



DFPP-Praxisempfehlung

Umgang mit Suizidalität

Begleitung von Menschen in existenziellen Krisen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Pflegerische Perspektive	3
3. Dynamik von Suizidalität	4
4. Diagnostik des Phänomens Suizidalität	7
5. Ziele, Planung, Intervention	8
6. Evaluation	11
7. Nach einem Suizid: Postvention	12
8. Verbundenheit als Weg und Ziel	14
9. Erstellungsprozess und Mitwirkende	15
Literaturverzeichnis:	16

1. Einleitung

Suizidalität zählt zu den großen, zugleich stark tabuisierten und stigmatisierten Herausforderungen der modernen Gesundheitsversorgung. Nach vier Jahrzehnten kontinuierlichen Rückgangs der Suizidraten ist in Deutschland seit 2021 erneut ein Anstieg zu verzeichnen. Dieser Trend bricht mit der zuvor positiven Entwicklung und wirft drängende Fragen zu Ursachen, Prävention und Versorgung auf.

Die Dringlichkeit des Themas lässt sich kaum deutlicher veranschaulichen: Wöchentlich sterben hierzulande etwa 200 Menschen durch Suizid – eine Zahl, die in ihrer Dimension einem voll besetzten Passagierflugzeug entspricht. Dennoch bleibt das Phänomen häufig unsichtbar und überlagert von gesellschaftlicher Tabuisierung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt das ehrgeizige Ziel, die weltweiten Suizidraten bis 2030 um 30 % zu senken. Angesichts der aktuellen Entwicklungen stellt sich die Frage, ob und wie dieses Ziel erreichbar ist.

Die psychiatrische Pflege nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Sie ist oftmals in direktem, kontinuierlichem Kontakt zu suizidgefährdeten Menschen und kann entscheidend zur Prävention und Krisenintervention beitragen. Krisen, die Suizidgedanken auslösen oder verstärken können, sind ein dauerhaft präsent Phänomen in menschlichen Lebensverläufen. Ihre Relevanz ist daher nicht zeitlich begrenzt, sondern von permanenter Bedeutung.

Diese Praxisempfehlung richtet sich an psychiatrische Pflegefachpersonen und soll dazu beitragen, den komplexen Umgang mit suizidalen Menschen sicherer, reflektierter und wirksamer zu gestalten. Sie möchte Wissen vermitteln, Handlungskompetenzen stärken und den Mut fördern, das Schweigen zu brechen. Die folgenden Kapitel widmen sich den Grundlagen von Suizidalität, den besonderen Herausforderungen im Pflegealltag und praxisnahen Interventionsstrategien – mit dem Ziel, Kompetenz zu fördern und Leben zu bewahren.

2. Pflegerische Perspektive

Haltung ist beim Umgang mit Suizidalität von zentraler Bedeutung für das professionelle Handeln. Sie wird wesentlich geprägt durch die persönliche Einstellung zu Tod und Sterben, durch gesellschaftliche und kulturelle Normen, durch religiöse Überzeugungen sowie durch berufliche und private Erfahrungen mit Suizidalität. Diese individuellen Prägungen beeinflussen unbewusst, wie Pflegefachpersonen auf suizidale Krisen reagieren, wie sie kommunizieren und welche Interventionen sie als hilfreich oder schwierig empfinden.

Im pflegerischen Alltag entstehen im Kontakt mit suizidalen Patient:innen häufig Gefühle, die als „unprofessionell“ missverstanden werden: Angst, Hilflosigkeit, Überforderung, Sorge, Scham oder innere Abwehr. Emotionale Reaktionen im Sinne von Gegenübertragungen sind keine Zeichen mangelnder Professionalität, sondern Ausdruck einer zutiefst menschlichen Resonanz. Entscheidend ist, dass diese Gefühle bewusst wahrgenommen, reflektiert und in einem professionellen Rahmen verarbeitet werden. Nur so kann verhindert werden, dass unbewusste Emotionen das Handeln dominieren oder den Zugang zu den Patient:innen erschweren. Für die Gestaltung professioneller Nähe bedarf es sowohl empathischer Präsenz als auch fachlich fundierter Interventionen. Pflegefachpersonen tragen Verantwortung für die kontinuierliche Beobachtung, Einschätzung und Dokumentation der Suizidalität, die Unterstützung in Krisenmomenten sowie die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. Dabei gilt: Eine reflektierte Haltung schützt nicht nur die Patient:innen, sondern auch die Pflegenden selbst und dient dem Erhalt der Autonomie und der Selbstfürsorge.

Suizidalität als menschliche Reaktion auf subjektives Leid, seelischen Schmerz und Ausweglosigkeit ist keine eigenständige Erkrankung im Sinne der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Häufig erleben aber Menschen in psychischen Krisen oder langwierigen Krankheitsverläufen Hoffnungslosigkeit und soziale Isolation. Mündet dies dann in Erschöpfung und Lebensmüdigkeit, gilt es zunächst, die Zuspitzung in suizidalen Handlungen zu verhindern. Intensivbetreuung in Form von engmaschigen Kontakten oder permanenter, unmittelbarer Anwesenheit der begleitenden Pflegefachperson schafft hier eine äußere Sicherheit, die zusammen mit anderen Formen der Behandlung und Therapie über die aktuelle Krise hinweghelfen kann. Spätestens wenn die Entlassung aus dem schützenden Rahmen der stationären Behandlung ansteht, wird deutlich, ob die Besserung tragfähig und die innere Sicherheit gewachsen ist. In dieser sensiblen Phase kann eine vertrauensvolle Beziehung Halt geben, unter Umständen auch in Form poststationärer Kontakte. Dies kann dem Erleben, jetzt wieder „ganz allein dazustehen“, entgegenwirken und helfen, die poststationäre Suizidalität zu reduzieren.

Psychiatrische Pflege kann über die Intensivbetreuung hinaus Menschen dabei unterstützen, sich zugehörig zu fühlen, Hoffnung zu schöpfen und neuen Sinn zu finden. Durch lebensweltorientierte Interventionen und eine recovery-orientierte Haltung kann es gelingen, nachhaltig wirksam zu werden. Hausbesuche, Angehörigengespräche oder die Recherche nach, ggf. Begleitung zu Selbsthilfegruppen erleichtern die Schritte aus dem Schutzraum der Klinik in das reale Leben. Sich mit anderen Menschen und dem Leben verbunden zu fühlen, ist ein wirksamer Schutz vor weiteren suizidalen Krisen. Personen- und bedarfsorientierte Pflege bedeutet daher, über den stationären Rahmen hinauszuschauen und gemeinsam mit den Betroffenen zu prüfen, was erforderlich ist, um ein weitgehend selbstständiges und zufriedenes Leben führen zu können. Kenntnisse über das lokale Hilfesystem, ambulante Strukturen und Institutionen der Selbsthilfe sind hierfür erforderlich.

Das Verständnis der eigenen Rolle als psychiatrisch Pflegende ist bei der Begleitung und Betreuung suizidaler Menschen entscheidend dafür, welches Maß an Wirkung sie entfalten kann. Werden psychische Krisen im Allgemeinen und suizidale Krisen im Besonderen als Zuspitzung einer psychischen Erkrankung betrachtet oder gelingt es die Zusammenhänge und die Entwicklung von Leid und seelischem Schmerz hin zu Resignation und Ausweglosigkeit zu verstehen und als gemeinsame Herausforderung anzunehmen? Dann gibt es vielfältige Möglichkeiten, Leid zu lindern, Hoffnung zu fördern und so nachhaltig wirksam zu werden.

Kernaussagen:

- **Die Begleitung von suizidalen Menschen ist eine Kernaufgabe für die psychiatrische Pflege.**
- **Eine zugewandte und reflektierte Haltung ermöglicht eine professionelle Nähe, in der sich Betroffene öffnen und sich alternative Umgangsformen entwickeln können.**

3. Dynamik von Suizidalität

Vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilität können einzelne schwerwiegende Ereignisse, aber auch ein schrittweiser Verlust von Autonomie und Teilhabe zur Entstehung von suizidalen Gedanken führen. Der Zeitraum des Übergangs von Gedanken hin zur konkreten Planung und Ausführung ist hochrelevant für die Behandlung und Betreuung suizidaler Menschen. In den letzten zwanzig Jahren wurden drei zentrale Theorien entwickelt, welche das Ideation-to-Action Framework nutzen und für die Erklärung der Progression von Suizidgedanken zu suizidalen Handlungen dienlich sein können.

1. Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner, 2005)
2. Die Three-Step Theorie (Klonsky & May, 2015)

3. Das Integrative motivational-volitionale Modell suizidalen Verhaltens (O'Connor, 2018)

Diese lassen erkennen, an welcher Stelle Unterstützung ansetzen kann, um die suizidale Entwicklung beeinflussen zu können. In der folgenden Grafik werden die Erkenntnisse dieser Modelle um die Darstellung eines möglichen Verlaufs / Outcomes ergänzt.

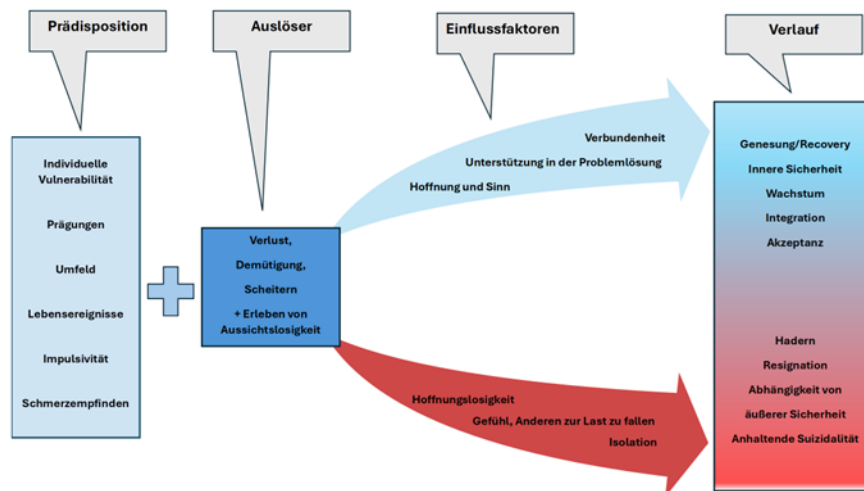


Abbildung 1: Eigene Darstellung in Anlehnung an Joiner 2005 (S. 138), Klonsky & May 2015 (S. 116), O'Connor 2018 (S.2): Kirchhof, Wittschier 2025

Mit **Prädisposition** ist die individuelle Vulnerabilität auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene gemeint. So sind Impulsivität und Schmerzempfinden eher biologisch verankert, Denkmuster durch den prägenden Einfluss in der Familie geformt. Erfahrungen im sozialen Miteinander haben schließlich Einfluss darauf, ob man sich zugehörig und sich gehalten fühlt, oder eher um Anerkennung ringen muss oder sich gar als Last für andere Menschen empfindet. Traumatische Gewalterfahrungen und wiederkehrende körperliche Verletzungen können dazu beitragen, dass Schmerz, Angst und körperliche Schädigung an abschreckender Bedeutung verlieren. In der Folge kann sich die Schwelle verringern, suizidale Gedanken in Handlungen umzusetzen, insbesondere wenn sich eine wachsende Furchtlosigkeit gegenüber suizidalem Handeln entwickelt (Risch et al., 2024; Wu et al., 2025).

Auslöser sind Ereignisse oder Entwicklungen, die mit einem starken seelischen Schmerz einhergehen. Oftmals sind das Verlusterlebnisse: Partnerschaft, körperliche oder seelische Gesundheit, Selbstständigkeit, Status und Rolle, materielle Sicherheit und Obdach haben eine existenzielle Bedeutung. Ihr Verlust kann vom Gefühl begleitet sein gescheitert zu sein, von Demütigung, Scham und Niederlage.

Besteht in dieser Situation keine Hoffnung auf Veränderung, kann das Erleben in dieser Situation gefangen zu sein, zu suizidalen Impulsen führen.

Die Darstellung der **Einflussfaktoren** soll deren Bedeutung für den weiteren Verlauf verdeutlichen. Während die Prädisposition und die individuellen Auslöser in der Regel vor dem Eintritt in die Behandlung liegen, ergeben sich hier Möglichkeiten unmittelbarer Einflussnahme: Erlebt sich die Person als isoliert oder sogar als Belastung für ihr Umfeld, kann ihre Hoffnungslosigkeit und Resignation in suizidalen Handlungen münden. Ist dagegen das Gefühl der Verbundenheit stärker und erlebt sie konkrete Unterstützung, kann sie Hoffnung schöpfen und oftmals einen neuen Lebenssinn finden.

Die Folgen der Einflussnahme sind in der Grafik als Kontinuum dargestellt. Je nach **Verlauf** kann es zwischen Genesung - durch Überwindung der Krise - und anhaltender Suizidalität liegen. In der Zeit der Ambivalenz zwischen Hadern und Akzeptanz gibt es die Chance, durch eine recoveryorientierte Haltung den Betroffenen beizustehen und stellvertretend für sie die Hoffnung hochzuhalten.

Cave: Diese Grafik veranschaulicht die typischen und häufigen Verläufe von Suizidalität. Suizidale Handlungen können aber auch aus wahnhaften Erlebensweisen resultieren. Imperative Stimmen oder Überzeugungen, dass nur der Tod bestimmte Geschehnisse sühnen oder verhindern könne, sind dann oftmals die Auslöser. Hier ist eine fundierte psychopathologische Diagnostik und eine einfühlsame Intensivbetreuung angezeigt, um so lange für Sicherheit zu sorgen, bis die aus dem akuten Krankheitsgeschehen resultierende Suizidalität überwunden ist.

Kernaussagen:

- **Vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilität können akute Lebensereignisse oder schleichende Entwicklungen, die zu einem Verlust von Autonomie und Selbstständigkeit führen, suizidale Gedanken auslösen.**
- **Das Ausmaß von Verbundenheit und das Erleben von sozialer Unterstützung beeinflussen maßgeblich den weiteren Verlauf und können als Gegengewicht zur Hoffnungslosigkeit helfen, die Suizidalität zu überwinden.**
- **Brüche in der Behandlungskontinuität (z.B. durch Wechsel des Behandlungssetting) sind Zeiträume besonderer Gefährdung.**

4. Diagnostik des Phänomens Suizidalität

Der Versuch, Suizidalität auf Grundlage objektiver Risikofaktoren vorherzusagen, hat sich als unzuverlässig erwiesen (Runeson et al., 2017; Large et al., 2018). Der Einsatz strukturierter Fragebögen und Interviews kann jedoch einen wichtigen ergänzenden Beitrag leisten, insbesondere zur differenzierten Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens, zur Fallkonzeptualisierung und Therapieplanung sowie zur Verlaufskontrolle und Behandlungsdokumentation. Darüber hinaus tragen standardisierte Instrumente dazu bei, eine gemeinsame fachliche Sprache innerhalb von Teams und Institutionen zu etablieren (Bryan & Rudd, 2019). Für einen Teil der Betroffenen ist es zudem leichter, suizidale Gedanken und Verhaltensweisen zunächst schriftlich zu benennen als im direkten Gespräch, sodass entsprechende Instrumente den Zugang zum Thema erleichtern und das Gespräch sinnvoll ergänzen können (Vannoy & Robins, 2011). Offene und empathische Gespräche über suizidale Gedanken, auch im Rahmen eines Suizidassessments, werden als sicher und potenziell therapeutisch eingestuft, da sie das Gefühl von Gehört werden und Unterstützung vermitteln (Eriksson et al., 2024; Harris & Goh, 2017). Die Herausforderung besteht darin, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der Betroffene ihre Scheu und Scham überwinden und offen über ihr Erleben und ihre Gedanken berichten. Hierbei ist es hilfreich, Suizidalität als Folge von unaushaltbarem seelischem Schmerz und Ausweglosigkeit zu normalisieren. Sie also einzuordnen als etwas, was unter den gegebenen Lebensumständen sehr häufig oder fast zwangsläufig auftreten kann. Diese Einordnung kann bereits entlasten und erleichtert Betroffenen die Schilderung ihrer speziellen Situation. In diesem Zusammenhang werden narrative Ansätze genutzt, bei denen offene Fragen und aktives Zuhören Betroffene dazu anregen, ihr Erleben in eigenen Worten darzustellen und Zusammenhänge zu entwickeln. Ungefragte Ratschläge oder vorschnelle Lösungen werden dagegen als Bagatellisierung oder Ausdruck von Desinteresse oder Überforderung erlebt. So ermöglichen Fragen nach dem Ursprung der Problematik und den damit verbundenen Gefühlen und Gedanken den betroffenen Menschen über die Zusammenhänge nachzudenken. Die Präsenz, das Mitgefühl und die fürsorgliche Haltung der Pflegenden wird dann als echtes Interesse an der eigenen Person erlebt und führt oft schon zur Entlastung und zu einem veränderten Blick auf die eigene Situation.

So kann bereits die Kontaktaufnahme zur Erhebung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs als Intervention wirksam sein. In diesem frühen Austausch entsteht oft erstes Vertrauen, und es können Perspektiven sichtbar werden, die im Erleben der Betroffenen gerade nicht zugänglich sind.

Kernaussagen:

- **Proaktives Ansprechen von Suizidalität entlastet die Betroffenen und hat keine negativen Auswirkungen.**
- **Um Ausmaß und Handlungsdruck von suizidalen Gedanken und Erlebensweisen zu erfassen, sind narrative Ansätze das Mittel der Wahl.**
- **In empathischen Gesprächen führt das “Normalisieren” von Suizidalität in belastenden Lebenssituationen zur Entlastung und erleichtert es den Betroffenen, sich zu öffnen.**

5. Ziele, Planung, Intervention

Der Umgang mit Suizidalität ist eine zentrale und herausfordernde Aufgabe in der psychiatrischen Versorgung. Suizidprävention ist Teamaufgabe, hierfür braucht es gemeinsame Ziele und eine gemeinsame Haltung im Sinne einer kooperativen, kulturell sicheren und menschenzentrierten Versorgung. Entsprechend müssen Pflegefachpersonen ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen zur Suizidalität immer umgehend im Team kommunizieren. Vorgehensweisen und Strategien sind im Team – bzw. in der ambulanten Versorgung mit anderen Helfenden und Behandelnden – abzustimmen. Der Umgang mit Suizidalität verbietet Alleingänge.

Ziel

Ein zentrales Thema der gemeinsamen Arbeit ist das Herstellen von Sicherheit. Adressiert wird dabei sowohl die **äußere Sicherheit**, also der Schutz vor akuten Gefährdungen, als auch die **innere Sicherheit**, die durch Beziehung, Vertrauen und Hoffnung entsteht. Dies ist insbesondere relevant, da Suizidalität meist keine Entscheidung für den Tod per se ist, sondern eine Entscheidung gegen das Leben in seiner jetzigen, als ausweglos und hoffnungslos empfunden Form. Es gilt das professionelle Handeln am Prinzip „im Zweifel für das Leben“ auszurichten, was in Krisen auch die vorübergehende stellvertretende Entscheidungsfindung einschließen kann. Mittel- und langfristig jedoch müssen Betroffene befähigt werden, selbstbestimmt zu handeln.

Planung

Ein zentrales Element jeder Intervention(-splanung) ist die Beziehungsgestaltung. Sie ist nicht nur Grundlage, sondern selbst eine wirksame Maßnahme. Eine heilsame therapeutische Beziehung zeichnet sich dadurch aus, dass ...

- Betroffene ausreichend Raum haben, um über sich zu sprechen,
- Gesundheitsfachpersonen zugewandt und wertfrei zuhören,

- ein ehrliches Interesse am individuellen Erleben besteht,
- Betroffene erleben, dass sie verstanden werden und dass Hilfe verfügbar ist,
- Betroffene ihr Gegenüber als verlässliche Verbündete wahrnehmen (Michel & Valach, 2011).

Zur Orientierung für die Interventionsplanung können diese vier Leitfragen mit den Betroffenen besprochen werden (Teismann & Friedrich, 2021):

- Was wünscht sich der/die Patient:in von der Behandlung?
- Wie gefährdet schätzen sich der/die Patient:in selbst ein?
- Was benötigt der/die Patient:in, um sich sicherer zu fühlen?
- Welche modifizierbaren Risikofaktoren gibt es?

Um Potenziale und Ressourcen der betroffenen Personen bestmöglich einzubeziehen und zu nutzen, ist eine koproductive Zusammenarbeit und Beteiligung notwendig. Diese ermöglicht es, die Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung zu stärken, um partizipativ positive Risiken (Chancen) einzugehen und zu gestalten. So entsteht eine Balance zwischen Fürsorge und Empowerment, zwischen äußerer und innerer Sicherheit.

Akute Maßnahmen sind unmittelbar auf Schutz und Stabilisierung ausgerichtet. Dazu gehören ggf. die zeitweise Verantwortungsübernahme durch Intensivbetreuung oder die vorübergehende Einschränkung von Risiken. Grundsätzlich ist zunächst mit beziehungsorientierten und deeskalierenden Interventionen zu arbeiten. Zwangsmaßnahmen sowie andere einschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen kommen nur bei anders nicht abwendbarer akuter Eigengefährdung in Betracht. Im Sinne der Verhältnismäßigkeit sind sie auf ein Mindestmaß zu begrenzen, transparent zu kommunizieren und regelmäßig zu überprüfen. Ziel ist Sicherheit, ohne Autonomie und therapeutische Beziehung zu beeinträchtigen. Diese Maßnahmen sollten nachbesprochen werden, um das Erlebte einzuordnen und die Handlungskompetenz für zukünftige Krisen zu stärken. Entscheidend ist, dass sie nicht primär kontrollierend wirken, sondern in eine tragfähige therapeutische Beziehung eingebettet sind. Gemeinsam werden klare Absprachen zur Kontaktdichte und zum Umgang mit suizidalen Impulsen getroffen. Die Gespräche bieten zudem Raum zur Entwicklung individueller Erklärungsmodelle und Bewältigungsstrategien; daraus können Sicherheitspläne entstehen, die in kritischen Situationen Orientierung geben. Auch organisatorische Fragen, etwa zu Ausgang, Therapieteilnahmen oder dem Einbezug von Vertrauenspersonen, sind gemeinsam zu klären. Bei wiederholt auftretenden hochsuizidalen Krisen sind die Teamstrategien kontinuierlich zu reflektieren und individuell mit den Patient:innen abzustimmen.

Maßnahmen außerhalb der Krise sind auf befähigendes Begleiten (Schädle-Deininger & Mayer, 2019) ausgerichtet und orientieren sich am Recovery-Verständnis. Ziel ist, Betroffene darin zu unterstützen, Selbstbestimmung zurückzugewinnen, Sinn zu finden und ihr Leben wieder aktiv zu gestalten. Als hilfreicher Orientierungsrahmen kann hier das CHIME-Modell (Leamy et al., 2012) dienen, das persönliche Recovery entlang der fünf Kernprozesse Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Sinn und Selbstermächtigung beschreibt.

- **Connectedness (Verbundenheit):** Förderung sozialer Beziehungen, Einbezug von Vertrauenspersonen, Integration in Gemeinschaften, Peer-Kontakte
- **Hope (Hoffnung):** Hoffnung bewahren und erfahrbar machen, z. B. durch eine Hopebox, Erzählraum für Erfolgsmomente schaffen; "Gründe zum Leben"-Arbeit
- **Identity (Identität):** Unterstützung beim Wiederfinden oder Neubestimmen von Identität, durch biografische Arbeit, kreative Ausdrucksformen, Validierung, Stärkeninventar
- **Meaning of Life (Sinn):** Erarbeiten, was dem Leben und was der aktuellen Krise Bedeutung geben kann (Kreativität, Wertearbeit, Neuorientierung...), auch über Krankheit hinaus. Hier können Methoden wie das Gezeitenmodell Orientierung bieten.
- **Empowerment (Selbstbestimmung):** Coping Cards, Krisenpläne und Skills-Training, die Menschen befähigen, in schwierigen Momenten selbst aktiv zu handeln.

Eine besondere Herausforderung liegt in Übergängen wie Verlegung, Beziehungsabbrüchen oder der Entlassung aus einer Einrichtung. Die ersten Tage und Wochen nach einer Entlassung sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für (erneute) Suizidversuche verbunden (Chung et al., 2017). Umso wichtiger ist es, diese Übergänge aktiv zu gestalten: durch frühzeitige Nachsorgeplanung, Brückenkonferenzen, die Einbindung von Vertrauenspersonen, Notfallkarten, poststationären Kontakten, Hausbesuche und andere aufsuchende Angebote (BAG, 2021). Ein individuell gestalteter Notfallplan spielt in dieser Phase eine zentrale Rolle. Er sollte gut zugänglich sein, etwa als kleine Karte oder in digitaler Form und konkrete, im Alltag nutzbare Copingstrategien enthalten. Vorab kann es sinnvoll sein, einzelne Schritte des Plans in einem Verhaltenstraining zu erproben. Auch der Einbezug des sozialen Umfelds sollte mit den Patient:innen sorgfältig abgestimmt werden, damit der Plan im Ernstfall praktikabel und unterstützend wirkt (Teismann & Wolfram, 2021).

Kernaussagen:

- **Suizidprävention ist Teamaufgabe und braucht eine gemeinsame, menschenzentrierte Haltung.**
- **Zentrale Ziele sind äußere Sicherheit, durch Schutz vor Gefährdung sowie innere Sicherheit, durch tragfähige Beziehungen und die Entwicklung neuer Perspektiven.**
- **Kurzfristig kann stellvertretendes Handeln notwendig sein, grundsätzlich steht jedoch Empowerment im Mittelpunkt. Planung und Intervention sollen in Koproduktion erfolgen, Ressourcen nutzen und die Selbstbestimmung stärken.**

6. Evaluation

Die kontinuierliche Evaluation und das Monitoring von Suizidalität sind zentrale Aufgaben der psychiatrischen Pflege. Sie bilden die Grundlage, um Risiken frühzeitig zu erkennen, angemessen zu reagieren und die Wirksamkeit von Interventionen zu überprüfen.

Ein wichtiger Bestandteil des Monitorings sind regelmäßige Zustandsabfragen mit klar strukturierter Evaluation. In besonders gefährdeten Situationen kann eine 1:1-Betreuung notwendig sein, verbunden mit eindeutigen Absprachen zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen (Stuhlmüller et al., 2026). Hier spielt der Skill- und Grademix eine zentrale Rolle: Wer kann im Team welche Aufgaben übernehmen? Wann sind Supervision und kollegiale Beratung erforderlich? Welche Verantwortung liegt bei den Pflegefachpersonen, welche bei anderen Berufsgruppen, und wo trägt der oder die Patient:in selbst Verantwortung?

Intuition und Bauchgefühl verdienen in diesem Zusammenhang Beachtung – sie sind Ausdruck professioneller Erfahrung und können wichtige Hinweise geben, die nicht sofort messbar sind. Eine geplante und strukturierte Evaluation ist nicht nur im Rahmen der Akutintervention, sondern auch in der Postvention von Bedeutung. Sie ermöglicht es, Erfahrungen systematisch zu reflektieren und in fachlich fundiertes Wissen zu überführen.

Kernaussagen:

- **kontinuierliche pflegerische Begleitung ermöglicht eine fortlaufende Einschätzung der Akutität und des daraus resultierenden Interventionsbedarfs.**
- **zusätzliche regelmäßige, strukturierte Evaluationen ermöglichen es, Risiken frühzeitig zu erkennen, Interventionen anzupassen und deren Wirksamkeit zu überprüfen.**

7. Nach einem Suizid: Postvention

Suizide im klinischen Setting sind selten und machen etwa 1–5 % aller Suizide aus. Rund 75 % dieser Suizide ereignen sich außerhalb des Klinikgeländes (Menzel & Brieger, 2021). Trotz der geringen Fallzahl ist die Zahl der betroffenen Hinterbliebenen erheblich. Während ältere Schätzungen von etwa sechs betroffenen Personen pro Suizid ausgehen (Shneidman, 1972), zeigen neuere Studien, dass bis zu 135 Menschen betroffen sein können, darunter Angehörige, Ersthelfende, medizinisches Personal sowie weitere soziale Kontakte (Cerel et al., 2019).

Die tertiäre beziehungsweise indizierte Suizidprävention umfasst die langfristige Nachsorge nach einem Suizidversuch mit dem Ziel, erneuten Suizidhandlungen vorzubeugen (Gerngroß, 2020). Im Rahmen der Postvention richtet sich der Blick dabei nicht nur auf Betroffene, sondern ebenso auf Hinterbliebene (Survivors) sowie auf beteiligte medizinische, pädagogische und psychosoziale Berufsgruppen.

Die Trauerarbeit nach einem Suizid ist durch spezifische psychologische Herausforderungen gekennzeichnet. Hinterbliebene sind häufig mit Schuldgefühlen, Stigmatisierung und komplexen Fragen nach Verantwortung konfrontiert, was ihr Risiko für psychische Erkrankungen und suizidales Verhalten erhöht (Andriessen et al., 2019; Lewitzka & Knappe, 2022). Diese Personengruppe erlebt häufig einen hohen Leidensdruck und einen erschwerten Trauerprozess, der insbesondere durch die traumatische Erfahrung und die belastende Frage nach dem Warum geprägt ist (Walraven-Thissen, 2021).

Ein Suizid innerhalb der psychiatrischen Versorgung stellt eine erhebliche Herausforderung dar, sowohl im Umgang mit den verbleibenden Patient:innen, als auch mit Angehörigen. Entscheidend ist ein sensibler, offener und akzeptierender Umgang mit dem Geschehen. Dabei gilt:

- konkrete Details des Suizids sollten vermieden werden,
- das Ereignis darf weder verschwiegen noch bagatellisiert werden,
- eine sachliche Einordnung in Stationsversammlungen oder Einzelgesprächen hilft, das Geschehen im Kontext einer akuten oder chronischen Krise zu verstehen (Menzel & Brieger, 2021).

Eine empathische und klare Kommunikation kann das Verständnis für die individuelle Situation des Verstorbenen fördern, den sogenannten Werther-Effekt, also das Risiko von Nachahmungssuiziden infolge unsensibler oder detaillierter Berichterstattung reduzieren und die Resilienz im Umfeld stärken.

Auch für das Klinikpersonal ist die emotionale Belastung nach einem Suizid hoch, wird jedoch bislang wenig erforscht (Malik et al., 2022). Typische Reaktionen sind Schock, Schuld, Scham oder intensive Selbstreflexion. Unterstützung bieten interne Kriseninterventionsteams, kollegiale Ersthilfe und Nachsorgeteams. Ergänzend ermöglichen sogenannte Suizidkonferenzen eine strukturierte, nicht schuldzuweisende Nachbesprechung, um auslösende Faktoren zu verstehen und daraus Präventionsstrategien abzuleiten (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023).

Professionelle Unterstützung zielt auf drei zentrale Aufgaben (Jordan, 2020):

- Wiederherstellung von Sicherheit und Stabilität
- Aufarbeitung ambivalenter Beziehungen zur verstorbenen Person
- Entwicklung einer „haltbaren Biografie“, die den Suizid nicht zum alleinigen Lebensmerkmal macht

Individuelle Beratung und psychologische Begleitung sind essentiell, um Krisen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu intervenieren. Selbsthilfegruppen können helfen, Isolation zu überwinden und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Ebenso wichtig ist die aktive Vermittlung weiterführender Unterstützungsangebote wie Kriseninterventionseinrichtungen, therapeutischer Hilfen oder rechtlicher Beratung.

Ein zentraler Aspekt der Postvention ist die Entstigmatisierung von Suizidalität. Gesellschaftliche Vorurteile und Schamgefühle können den Verarbeitungsprozess erheblich behindern (Oexle et al., 2020). Fachpersonen sind daher gefordert, durch wertfreie Kommunikation, Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit aktiv zur Entstigmatisierung beizutragen. Netzwerke wie „AGUS – Angehörige um Suizid“ bieten hierfür ergänzende Informationen, Kontakte und Selbsthilfeangebote.

Ziel einer professionellen Begleitung nach einem Suizid ist es, gemeinsam mit den Hinterbliebenen ein erklärendes Narrativ zu entwickeln, dass die Komplexität des Geschehens nachvollziehbar macht und sowohl individuelle als auch strukturelle Einflussfaktoren berücksichtigt. Eine ganzheitliche Postvention auf psychologischer, sozialer und rechtlicher Ebene ist entscheidend, um Trauer zu begleiten, psychische Stabilität zu fördern und langfristige Belastungen zu minimieren.

Kernaussagen:

- **Suizide im klinischen Setting sind selten, haben aber aufgrund der hohen Zahl betroffener Hinterbliebener und Beteiligter eine große psychosoziale Reichweite.**
- **Postvention umfasst die sensible, strukturierte Begleitung von Hinterbliebenen, Mitpatient:innen und Fachpersonen nach einem Suizid.**
- **Postvention zielt darauf ab, Sicherheit zu schaffen, Stigmatisierung zu reduzieren und durch empathische Kommunikation sowie gezielte Unterstützung langfristige psychische Belastungen zu minimieren.**

8. Verbundenheit als Weg und Ziel

Suizidprävention beginnt in Beziehung: mit Präsenz, Haltung und gelebter Verbundenheit. Soziale Integration und das Erleben von Zugehörigkeit zählen zu den zentralen Schutzfaktoren im Umgang mit Suizidalität und stellen einen wesentlichen Ansatzpunkt psychiatrischer Pflege dar. Psychiatrische Pflegefachpersonen sind durch ihre kontinuierliche Präsenz, Alltagsnähe und Beziehungsgestaltung häufig besonders nah am individuellen Erleben suizidgefährdeter Menschen. Diese Nähe ist ein professioneller Wirkfaktor: Pflege findet dort statt, wo sich Krisen zuspitzen, Hoffnung fragil wird und Beziehung oft der entscheidende Halt ist.

Die Unterstützung bei der Bewältigung belastender Lebenssituationen und das Anerkennen subjektiven Leidens tragen wesentlich zur Orientierung und Stabilisierung bei. In akuten wie auch in längerfristigen Krisen ist das Erleben von Zugehörigkeit mindestens ebenso bedeutsam wie die Sicherstellung somatischer Grundbedürfnisse. Betroffene bei der Wiederherstellung sowie dem Erleben von Verbundenheit mit dem eigenen Leben zu unterstützen, schafft Hoffnung und eröffnet Handlungsspielräume, um Hilfe annehmen und nutzen zu können.

Abschließend wird deutlich, dass wirksame Suizidprävention über individuelle Interventionen hinausgeht. Sie erfordert unterstützende strukturelle und politische Rahmenbedingungen, einen niederschweligen Zugang zu psychiatrischer und psychosozialer Versorgung, den Abbau von Stigmatisierung sowie die konsequente Umsetzung evidenzbasierter Präventionsansätze. Die fachspezifische Stärkung von Aus-, Fort- und Weiterbildung und niedrigschwelligen Kurzfortbildungen ist essenziell. Psychiatrische Pflege trägt durch ihre fachliche Expertise, ihre Nähe zu Betroffenen und ihre Mitwirkung an Versorgungs- und Präventionsprozessen wesentlich zur Weiterentwicklung einer tragfähigen Präventionskultur bei.

9. Erstellungsprozess und Mitwirkende

Diese Praxisempfehlung wurde in der Unterarbeitsgruppe „Umgang mit Suizidalität“ der DFPP-Arbeitsgruppe *State of the Art* im Zeitraum 2024–2026 erarbeitet.

An der Erstellung beteiligt waren:

Daniel Barschtipan (Co-Moderation), Linda Maria Braun, Johannes Kirchhof, Erika Lautenschlager, Pia Rupprecht sowie Robert Zappe (Moderation).

Bitte wie folgt zitieren:

Zappe, R., Braun, L. M., Kirchhof, J., Lautenschlager, E., Rupprecht, P. & Barschtipan, D. (2026).

DFPP-Praxisempfehlung Umgang mit Suizidalität: Begleitung von Menschen in existenziellen Krisen.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) (Hg.). <https://dfpp.de/praxisempfehlung-umgang-mit-suizidalitaet/>

Prozess der Erstellung

Die Praxisempfehlung basiert auf einer orientierenden Analyse aktueller Fachliteratur, wissenschaftlicher Studien, Leitlinien und positionsbildender Papiere. Die Literatursuche erfolgte über PubMed und Google Scholar unter Verwendung einschlägiger Suchbegriffe (u. a. *suicid**, *Suizid**, *psychiatr**). Die Auswahl der Quellen orientierte sich an ihrer Relevanz für das deutsche Versorgungssystem sowie an grundlegenden Qualitätskriterien wie Aktualität, Praxisnähe und Peer-Review.

Zu Beginn wurden bestehende Konzepte und Empfehlungen gesichtet, Zielsetzung und Adressat:innenkreis der Praxisempfehlung geklärt sowie Gliederung und inhaltliche Schwerpunkte festgelegt. Diese wurden anschließend innerhalb der AG *State of the Art* abgestimmt und konsentiert. Die Ausarbeitung der einzelnen Kapitel erfolgte überwiegend in Einzelarbeit durch Mitglieder der Unterarbeitsgruppe. In regelmäßigen Online-Sitzungen wurden die Entwürfe fortlaufend gemeinsam diskutiert, überarbeitet, weiterentwickelt und finalisiert.

Die Praxisempfehlung wurde am 02.03.2026 vom Vorstand der DFPP verabschiedet. Sie soll spätestens 2031 auf Aktualität geprüft werden.

Literaturverzeichnis:

- Andriessen, K., Kryszka, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N. & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2019). Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicide Prevention. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(1), 106–109. <https://doi.org/10.1177/0030222818823314>
- Brieger, P. & Menzel, S. (2021). Umgang mit Suizid in psychiatrischen Einrichtungen. *Psychiatrie Verlag*. <https://doi.org/10.5771/9783966051217>
- Bundesamt für Gesundheit und Projektgruppe für Suizidprävention bei Klinikaustritten (Hrsg.). (2021). Suizidprävention bei Klinikaustritten: Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M. & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C. & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge from Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Eriksson, E., Säfströmer, K., Hultsjö, S., Persdotter, A. & Wärdig, R. (2024). The Importance of Time: Nurses' Experiences of Working with Suicide Prevention and Suicide Risk Assessment in the Care of Older People. *International journal of older people nursing*, 19(5), e12650. <https://doi.org/10.1111/opn.12650>
- Gerngroß, J. (Hrsg.). (2020). Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Schattauer.
- Harris, K. M. & Goh, M. T.T. (2017). Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. *International journal of mental health nursing*, 26(2), 181–190. <https://doi.org/10.1111/inm.12223>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after Suicide. *Psychiatric Annals*, 38(10), 679–685. <https://doi.org/10.3928/00485713-20081001-05>
- Jordan, J. R. (2020). Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work with Suicide Loss Survivors. *Frontiers in psychology*, 11, 766. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Klonsky, E. D. & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P. & Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*, 11(6), e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lewitzka, U. & Knappe, S. (2022). Suizidalität [Suicidal behavior]. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 147(22), 1487–1494. <https://doi.org/10.1055/a-1752-4837>
- Malik, S., Gunn, S. & Robertson, N. (2022). The Impact Of Patient Suicide on Doctors and Nurses: A Critical Interpretive Meta-Synthesis. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(3), 1266–1285. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885533>
- Michel, K. & Valach, L. (2011). The narrative interview with the suicidal patient. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/12303-004>
- O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Oexle, N., Mayer, L. & Rüsche, N. (2020). Suizidstigma und Suizidprävention [Suicide stigma and suicide prevention]. *Der Nervenarzt*, 91(9), 779–784. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00961-6>
- Risch, N., Alacreu-Crespo, A., Khan, S., Caceda, R., Teismann, T., Rogers, M. L., Courtet, P. & Olié, E. (2024). Pain tolerance and threshold in suicide attempters: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry*

- research, 331, 115618.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115618>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edöbom, T., Jildevik Adamsson, I. & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7), e0180292.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Schädle-Deininger, H. & Mayer, M. (2019). Definition und Grundlage psychiatrischer Pflege. *Verbandedia-log Psychiatrische Pflege*. <https://dfpp.de/wp-content/uploads/2022/10/Definition-und-Grundlage-psychiatrischer-Pflege.pdf>
- Shneidman, E. S. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide*. Oxford: Charles C. Thomas.
- Stuhlmüller, S., Büker, F., Alsbach, L., Plagemann, L., Rix, J., Wostry, F. & Sauter, D. (2026). *DFPP-Praxisempfehlung Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung*. Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) (Hg.). <https://dfpp.de/praxisempfehlung-intensivbetreuung/>
- Teismann, T. & Dörmann, W. (2021). Suizidalität. *Hogrefe*. <https://doi.org/10.1026/03037-000>
- Teismann, T., Forkmann, T. & Glaesmer, H. (Hrsg.). (2021). *Suizidales Erleben und Verhalten: Ein Handbuch* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag.
- Vannoy, S. D. & Robins, L. S. (2011). Suicide-related discussions with depressed primary care patients in the USA: gender and quality gaps. A mixed methods analysis. *BMJ open*, 1(2), e000198.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000198>
- Walraven-Thissen, A. (2021). Was tun nach einem Suizid? *Praxishandbuch zur Suizid-Postvention für Einsatzkräfte, Care-Teams, Pflege-, Gesundheits- und Seelsorgeberufe* (H. Börger, Übers.) (1. Auflage). Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (2022). *Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis* (2nd ed.). Kohlhammer Verlag. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=7155480>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* (1st ed.). <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=30479365>
- Wu, K. C., Harris, L. M., Torres, R. & Smith, A. R. (2025). Cross-Sectional Psychometric Comparison of the Fearlessness About Suicide and Fearlessness About Death Scales. *Suicide & life-threatening behavior*, 55(5), e70056. <https://doi.org/10.1111/sltb.70056>