkeit schulbasierter Suizidprävention untersucht. Entsprechende Materialien und Schulungsprogramme in deutscher Sprache stehen zur Verfügung. Hier fehlt es jedoch an einer flächendeckenden Umsetzung. So wäre eine bundesweite Initiative anzustreben, die bekannt wirksame Maßnahmen zur Suizidprävention für alle Schulen vorhält.

Die klinischen Vorstellungen aufgrund von Suizidandrohungen in sozialen Netzen, die von der Polizei initiiert werden, die von Peers oder Eltern auf Verdachtsfälle hingewiesen wird, sind zu begrüßen. Auch hier könnte eine Schulung von Beamtinnen und Beamten des LKA eine Verbesserung der Versorgungssituation im Akutfall bewirken.

Die bereits erwähnten Potentiale von onlinegestützten Beratungsplattformen sollten dennoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass onlinebasierte (soziale) Medien auch einen großen Risikofaktor für suizidale Dynamiken darstellen können und mitunter auch als Medium genutzt werden, um suizidale Inhalte darzustellen. Hier wird es darum gehen müssen, ein Risikomonitoring zu gewährleisten. In diesem Bereich ist jugendschutz.net bereits seit vielen Jahren tätig (siehe auch Bericht der TPG „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“ und Infokasten 3.10). Hier sollte ein Ausbau der Kapazitäten stattfinden, um eine bessere Sichtung der Inhalte ermöglichen zu können.

Infokasten 3.10: Suizidprävention durch jugendschutz.net

- Risikomonitoring in Bezug auf Selbstgefährdung:
  1. Digitale Lebensrealitäten: Kontinuierliche Überwachung von Geräten, Diensten und Szenen, die für die Internetnutzung von Kindern und Jugendlichen bedeutsam sind
  2. Reale Risiken: Gleichzeitiges Recherchieren von Gefährdungs- und Beeinträchtigungspotenzialen durch das Monitoring
  3. Beurteilung von Schutzkonzepten in kind- und jugendaffinen Diensten (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/bericht2019.pdf) (jugendschutz.net, 2020).
- Empfehlungen für die Berichterstattung zum Thema Suizid und Internet in Kooperation mit AG Medien & DGS (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Berichterstattungsempfehlungen.pdf)
- Praxisleitfaden zur Unterstützung von Social-Media-Plattformen bei der Bewertung von Selbstgefährdung (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Best_Practice_Paper_Selbstgefaehrdung.pdf)
- Jugendschutz.net nimmt Hinweise auf Inhalte, die gefährliche Challenges und Mutproben zeigen und/oder zur Teilnahme auffordern, entgegen, zudem Aufklärung und Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Suizid-Challenges wie „Blue Whale" oder „Momo" im Internet (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Praxisinfo_Gefaehrliche_Online-Challenges_Mutproben.pdf)
- Liste von Beratungsstellen in Bezug auf Suizid und selbstverletzendes Verhalten (u25.de, fideo.de, neuhland.net, psychotherapie.de, star-projekt.de) (www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/Beratungsstellen_Selbstgefaehrdung.pdf)

Die bestehenden Empfehlungen zur Berichtserstattung in Medien sollten in diesem Zusammenhang auch Betreibern von Websites kommuniziert werden. Dies schließt auch Serien oder Filme ein, in denen Suizidalität glorifiziert wird und die für Kinder oder Jugendliche ein hohes Identifikationspotential bieten könnten, oder „challenges", im Zuge derer suizidales Verhalten forciert wird.

3.3.1 Review der für Deutschland relevanten Vorschläge für weitere effizierte Maßnahmen

Die hier vorgestellten Maßnahmen erfordern Anpassungen in verschiedenen Systemen und benötigen eine Finanzierung, die bislang nicht vorhanden ist und zusätzlich geleistet werden müsste.

Flächendeckende regulatorische Maßnahmen wie die Begrenzung der Abgabemenge von Over-the-counter-Analgetika und ein striktes Waffengesetz wurden in der Vergangenheit umgesetzt und müssen beibehalten werden. Zudem sind Barrieremethoden an hotspots, aber auch an Gleiskörpern, weiter voranzutreiben, bedenkt man, dass das Überrollenlassen zu den drei häufigsten Suizidarten in Deutschland in dieser Altersgruppe zählt. Die häufigsten Suizidmethoden (Erhängen, Überrollenlassen, Sprung aus großer Höhe) sind in den vergangenen Jahren unverändert geblieben und auch im europäischen Kontext bei Jugendlichen am häufigsten anzutreffen (Kokkevi et al., 2011). Um auf zukünftige Entwicklungen im Bereich der Suizidmethoden rasch reagieren zu können, wird ein Monitoring von einschlägigen Websites oder Foren empfohlen. Um die statistische Erfassung zu erleichtern, sollte es zu einer genaueren Erfassung der Altersgruppen kommen (differenzierter als in 5-Jahresclustern: 10–15, 15–29 Jahre), da aufgrund der rasanten Entwicklungssprünge in der Adoleszenz die Gruppe der 10- bis 15-Jährigen sehr inhomogen ist und die Gruppe der 15- bis 20-Jährigen mit Erreichen der Volljährigkeit auch eine natürliche lebensgeschichtliche Zäsur beinhaltet. Wünschenswert wären hier etwa 2-Jahres-Abstände.

Es herrscht Einigkeit darüber, dass effektive schulbasierte Präventionsmaßnahmen existieren. Es stehen evidenzbasierte, ausgearbeitete Programme in deutscher Sprache zur Verfügung. Diese müssen auch im schulischen Kontext zur Anwendung kommen. Hierzu wird es notwendig sein, entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und unter Zustimmung und mit Empfehlung der Kultusministerkonferenz das Handlungsfeld Schule auch bundesweit als Ort der universellen Suizidprävention zu nutzen. Programme dürfen aber nicht auf den schulischen Rahmen begrenzt bleiben, sondern müssen auch jene Jugendliche ansprechen, die sich in Ausbildung befinden oder bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind. Es sollte angestrebt werden, dass jeder Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr in Deutschland an einem evidenzbasierten Suizidpräventionsprogramm teilgenommen hat.

Basierend auf den Erfahrungen evidenzbasierter Programme im Schulbereich ist die Peer-Arbeit auch für andere Bereiche als relevant zu bezeichnen. So muss in Einrichtungen der Jugendhilfe oder in anderen Einrichtungen der Jugendarbeit, aufbauend auf den Ansätzen aus der schulischen Suizidprävention (z. B. des Acknowledge-Care-Tell), eine Sensibilisierung für die Thematik stattfinden, um gefährdete Jugendliche durch Peers anzusprechen. Eine ähnliche Vorgehensweise wäre auch im Bereich der Freizeitangebote (etwa Sportvereine) wünschenswert.

Der Ausbau von kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten muss erfolgen, um eine schnelle Hilfe für psychisch erkrankte Jugendliche anbieten zu können. Hier wäre vor allem die Ausbildung in evidenzbasierten Verfahren zum Umgang mit akut suizidalen Jugendlichen wesentlich, wie etwa DBT-A, MBT A, Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) oder Therapeutic Assessment (TA). Ein besonderes Augenmerk muss hier auch vermehrt auf die Entlassplanung und engermaschige Begleitung nach Entlassung aus dem stationären Rahmen gelegt werden, etwa im Sinne einer Verknüpfung von Safety Planning Interventionen mit Smartphone-basierten Anwendungen, die eine Begleitung im Alltag ermöglichen (Kennard et al., 2018). Es braucht in diesem Bereich auch vermehrt Forschungsarbeit, um mögliche Schwellen in der Inanspruchnahme von Hilfe zu identifizieren und passgenauere Angebote für Jugendliche zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang ist ein Ausbau des Sektors der onlinegestützten Hilfen notwendig. So ist hier einerseits das Angebot einer anonymen Onlineberatung wichtig, andererseits sollten auch Projekte gefördert werden, die sich mit der Wirksamkeit onlinebasierter Psychotherapie auseinandersetzen. Im Bereich der Online-Interventionen sollte auch vermehrt auf Rollenmodelle zurückgegriffen werden, also die Thematisierung der Krisenbewältigung durch Influencerinnen und Influencer im Sinne eines „Papageno-Effekts“ (Niederkrotenthaler et al., 2010) verfolgt werden.

Im Bereich des Strafvollzuges, in dem ebenfalls hohe Raten an Suizidalität bei Jugendlichen berichtet wurden (Radeloff et al., 2016), braucht es eine eingehendere Befassung unter Einbezug von Modellen, die bereits im Erwachsenen-Strafvollzug angewandt werden.

Um das Framework von Mrazek und Haggerty (1994) zu benutzen, können daher folgende Strategien angedacht werden:

Präventionsform	Maßnahmen
Universell	Schulbasierte Prävention
	Informationskampagnen zu unterstützenden Maßnahmen (BZgA) und Enttabuisierung
	Regulatorische Eingriffe: Begrenzung von Packungsgrößen, Restriktion der Suizidmittel
	Schulung von Menschen, die im Kontext Schule/Ausbildung arbeiten
	Schulung von Ärztinnen und Ärzten, die Jugendliche behandeln

Präventionsform	Maßnahmen
Selektiv	Schnelle und evidenzbasierte Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche
	Interventionen für Risikogruppen: • Survivor (hier gemeint als Angehörige von Menschen, die einen Suizid verübt haben, sowie als Überlebende von Suizidversuchen) • LGBT • Jugendliche im Justizvollzug • NSSV • Kinder/Jugendliche mit Mobbingerfahrung • Migrations- und Fluchterfahrung
	Anlaufstellen für Jugendliche mit Suizidgedanken schaffen: • online/telefonisch • Google für Suchanfragen bei Suizidalität für Hilfsangebote optimieren
Indiziert	Spezifische Therapieverfahren für Jugendliche nach einem Suizidversuch als Prävention neuer Ereignisse
	Einführung von Notfallplänen nach Suizidversuch in Kliniken

3.3.2 Bewertung, Priorisierung und Begründung der ausgewählten Strategien und Maßnahmen

3.3.2.1 Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen

Als weitere evidenzbasierte Maßnahme ist eine bundesweit flächendeckende Anwendung der schulbasierten Youth Aware of Mental Health Intervention zu fordern, die über die KMK in die Länder getragen wird. Hierzu bedarf es der Vorhaltung einer Struktur, die als Präventionsanbieter das Programm an den Schulen durchführt.

Im Bereich des Angebots von anonymen Online-Hilfeformen (Beratung per E-Mail, Messenger, im Chat oder telefonisch) und auch der Weiterentwicklung von Online-Therapieangeboten ist eine zweigleisige Strategie vonnöten. Zum einen soll ein bundesweiter Ausbau bewährter und bestehender Strukturen wie das Projekt U25 finanziell abgesichert werden, zum anderen bedarf es der Entwicklung neuer Projekte, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit geprüft werden, um für die nächsten Jahrzehnte evidenzbasierte Programme vorhalten zu können.

3.3.2.2 Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung

Als längerfristiges Ziel ist ein weiterer Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung, vor allem im Bereich des Angebots nachweislich wirksamer Programme zur Reduktion suizidalen Verhaltens (DBT-A, MBT-A, CBT), zu forcieren. Bislang ist das Angebot in diesen spezifischen Verfahren lückenhaft. Im medizinischen Sektor sollte zudem ein Weiterbildungscurriculum für Ärztinnen- und Ärztegruppen, die Kinder und Jugendliche sehen (Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie), entwickelt werden, das Teilnehmende befähigt, Suizidalität zu explorieren und erste Handlungsschritte zu setzen.

3.3.2.3 Sicherung von Hotspots und Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln

Um eine Priorisierung der Maßnahmen vorzunehmen, ist zunächst eine Ausrichtung an der vorhandenen Evidenz vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund sind die vielfach beschrieben Effekte der Sicherung von Hotspots sowie der Einschränkung zum Zugang zu Suizidmitteln zu priorisieren, wobei es sich hierbei in aller Regel um Interventionen handelt, die einen gesetzgeberischen, regulatorischen Bedarf nach sich ziehen (Einschränkung des Zugangs) bzw. einen regionalen Handlungsbedarf (Abschirmung von Bahnstrecken und Brücken) mit einem finanziellen Aufwand bedingen. Weitere Maßnahmen und Vorschläge befinden sich im Bericht zur Restriktion der Verfügbarkeit von Methoden und Mitteln (siehe S. 59).

3.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Konkret werden zwei Maßnahmenbereiche priorisiert, unter denen sich spezifische Maßnahmen, Förderungen und Projektvorschläge befinden.

- Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen
- Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Beratung, Therapie und Prävention

Koordination und Förderung bundesweiter, regionaler und sektorenspezifischer Maßnahmen
In einem erheblich sektorisierten Feld wie dem der Kinder- und Jugendarbeit ist die Schaffung einer zentralen Institution zur bundesweiten Koordination der Suizidprävention essentiell. Im Kinder- und Jugendbereich sollte sie folgende Aufgaben übernehmen bzw. an ihrer Anregung, Förderung und Koordination entscheidend mitwirken:

- Suizidprävention im öffentlichen Raum stärken und Enttabuisierung betreiben: Das Thema Suizidalität sollte enttabuisiert und Hilfsangebote auch im öffentlichen Raum vermittelt werden. Hierbei wäre es wesentlich, Orte zu wählen, die von Jugendlichen frequentiert werden (u. a. öffentlicher Nahverkehr, Bahnhöfe, Schultoiletten, Gynäkologie).
- Einführung von Standards in der Prävention: Notwendigkeit einer unabhängigen zentralen Datenbank, in der solche Strategien gesammelt werden (Suizidalität, Mobbing, Gewalt etc.), sodass bei Bedarf Schulleiterinnen und Schulleiter leichten Überblick darüber bekommen können, welche Programme zur Verfügung stehen und empfehlenswert sind.

  Die Zielgruppe, die von diesem Schritt profitiert, sind Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Verantwortungstragende im Bildungssystem, denen dadurch ein Überblick über verschiedene Programme und Anbietende von Präventionsprogrammen ermöglicht wird, die extern und unabhängig bewertet werden. Eine solche Datenbank sollte von einer unabhängigen Stelle betrieben werden, die Erfahrung mit der Bewertung von evidenzbasierten Maßnahmen besitzt.

- Schaffung regionaler Netzwerke, die Fachgrenzen überwinden. Diese bestehen vor Ort aus Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsbereichs (Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten), Vertreterinnen und Vertretern von Schulen, Mitarbeitenden der Jugendhilfe, Vertreterinnen und Vertretern von Vereinen.

Diese Vernetzungsarbeit soll die Weitervermittlung gefährdeter Kinder und Jugendlicher in ein passgenaues Hilfesystem erleichtern. Solche Netzwerke sind in manchen Regionen Deutschlands bereits installiert, eine Meta-Struktur, die verschiedene Netzwerke zusammenführt und auch Qualitätsmerkmale und Empfehlungen für die Schaffung neuer Netzwerke erarbeitet, fehlt jedoch.

- Als Bindeglied sollen Informationen über regionale Anlaufstellen für professionelle Hilfen über eine stetig aktuell zu haltende Plattform (gefördert durch das BMG) erhältlich sein. Als Beispiel sei hier auf www.suchthilfeverzeichnis.de hingewiesen, welches durch das BMG gefördert wird.

  Von der Schaffung einer solchen Infrastruktur könnten Angehörige mehrerer Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, profitieren: Schulpersonal, Angehörige der Heilberufe, Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe etc. Auch hier ist es wichtig, diese Plattform von einer unabhängigen Stelle aus zu betreiben.

Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Versorgung, Therapie und Prävention

- Ausbildung des Personals an Schulen, in Agenturen für Arbeit und in der Jugendhilfe verbessern (Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, Betreuerinnen und Betreuer in der Agentur für Arbeit, Betreuerinnen und Betreuer in Einrichtungen der Jugendhilfe).

  Die Finanzierung im Sinne von Weiterbildungsangeboten muss zusätzlich erfolgen, es ist auch daran zu denken, entsprechende Freistellungen von der Arbeit zu ermöglichen, um die Teilnahme an solchen Weiterbildungen zu forcieren. Am kostensparendsten wäre als erster Schritt, die Aufnahme entsprechender Schulungsangebote in Curricula für angehende Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer zu implementieren, was aber nur dann kostenneutral möglich sein wird, wenn andere Inhalte dadurch gekürzt werden.

- **In Schulen:** Ressourcen schaffen für evidenzbasierte Präventionsprogramme – Konnex zur Mobbing-Prävention im schulischen Rahmen. Dafür benötigt es eine Plattform, auf der Programme unabhängig bewertet und dargestellt werden.

  Der Adressat dieser Maßnahme sind direkt Jugendliche, die die Schule besuchen. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass auch Jugendliche in Ausbildung (etwa in der Struktur der Berufsschulen) ein Anrecht haben sollten, an diesen Programmen teilzunehmen.

- **Auf regionaler Ebene:** Erstellung von „Schulprotokollen“ auf Einzel-Schul-Ebene zum Umgang mit Suizidalität an der jeweiligen Schule.

  Diese Angebote sollten ebenfalls auf bereits entwickelten und bestehenden Modellen (siehe etwa Projekt 4S) fußen. Auch solche Angebote könnten auf entsprechenden Plattformen für Angehörige der Schuladministration veröffentlicht werden.

- **Klärung der rechtlichen Lage:** Informationsweitergabe an die Erziehungsberechtigten bei vorliegendem Wunsch auf Verschwiegenheit eines Jugendlichen: berufsgruppenspezifische Klärung (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Lehrerinnen und Lehrer etc.) und Dissemination dieses Wissens.

  Die rechtliche Situation im Umgang mit Suizidalität im Kontext eines professionellen Kontakts, der eine Verschwiegenheit impliziert, sollte im Sinne einer Aufklärungskampagne entsprechenden Berufsgruppen (z. B. Heilberufe, Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer, (Schul-)Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Beratungsstellen) kommuniziert werden. Die Bandbreite und der Einsatz des § 34 StGB sollte hier im Zentrum stehen, eine Informationskampagne in einschlägigen Medien der betroffenen Berufsgruppen sollte unter Einbezug der jeweiligen Berufsgruppenvertretungen erarbeitet werden.

- **Online-Medien:**
  - Erarbeitung von Best-practice-Modellen im Umgang mit Suizidankündigungen auf sozialen Medien, Plattformen oder in Online Therapieangeboten: Erstellung eines Leitfadens für Plattformen, Erstellung von ethischen Standards für Online-Angebote.
  - Kontaktaufnahme zu Anbietenden von sozialen Netzwerken. Ausbau der Arbeit von click.safe und jugenschutz.net, um Anbietende auf gefährdende Inhalte aufmerksam zu machen und gleichzeitig Informationen für Erziehungsberechtigte und ermittelnde Behörden zur Verfügung zu stellen.
  - Nutzen von Influencerinnen und Influencern, um Rollenmodelle für Krisenintervention anzubieten.

- **Niedrigschwellige Beratungsangebote für Jugendliche forcieren:**
  - Basierend auf existierenden Online-Beratungsinitiativen wie die E-Mail-Beratung von U25 soll ein bundesweites Online-Hilfsangebot errichtet werden, das neben den vorbestehenden Strukturen auch eine Echtzeit-Kommunikation über Messenger oder Chatdienste anbietet. Ebenso sollte eine telefonische Hotline für suizidgefährdete Jugendliche vorgehalten werden (etwa „Nummer gegen Kummer“ mit Fokus auf Suizidalität).
  - Neben diesen Beratungsangeboten soll vermehrt auch die Wirksamkeit von Online Therapie (unter Einbezug von Therapeutinnen und Therapeuten oder auch als zweites Modell gänzlich Bot-basiert) untersucht werden. In diesem Zusammenhang sind Forschungsmittel aus öffentlicher Hand als Förderung notwendig, um solche Projekte zu initiieren.
  - Niedrigschwellige Kontaktangebote vor Ort, die regionalisiert auch mit den Anbietenden höherschwelliger Hilfsangebote vernetzt sind, wie exemplarisch der Verein neuhland (www.neuhland.net), sollten an mehreren Standorten verfügbar werden.

- **Eltern stärken:** Der Suizid eines Kindes oder Jugendlichen stellt eine massive Belastung für das familiäre Umfeld dar und kann zu Folgesuiziden führen. In diesem Zusammenhang soll die Arbeit von Elterngruppen, die mit betroffenen Eltern arbeiten (etwa die Arbeit von AGUS), finanziell unterstützt werden, um eine Verbreiterung des Angebots im Bundesgebiet vornehmen zu können. Zum anderen wäre es wichtig, das Wissen um Warnhinweise und Anlaufstellen bei akuter Suizidalität in Elterngruppen zu transportieren, die sich mit Themen befassen, die ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten nach sich ziehen können, indem Informationsmaterialien und -veranstaltungen zur Verfügung gestellt werden können (etwa für Pflegeeltern, Eltern von LGBT-Jugendlichen, Elterngruppen für Eltern mit einer eigenen psychischen Erkrankung).

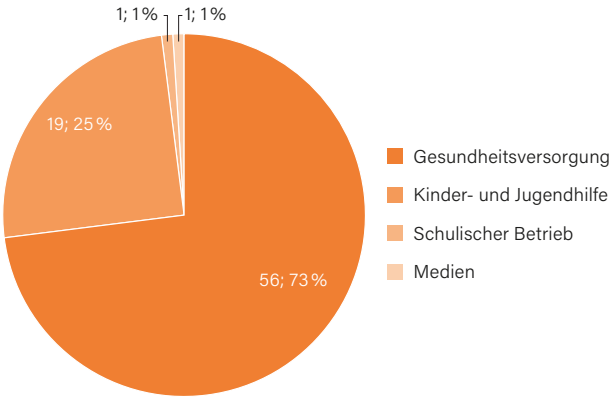
- **U-Untersuchung:** Im Rahmen der U-Untersuchungen (konkret bei der U11-Untersuchung) sollte ein Suizidalitäts- und Depressionsscreening Teil der Untersuchungsbatterie sein, sodass im Bedarfsfall Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde als Brückenbauer zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen fungieren können.

- **Risikogruppe LGBTQ adressieren:** Die internationale Literatur zeigt ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten bei Jugendlichen mit nicht-heterosexueller Orientierung, Transsexualität oder non binärer Geschlechtsidentität (Hatchel et al., 2019). Beratungsstellen und Online-Angebote für LGBTQ-Jugendliche sollten daher einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten bei Suizidalität vorhalten und das Thema Suizidalität in der Beratung auch adressieren.

3.5 Anhang

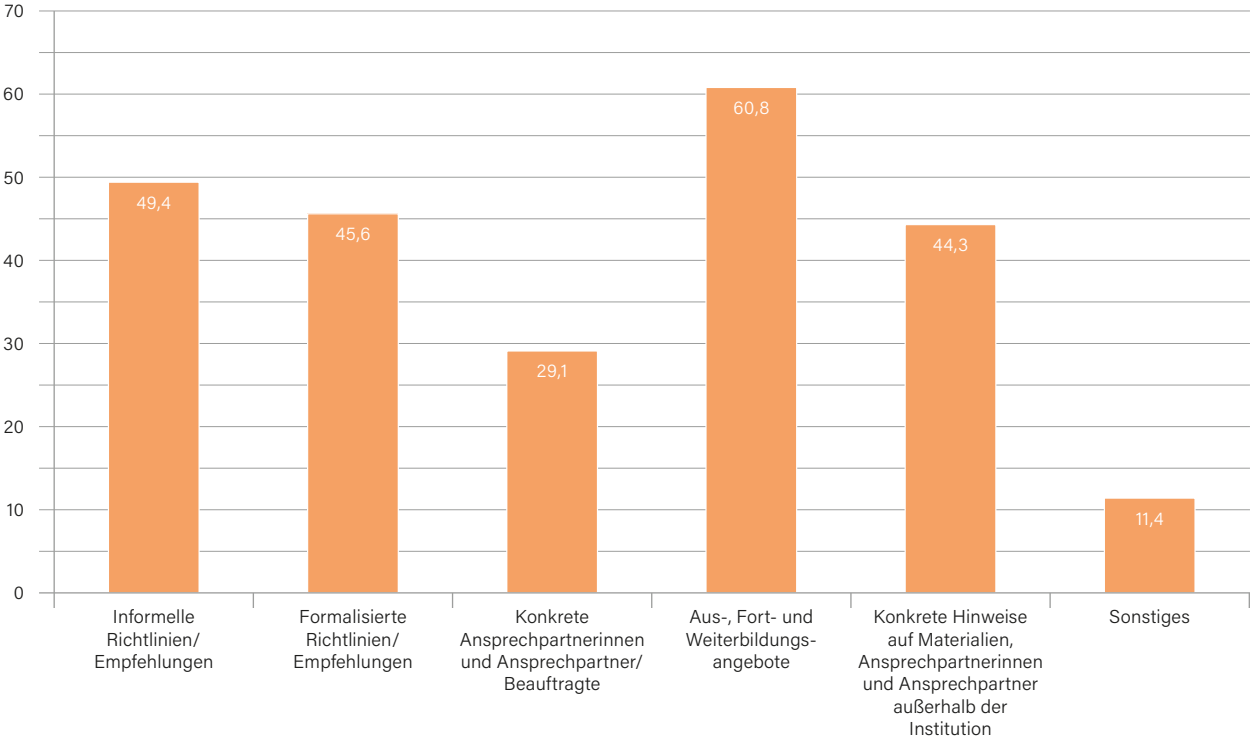
3.5.1 Methodik und Ergebnisse der Online-Befragung

Für die Online-Befragung konnten 79 Teilnehmende gewonnen werden, die zu einem großen Teil aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung bzw. der Kinder- und Jugendwohlfahrt kamen (siehe Anhang – Abbildung A3.1).

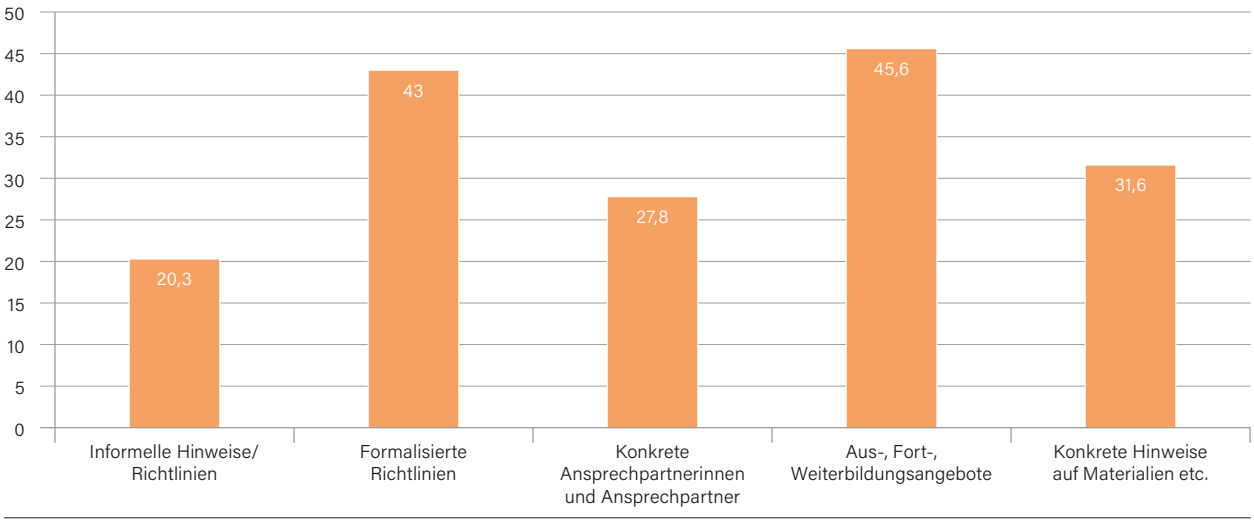


Anhang – Abbildung A3.1: Teilnehmende der Online Befragung (n = 79, bei 2 keine Angaben zu beruflichem Hintergrund)

Die Mehrzahl der Befragten (77,2 %) gab an, dass es in ihrem Arbeitsumfeld Fort- und Weiterbildung zu Suizidalität und Suizidprävention gebe. Der Wissensstand zum Thema Suizidalität und Suizidprävention wird ebenso wie die in ihrer Ausbildung erhaltenen Information von der Mehrheit als gut bis sehr gut eingeschätzt. Dennoch kennen nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,9 %) die aktuelle Leitlinie zu Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, auch wenn deren Kenntnis von 25,3 % der Befragten als „äußerst relevant" für die jeweilige Arbeit erachtet wird. Die Relevanz der Thematik wird von 57,7 % als sehr relevant eingestuft und 52,7 % sehen das Thema in ihrem Arbeitsumfeld als äußerst präsent an. Befragt nach den vorhandenen Hilfestellungen im Arbeitsumfeld zeigt sich in vielen Bereichen ein hohes Maß an vorgehaltenen Leistungen (siehe Anhang – Abbildung A3.2).



Anhang – Abbildung A3.2: Vorhandene Hilfestellungen im Arbeitsumfeld (Angabe in Prozent, Mehrfachangaben möglich)



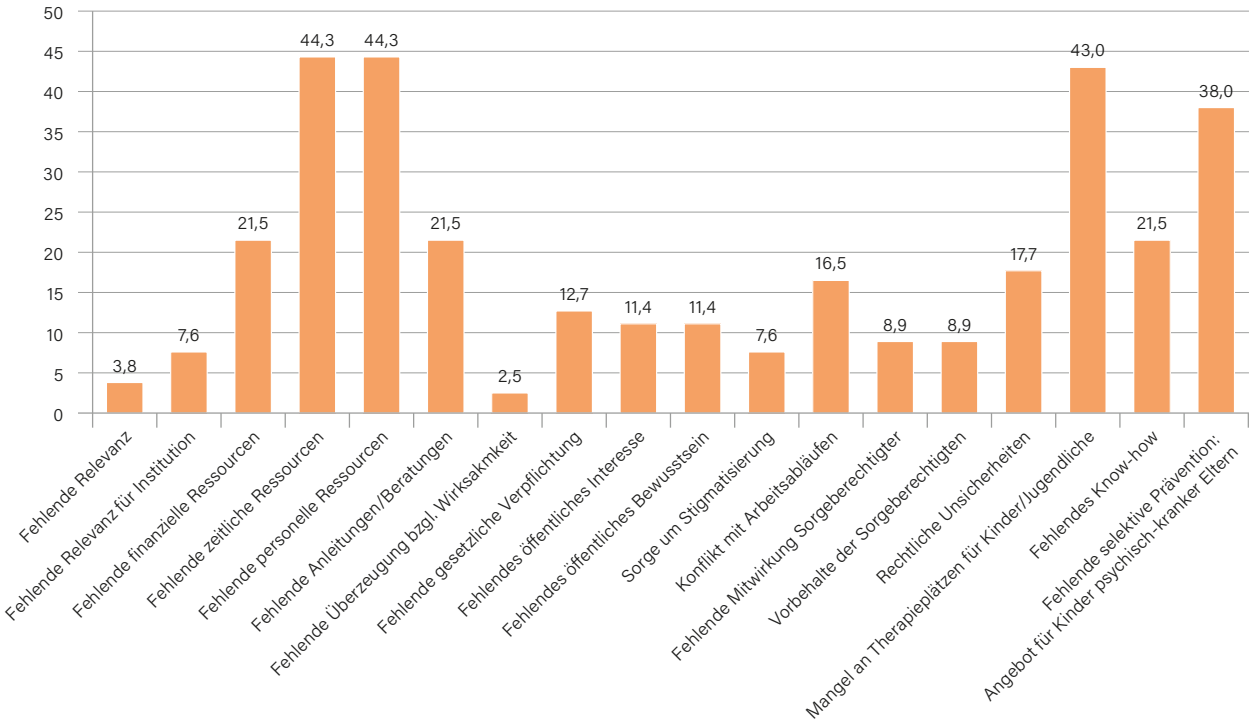
Anhang – Abbildung A3.3: Zusätzlicher Bedarf an Maßnahmen in der jeweiligen Institution (Angabe in Prozent, Mehrfachangaben möglich)

Unter den Angaben zu „Sonstiges" finden sich Hinweise auf regionale Arbeitskreise, den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie Supervisionsangebote. Ein zusätzlicher Bedarf wird v. a. im Bereich der Aus- Fort- und Weiterbildung sowie im Bereich der Schaffung formalisierter Richtlinien gesehen (siehe Anhang – Abbildung A3.3).

Befragt danach, welche Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Institution innerhalb der nächsten zwölf Monate äußerst wahrscheinlich implementiert werden, werden die Bereitstellung von Informationsmaterial (27,8 %), Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote (22,8 %) und konkrete Richtlinien (20,3 %) als am wahrscheinlichsten erachtet.

Befragt danach, welche Hindernisse im Umgang mit Suizidalität bestehen, stehen vor allem die zeitlichen und finanziellen Ressourcen neben fehlenden Therapieplätzen im Vordergrund (siehe Anhang – Abbildung A3.4).

Im Freitext wurden hier als weitere Hindernisse fehlende Krisendienste und Ambulanzen, ebenso wie eine fehlende anonyme Beratungsmöglichkeit, angeführt. Zudem wurde eine Überlastung von Jugendhilfeinstitutionen genannt.



Anhang – Abbildung A3.4: Hindernisse, die eine Implementierung von Maßnahmen zum Thema Suizidalität und Suizidprävention erschweren (Angaben in Prozent, Mehrfachangaben möglich)

Befragt nach Verbesserungsvorschlägen lassen sich in der Zusammenfassung der Antworten im Freitextformat einige Themen identifizieren. Hier besteht zum einen die Forderung nach einer verbesserten Versorgung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (schnellere Aufnahme in Kliniken, bessere Versorgung von Randgruppen, mehr Therapieplätze, mehr Krisenstellen), zum anderen der Wunsch nach regionalisierten Informationen über Anlaufstellen. Zudem wird eine längerfristige Finanzierung von Projekten und generell eine bessere Finanzierung präventiver Angebote gefordert. Die Thematik Suizidalität sollte stärker in der Ausbildung verankert werden und es sollte ein erhöhtes Fortbildungsangebot zu dieser Thematik existieren. Viele Teilnehmende betonen auch die Wichtigkeit von Entstigmatisierung und Aufklärung. In Bezug auf den schulischen Rahmen werden ein Ausbau des schulpsychologischen Angebotes ebenso wie Mobbing-Präventionsprogramme gefordert. Rechtliche Unklarheiten sollten telefonisch bei einer Anlaufstelle geklärt werden, zudem wäre eine bessere Kooperation zwischen den Feldern Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wünschenswert.

3.5.2 Abkürzungsverzeichnis

DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft, 5. Version

ICD-10 International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 10. Version

NSSV Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten