Anlaufstelle Suizidprävention

Suizidalität im schulischen Kontext: erkennen, verstehen und handeln

Handout des Online-Vortrags vom 10.09.2025

M. Sc. Diana Spieker
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Leiterin der Anlaufstelle Suizidprävention
Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler

1. Zahlen und Fakten

In der Schweiz nehmen sich jedes Jahr ca. 1000 Personen das Leben – im Kanton Solothurn ca. 70.
Im Jugendalter gibt es pro Jahr ca. 33 Fälle von Suizid – im jungen Erwachsenenalter doppelt so viele. In der Alterskategorie der 15- bis 18-Jährigen ist Suizid in der Schweiz aktuell die häufigste Todesursache. Vollendete Suizide im Kindesalter sind eher selten, jedoch besteht die Tendenz, dass Betroffene von Suizidalität immer jünger werden. So geben 15,1% der Kinder unter 13 Jahren an, Suizidgedanken zu haben, und 2,6% haben bereits einen Suizidversuch unternommen.
Die Anzahl der Suizidversuche ist 10- bis 20-fach höher als die Anzahl der vollendeten Suizide. Weibliche Jugendliche begehen 2- bis 3-mal häufiger einen Suizidversuch als männliche Jugendliche. Die männlichen Jugendlichen bevorzugen meistens härtere Suizidmethoden, somit kommt es in ihrem Fall häufiger zu einem vollendeten Suizid. Aktuell sitzt in jeder Schulklasse ein Mädchen, das in den letzten 5 Jahren einen Suizidversuch begangen hat, in jeder dritten Klasse ein Junge. Suizidgedanken bei 15- bis 19-Jährigen sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Im Moment ist ca. jeder 10. Junge und jedes 5. Mädchen davon betroffen. Bei den anderen Altersgruppen bleiben die Prävalenzen für Suizidgedanken konstant.

Nur Aufmerksamkeit?
Ankündigungen im persönlichen Umfeld sind DIE REGEL und haben unterschiedliche Gründe:

- Wunsch nach Hilfe und Unterstützung (appellativer Charakter)
- Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten
- Ein bestimmtes Ziel erreichen / damit drohen
- …

Alle Ankündigungen können zu einem Suizidversuch führen! Motto: stets ernst nehmen und darauf reagieren.
CAVE: Impulshaft durchgeführte Suizidversuche sind im Jugendalter keine Ausnahme.
Suiziddrohungen können demonstrativen Charakter haben, aber dennoch ernstgemeint sein und dürfen darum nie unterschätzt werden. Da die meisten Suizidversuche aus einer emotionalen Krise heraus passieren, wäre es ungünstig, wenn durch die Reaktion des Umfelds (z.B. nicht ernstnehmen, provokative Aussagen) zusätzlichen Druck auf den Jugendlichen ausgeübt wird. Es kann dabei ein Druck entstehen, einen Suizid(versuch) ausführen zu müssen, um in den Augen der anderen glaubwürdig zu bleiben.
Ausserdem wissen wir aus der Forschung Folgendes: wenn man gedanklich einen Lösungsweg häufig genug durchspielt, steigt das Risiko, dass man diesen Lösungsweg (impulsiv) auch umsetzt.

2. Risikofaktoren für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Jugendalter per se als Risikofaktor
Jugendliche sind mit einer Vielzahl von anstehenden Entwicklungsaufgaben konfrontiert:

- Psychosexuelle Entwicklung (erste Partnerschaft)
- Identitätsentwicklung (Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, der Geschlechtsidentität, des Wertesystems, des Selbstwerts)

- Autonomiebestreben und Ablösung vom Elternhaus (Der Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch das Erlangen von Selbstständigkeit, jedoch müssen bei diesem Übergang auch die Privilegien des Kindesalters aufgegeben werden)
- Auseinandersetzung mit beruflicher Zukunft (Erarbeitung einer Perspektive einschliesslich der Berufswahl)
- Reflexion von Sinnerleben (Beschäftigung mit Sinn des Lebens, u.U. existenzielle Krise)

Zudem erleben Jugendliche ausgeprägte körperliche Veränderungen: die Reifung sekundärer Geschlechtsmerkmale (in dem Zusammenhang sind Akne und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper grosse Themen) sowie der Abschluss der neurobiologischen Reifungsprozesse. Hierbei besteht eine Diskrepanz zwischen der Ausreifung der Gehirnareale, die für die Entstehung der Emotionen zuständig sind, vs. der Gehirnareale, die für die Selbstkontrolle und Steuerung der emotionalen Prozesse zuständig sind.

Weitere Risikofaktoren:

- Bereits erfolgter Suizidversuch (grösster Risikofaktor: nach einem ersten Suizidversuch steigt das Risiko auf das 4- bis 5-fache an; mit jedem weiteren Suizidversuch steigt das Risiko weiter exponentiell an)
- Suizid in der Familie oder im Freundeskreis (Suizid wird als Lösungsmöglichkeit vorgelebt und kann so Nachahmer finden; darunter fallen auch Suizide von Menschen, die in der Öffentlichkeit stehen)
- Verlusterfahrungen durch Tod, Scheidung, Trennung oder Umzug (Liebeskummer als eine der ersten grösseren Krisen im Leben)
- Probleme innerhalb der Familie (anhaltende Konflikte mit den Eltern, wo kein Kompromiss und keine Versöhnung über längere Zeiten möglich ist, Armut, körperliche oder psychische Erkrankung eines Familienmitglieds, fehlender Zusammenhalt, andauernde Konflikte zwischen den Eltern)
- Probleme im Freundeskreis (keine Freunde haben, nicht dazugehören, Mobbing/Ausschluss aus einer Gruppe, sozialer Rückzug aus früher bestehenden Freundschaften; jeder dritte Jugendliche erlebt Mobbing in der Schule, wobei Mobbing mit mehr Suizidgedanken und Suizidversuchen einhergeht; die Forschung zeigt, dass **das Implementieren von Präventionsprogrammen gegen Mobbing** zu einer signifikanten Abnahme von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Jugendlichen führt)
- Probleme in der Schule oder mit Leistungsanforderungen (wiederholte Misserfolge, hoher Leistungsdruck)
- (auch gelegentlicher) Drogen- und Alkoholkonsum (Unter dem Druck von Peers probieren viele Jugendliche Drogen aus, werden aber im Verlauf nicht abhängig. Problematisch wird es dann, wenn die Drogen ein Versuch darstellen, Probleme zu lösen bzw. die Situation besser ertragen zu können. **CAVE:** Substanzkonsum, v.a. Alkohol führt zu einer Enthemmung – damit wird es wahrscheinlicher, dass jemand eine suizidale Handlung spontan umsetzt)
- Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit (In der Jugendzeit kommt es häufig zu dem Coming-Out. Häufig erhalten die Jugendlichen nicht die nötige Unterstützung oder sie werden diskriminiert, isoliert oder gemobbt. Umgekehrt kann aber auch die Angst vor der Abwertung und das daraus folgende Geheimhalten zu erheblichem Stress führen und schwer belasten)
- Schwangerschaft ("Wie sage ich es meinen Eltern? Bin ich überhaupt in der Lage für ein Kind zu sorgen? Was werden meine Freunde über mich denken? Wie soll ich jetzt die Schule abschliessen?" Wenn die Schwangerschaft als «nicht lösbares Problem» betrachtet wird, kann dies eine Lebenskrise auslösen)
- Missbrauchserfahrungen, Gewalt, … (Missbrauchserfahrungen belasten schwer und nachhaltig. In jedem Fall brauchen die Kinder und Jugendlichen fachliche Unterstützung bei der Verarbeitung der Geschehnisse)

Psychische Störungen als Risikofaktor:

- Depressionen, Ängste, Störungen des Sozialverhaltens mit aggressiven Auffälligkeiten, Suchterkrankungen (Alkohol, Mischkonsum).
  Theoretisch kann ein Mensch auch aus rein philosophischen Überlegungen oder aus Lebensüberdruss heraus aus dem Leben scheiden wollen, ohne dass er an einer psychischen Problematik leidet. In der Praxis kommt dies jedoch kaum vor, auch nicht bei Jugendlichen. Selbst bei Erwachsenen muss man sich darüber bewusst sein, dass ca. 90% der Menschen, die Suizid begehen, unter psychischen Störungen gelitten haben. **CAVE:** Suizidalität ist keine Diagnose bzw. psychische Störung, sondern ein Syndrom, welches sich als eine Summe von Symptomen definieren lässt, die im Rahmen verschiedener psychischer Störungen auftreten kann.

Depressionsanzeichen im schulischen Kontext sind:

Merkmale im Lernbereich	Sozial- / verhaltensorientierte Merkmale
Nicht erklärbarer Leistungsabfall	Aufgeregtheit, Hyperaktivität
Interessensverlust gegenüber Schulfächern	Erhöhte Dependenz
Rückgang bisheriger Anstrengungsbereitschaft	Antisoziales Verhalten (Lügen, Stehlen)
Unordentliches Ausführen von Arbeiten	Körperliche Beschwerden
Schnelleres Aufgeben	Störverhalten im Unterricht
Klagen über mangelnde Kraft («ich schaffe das nicht»)	Einschlafen während dem Unterricht
	Müdigkeit in Verhalten und Aussehen
	Unbeliebtheit, Rückzug aus sozialen Kontakten

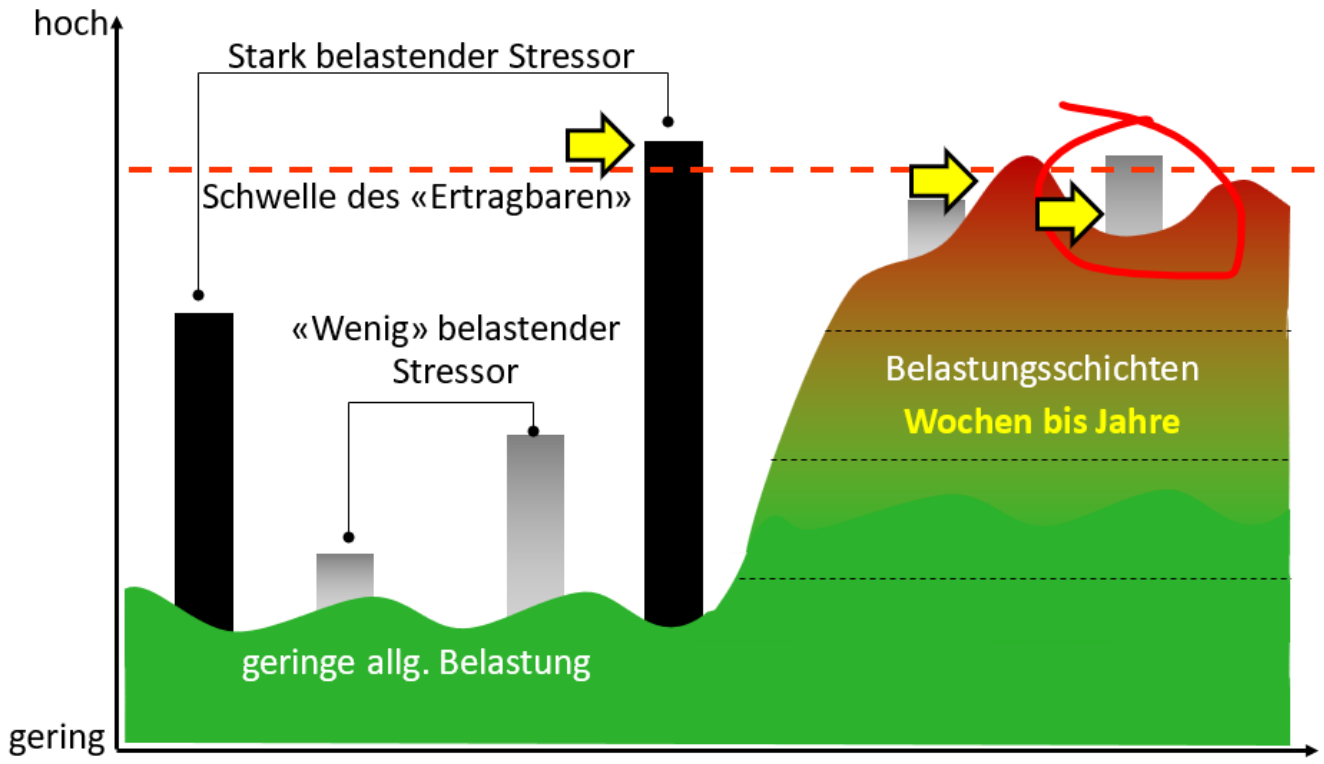
Quelle: www.berner-buendnis-depression.ch/wissen/informationen-fuer-eltern-lehrer-und-angehoerige

Symptome zeigen sich auf verschiedenen Ebenen: im Fühlen, Denken, Handeln und im Körper.
Auf der Internetseite des Berner Bündnis gegen Depression finden Sie weitere Ausführungen zu typischen Symptomen im Primarschul- und Jugendalter: Woran erkenne ich eine Krise bei meinem Kind / Schüler? – Berner Bündnis gegen Depression

- Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

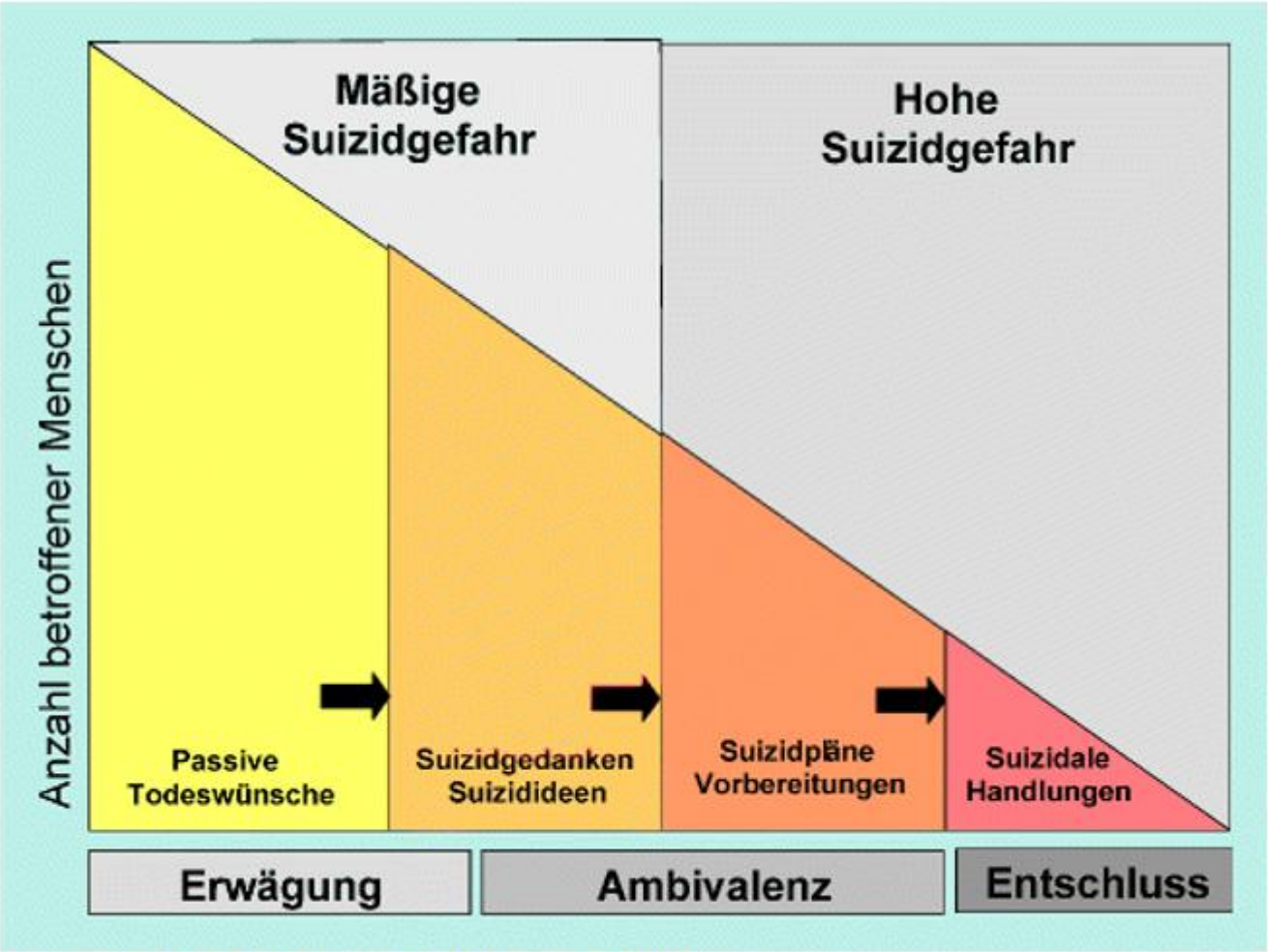
  Das NSSV ist eine absichtliche Schädigung des Körpers, das sozial nicht akzeptiert wird. Dieses wird ausgeführt, ohne dass dabei eine Suizidabsicht besteht. Beispiele: Schnittverletzungen, Selbstverbrennungen, selbstzugefügte Kratz- und Schürfwunden, sich schlagen, sich beissen, sich verätzen, Wunden absichtlich nicht heilen lassen. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten kommt im Jugendalter häufig (10-30%) vor (Peak zwischen dem 15.-17. Lebensjahr). Nach dem 17. Lebensjahr nimmt das NSSV wieder ab. Die Forschung zeigt jedoch, dass es bei den Betroffenen häufig zu einer Symptomverschiebung kommt: anstatt NSSV wird mehr delinquentes Verhalten gezeigt, es werden mehr psychoaktive Substanzen konsumiert. NSSV ist häufig eine dysfunktionale Strategie im Umgang mit den eigenen Emotionen, d.h. die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind oft mit den eigenen Emotionen überfordert.
  Auch im Fall von NSSV werden die Betroffenen immer jünger. Das NSSV ist keine Störung per se, sondern ein Symptom. Eine psychische Störung muss nicht zwangsläufig vorliegen, jedoch wird beim Vorhandensein von NSSV empfohlen, zumindest eine diagnostische Abklärung durchzuführen.
  Zwischen NSSV und Suizidalität besteht im jugendlichen Alter ein enger Zusammenhang. Kinder und Jugendliche mit NSSV weisen mehr gegen sich selbst gerichtete Aggressionen (Selbsthass) auf. Diese Aggressionen setzen sie in Form der Selbstverletzung um, wodurch die «Handlungsschwelle» überschritten wird. Dies erhöht das Risiko, dass suizidale Handlungen initiiert und ausgeführt werden.
  Kinder und Jugendliche, die sich selbst verletzen, haben mehr Suizidgedanken und versuchen häufiger, sich selbst das Leben zu nehmen. Wenn die Kinder und Jugendlichen aufhören, sich selbst zu verletzen, nimmt das Risiko für Suizidalität ebenfalls ab.

3. Erklärungsmodell der Suizidalität



Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Zubin & Spring (1977)
[Bildquelle: Gregor Harbauer, prismium]

Die positiven und negativen Erfahrungen, die wir Menschen machen, prägen uns für das ganze Leben. Man kann sich vorstellen, dass man mit einem "Rucksack" durch das Leben geht. Dieser "Rucksack" macht unsere Vulnerabilität aus. Zu diesem "Rucksack" gehören nicht nur die stattgefundenen Lebenserfahrungen, sondern auch unsere Persönlichkeit, unsere Ressourcen und die sogenannten genetischen Prädispositionen, die uns von den Eltern weitergegeben wurden. Wenn der "Rucksack" leicht ist (z.B. es gab wenig belastende Erfahrungen in der Vergangenheit), reagieren wir auf einen wenig belastenden Stressor (z.B. das Halten eines Vortrags vor einer Menschenmenge) mit wenig Stress. Das Ausmass des erlebten Stresses erreicht in diesem Fall nicht die Schwelle des Ertragbaren, so dass infolge des Stressors keine psychischen Symptome entstehen. Wenn wir allerdings mit einem stark belastenden Stressor konfrontiert werden (z.B. der plötzliche Tod einer nahestehenden Person durch einen Autounfall), kann die Schwelle des Ertragbaren – selbst bei einem leichten "Rucksack", d.h. bei wenig Vulnerabilität – überschritten werden und es können sich psychische Symptome zeigen (z.B. Schlafstörungen, dauerhafte Traurigkeit, Appetitverlust, Motivationslosigkeit etc.). Wenn Menschen im Laufe ihres Lebens immer wieder mit belastenden Erfahrungen konfrontiert werden und sie entsprechend einen schweren "Rucksack" mit sich tragen, kann unter Umständen dieser "Rucksack" allein schon ausreichen, um Symptome zu entwickeln. Es gibt aber auch Menschen, die deutlich belastet sind, jedoch in ihrem Leben meistens gut funktionieren. Wenn sie allerdings zusätzlich mit einem vergleichbar kleinen Stressor konfrontiert werden (im Aussen kann dies wie eine Bagatelle aussehen), überschreiten sie ebenfalls die Schwelle des Ertragbaren und zeigen psychische Symptome. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verdeutlicht somit, dass die Geschichten, die sich hinter der Suizidalität (auch eine Summe von Symptomen infolge einer Überschreitung der Schwelle des Ertragbaren) verstecken, sehr unterschiedlich sein können. Um zu verstehen, warum ein Kind oder ein Jugendlicher Suizidgedanken hat, ist es nötig, die Geschichte dahinter zu verstehen. Das, was im Aussen zu beobachten ist (z.B. ein kleiner Stressor, der als Bagatelle angesehen wird), kann manchmal täuschen und somit eine richtige Einschätzung der Suizidalität gefährden.



Stadien der Suizidalität nach Pöldinger (1968)
[Bildquelle: Quizlet]

Um einen Suizid zu begehen, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Einerseits muss ein Suizidwunsch bestehen, andererseits muss die betroffene Person über die Fähigkeit zum Suizid verfügen. Diese Fähigkeit beinhaltet das Wissen über Suizidmethoden sowie einen Zugang zu Suizidmitteln. Des Weiteren lässt sich in diesem Zusammenhang die Bedeutung des NSSV als Bedingung für Furchtlosigkeit vor Schmerz und die eines früheren Suizidversuches als bereits bekannter "Lösungsweg" unterstreichen.
Auch innerhalb der Suizidalität gibt es verschiedene Abstufungen/Ausprägungen. Suizidalität ist als dynamischer Prozess zu verstehen. Die verschiedenen Ausprägungen kann man den drei Phasen zuordnen (Erwägung, Ambivalenz, Entschluss), daraus lässt sich wiederum die Suizidgefahr ableiten.
In der **Phase der Erwägung** wird der Suizid als möglicher "Lösungsweg" im Umgang mit einer scheinbar ausweglosen Situation in Betracht gezogen. In dieser Phase treten sogenannte **passive Todeswünsche** auf: "Am liebsten würde ich abends einschlafen und morgens nicht mehr aufwachen.", "Wenn ich die Strasse überquere, von einem Auto angefahren werde und dabei sterbe, wäre es nicht so schlimm.", "Ich kann nicht mehr, ich weiss nicht mehr weiter, ich bin müde, ich möchte nur noch Ruhe haben." Die Betroffenen sichern einem gleichzeitig zu, dass sie sich nichts antun würden. Die Suizidgefahr ist in dieser Phase als mässig einzuschätzen.
Sobald die Betroffenen sogenannte **aktive Suizidgedanken / Suizidideen** äussern ("Ich will mich umbringen", "Ich möchte am liebsten sterben, nur weiss ich noch nicht, wie ich das anstellen soll", "Am liebsten will ich ein paar Pillen nehmen und meine Ruhe haben, nichts mehr hören oder sehen"), ist von einer **Phase der Ambivalenz** auszugehen. D.h. es gibt einen Anteil in ihnen, der sterben möchte, und einen Anteil, der weiterleben will (aber nicht mehr so weiterleben kann wie bisher). In dieser Phase benennen die Betroffenen Suizidmethoden, ohne dass sie eine konkrete Vorstellung darüber haben, wie sie diese umsetzen könnten.

Im weiteren Verlauf der **Phase der Ambivalenz** kann es zu **Suizidplänen** kommen: die Betroffenen überlegen ganz genau, wo, wann und wie sie den Suizid umsetzen wollen. Sie treffen **Vorbereitungen** (besorgen Mittel, schreiben Abschiedsbriefe, machen Abschiedsbesuche, regeln Angelegenheiten), führen eine **Probehandlung** durch oder gehen den Plan in Gedanken durch (**Suizidfantasien**). Die Suizidgefahr ist als hoch anzusehen.
In der **Phase des Entschlusses** hat der Betroffene bereits die Entscheidung getroffen, den **Suizid umzusetzen**. Die Suizidgefahr ist sehr hoch. Sobald eine Entscheidung getroffen wurde, können Betroffene auf Aussenstehende entlastet, erleichtert, plötzlich ruhig oder positiv gestimmt wirken, dies, obwohl die äusseren Umstände und Belastungen sich nicht verändert haben. Diese Diskrepanz ist als ein wichtiges Alarmzeichen wahrzunehmen und direkt anzusprechen. **Es ist deswegen wichtig, nach Suizidgedanken, -plänen und -absichten auch dann zu fragen, wenn eine suizidale Krise scheinbar bewältigt worden ist.**

4. Anzeichen für Suizidalität

Die unten aufgeführten Anzeichen (unspezifische Anzeichen, Warnzeichen und Alarmzeichen) können den oben genannten Phasen (Erwägung, Ambivalenz und Entschluss) zugeordnet werden.

Unspezifische Anzeichen

- Plötzlicher Leistungsabfall, Konzentrationsschwierigkeiten, Zerstreutheit
- Übertriebener Sport, übertriebene Arbeit
- Absenzen, Schulverweigerung
- Rückzug/Abbruch von Freundschaften, Rückzug in virtuelle Welt
- Äusserungen über Gefühle der Ausweglosigkeit
- Häufung von Unfällen und risikoreichem Verhalten, Selbstverletzung
- Aggression, Gereiztheit

Viele der unspezifischen Anzeichen können für sich genommen auch Ausdruck normaler Entwicklung im Jugendalter sein. Wenn sie jedoch kumuliert auftreten, dann können sie auf eine Krise / psychische Störung (z.B. Depression) hindeuten und allenfalls mit einer Suizidgefährdung einhergehen. Wenn es Hinweise für eine ungünstige Entwicklung gibt oder bereits Warnsignale erkannt wurden, ist es wichtig, möglichst viele gesicherte Informationen zu sammeln und sie zu einem übergeordneten Gesamtbild zusammenzufügen. Besonders bei weniger auffälligen Anzeichen ist es angebracht, bewusst zu beobachten und sich auch Notizen zu machen, sich ggf. mit Kollegen auszutauschen (verschiedene Perspektiven einbeziehen). Das eigene Bauchgefühl ist genauso wichtig wie die gesammelten objektivierbaren Informationen.

Warnzeichen

- Nachdenken / Recherchen über den Tod
- Texte, Zeichnungen oder Gedichte zum Thema Tod/Suizid
- Wiederholte Erwähnung von Tod und Suizid
- Schuld- und Rachegefühle, Hoffnungslosigkeit (!)
- Äusserung von Suizidgedanken in unkonkreter Form:
  - «Das kommt nicht mehr darauf an.»
  - «Ich bin für alle nur eine Last!»
  - «Ich kriege sowieso nie etwas richtig hin!»
  - «Alle hassen mich und wollen mich los sein.»

Diese Warnzeichen treten häufig auch in Kombination mit den unspezifischen Anzeichen auf. Sie stehen nicht in jedem Fall für Suizidalität. Sie sind aber immer ernst zu nehmen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt muss man zeitnah das Gespräch mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen aufsuchen und das Thema Suizidalität ansprechen.

Alarmzeichen

- <u>Indirekt</u>:
  - Plötzlicher Wunsch, private Angelegenheiten zu regeln
  - Verschenken von bedeutungsvollen Gegenständen
  - Abschiedsnachrichten und Niederschrift eines Suizidwunsches, z.B. in den digitalen Medien

  - Plötzliche Ruhe und Gelöstheit oder gehobene Stimmung nach einer Krisenphase, ohne dass sich die Situation erkennbar verändert hätte
  - Besorgung von Waffen, Medikamenten oder anderen Mitteln zur Umsetzung eines Suizidplans
- Im direkten Kontakt:
  - Deutliche Äusserung suizidaler Absichten
    - «Bald seid ihr mich für immer los!»
    - «Ohne mich wärt ihr besser dran.»
    - «Ja, ich habe Suizidgedanken.»
    - «Jetzt habt ihr bald endgültig Ruhe von mir.»
  - Konkrete Pläne für die Umsetzung, Schilderung der Methode
  - Suizidandrohungen

Je konkreter suizidale Absichten geäussert werden, je konkreter die Vorbereitungshandlungen sind (z.B. Recherche, Entscheid für Suizidmethode, Besorgung der Suizidmittel), desto höher ist das Risiko. Jeder ist in diesem Fall zum sofortigen Handeln verpflichtet. Ab diesem Zeitpunkt dürfen die Kinder oder Jugendlichen nicht mehr allein gelassen werden.

5. Handlungsmöglichkeiten

Das Gespräch mit dem Kind / Jugendlichen aufsuchen – worauf achten?

- Ruhig bleiben und möglichst sachlich in Kontakt treten: Das Wichtigste sind dabei die Bereitschaft, das Gespräch zu suchen und der Wille, im Notfall zu handeln. Unsicherheiten und Unbehagen sind normal, man ist nicht jeden Tag mit dem Thema konfrontiert. Um Sicherheit zu gewinnen, kann man sich von einer Fachperson beraten lassen. Es gelingt sachlich zu bleiben, wenn man die eigenen Beobachtungen direkt thematisiert.
- Mit dem Kind/Jugendlichen erst einmal allein sprechen: das Gespräch nicht in der Anwesenheit anderer Kinder / Jugendlichen aufsuchen, das Thema nicht im Gruppenkontext aufgreifen.
- Sich Zeit nehmen, nicht unter Termindruck stehen, dadurch Gesprächsbereitschaft signalisieren.
- Eigene Beobachtungen / Rückmeldungen aus dem Umfeld spiegeln.
- Direkt nach Suizidgedanken fragen: "Hast du Suizidgedanken?"; "Andere Menschen in deiner Lage wünschen sich, nicht mehr zu leben. Kennst du das von dir? Hast du auch schon einmal den Gedanken gehabt, dir etwas anzutun?".
- Übergeordnetes Ziel nicht aus den Augen verlieren: Das Kind / den Jugendlichen motivieren, sich gemeinsam fachkundige Hilfe zu holen.
- Sich nach Gründen und möglichen Auslösern für die Suizidalität erkundigen: eine Erklärung für die Krise gemeinsam erarbeiten, dabei weniger nach dem "Warum?" und mehr nach dem "Wieso? Wie kommt es? Wie erklärst du dir das?" fragen. Die Frage nach dem "Warum?" bringt Menschen häufig in einen Rechtfertigungsdrang.
- Die Ambivalenz ansprechen: Es gibt einen Anteil, der sterben will, und einen Anteil, der weiterleben will. Je nachdem, welcher Anteil mehr Raum einnimmt, verändert sich auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe (Suche nach vs. Abwehr von Hilfe).
- Beziehungsverantwortung stärken, die wichtige Bedeutung des Kindes/Jugendlichen für die Angehörigen verdeutlichen: Es gibt Menschen, für welche das Kind / der Jugendliche sehr wichtig ist. Diese Menschen wären jederzeit bereit, das Kind / den Jugendlichen zu unterstützen am Leben zu bleiben. Der Lehrer / der Sozialarbeiter gehört auch zu dieser Gruppe von Menschen ("Du bist mir wichtig, mir ist wichtig, dass du am Leben bleibst.").
- Vergangene Lösungsversuche aufgreifen und würdigen (falls das Kind / der Jugendliche solche Lösungsversuche beschreibt): Die Kraft, die dahintersteckt, spiegeln und würdigen ("Du hast dir wirklich viel Mühe gegeben und hast hart gekämpft, um eine Lösung zu finden.").
- Keine übereilten Lösungsvorschläge und Deutungen anbieten: nicht in einen "Problemlösungsmodus" wechseln, sondern ein guter Zuhörer bleiben.
- Verständnis für den Gedanken zeigen, etwas als unerträglich Empfundenes durch Suizid unterbrechen zu wollen (ohne den Suizid als solchen gutzuheissen): "Ich kann verstehen, dass man nicht mehr weiterleben

möchte, wenn man keinen Ausweg mehr sieht. Ich bin aber bereit, den Weg gemeinsam mit dir zu gehen und alles zu tun, damit du am Leben bleiben kannst". Dadurch kann man eine Umdeutung der Krise anbieten: anstatt "nicht mehr leben wollen" lieber "nicht mehr so weiterleben wollen wie bisher".

Konkretes Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität:

- Bei Verdacht auf Suizidalität / eine psychische Krise den Austausch mit anderen Lehr- und Bezugspersonen suchen, Informationen aus verschiedenen Quellen sammeln, Notizen machen.
- Ggf. sind Absprachen mit der Schulleitung / mit der Ansprechperson für solche Fälle (z.B. bei einem vorhandenen Handlungsplan) nötig. Die Schulleitung / die Ansprechperson kann Auskunft darüber geben, wie das weitere Vorgehen genauer angedacht ist. Ebenfalls geht es dabei darum, die Verantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen.
- Bei Unsicherheiten Beratung durch (externe) Fachperson einholen (Schulsozialarbeiter, Schulpsychologsicher Dienst, Anlaufstelle Suizidprävention, KJPD). Auch im Austausch mit den eigenen Kollegen können wertvolle Impulse entstehen.
- Das Gespräch mit dem Kind / dem Jugendlichen angehen (siehe oben).
- Information der Eltern mit dem Kind / Jugendlichen erarbeiten und umsetzen (Ausnahme: wenn dies die Situation verschlimmern könnte).
- Wenn keine akute Suizidalität besteht, den Eltern trotzdem raten, eine Fachperson beizuziehen. Suizidgedanken sind immer ein triftiger Grund für ein Erstgespräch mit einer Fachperson aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Bei unmittelbar akuter Suizidgefahr die Eltern umgehend informieren und eine Fachperson der Kinder- und Jugendpsychiatrie beiziehen. Ab diesem Zeitpunkt darf das Kind / der Jugendliche nicht mehr allein gelassen werden. Das Kind / der Jugendliche wird entweder in die Obhut der Eltern oder in die eines psychiatrischen Notfalldienstes übergeben.

6. Was kann die Schule zur Prävention beitragen?

- Ein gutes Schul- und Klassenklima fördern: die Schule als Ort des offenen Austausches gestalten, als Lehrer / Bezugsperson eine vertrauensvolle Ansprechperson in Krisen sein.
- Risikofaktoren minimieren (z.B. konsequent gegen Mobbing vorgehen).
- Individuelle Schutzfaktoren stärken (Resilienz): Beziehungsfähigkeit des Kindes / Jugendlichen stärken, soziale Kompetenzen trainieren, ein flexibles Problem- und Konfliktlöseverhalten fördern, realistische Zukunftsaussichten fördern, Stressbewältigungsfähigkeiten vermitteln etc.
- Explizit die psychische Gesundheit stärken (gesunde Emotionsregulation, hilfesuchendes Verhalten, Bewältigungsstrategien vermitteln), z.B. Arbeit im Unterricht mit Schulmaterial der «Wie geht`s dir?»-Kampagne (Unterrichtsmaterial | Wie geht's dir?).
- Sensibilisierung zu den Themen Suizidalität und Suizid (verschiedenes Unterrichtsmaterial, u.a. "Zwischen Lebenslust und Lebensfrust" und "Suizidprävention und Trauerverarbeitung in der Schule", beides im Internet frei zugänglich, siehe Literaturverzeichnis).
- Zusammenarbeit mit den Eltern aktiv suchen und gestalten.
- Thematisieren von Sinnkrisen und deren Bewältigung (z.B. im Unterricht).
- Bei psychischen Störungen für eine fachgerechte Behandlung motivieren.
- Sich als Schulsozialarbeitende / Lehrperson weiterbilden, offen für Themen der psychischen Gesundheit sein, sich vernetzen und austauschen.
- Sich auf Krisenfälle vorbereiten (Handlungspläne bereitstellen).
- Für weitere Materialien zum Thema "Psychische Gesundheit in der Schule" verweisen wir gern auf das Programm "SchoolMatters" (siehe Literaturverzeichnis).

7. Beratungsangebot der Anlaufstelle Suizidprävention

Das Beratungsangebot der Anlaufstelle Suizidprävention richtet sich auch an Multiplikatoren im Kontext Schule. Das sind Lehrer, Schulsozialarbeiter, Berufsbildende, Heilpädagogen, Schulpsychologen und sonstiges

Schulpersonal, welches in der direkten Interaktion mit Kindern und Jugendlichen mit dem Thema Suizidalität konfrontiert sein kann.
Die Beratung ist kostenlos, die Kontaktaufnahme kann über E-Mail oder telefonisch erfolgen.

Anlaufstelle Suizidprävention
M. Sc. Diana Spieker
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
032 627 14 44
suizidpraevention@spital.so.ch
www.so.ch/suizidpraevention
Sprechzeiten:
- Telefonisch donnerstags von 13.00 bis 17.00 Uhr
- Per E-Mail werktags von 08.00 bis 17.00 Uhr
- Termine vor Ort nach Vereinbarung

8. Literaturverzeichnis

Bründel, H. (2004). *Jugendsuizidalität und Salutogenese: Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesamt für Statistik, *Statistik der Todesursachen 2021*.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016). *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter*.
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-031.html

Dorrmann, W. (2018). *Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fachhochschule Nordwestschweiz & Suizid-Netz Aargau (2010). *Zwischen Lebenslust und Lebensfrust. Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention*.
https://www.fhnw.ch/++api++/de/weiterbildung/paedagogik/nach-format/beratungsstellen-und-beratungsangebote/beratungsstelle-gesundheitsbildung-und-praevention/publikationen-gesundheitsbildung/media/lebenslust.pdf/@@inline-file/file

Fachteam nationales Kompetenzzentrum RADIX Gesunde Schulen (2023). *SchoolMatters, ein Beitrag zur Entwicklung der Schule mit psychischer Gesundheit*. RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung (Hrsg.), Luzern.
https://www.radix.ch/de/gesunde-schulen/angebote/schoolmatters/buecher/ein-beitrag-zur-entwicklung-der-schule-mit-psychischer-gesundheit/

Harbauer, G., et al. (2013). Suicidality assessment with PRISM-S – simple, fast, and visual: a brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. *Crisis, 34*, 131-136.

Hoffmann, A. (2025). *Depression, Selbstverletzung und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen: erkennen, verstehen und handeln* (Vortrag, 03.09.2025). Bern: Bündnis gegen Depression.

In-Albon, T.v., Plener, P.L., Brunner, R., & Kaess, M. (2015). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 19: Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.

In-Albon, T.v., Plener, P.L., Brunner, R., & Kaess, M. (2015). *Ratgeber Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Hogrefe.

Kanton St. Gallen (2020). "sicher! gsund!": Suizidalität im Jugendalter [Broschüre]. https://api.sichergsund.ch/fileadmin/data/psychische-gesundheit/2020_Suizidalitaet_Broschuere.pdf

Kantonales Schwerpunktprogramm Suizidprävention, im Auftrag der Bildungsdirektion des Kantons Zürich (2023). *Suizidalität im Jugendalter: Leitfaden für Schulen* [Broschüre]. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/bildung/informationen-fuer-schulen/praevention-sicherheit/gewaltpr%C3%A4vention/suizidalitaet_im_jugendalter.pdf

Leutgeb, V., Steiner, E. & Waibel-Krammer, E. (2019). *Kinder und Jugendliche in suizidalen Krisen: Wie Eltern helfen können – ein Ratgeber*. Göttingen: Hogrefe.

Pädagogische Hochschule St. Gallen & Pädagogik/Psychologie Michael Zutavern (2000). *Suizidprävention und Trauerverarbeitung in der Schule*. https://www.jehli.ch/suizid/download/suizid.pdf

Peter, C., & Tuch, A. (2024). *Suizidales Erleben und Verhalten in der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 8/2024)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Huber Verlag.

Rotthaus, W. (2020). *Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen: Erkennen, verstehen, vorbeugen*. Heidelberg: Carl-Auer.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (2004). *Krisensituationen – ein Leitfaden für kompetentes Handeln und Vorbeugen in der Schule* [Broschüre]. https://edudoc.ch/record/24795

Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten: Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden*. Göttingen: Hogrefe.

Wewetzer, C. & Quaschner, K. (2019). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 27: Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.

Wewetzer, C. & Quaschner, K. (2019). *Ratgeber Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability, stress, and the diathesis-stress model of psychopathology. *Monographs in Psychiatry, 12*, 213-235.