DIALOG ETHIK
Wissen und Kompetenz
im Gesundheitswesen

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt:

Schlussbericht

Schlussbericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt
im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autorinnen und Autoren:
Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius, Stiftung Dialog Ethik
Hildegard Huber, Höfa II/FH/MAS, Stiftung Dialog Ethik

Im Auftrag vom:
Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Durchführung durch:
Stiftung Dialog Ethik

Zürich, der 21. Juni 2018

Impressum

Autorinnen und Autoren: Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius, Stiftung Dialog Ethik
Hildegard Huber, Höfa II/FH/MAS, Stiftung Dialog Ethik

Zitiervorschlag: Gregorowius, Daniel; Huber, Hildegard (2018).
Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt: Schlussbericht. Bericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern und Zürich, der 21. Juni 2018.

Korrespondenzadresse: Stiftung Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich
Tel. +41 (0)44 252 42 01
Fax +41 (0)44 252 42 13
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch

Ansprechperson: Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius
Leitung Fachbereich Forschung
Stiftung Dialog Ethik
Tel. +41 (0)44 252 42 01
dgregorowius@dialog-ethik.ch

Hinweis: Vorliegender Schlussbericht wurde durch den Auftragnehmer, die Stiftung Dialog Ethik, im Rahmen eines Projektes des Auftraggebers, das Bundesamt für Gesundheit (BAG), verfasst. Im Falle einer Veröffentlichung dieses Berichts oder von Teilen aus diesem sind Auftraggeber und -nehmer gehalten, die Zusammenarbeit im Sinne der wissenschaftlichen Integrität und der guten wissenschaftlichen Praxis zu erwähnen: Bei Veröffentlichungen durch das BAG ist der Hinweis anzubringen *«Literaturrecherche und Auswertung durchgeführt durch die Stiftung Dialog Ethik»*, bei Veröffentlichungen der Stiftung Dialog Ethik ist der der Hinweis *«unterstützt und finanziert sowie durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)»* anzubringen.

 © Stiftung Dialog Ethik, 2018

Inhaltsverzeichnis

Deutsche Zusammenfassung 4
Résumé français 5
Riassunto italiano 6
1 Einleitung 7
2 Methodik der Literaturrecherche 9
2.1 Orientierende Literaturrecherche 9
2.2 Systematische Literaturrecherche 9
3 Ergebnisse der Literaturrecherche 11
3.1 Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit 11
3.2 Ursachen und Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche 11
3.2.1 Physische und psychische Risikofaktoren 12
3.2.2 Versorgungs- und Betreuungsbedingungen 13
3.2.3 Umweltbedingte Risikofaktoren 15
3.3 Präventive Massnahmen zur Verhinderung von Suiziden und Suizidversuchen 15
3.4 Ethische Aspekte im Zusammenhang mit Suiziden und Suizidversuchen 19
4 Diskussion der Ergebnisse 20
5 Literaturverzeichnis 22
5.1 Ausgewertete Literatur 22
5.2 Zusätzliche Literatur 32
6 Anhang 35
6.1 Ausgewertete Literatur 35

 © Stiftung Dialog Ethik, 2018

Deutsche Zusammenfassung

Ein ernstzunehmendes Problem während und nach einem Psychiatrieaufenthalt sind sogenannte Klinik- bzw. Patientensuizide. Die Suizidrate von Personen in psychiatrischen Einrichtungen ist etwa zehn- bis zwanzigmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen 58 bis 80 % der Klinik- bzw. Patientensuizide erfolgen während eines regulären Ausgangs, eines Urlaubs oder, wenn sich eine Patientin bzw. ein Patient unerlaubt entfernt. In der ersten Woche nach der Aufnahme und in der ersten Woche nach der Entlassung ist die Suizidrate am höchsten. Der Umgang mit akuter Suizidalität während und nach Klinikaufenthalten stellt daher eine grosse und belastende Anforderung an die therapeutische Arbeit in der stationären und ambulanten Behandlung dar.

Um die Problematik der Suizide und Suizidversuche während und nach Aufenthalten in der Psychiatrie aufzugreifen und präventiv vorzugehen, führte die Stiftung Dialog Ethik im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) eine systematische Literaturrecherche zum Phänomen des Klinik- bzw. Patientensuizids durch, um folgende Aspekte näher zu untersuchen: 1) Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit im Zusammenhang mit Suiziden bzw. Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalten, 2) Ursachen und Risikofaktoren von Suiziden bzw. Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalten, 3) Einschätzung des Suizidrisikos, Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Suiziden bzw. Suizidversuchen während und nach einem stationären Psychiatrieaufenthalt sowie 4) ethische Aspekte im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuchen. Zu diesem Zweck wurden insgesamt 193 wissenschaftliche Artikel und Sammelbandbeiträge ausgewertet und weitere 34 Artikel und Beiträge konsultiert.

Als Risikofaktoren für einen Suizid oder Suizidversuch während eines Klinikaufenthaltes gelten vor allem frühere Suizidversuche, das Äussern suizidaler Gedanken, familiäre Vorbelastungen, das Erleben von Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit sowie personengebundene Risikofaktoren wie etwa schwere psychische Störungen (Depression, bipolare Störung, Schizophrenie), chronische und terminale körperliche Erkrankungen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie das männliche Geschlecht. Neben personen- und krankheitsbezogenen Ursachen und Risikofaktoren haben auch das persönliche Umfeld (z. B. Arbeitslosigkeit, soziale Beziehungsmuster) sowie das Setting in der Psychiatrie einen Einfluss auf Suizide und Suizidversuche. Das Setting in der Psychiatrie ist in der Regel keine unmittelbare Ursache, denn diese liegt in den Patientinnen und Patienten selbst begründet, sondern stellt einen auslösenden Risikofaktor dar.

Basierend auf den Risikofaktoren für einen Suizid oder Suizidversuch während eines Psychiatrieaufenthalts oder kurz danach wurden verschiedene Verfahren und Instrumente einerseits zur Beurteilung des Suizidrisikos (*risk assessment*), andererseits zur Intervention bei erhöhtem Suizidrisiko (*risk management*) entwickelt. Im Rahmen der stationären psychiatrischen Versorgung gibt es derzeit keine ausreichende Evidenz dafür, dass ein Suizid bei vulnerablen Patientinnen und Patienten klinisch gut und sicher vorhersehbar ist. Dennoch erfordert die klinische Praxis eine kontinuierliche Einschätzung der Suizidalität bei psychiatrisch hospitalisierten Patientinnen und Patienten als Voraussetzung für eine adäquate Prävention, so dass sich unterschiedliche Instrumente und Tools etabliert haben, die das Suizidrisiko bzw. Risikopatientinnen und -patienten bewerten bzw. identifizieren und adäquate Präventions- sowie Interventionsmassnahmen anbieten. Erfolgreiche Massnahmen, die das Suizidrisiko reduzieren und Suizide verhindern können, sind beispielsweise *kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze* (CBT), die *dialektisch-behaviorale Therapie* (DBT), das *kurze Interventionsprogramm für Suizidversuche* (ASSIP) oder Formen von intensiver Beobachtung und Überwachung.

Résumé français

La problématique du suicide est particulièrement grave chez les personnes séjournant ou ayant séjourné en institution psychiatrique. En effet, le taux de suicide chez ces patients est environ dix à vingt fois plus élevé que dans le reste de la population. Entre 58 et 80 % de ces actes se produisent durant une sortie ordinaire, pendant les vacances ou lors d'une fugue. Ce taux est le plus élevé au cours de la première semaine suivant l'entrée en institution et de la première semaine suivant la sortie. La forte suicidalité constatée pendant ces périodes exige donc un travail considérable de la part des professionnels des domaines stationnaire et ambulatoire.

Afin d'aborder et de traiter cette problématique de manière préventive, la Fondation Dialog Ethik a, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, procédé à une étude approfondie de la littérature consacrée au suicide de patients psychiatriques. Cette recherche a permis d'analyser les aspects suivants : 1) défis posés au travail thérapeutique par le suicide ou la tentative de suicide, pendant ou après un séjour en institution ; 2) causes et facteurs de risque de tels actes pendant ces périodes ; 3) évaluation du risque suicidaire et mesures de prévention afin d'éviter le phénomène décrit ; 4) aspects éthiques à prendre en compte dans le contexte du suicide et des tentatives de suicide. À cet effet, 193 articles et contributions à des ouvrages scientifiques ont été évalués, et 34 autres consultés.

Sont à considérer comme principaux facteurs de risque de suicide ou de tentative de suicide pendant un séjour en unité psychiatrique : les tentatives de suicide antérieures, l'expression d'idées suicidaires, les prédispositions liées au contexte familial, le désespoir et la perte de l'estime de soi ainsi que des facteurs propres à l'individu tels que les troubles psychiques graves (dépression, bipolarité, schizophrénie), les maladies somatiques chroniques ou en phase terminale, et la dépendance à une drogue ou à l'alcool, les individus de sexe masculin étant également plus exposés. Outre des causes et des facteurs de risque liés à une maladie ou au patient lui-même, l'environnement social (par ex., chômage, relations sociales) ainsi que le contexte psychiatrique exercent aussi une influence sur le phénomène. Sans en être la cause directe – celle-ci étant liée à la personne elle-même –, le contexte des soins psychiatriques peut toutefois jouer un rôle déclencheur.

Sur la base des facteurs de risque identifiés, différentes méthodes et instruments ont été développés, d'une part pour évaluer le risque de suicide (*risk assessment*) et, d'autre part, pour intervenir lorsque celui-ci est élevé (*risk management*). À l'heure actuelle, on ne dispose pas de preuves suffisantes dans le cadre des soins psychiatriques stationnaires permettant d'affirmer qu'il est possible, cliniquement, de prévoir un suicide chez des patients vulnérables, et ce de manière certaine. Cependant, la pratique clinique exige de réaliser des estimations régulières de la suicidalité des patients hospitalisés en unité psychiatrique dans le but de mener une prévention adéquate ; différents instruments ont donc été développés pour évaluer le risque de suicide, identifier les patients à risque et proposer des mesures de prévention et d'intervention adéquates. Les *thérapies cognitivo-comportementales*, la *thérapie comportementale dialectique*, le programme d'intervention court *Attempted Suicide Short Intervention Program* (ASSIP) et d'autres formes d'observation et de surveillance intensives sont autant de mesures efficaces pour réduire le risque suicidaire et prévenir les tentatives.

Riassunto italiano

Il suicidio è un problema serio nei pazienti che sono ricoverati in una clinica psichiatrica o lo sono stati in passato. Il tasso di suicidio dei pazienti psichiatrici è all'incirca da dieci a venti volte superiore rispetto a quello della popolazione in generale. Tra il 58 e l'80 per cento di questi suicidi avviene durante una regolare uscita, una vacanza o un allontanamento non autorizzato. Questo tasso raggiunge il picco nella prima settimana dopo il ricovero e in quella successiva alla dimissione. La suicidalità acuta durante e dopo un ricovero richiede dunque un lavoro considerevole da parte dei professionisti dei settori stazionario e ambulatoriale.

Per affrontare e prevenire questo fenomeno, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha incaricato la fondazione Dialog Ethik di effettuare una ricerca sistematica della letteratura in materia e approfondire i seguenti aspetti: 1) sfide poste al lavoro psichiatrico dal suicidio o dal tentativo di suicidio durante e dopo un ricovero psichiatrico, 2) cause e fattori di rischio di suicidio e tentativi di suicidio durante e dopo un ricovero psichiatrico, 3) valutazione del rischio di suicidio e delle misure di prevenzione per impedire suicidi e tentativi di suicidio durante e dopo un ricovero psichiatrico stazionario, 4) aspetti etici correlati al suicidio e ai tentativi di suicidio. A tale scopo sono stati analizzati 193 articoli e contributi scientifici, oltre ai quali ne sono stati consultati altri 34.

Come fattori di rischio di suicidio o tentativo di suicidio durante un ricovero si annoverano soprattutto precedenti tentativi di suicidio, la manifestazione di pensieri suicidi, predisposizioni familiari, un senso di disperazione e di inutilità nonché fattori di rischio legati alla persona come gravi disturbi psichici (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia), malattie fisiche croniche o terminali, dipendenza da alcol e droghe o essere di sesso maschile. Oltre alle cause e ai fattori di rischio legati alla persona e alla malattia, anche il contesto personale (p. es. disoccupazione, modelli di relazioni sociali) e quello della struttura psichiatrica hanno un'influenza in tale ambito. In genere, il contesto della struttura psichiatrica non costituisce una causa diretta, che deriva invece dal paziente stesso, ma piuttosto un fattore di rischio scatenante.

Sulla base dei fattori di rischio di un suicidio o tentativo di suicidio durante e poco dopo un ricovero psichiatrico sono stati approntati diversi strumenti e metodi per valutare il rischio di suicidio (*risk assessment*) e per intervenire in caso di elevato rischio di suicidio (*risk management*). Nel quadro delle cure psichiatriche stazionarie non si dispone ancora di sufficienti prove scientifiche per affermare che un suicidio possa essere previsto con certezza clinica nei pazienti vulnerabili. Tuttavia, per i pazienti ricoverati in strutture psichiatriche la prassi clinica impone una valutazione sistematica della suicidalità come requisito indispensabile per un'adeguata prevenzione. Ciò ha permesso l'affermarsi di diversi strumenti in grado di identificare e valutare il rischio di suicidio o i pazienti a rischio e offrire misure di prevenzione e intervento appropriate. Quali misure efficaci per ridurre il rischio di suicidio o impedire i suicidi si annoverano la *terapia cognitivo comportamentale* (CBT), la *terapia dialettico comportamentale* (DBT), la *terapia breve dopo un tentato suicidio* (ASSIP) o forme di osservazione e monitoraggio intensive.

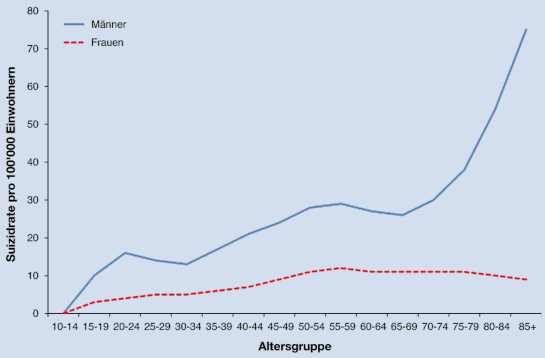
1 Einleitung

Unter **Suizidalität**, umgangssprachlich auch als *«Lebensmüdigkeit»* bezeichnet, ist ein bestimmter psychischer Zustand zu verstehen, der sich durch Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen charakterisieren lässt, die anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Phasen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen, den man als **Suizid** bezeichnet. Eine Absicht zum willentlich herbeigeführten eigenen Tod, ohne dass die Handlung erfolgreich ist – ob beabsichtigt oder nicht –, bezeichnet man als **Suizidversuch**. Für Suizidalität hat die psychiatrische Forschung der letzten Jahrzehnte unterschiedliche **Risikogruppen** definieren können (vgl. Infobox 1). Suizide bzw. Suizidversuche sind nicht nur in der Allgemeinbevölkerung ein ernstzunehmendes Problem, sondern auch während und nach einem *Psychiatrieaufenthalt*. Man spricht hier von sogenannten **Patienten- oder Kliniksuiziden** bzw. **stationäre Suiziden** [vgl. 221]. Begrifflich ist unter einem Patienten- oder Kliniksuizid – im Englischen als *«in-patient suicide»* bezeichnet – das Versterben einer Person infolge suizidaler Handlung als *Patient in einer Therapie* zu verstehen [226], wobei weniger der Ort entscheidend ist. Auch Suizide während eines Klinikaufenthalts, beim Verlassen des Klinikgeländes, während eines Urlaubsaufenthalts oder im Anschluss an einen Psychiatrieaufenthalt werden als Patienten- bzw. Kliniksuizid bezeichnet. Die Geschichte der Erforschung der Kliniksuizide reicht bis in die 1970er Jahre zurück [226]. Während eine Zunahme der Kliniksuizide für die 1970er- und 1980er-Jahre belegt ist – zumindest für Deutschland –, kann seit den 2000er-Jahren eine Abnahme der Kliniksuizidrate über einen Zeitraum von zehn Jahren festgestellt werden [185].

Infobox 1: Allgemeine Risikogruppen («high risk-groups») für Suizidalität

(Quelle: eigene Bearbeitung)

- Psychisch Kranke, vor allem mit einer depressiven, biopolaren oder schizophrenen Störung
- Menschen mit Suizidversuchen und Suizidgedanken in der Vorgeschichte
- Jüngere und v. a. ältere Männer mit einer psychischen Erkrankung (vgl. Abb. rechts)
- Menschen in schwierigen, belastenden, nicht erträglichen Lebenssituationen
- Menschen mit einer Suchterkrankung (Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit)
- Vereinsamte Menschen mit einer Depression



Suizidraten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt von 2008-2012 (Daten: Bundesamt für Statistik, 2014)

Verschiedene Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit der Thematik befasst [vgl. 2, 91, 111, 203, 207, 210, 215, 216]. Jährlich suizidieren sich – gemäss Untersuchungen aus der Schweiz [2] und Dänemark [111] – zwischen 78 und 187 Patienten bezogen auf 100'000 Aufnahmen. Somit ist die Suizidrate von Personen in psychiatrischen Einrichtungen etwa zehn- bis zwanzigmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen 58 bis 80 % der Suizide in der Zeit eines Psychiatrieaufenthalts erfolgen während eines regulären Ausgangs oder Urlaubs ausserhalb des Klinikgeländes [2]. Auch andere Studien gehen von ähnlichen Zahlen aus, wonach die Mehrzahl der stationären Suizide (53 bis 74 %) ausserhalb der psychiatrischen Einrichtung stattfindet, wenn die Patientin oder der Patient be-

urlaubt ist oder sich unerlaubt entfernt – wobei diese Prozentsätze von Suiziden bei Patientinnen und Patienten auf offenen Stationen über 90 % erreichen [94]. Gleichwohl bleibt auch der Anteil der auf dem Klinikgelände vollzogenen Suizide hoch. In der ersten Woche nach der Aufnahme und in der ersten Woche nach der Entlassung ist die Suizidrate am höchsten [207, 216]. Der Umgang mit hochakuter Suizidalität während und nach Klinikaufenthalten stellt somit eine grosse und belastende Anforderung an die therapeutische Arbeit in der stationären und ambulanten Behandlung dar.

Um die Problematik der Suizide und Suizidversuche während und nach Aufenthalten in der Psychiatrie aufzugreifen und präventiv vorzugehen, hat das **Bundesamt für Gesundheit (BAG)** im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention, ein entsprechendes Projekt initiiert. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit untersuchte die Stiftung Dialog Ethik im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche Phänomene im Zusammenhang mit Suiziden und Suizidversuchen während und kurz nach dem Aufenthalt in psychiatrischen Einrichtungen. Konkreter Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist eine *systematisierte Literaturanalyse zum Thema Suizide bzw. Suizidversuche* während und nach Psychiatrieaufenthalten. Die **Literaturrecherche und -auswertung** bezieht sich auf folgende Aspekte: 1) *Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit* im Zusammenhang mit Suiziden bzw. Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalten; 2) *Ursachen und Risikofaktoren von Suiziden bzw. Suizidversuchen* während und nach Psychiatrieaufenthalten inkl. besonders gefährdeter Patientengruppen und deren Identifikation; 3) *Einschätzung des Suizidrisikos*[1]*, Präventionsmassnahmen zur Verhinderung von Suiziden bzw. Suizidversuchen* während und nach einem stationären Psychiatrieaufenthalt; 4) *ethische Aspekte* im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuchen. Die leitende Forschungsfrage für die Literaturrecherche lautet: *Was sind die Ursachen und Risiken von Suiziden und Suizidversuchen während und nach stationären Psychiatrieaufenthalten und welche Präventionsmassnahmen gibt es aktuell bzw. welche Massnahmen werden empfohlen?*

[1] Unter einem Risikofaktor versteht man eine pathogene Bedingung, die in Bevölkerungsstudien bei der Untersuchung der Entstehungsbedingungen bestimmter Krankheiten statistisch gesichert wurde [157].

2 Methodik der Literaturrecherche

Zur Identifizierung relevanter Publikationen und zur Auseinandersetzung mit der Thematik von *Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalten* in der evidenzbasierten Fachliteratur erfolgte zunächst eine **orientierende Literaturrecherche**. In der anschliessenden **systematischen Literaturrecherche** über die Suchmaschinen *«Web of Science»* und *«Google Scholar»*[2] mittels klar definierter Stichworte, die u. a. über die orientierende Literaturrecherche definiert werden konnten, wurden Fachpublikationen aus dem Zeitraum von 2008 bis April 2018 identifiziert und ausgewertet.

2.1 Orientierende Literaturrecherche

Im Rahmen einer **orientierenden Literaturrecherche** wurde mit verschiedenen englischen und deutschen Stichworten nach relevanter Literatur zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Klinikaufenthalten gesucht. Ferner wurde – in Rücksprache mit Expertinnen und Experten aus der Stiftung Dialog Ethik – weitere Literatur konsultiert, die nicht über die Suchmaschinen ermittelt wurde (v. a. Monographien, Studien und Broschüren). Die orientierende Literaturrecherche diente der Eingrenzung und Präzisierung der späteren systematischen Recherche. Insgesamt wurden 57 Publikationen im Rahmen der orientierenden Recherche konsultiert (v. a. wissenschaftliche Fachartikel).

2.2 Systematische Literaturrecherche

Ausgehend von der Lektüre der in der orientierenden Recherche ermittelten Publikationen – und im Anschluss an eine intersubjektive Validierung im Team der Stiftung Dialog Ethik – konnte die **systematische Literaturrecherche** mit folgenden **Suchbegriffen auf Deutsch** präzisiert werden: *(Suizid* OR *Kliniksuizid* OR *Patientensuizid* OR *«institutioneller Suizid»* OR *«stationärer Suizid»)* AND *(Psychiatrie* OR *«psychiatrischer Patient»* OR *«stationärer Patient «)* AND *(Aufenthalt* OR *Eintritt* OR *Entlassung).* Zusätzlich wurden folgende **Suchbegriffe auf Englisch** verwendet: *(suicide* OR *«clinical suicide»* OR *«hospital suicide»* OR *«institutional suicide»* OR *«inpatient suicide»*) AND *(psychiatry* OR *«psychiatric patient»)* AND *(inpatient** OR *admittance* OR *discharge)*.

Nach Präzisierung der Begriffe wurde gezielt jene nationale wie auch internationale Fachliteratur gesucht, in der es um *«Patienten- bzw. Kliniksuizide»* und *Suizide während und unmittelbar nach Austritt aus der Klinik* (max. ein Jahr danach) geht. Zunächst erfolgte über die Suchmaschine *«Web of Science»* eine sehr umfassende Suche mittels des Stichwortes «Suizid» bzw. «suicide». Über diese Suche konnten zahlreiche Treffer generiert werden, die anschliessend durch Lesen von Titel, Abstract und Keywords eingegrenzt werden konnten. Anschliessend erfolgte über die Suchmaschine *«Google Scholar»* eine spezifische Suche nach Suiziden während und nach Klinikaufenthalten durch entsprechende Schlagwörter (vgl. oben). Die Ergebnisse beider Suchmaschinen wurden zusammengeführt.

Aufgrund inhaltlicher Vorgaben wurden folgende Artikel eingeschlossen: 1) suizidgefährdete erwachsene Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen Einrichtung; 2) Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychosozialen Behandlung; 3) Suizidprävention während und nach stationärem Psychiatrieaufenthalt. Ausgeschlossen wurde Literatur der Kinder und Jugendpsychiatrie, ebenso Literatur im Zusammenhang mit Suiziden in militärisch-psychiatrischen Einrichtungen infolge posttraumatischer Belastungsstörungen – beispielsweise als Folge eines Kriegseinsatzes –, ausserdem

[2] Über die Suchmaschine *«Google Scholar»* wird auch Literatur erfasst, die über die fachlich relevanten Suchmaschinen *«PsycINFO»* und *«PubMed»* recherchiert werden können.

Literatur, die sich aussschliesslich mit pharmakologischen Wirksamkeitsstudien befasst.

Im Rahmen der freien, orientierenden Literaturrecherche waren drei **Überblicksartikel** aus den Jahren 2005, 2007 und 2010 für die Forschungsfrage besonders aufschlussreich und gaben eine gute Zusammenfassung des zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands [vgl. 15, 200, 202]. Da mit diesen Artikeln bereits fundierte, systematische Literaturstudien zum Thema *«inpatient suicide»* bzw. *«Kliniksuizide»* vorliegen, wurde die systematische Literaturrecherche auf den **Zeitraum von 1. Januar 2008 bis 1. März 2018** begrenzt, um den aktuellen Kenntnisstand abzubilden. Die systematische Recherche wurde auf *wissenschaftliche Artikel* («*Research Article*» und «*Review Article*») und *Sammelbandbeiträge* eingeschränkt. *Monographien* wurden ausgeschlossen, ebenso *Reports*, *Studien*, *Tagungsbände* und *Dissertationen*.

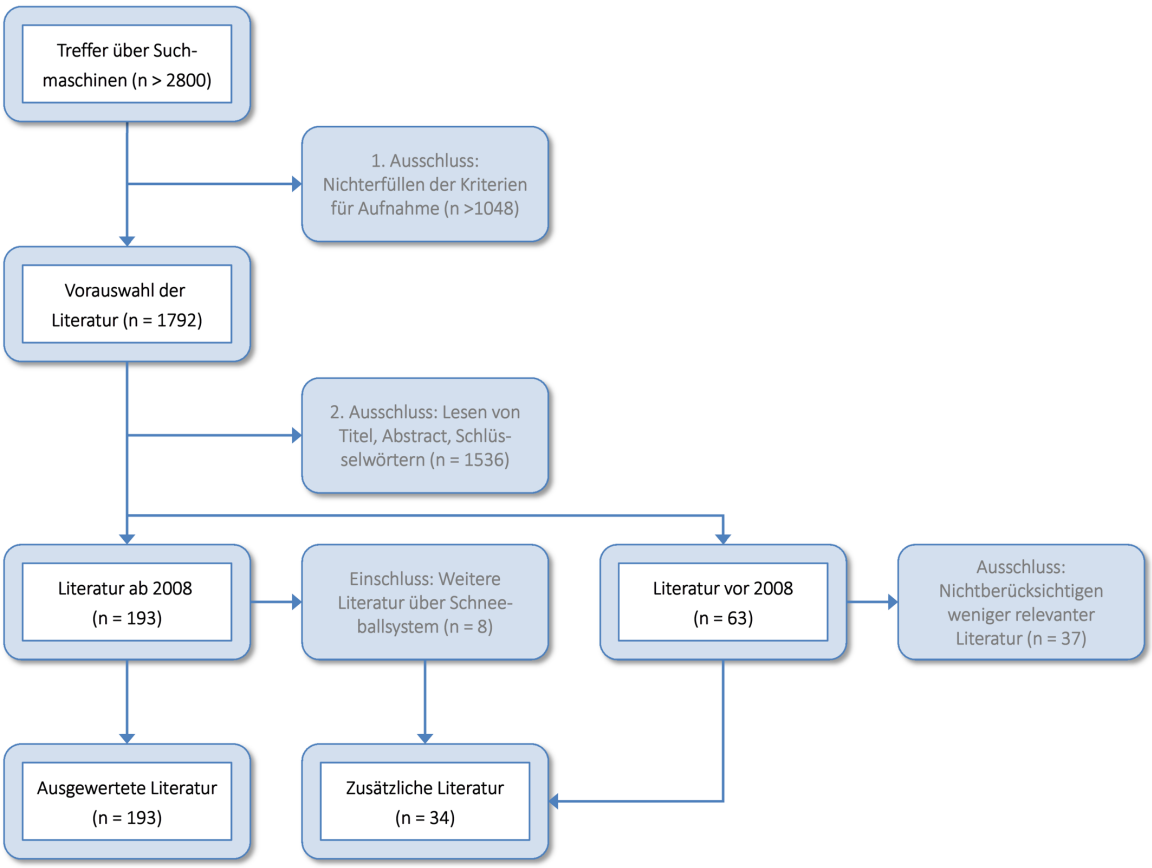


Abb. 1: Vorgehen bei der Auswahl der Literatur für die finale Auswertung

Aus der umfangreichen Trefferliste wurde durch das Lesen von Titel, Abstract und Keywords gemäss der oben definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien folgende Auswahl getroffen: Insgesamt konnten *193 Artikel und Sammelbandbeiträge* als relevant zugeordnet werden, die **nach 2008 erschienen** sind. Weitere vorausgewählte *34 Artikel und Sammelbandbeiträge*, die **vor 2008 erschienen** sind, sowie einzelne *Berichte (Reports)* wurden nicht systematisch ausgewertet, aber ebenfalls gelesen und im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse dieser Studie in Kap. 4 teilweise berücksichtigt. In Kap. 5 im Literaturverzeichnis ist eine Übersicht aller berücksichtigten Publikationen dieser Studie zu finden (insgesamt n = 227). Eine Übersicht über den Auswahlprozess der relevanten Literatur zeigt Abb. 1.

3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Suizid und Suizidversuch im stationären und unmittelbaren poststationären Bereich sind mit schweren Leiden, Hoffnungslosigkeit, Isolation und Verzweiflung verbunden und stellen sowohl für betreuende Ärztinnen bzw. Ärzte, für Pflegekräfte wie auch für Angehörige eine schwere Belastung dar. Im Zusammenhang mit akuter Suizidalität sind eine adäquate Einschätzung des Suizidrisikos sowie zielführende Präventions- und Interventionsmassnahmen daher sehr entscheidend. Die Einschätzung des Suizidrisikos, die Pflege und Betreuung suizidaler Patientinnen und Patienten und das Bewältigen von Suiziden gehören jedoch zu den schwierigsten zwischenmenschenschlichen und fachlichen Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit. Die folgenden Ergebnisse geben einen Überblick über 1) *fachliche Herausforderungen* in der psychiatrischen Arbeit im Zusammenhang mit Suiziden bzw. Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalten, 2) *Ursachen und Risikofaktoren von Suiziden bzw. Suizidversuchen* während und nach Psychiatrieaufenthalt, 3) *präventive Massnahmen* zur Verhinderung von Suiziden oder Gefahren der Selbstschädigung sowie 4) *ethische Aspekte* im Zusammenhang mit akuter Suizidalität im Rahmen des Psychiatrieaufenthalts.

3.1 Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit

Der Umgang mit chronischer Suizidalität und Suizidversuchen ist sowohl bei stationären Patientinnen und Patienten als auch während und kurz nach der Entlassung für alle Beteiligten sehr belastend, weil es schwierig ist, einen Suizid kurzfristig vorherzusagen [83]. Tendenziell werden Suizide ohne vorherige Warnsignale vollzogen [172]. Rund ein Drittel der Suizide bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie tritt nach der Aufnahme oder innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung auf [23]. Eine **Vorgeschichte mit Suizidversuchen** und das **Äussern von Suizidgedanken** erhöhen laut der Mehrzahl der Studien signifikant die tatsächliche Suizidgefahr [3, 35, 41, 62, 82, 146]. Es gibt einen direkten Bezug zwischen Suizidversuchen und suizidalen Gedanken [3]. Neben Kenntnissen zu psychosozialen Stressoren ist auch medizinisches Fachwissen zu körperlicher Gesundheit notwendig, weil Stressoren wie chronischer Schmerz (*«Total Pain»*) sowie unheilbare physische Krankheiten und Herz-Kreislauferkrankungen das Suizidrisiko erhöhen [45]. Zur gefährdeten Patientengruppe zählen auch diejenigen Personen, welche unter schweren Depressionen bzw. unter bipolaren Störungen und Krankheitsbildern wie Schizophrenie und Suchtkrankheiten leiden [9, 34, 65, 94].

3.2 Ursachen und Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche

Als Risikofaktoren für eine erhöhte Suizidalität während eines Klinikaufenthaltes gelten frühere Suizidversuche, familiäre Vorbelastungen bzw. Vorgeschichten, Depressivität und schwere psychische Erkrankungen sowie das Erleben von Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit [2, 91]. Hinsichtlich eines erhöhten Risikos werden verschiedene Patientengruppen und Krankheitsbilder unterschieden: Schizophrene Patientinnen und Patienten mit einer gleichzeitigen depressiven Verstimmung sowie Patientinnen und Patienten mit einer schweren affektiven Störung zeigen eine stark erhöhte Suizidalität während und nach Psychiatrieaufenthalten [91]. Neben diesen krankheitsbezogenen Ursachen und Risikofaktoren haben auch das persönliche Umfeld sowie das Setting in der Psychiatrie einen Einfluss auf Suizide und Suizidversuche. Das Setting in der Psychiatrie ist in der Regel keine unmittelbare Ursache, denn diese liegt in den Patientinnen und Patienten begründet, sondern stellt einen auslösenden Risikofaktor dar (beispielsweise infolge von Stress oder Druck). Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Ursachen und Risikofaktoren beschrieben.

3.2.1 Physische und psychische Risikofaktoren

Psychische Erkrankung: Häufigste Ursache und stärkster Risikofaktor für einen stationären Suizid oder poststationären Suizid nach der Entlassung ist eine psychische Erkrankung [23, 29, 66, 91, 99, 117, 122, 124, 128, 133, 161, 172, 175]. Eine Problematik besteht deshalb, weil der Suizid tendenziell ohne vorherige Warnsignale vollzogen werden kann [83, 172]. Rund ein Drittel der Suizide bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose *Schizophrenie* tritt mit der Aufnahme oder innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung auf, zwei Drittel zu einem anderen Zeitpunkt während des Aufenthalts bzw. nach der Entlassung [23]. Affektive Störungen wie eine *bipolare Störung* (*Bipolar Disorder*) oder eine *depressive Störung* (*Major Depressive Disorder*, MDD) erhöhen signifikant die Wahrscheinlichkeit eines stationären Suizids [35, 45, 49, 72, 89, 91, 100, 103, 122, 161, 173]. Bei der Komorbidität einer *bipolaren* oder *depressiven Störung* (MDD) mit einer *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (*Borderline Personality Disorder*, BPD) gilt das Suizidrisiko als stark erhöht [192]. Bei einer bipolaren Störung ist in depressiven Phasen das Suizidrisiko am höchsten, obwohl auch während gemischten Episoden ein ebenfalls erhöhtes Suizidrisiko besteht [155]. Nach der Entlassung ist das Suizidrisiko bei einer depressiven Störung sehr hoch, sinkt dann aber schnell ab; bei depressiv-manischer Störungen ist das Risiko geringer, in manischen Phasen am geringsten [40, 72]. In den letzten Jahren – so eine Studie aus Deutschland – besteht der Eindruck, dass es bei Kliniksuiziden eine Verschiebung hin zu Depressionen und weg von Schizophrenie gibt [186]. Die Gründe hierfür sind Gegenstand der aktuellen Forschung [44].

Physische Erkrankung: Die generelle Suizidgefahr ist häufig infolge einer schweren physischen oder chronischen Krankheit erhöht [105], insbesondere bei *lebensbedrohlichen Erkrankungen* sowie jenen mit funktionalen Einschränkungen basaler Alltagsaktivitäten wie Krebs oder Parkinson [54, 71]. Häufig wird eine Depression als Folge onkologischer Erkrankungen nicht erkannt [71]. Während der Behandlung in der Psychiatrie aufgrund einer psychischen Erkrankung sollte daher ebenfalls eine mögliche physische Erkrankung berücksichtigt werden. Auch bei *chronischen Schmerz-* [45] und *suchtkranken Patientinnen und Patienten* mit Alkohol- oder Drogenproblemen ist das Risiko während des Klinikaufenthaltes erhöht [40]. Chronische, langandauernde Erkrankungen wie Krebs können bei einer affektiven Störung wie Schizophrenie als Komorbidität das Suizidrisiko deutlich erhöhen [175].

Drogen- und Alkoholmissbrauch: Ein erhöhtes stationäres Suizidrisiko – wie auch ein erhöhtes allgemeines Suizidrisiko – liegt bei einem Drogen- und Alkoholmissbrauch vor bzw. der Missbrauch kann Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein oder tritt als Komorbidität auf [52, 94, 118, 142, 157, 161]. In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass allgemein bei Personen mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ein sechsfach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber der Gesamtbevölkerung besteht, wobei das Suizidrisiko bei Frauen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit sogar 17-fach erhöht ist [vgl. Studien in 157]. Im klinischen Setting sind Suchterkrankungen beispielsweise als Komorbidität etwa von depressiven Störungen anzutreffen [157]. Im Vergleich zu Suiziden bei einer psychischen Erkrankung suizidieren sich Personen mit einer Suchtproblematik erst später während des Krankheitsverlaufs [157]. Eine chinesische Studie zeigte, dass bei stationären Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Schizophrenie und suizidalem Verhalten signifikant mehr Personen rauchen und eine Nikotinabhängigkeit aufweisen als eine Kontrollgruppe [193].

Familiäre Prädisposition: Ein erhöhtes stationäres Suizidrisiko – ebenso wie ein allgemein erhöhtes Suizidrisiko – besteht nach Aussage einiger Studie auch für Personen mit einer familiäre Prädisposition bzw. einer familiären Vorgeschichte mit Suiziden oder Suizidversuchen [91, 94], einer familiären Vorgeschichte mit affektiven Störungen (wie Depression oder Schizophrenie) oder mit Alkohol- und Drogenmissbrauch [40, 50]. Auch genetische Faktoren können hier eine Rolle spielen [50].

Suizidale Vorgeschichte: Eine *Vorgeschichte mit Suizidversuchen* und das *Äussern von Suizidgedanken* erhöhen laut einer Mehrzahl der untersuchten Studien signifikant die tatsächliche Suizidgefahr und gelten als eindeutiger Indikator vor allem für die Einschätzung des Suizidrisikos [3, 35, 37, 41, 49, 62, 82, 166]. Es gibt einen direkten Bezug zwischen Suizidversuchen und suizidalen Gedanken: Schwerwiegende Suizidgedanken treten bei Patientinnen und Patienten mit Suizidversuchen deutlich früher auf als bei denjenigen ohne Suizidversuche [3]. Ebenso kann eine Vorgeschichte mit selbstverletzendem Verhalten das Suizidrisiko im stationären Setting erhöhen [37, 91]. Auch ein *Gefühl der Hoffnungslosigkeit* gilt als Risikofaktor für einen Suizid – insbesondere bei Personen mit vorherigen Suizidversuchen [12, 20, 32, 34, 41, 45, 57, 63, 94, 103, 113].

Geschlecht: Einige Studien weisen darauf hin, dass Männer eher einen Suizid während der Hospitalisierung vollziehen [113, 132, 134], insbesondere beim Vorliegen zusätzlicher *affektiver Störungen* [72] und der Komorbidität mit einer *Alkohol- oder Drogenabhängigkeit* [173]. Einzelne Studien sprechen davon, dass Männer zwar häufiger als Frauen einen Suizid während der Hospitalisierung begehen, jedoch ist der Anteil bei Männern ohne Hospitalisierung bzw. in der Allgemeinbevölkerung noch höher als derjenige der Frauen [28, 111]. Vor allem junge Männer mit Schizophrenie sind häufiger von einem Suizid betroffen [186]. Einzelne Studien weisen im Gegensatz zu den vorangehenden Studien darauf hin, dass in Hochsicherheitskliniken das Risiko für einen Suizid bei Frauen während des Psychiatrieaufenthalts höher ist als bei Männer und nach der Entlassung hoch bleibt [78, 99], bei Männern steigt das Risiko nach Entlassung analog zu dem der Frauen an [78]. Bei Frauen mit Schizophrenie und mit Persönlichkeitsstörungen, nach mehreren Suizidversuchen und stationären Aufenthalten und zusätzlicher Psychopharmakaresistenz ist das Suizidrisiko ebenfalls signifikant erhöht [127].

Alter: Das Risiko für einen Suizid im stationären Setting ist gemäss einzelner Studien bei jungen Leuten unter 25 Jahren erhöht [35, 133, 168], insbesondere bei jungen Frauen [133]. Suizidversuche im Vorfeld einer stationären Aufnahme wurden signifikant seltener bei der Aufnahme älterer als bei der Aufnahme jüngerer Patienten dokumentiert [128]. Eine affektive oder schizophrene Erkrankung in jungen Jahren erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Kliniksuizid [99]. Eine Studie zeigt jedoch, dass Erwachsene im Alter zwischen 45 bis 64 Jahren ein erhöhtes Risiko für einen Kliniksuizid haben [132]. Mögliche Prädiktoren sind eine Vorgeschichte mit selbstschädigendem Verhalten, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, depressive Verstimmungen, familiäre Dispositionen und Suizidgedanken [91].

3.2.2 Versorgungs- und Betreuungsbedingungen

Allgemeine Versorgungsbedingungen: Das Risiko für einen Suizid oder einen Suizidversuch wird durch die allgemeinen Versorgungsbedingungen während der stationären Unterbringung bzw. dem Klima in der Psychiatrie beeinflusst. *Mangelende Intensivbetreuung* besonders gefährdeter Patientinnen und Patienten, eine *Fehleinschätzung des Suizidrisikos* durch das Behandlungsteam oder eine *ungenügende Kommunikation* innerhalb des Behandlungsteams [64, 137] können das Risiko für einen Suizid oder Suizidversuch erhöhen. Die Beziehungs- und Betreuungsaspekte zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder dem Pflegepersonal gelten als wichtiger Einflussfaktor [30]. Schnelle *Veränderungen der psychosozialen Angebote* während des Aufenthalts [146], negative *Umgebungsfaktoren auf einer Station*, ein nicht ausreichender oder therapieunwirksamer *Kontakt zum Behandlungsteam* sowie fehlende adäquate professionelle *Betreuung unmittelbar nach der Entlassung* [94] können das Risiko für einen Suizid oder einen Suizidversuch ebenfalls erhöhen.

Medikamentöse Behandlung und Psychopharmaka:[3] Zwar kann mit dem Einsatz von Psychopharmaka das Suizidrisiko erfolgreich verringert werden – wie dies etwa der Einsatz von Antidepressiva bei schweren Depressionen zeigt [53, 72] –, jedoch kann eine falsche Dosierung – etwa eine Unter- oder Überdosierungen mit Antipsychotika [38, 122] –, eine falsche medikamentöse Behandlung aufgrund einer Fehldiagnose oder direkte Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten [125, 156] das Suizidrisiko erhöhen. In einer psychopharmakologischen Studie aus Deutschland konnten jedoch nur 7.8 % der stationären Suizide als mögliche oder wahrscheinliche Folge der Psychopharmakotherapie angesehen werden [122]. Es wird empfohlen, dass eine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka immer in eine Gesamttherapie eingebunden werden sollte [53].

Zugang zu Suizidmitteln: Der Zugang zum Inventar oder zu Gegenständen in der Psychiatrie, die als Suizidwerkzeuge missbraucht werden können – wie etwa der Missbrauch scharfer Werkzeuge zum Aufschneiden der Pulsadern oder von Halterungen im Bad zum Erhängen –, sowie der unkontrollierte Zugang zu grösseren Wasserflächen, Schienen oder Strassen nahe des Psychiatriegeländes können Patientinnen und Patienten zum Suizid verleiten und daher gefährden [38, 50, 149, 155].

Häufigkeit und Dauer des Klinikaufenthalts: Häufigkeit und Dauer eines Psychiatrieaufenthalts können das Suizidrisiko erhöhen. Eine Vorgeschichte mit bereits mehrfachen Einweisungen erhöht das Risiko [94]. So korreliert ein höheres Risiko eher mit einer *kürzeren stationären Aufenthaltsdauer* [82, 94, 100, 174]. Vor allem unmittelbar nach der Entlassung wird der Suizid vollzogen. Andere Studien sprechen jedoch von einem erhöhten Risiko bei einer *längeren Aufenthaltsdauer* in der Psychiatrie [94]. Die Datenlage ist hier nicht eindeutig und von unterschiedlichen Faktoren abhängig.

Zeitpunkt nach Einweisung: Die vulnerable Phase für Suizide und Suizidversuche ist vor allem die erste Woche nach der Einweisung in die Psychiatrie. Prädiktoren für einen Suizid oder Suizidversuch kurz nach Einweisung sind 1) Vorliegen einer suizidalen Personenanamnese, 2) Suizidversuch kurz vor der Einlieferung, 3) Diagnose einer Schizophrenie oder affektiven Störung, 4) Zwangseinweisung in die Psychiatrie, 5) Alleinlebende sowie 6) unerlaubtes Verlassen des Klinikgeländes [117].

Zeitpunkt nach Entlassung: Die vulnerable Phase für Suizide und Suizidversuche sind v. a. die ersten zwei Wochen nach Entlassung. In einer Studie mit US-Veteranen in einer Psychiatrie passierten 40 % der Suizide innerhalb der ersten 24 Stunden nach Entlassung, 67 % der Suizide passierten innerhalb der ersten 72 Stunden und sogar 80 % innerhalb der ersten vier Tage nach Entlassung aus der Psychiatrie [143]. Prädiktoren für einen Suizid oder Suizidversuch nach Entlassung sind 1) Suizidgedanken oder Suizidversuch, 2) Beziehungsprobleme, 3) beruflicher Stress oder Arbeitsplatzverlust, 4) Alleinlebende, 5) Entlassung auf eigenen Wunsch hin sowie 6) Mangel an professioneller ambulanter Nachbetreuung [94, 117]. Das Risiko für einen Suizid oder Suizidversuch nach der Entlassung wird insbesondere bei Schizophrenie und bei Komorbiditäten (etwa Drogenabhängigkeit) als besonders hoch eingestuft [23, 175]. Einem höheren Risiko ausgesetzt sind auch alleinlebende Personen, jene mit chronischem und rezidivierendem Krankheitsverlauf, Personen nach Suizidversuchen oder selbstverletzendem Verhalten und mit erhöhter Ungewissheit und Zukunftsangst [27, 174]. Ein höheres Risiko ergibt sich vor allem durch eine ungeplante und unvorbereitete Entlassung [2, 90], insbesondere bei einer Entlassung auf eigenen Wunsch hin [101]. Eine taiwanesische Studie zeigte etwa, dass das Suizidrisiko bei Patientinnen und Patienten, die auf eigenen Wunsch hin entlassen wurden, 2.85-mal höher war als bei Patientinnen und Patienten, die auf ärztliche Anweisung hin entlassen wurden [101].

[3] Trotz des Ausschlusses von Artikeln, bei denen es sich ausschliesslich um pharmakologische Studien handelt, wurden einige Artikel aufgenommen, die die Frage der medikamentösen Therapie im Zusammenhang mit Kliniksuiziden behandelten, sofern hier das Thema der Kliniksuizide als solches und medikamentöse Behandlung als Teil einer Therapie angesprochen wurden.

3.2.3 Umweltbedingte Risikofaktoren

Persönliche Beziehungsaspekte: Gemäss mehrerer Studien erhöhen Beziehungsschwierigkeiten oder fehlende Ansprechpersonen nach einer Entlassung (v. a. bei alleinstehenden Personen) das Suizidrisiko [97, 117, 156, 157, 174]. Insgesamt sind Menschen mit instabilen Bindungen einem höheren Risiko für suizidales Verhalten ausgesetzt [97]. Fehlende soziale Unterstützung und unwirksame Beziehungen zu Familienmitgliedern können ebenfalls mögliche Ursachen für einen stationären Suizid sein [30], ebenso soziale Isolation und Einsamkeit nach der Entlassung [156]. Fördernde soziale Beziehungen, Verantwortungsgefühl gegenüber Familie und Kindern, aber auch Religiosität und externe soziale Unterstützung können das Suizidrisiko hingegen vermindern [50].

Berufliche Situation: Beruflicher Stress oder Arbeitsplatzverlust [104, 117, 157, 174, 179] können das Risiko für einen Suizid oder einen Suizidversuch erhöhen. Auch Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Arbeitslosigkeit infolge einer physischen Erkrankung kann den Suizid während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik begünstigen [65, 180]. Arbeitslosigkeit kann, da eine soziale Position im Leben verloren gegangen ist, als stressig und stigmatisierend empfunden werden, was das Suizidrisiko allgemein wie auch im stationären Aufenthalt erhöht [104]. Durch das Erleben von Arbeitslosigkeit steigt gleichzeitig das Risiko der Isolation [104], was die Suizidwahrscheinlichkeit zusätzlich erhöht. Das Suizidrisiko durch Arbeitslosigkeit und Isolation erhöht sich bei Patientinnen und Patienten in einer Psychiatrie vor allem für die Zeit nach der Entlassung [187], weniger für die Zeit des Aufenthalts.

3.3 Präventive Massnahmen zur Verhinderung von Suiziden und Suizidversuchen

Basierend auf den Risikofaktoren und Ursachen für einen Suizidversuch bzw. einen Suizid wurden Verfahren und Instrumente einerseits zur *Beurteilung des Suizidrisikos* (risk assessment), andererseits zur *Intervention bei erhöhtem Suizidrisiko* (risk management) entwickelt. Im Rahmen der stationären psychiatrischen Versorgung gibt es derzeit keine Evidenz dafür, dass ein Suizid bei vulnerablen Patientinnen und Patienten klinisch gut und sicher – vor allem nicht kurzfristig – vorhersehbar ist. Die klinische Praxis erfordert jedoch eine kontinuierliche Einschätzung der Suizidalität bei psychiatrisch hospitalisierten Patientinnen und Patienten als Voraussetzung für eine adäquate Prävention [37, 57].

Einschätzung des Suizidrisikos: Aufgrund der Kenntnis personenbezogener Risikofaktoren für einen Suizid oder Suizidversuch ist es möglich, die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid einzuschätzen, um präventiv bzw. interventiv vorzugehen. *Einschätzungsinstrumente* und *Verhaltensprotokolle* sind zusätzlich wichtige Hilfsmittel zur professionellen und achtsamen Einschätzung des Suizidrisikos [6, 8, 33, 34, 65, 71, 138, 147, 152, 160, 161, 165, 168]. Gefährdete Patientinnen und Patienten bedürfen einer kontinuierlichen Bewertung und systematischen Dokumentation ihrer Suizidalität [94, 105, 150, 180]. Die Risikobewertung der Suizidalität sollte sowohl *allgemeine Risikofaktoren* (vgl. Kap. 3.2.) als auch aktuelle *psychische Stimmungszustände* berücksichtigen [67]. Neben der Beurteilung *beobachtbarer Verhaltensweisen* sind auch die *Vorgeschichte mit Suizidversuchen* oder *selbstschädigendem Verhalten* und das *Äussern von Suizidgedanken* für die Risikoabschätzung massgebend [34]. Wichtiges Instrument zur Einschätzung des Suizidrisikos ist die *Beurteilung von Suizidgedanken* [62]. Um die Ernsthaftigkeit geäusserter Suizidgedanken zu prüfen, werden im klinischen Alltag 1) die Absicht, der Plan und die Mittel für den geplanten Suizid, 2) die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, 3) frühere Suizidversuche und 4) und das Vorhandensein von komorbiden psychiatrischen Erkrankungen oder Drogenabhängigkeit bewertet [130]. In der untersuchten Literatur wird u. a. betont, dass Personen mit akuter Suizidalität und mehrfachen Suizidversuchen eine eigene, spezifische Patientengruppe repräsentieren

und entsprechend zu behandeln sind [49].

Instrumente zur Einschätzung des Suizidrisikos: Zahlreiche Verfahren zur Risikobewertung werden in der untersuchten Literatur diskutiert [8, 34, 53, 57, 108, 147, 161]. So wird beispielsweise das Verfahren *«Chronological Assessment of Suicide Events»* (CASE), das u. a. auf der Äusserung von Suizidgedanken beruht, als praktikables Befragungsinstrument vorgestellt, insbesondere für unter besonderer Beobachtung stehende suizidale Patientinnen und Patienten (*«guarded suicidal patient»*) [vgl. zitierte Studie in 161]. Jedoch wird gleichzeitig hinterfragt, inwieweit Patientinnen und Patienten ihre Suizidgedanken, -absichten oder -pläne bewusst vor dem Behandlungsteam verbergen [161]. Eine andere Studie empfiehlt das Tool der *«Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage»* (SAFE-T) als ein pragmatisches, mehrdimensionales Bewertungsinstrument, das die bekanntesten Risiko- und Schutzfaktoren für Suizide berücksichtigt [53]. Der *«Life-Death Implicit Association Test»* (IAT) wird als eine mögliche Ergänzung zu expliziten Messverfahren des Suizidrisikos gesehen [34]. Für die Beurteilung der Möglichkeit eines unmittelbar bevorstehenden Suizids wurde das Tool *«Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide»* (MARIS) entwickelt, das insbesondere für die Zeit nach einer Entlassung als adäquates Instrument angesehen wird und modulare Ansätze zur Suizidrisikobewertung unterstützt [57]. Als ein geeignetes Instrument vor allem für die ersten sechs Monate nach der Entlassung wird ausserdem die *«Columbia-Suicide Severity Rating Scale»* (C-SSRS) für die Risikobewertung von Suiziden diskutiert [108]. Obwohl die Literatur die unzureichende Evidenz bezüglich bestimmter Bewertungsinstrumente bemängelt [57] bzw. Unsicherheit herrscht, inwieweit Patientinnen und Patienten sinnvoll nach dem Suizidrisiko differenziert werden können [87], werden die Instrumente der Risikobewertung in der Praxis als Massnahme zur Verhinderung von Selbstgefährdung und Suiziden eingesetzt.

Risiko- und Suizidmanagement: Aufbauend auf einer Beurteilung des Suizidrisikos werden Interventions- und Therapieverfahrungen zur kurz-, mittel- und langfristigen Minimierung des Suizidrisikos durchgeführt, die in der Literatur unterschiedlich diskutiert und mit verschiedenen Ansätze umgesetzt werden [z. B. 8, 23, 27, 32, 33, 48, 55, 74, 109, 145, 155, 160]. Die durchgeführten Interventions- und Therapieverfahrungen werden unter dem Namen *Risiko-* bzw. *Suizidmanagement* geführt und umfassen sowohl medizinische Behandlungen als auch psychosoziale Interventionen [23]. Zahlreiche Ansätze des Suizidmanagements sind in spezifische *Psychotherapieverfahren* eingebunden oder betreffen die vulnerable Phase der *Entlassungsplanung*, d. h. den Übergang von stationär zu ambulant.[4] Der Erfolg der derzeit praktizierten Verfahren wird in der untersuchten Literatur teilweise kritisch gesehen, und zwar deshalb, weil sich einzelne Suizide nur schwer vorhersagen lassen und praktizierte Interventionsansätze sich insofern nicht als nützlich erwiesen haben [23].

Instrumente des Risiko- und Suizidmanagements: In der Literatur werden verschiedene Interventionsverfahren diskutiert, beispielsweise das in den USA etablierte *«Joint Commission's Patient Safety System»* [109], das *«Collaborative Assessment and Management of Suicidality»* (CAMS) [32, 33] oder das in der Schweiz entwickelte *«Attempted Suicide Short Intervention Program»* (ASSIP) [55]. Für das Interventionsverfahren *«Collaborative Assessment and Management of Suicidality»* (CAMS) konnte eine deutliche Besserung des suizidalen Verhaltens im Vergleich zu einer Kontrollgruppe festgestellt werden [33], was für eine individuelle, suizidspezifische Intervention spricht [32, 33]. Das *«Attempted Suicide Short Intervention Program»* (ASSIP) beruht auf einem patientenzentrierten Modell des Suizidverhaltens und setzt auf eine frühzeitige therapeutische Unterstützung [55]. In einer randomisierten Kontrollstudie wurde gezeigt, dass Patientinnen und Patienten durch dieses Verfahren weniger Suizid-

[4] Spezifische Aspekte des Suizidmanagements hinsichtlich Therapie und Entlassung werden nachfolgend unter den Punkten *«Therapiemanagement»* und *«Entlassungsmanagement»* aufgeführt und diskutiert.

versuche aufwiesen und bei künftigen Psychiatrieaufenthalten schneller entlassen wurden [55].

Therapiemanagement: Das aktive Mitwirken der Betroffenen am Genesungsprozess und das Einhalten gemeinsam vereinbarter Therapiepläne (*Adhärenz*) ist ein entscheidender Faktor, um das Suizidrisiko zu senken [52, 72]. Bei Patientinnen und Patienten mit einer mangelnden Bereitschaft, sich an die medikamentöse Verordnung zu halten, ist das Suizidrisiko deutlich erhöht [102]. Neben der medikamentösen Therapie [37, 53] sind auch die psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen ein wichtiges Mittel zur Suizidprävention [48, 122]. Für die Behandlung suizidaler Patientinnen und Patienten konnte eine US-amerikanische Studie die positiven Effekte der etablierten kognitiven Verhaltenstherapie (*«Cognitive Behavior Therapy»*, CBT) als eine evidenzbasierte, psychotherapeutische Intervention belegen [48], die für die stationäre Arbeit und die Zeit nach der Entlassung unter dem Namen *«Post-Admission Cognitive Therapy»* (PACT) angepasst wurde [48]. Speziell für suizidale Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Störung wurde die *«Dialectical Behavior Therapy»* (DBT) entwickelt, womit suizidales Verhalten effektiv verringert werden konnte [32, 37, 48, 141].

Entlassungsmanagement: Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Im Rahmen des *Entlassungsmanagements* werden deshalb ein frühzeitiges und systematisches Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschliessende Evaluation als eine wirksame Präventionsmassnahme empfohlen [20, 141]. Der *nachstationäre Kontakt* zu den Betroffenen nach einem Suizidversuch kann ebenfalls positiv zur Suizidprävention beitragen [90, 94]. Beispielsweise kann die Beziehung zum Behandlungsteam nach dem Klinikaustritt durch telefonische oder briefliche Kontakte aufrechterhalten werden [36]. Unterstützungsorientierende Interventionen nach Entlassung sind zudem geplante ärztliche Besuche, Textnachrichten, E-Mails oder Postkarten [11, 27, 136]. Hilfreich sind ausserdem eine intensive und frühzeitige Gemeinschaftskontrolle im ambulanten Setting [67, 136]: Insbesondere für diejenigen, welche sich selber entlassen haben, kann diese protektive Massnahme Suizide verringern [67]. Auch die ambulanten psychosozialen Dienste, die einen verbesserten Informationsfluss zwischen primärer und sekundärer Versorgung sicherstellen, fördern die interdisziplinäre Kommunikation und ermöglichen den Einbezug der direkten Angehörigen [20, 31, 64, 116]. Der Einbezug der Angehörigen während des Entlassungsprozesses erhöht die Compliance nach einem Suizidversuch [10]. Auch der *Care-Programm Approach* innert zwei Wochen nach Entlassung wird insbesondere bei geriatrischen Krankheitsbildern mit selbstschädigendem Verhalten empfohlen [13]. Die Behandlung krankheitsinduzierter Symptome und das Erlernen von Konflikt- und Problemlösungsstrategien ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Entlassung aus der Psychiatrie [2, 20]. Gleichzeitig soll nach der Entlassung aus der Psychiatrie situativ die familiäre Unterstützung von Patientinnen und Patienten gefördert werden, um eine bessere Nachbetreuung zu gewährleisten [27, 114, 116, 117]. Insbesondere in sozial benachteiligten Einzugsgebieten kann durch *ambulante psychosoziale Dienste* die Suizidrate gesenkt werden [183].

Beobachtung von Risikogruppen: Die ausgewertete Literatur empfiehlt als effektive Präventionsmassnahme mehrheitlich, Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Einschätzung ihres Suizidrisikos als besonders gefährdet gelten, zu beobachten und zu überwachen [vgl. 16, 38, 66, 94, 167, 170, 181]. Dabei ist zwischen *intermittierender* und *Dauerbeobachtung* zu unterscheiden [167]. *Intermittierende Beobachtungen* werden während der pflegerischen Handlungen empfohlen (beispielsweise bei der Medikamentenabgabe, während Routineaktivitäten, als sorgfältiger Zimmer-, Badezimmer- und Toilettencheck und als Beachten ausserordentlicher Geräusche) [16]. Eine Studie weist darauf hin, dass 31 % aller Suizide während der Nacht zwischen 20 Uhr abends und 8 Uhr morgens vollzogen werden, hingegen erfolgen 66 % tagsüber zwischen 8 Uhr und 20 Uhr [181]. Regelmässige *Training-*

und Schulungsprogramme des Pflegepersonals können zur Sensibilisierung und Identifikation des Suizidrisikos beitragen [22, 163, 170]. Bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Selbstverletzungsgefahr und Suizidtendenz kann die *Dauerbeobachtung* eine schützende Wirkung erzielen [167]. Insgesamt wird eine umfassende «institutionelle Antwort» der Psychiatrie bei suizidalen Risikogruppen mit einer Stärkung der Sicherheitskultur in der psychiatrischen Einrichtung verlangt (z. B. über umfassende Schulung, systematische und detaillierte Datensammlung zum Suizidrisiko zur Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsmassnahmen) [8]. Eine Stärkung der Sicherheitskultur meint jedoch nicht unbedingt die Unterbringung in geschlossenen Abteilungen [83].

Vermeidung des Zugangs zu Suizidmitteln: Eine in der Literatur als sinnvoll eingeschätzte Präventionsmassnahme ist die Einschränkung des Zugangs zum Inventar oder zu Gegenständen, die als Suizidwerkzeuge missbraucht werden können, sowie die Einschränkung der Zugangsmöglichkeiten zu Wasserflächen, Schienen oder Strassen. Ebenso *potentiell gefährliche Gegenstände* wie beispielsweise Kabel, Kordeln, Tücher, Bettgitter, Türgriffe, Haken oder Vorrichtungen in Badezimmern oder einem Schrank [65, 181, 182]. Entsprechende *bauliche Massnahmen* [22] und Vorkehren sind hierzu erforderlich, etwa zur Vermeidung von Sprungsuiziden ab dem ersten Stock [149]. Unbeobachtete Ausgänge, der Zugang zu hohen Gebäuden oder die Nähe zu Bahngleisen und Strassen gelten als Gefahr für suizidale Patientinnen und Patienten [38, 65, 94]. In der untersuchten Literatur werden deshalb u. a. sehr *restriktive Vorgaben* für das Verlassen des Klinikgeländes diskutiert, um Suizide während eines Aufenthalts zu verhindern [2].

Verbesserung der Versorgungsbedingungen (stationär): Ein möglicher präventiver Ansatz, der in der Literatur diskutiert wird, besteht in einer Verbesserung des interprofessionellen Austausches der Ärztinnen bzw. Ärzte und des Pflegepersonals untereinander und des Einbezugs des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten: Die Qualität der Versorgung – als eine *koordinierte Versorgung* – wird u. a. durch eine adäquate Koordination und Kommunikation unter Ärztinnen und Ärzten, durch die Sicherstellung der Versorgungskontinuität sowie durch standardisierte Verfahren bei der Suizidrisikobewertung verbessert [64]. Insgesamt wird in der Literatur der Vorteil einer stationären Versorgung gegenüber einer rein ambulanten Versorgung zur Suizidprävention betont. So sollte beispielsweise gemäss einer britischen Studie der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung – etwa durch in Grossbritannien eingeführte *«Krisenbewältigungsteams»* – für gefährdete Patientengruppen (etwa allein oder unter schwierigen sozialen Verhältnissen lebende Personen) der Vorzug geben werden, da für diese Gruppen das Suizidrisiko in der ambulanten Versorgung ansonsten erhöht sei [68].

Verbesserung der Versorgungsbedingungen (ambulant): Als ein wichtiger präventiver Ansatz wird eine adäquate psychosoziale Versorgung nach der Entlassung angesehen [13, 23, 67, 94, 112, 130, 133, 183]. Da das Suizidrisiko nach der Entlassung erhöht ist, wird auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Einschätzung des Suizidrisikos mit Blick auf die Zeit nach der Entlassung und einer entsprechend guten ambulanten Versorgung unmittelbar nach der Entlassung hingewiesen [23]. Vor allem Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Störung oder der Komorbidität mit einer schweren körperlichen Erkrankung sollten Überwachung und Begleitung nach der Entlassung erhalten [175]. Eine südkoreanische Studie empfiehlt eine intensive und frühzeitige ambulante Versorgung suizidaler Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus einer Psychiatrie während mindestens eines Jahres [133]. Jene, die eine adäquate ambulante Nachsorge erhalten, sterben seltener durch Suizid [67]. Wichtig ist nicht nur eine gute ärztliche ambulante Versorgung, sondern auch eine Unterstützung durch Familie und Freunde sowie die Aktivierung von Support-Netzwerken [130].

Verbesserung der Beziehungs- und Betreuungsaspekte (stationär): Im Betreuungs- und Pflegesetting sind strukturgebende Massnahmen mit stabilen psychosozialen Angeboten während des Aufenthalts hilfreich und im hohen Masse präventiv [146]. Fehlende *kontinuierliche Bezugspersonen* im stationären Bereich oder fehlende adäquate und *kontinuierliche Nachbetreuung* nach der Entlassung können das Risiko für einen Suizid oder einen Suizidversuch erhöhen [94], so dass hier präventiv angesetzt werden kann. Die Haltung und das Verhalten des Klinikpersonals bei der Risikobewertung während der Austrittsvorbereitung haben einen Einfluss auf das Suizidrisiko nach der Entlassung [94].

Verbesserung der Beziehungs- und Betreuungsaspekte (ambulant): Neben einer adäquaten fachlichen Versorgung im ambulanten Bereich ist auch ein steter Kontakt mit einer ausgewählten nichtfachlichen Hilfsperson nach einer Entlassung aus der Psychiatrie ein entscheidendes Präventionsmittel [130, 136]. Die Kontakt- und Hilfspersonen können professionelle, ambulante Kräfte oder entsprechend geschulte Familienmitglieder oder Freude sein. Unterstützende und bislang intakte private Beziehungen, die eine Isolation von Patientinnen und Patienten verhindern, sind daher zu fördern. Wie eine Studie aus den USA belegt, zeigen depressive Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko, die auf eigenen Wunsch hin von einem Familienmitglied oder Freund unterstützt werden, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nach der Entlassung eine signifikante Verringerung ihrer Symptome und eine geringere Suizidgefährdung [136].

3.4 Ethische Aspekte im Zusammenhang mit Suiziden und Suizidversuchen

Insgesamt werden ethische Aspekte in der untersuchten Literatur direkt kaum angesprochen. Zu bedenken ist, das Intensivbetreuungen ohne Einwilligung einen erheblichen **Eingriff in die persönliche Freiheit** der Patientinnen und Patienten darstellen. Eine intensive Überwachung ohne Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten ist nur in schwierigen Situationen wie akuter Suizidalität zu rechtfertigen, wobei sich hier neben ethischen Fragen auch die Frage nach der Fachlichkeit, die es zur Durchführung einer intensiven Beobachtung braucht, stellt. Die Überwachung von Patientinnen und Patienten ist ein aktiver, anspruchsvoller, professioneller und interaktiver Beziehungsprozess und weniger ein blosses Bewachen der gefährdeten Personen. Deutlich wird aus der Literatur auch, dass eine offene und innovative Psychiatrie die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellt. Ziel ist die Achtung der Autonomie und die mitverantwortliche Partizipation der Betroffenen an Behandlungsentscheidungen. Die Anwendung von Zwang und geschlossener Isolation werden für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung als wenig zuträglich beschrieben [98, 163]. Bei ethischen Entscheidungsfindungsprozessen wird darauf hingewiesen, dass das **Abwehrrecht für die psychiatrische Behandlung** der urteilsfähigen Patientin bzw. des Patienten zu respektieren ist und bei der Abwägung nicht nur das Suizidrisiko, sondern ebenso der **Autonomieanspruch** bewertet werden sollte. Vor dem Hintergrund der Patientenorientierung gilt es bei der Entscheidungsfindung die fachlichen Perspektive der Pflege ebenso wie die medizinische Perspektive einzubeziehen. Ambivalenz in Entscheidungssituationen besteht beispielsweise zwischen dem Recht auf Ablehnung einer medikamentösen Therapie (*Autonomie*) und der Fürsorge im Hinblick auf die Schadensverminderung (*Nicht-Schädigungsprinzip*) beziehungsweise zwischen dem **Spannungsfeld Autonomie und Sicherheit** [21, 69]. Dabei geht es nicht nur um die Einschätzung der Vulnerabilität und des Suizidrisikos, sondern ebenso um die oft sehr schwierige Einschätzung der Urteilsfähigkeit, sowie die Achtung und Respektierung der Grund- und Menschenrechte [21, 69].

4 Diskussion der Ergebnisse

Die Problematik der Patienten- bzw. Kliniksuizide wird in der wissenschaftlichen Literatur seit den 1970er Jahren vermehrt beachtet. Sowohl Risikofaktoren als auch und Präventions- sowie Interventionsmassnahmen wurden breit erforscht und diskutiert. Vor allem ausserhalb des Klinikgeländes, d. h. während des Klinikurlaubs, bei unerlaubtem Entfernen vom Gelände oder nach der Entlassung ist die Suizidrate im stationären Setting am höchsten. Die Ursache der Problematik wird von der Forschung nicht in der Psychiatrie selbst gesehen, vielmehr wird die Sinnhaftigkeit der Psychiatrie für die Suizidprävention betont: Gemäss einer norwegischen Studie hängt allein die Hälfte der Einweisungen in eine Psychiatrie mit Suizidalität zusammen [131]; der überwiegenden Mehrheit der Patientinnen und Patienten kann erfolgreich geholfen werden. Insgesamt konnte in den letzten Jahren – wie für Deutschland gezeigt wurde – eine Abnahme der Kliniksuizide beobachtet werden [185]. Wie eine spanische Studie betont, kann das Setting in der Psychiatrie jedoch auch eine hohe emotionale Erregung hervorrufen und bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit suizidalem Verhalten zu negativen Auswirkungen wie Stigmatisierung oder aggressiven Reaktionen führen [24]. Es sei daher immer individuell zu entscheiden, welche Form der Therapie – ob ambulant oder stationär – für eine Patientin respektive einen Patienten angemessen ist [24].

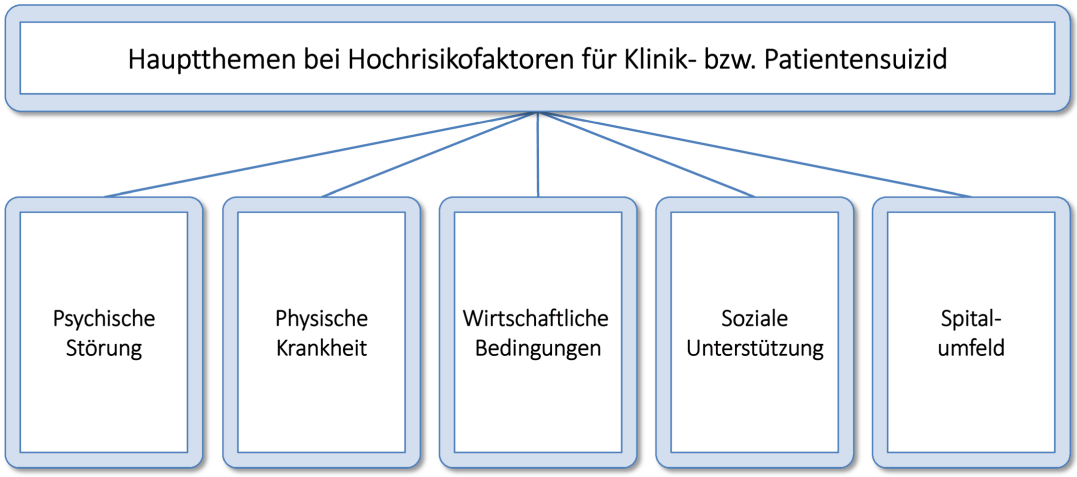


Abb. 2: Fünf Hauptthemen bei Hochrisikofaktoren für Klinik- bzw. Patientensuizid gemäss einer chinesischen Studie (Quelle: 30, S. 16, Fig. 1)

Unterschiedliche **Ursachen und Risikofaktoren** werden für Patienten- bzw. Kliniksuizide diskutiert. Die statistische Aussagekraft der identifizierten Risikofaktoren wird in der untersuchten Literatur kritisch hinterfragt, weitere Forschung wird angemahnt. Die wenigen Studien mit ausreichender statistischer Aussagekraft identifizieren hauptsächlich *personengebundene Risikofaktoren* im Zusammenhang mit erhöhter Suizidalität, und zwar 1) männliches Geschlecht, 2) psychiatrische Erkrankung und 3) kürzlich gezeigtes selbstverletzendes Verhalten [113]. Ein grösseres systematisches Review von Studien zu Kliniksuiziden konnte zeigen, dass die verschiedenen Untergruppen von Patienten, die Suizid begehen, mit ihren *spezifischen Erkrankungen* ihre eigenen Determinanten und Muster hinsichtlich Suizidalität aufweisen, und Risikofaktoren nicht überall in der gleichen Weise gültig sind [15]. Den stärksten Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für einen Kliniksuizid gibt es jedoch bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie *Schizophrenie*, *bipolare Störung* und *Depression*.

Eine Übersicht über fünf Hauptgruppen für Suizidrisiken gemäss einer chinesischen Studie, unter die sich die meisten der zuvor diskutierten Risikofaktoren subsumieren lassen, bietet Abb. 2. Mit *«psy-*

chischer Störung» in Abb. 2 sind alle psychischen Erkrankungen wie Depression, bipolare Störung oder Schizophrenie gemeint, die laut der chinesischen Studie bei 90% aller Suizide nachweisbar sind [30], während *«physische Krankheit»* chronische körperliche Symptome (wie *«Total Pain»*) oder terminale Erkrankungen meint. Mit *«Wirtschaftliche Bedingungen»* sind externe Rahmenbedingungen wie finanzieller Druck gemeint, etwa der Wunsch, anderen nicht «zur Last» zu fallen. Im Original wird dieser Punkt als *«Quelle der Behandlungskosten»* bezeichnet, worunter finanzielle Belastungen für Angehörige infolge einer Behandlung fallen, was sicherlich eine Besonderheit des Gesundheitssystems in China darstellt [30]. *«Soziale Unterstützung»* bezeichnet den Support durch Familienmitglieder, Pflegekräfte und Ärzteschaft, während mit *«Spitalumfeld»* die Bedingungen in der Psychiatrie gemeint sind.

Interventionsmassnahmen werden in der untersuchten Literatur durchaus kritisch bewertet. Bei Massnahmen zur *Risikoeinschätzung* wird die Vorhersagekraft für einen Suizid als oft nicht valide genug angesehen [201], die Risikoabschätzung als fehlerhaft betrachtet [223] oder als falscher Ansatz bewertet, der vom Engagement für die Patientinnen und Patienten ablenke [212]. Vor allem für ein kurzfristiges Suizidrisiko sind aktuelle Instrumente zu wenig aussagekräftig. Dennoch sind Instrumente zur Risikoabschätzung notwendig und hilfreich, um Hinweise auf ein langfristiges Risiko für einen Suizid bzw. Suizidversuch zu bekommen und die Frage zu klären, welche Therapie bzw. Intervention adäquat ist. So gibt es durchaus erfolgreiche Massnahmen des *Risikomanagements*, die das Suizidrisiko nachweislich reduzieren und Suizide verhindern können, wie etwa *kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze* (CBT) [227], die *dialektisch-behaviorale Therapie* (DBT) [227], das *kurze Interventionsprogramm für Suizidversuche* (ASSIP) [55] oder Formen von intensiver Beobachtung und Überwachung.

Nicht nur Interventionsmassnahmen im klinischen Setting sind wichtig, sondern auch Massnahmen der Suizidprävention, mit denen die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid auch über den Klinikaufenthalt hinaus minimiert werden kann. Eine absolut sichere Suizidprävention kann es selbst unter optimalen Bedingungen nicht geben [157]. Es gibt jedoch bestimmte Standards – wie etwa die Herstellung einer hilfreichen und fürsorglichen Beziehung, die adäquate psychotherapeutische und medikamentöse Therapie einer Grunderkrankung sowie die Gewährleistung einer möglichst engmaschigen Betreuung – die universell für die Präventionsarbeit gelten [157]. Für eine adäquate Suizidprävention ist neben der Arbeit im klinischen Setting auch die Entwicklung von nationalen Konzepten [vgl. 222] mit spezifischen Programmen zu Kliniksuiziden hilfreich. Die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft *«Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus»* [vgl. 205] und der *«Aktionsplan Suizidprävention Schweiz»* [vgl. 222] bieten diesbezüglich sinnvolle Anknüpfungspunkte. Bei der Suizidprävention sind hierbei beeinflussende Faktoren wie das individuelle Erkrankungsbild, biographische Risikofaktoren, soziodemographische Merkmale (z. B. Einfluss von Geschlecht und Alter) sowie äussere Umweltfaktoren miteinzubeziehen [vgl. 208]. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang hochakute suizidgefährdete Patientinnen und Patienten dar [211, 224]. Zusätzlich müssen die Angehörigen suizidaler Patientinnen und Patienten in das Konzept der Suizidprävention miteinbezogen werden [vgl. 225, vgl. zu Auswirkungen 217].

5 Literaturverzeichnis

Nachfolgend wird unter *«5.1 Ausgewertete Literatur»* jene Literatur aufgeführt, die nach 2008 erschienen ist (n = 193) und die in die Literaturauswertung aufgenommen wurde. Diese Literatur ist das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche. Unter *«5.2 Zusätzliche Literatur»* wird jene Literatur aufgeführt, die teilweise das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche ist, aber vor 2008 erschien und daher nicht in der systematischen Auswertung berücksichtigt wurde, oder die nicht Ergebnis der Recherche war, aber aufgrund der orientierenden Literaturrecherche, Expertenempfehlungen oder durch das «Schneeballsystem» (häufige Zitation in anderen Quellen) zusätzlich konsultiert oder im Rahmen dieser Arbeit zitiert wurde (n = 34).

5.1 Ausgewertete Literatur

1. Aguglia, A., Moncalvo, M., Solia, F., & Maina, G. (2016). Involuntary Admissions in Italy: The Impact of Seasonality. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *20*(4), 232–238.
2. Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M. R., Malti, T., & Rössler, W. (2009). In-patient Suicide: A 13-year Assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(1), 71–75.
3. Andover, M. S., Gibb, B. E., & Miller, I. W. (2008). Time to emergence of severe suicidal ideation among psychiatric patients as a function of suicide attempt history. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(1), 6–12.
4. Ashrafioun, L., Kane, C., Stephens, B., Britton, P. C., & Conner, K. R. (2016). Suicide attempts among alcohol-dependent pain patients before and after an inpatient hospitalization. *Drug and Alcohol Dependence*, *163*, 209–215.
5. Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of Affective Response as Warning Signs for Suicide Attempts: An Examination of the 48 Hours Prior to a Recent Suicide Attempt. *Clinical Psychological Science, 5*(2), 259–271.
6. Ballard, E. D., Ionescu, D. F., Vande Voort, J. L., Slonena, E. E., Franco-Chaves, J. A., Zarate, J. C. A., & Grillon, C. (2014). Increased fear-potentiated startle in major depressive disorder patients with lifetime history of suicide attempt. *Journal of Affective Disorders*, *162*, 34–38.
7. Ballard, E. D., Pao, M., Henderson, D., Lee, L. M., Bostwick, J. M., & Rosenstein, D. L. (2008). Suicide in the Medical Setting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *34*(8), 474–481.
8. Ballard, E. D., Pao, M., Horowitz, L., Lee, L. M., Henderson, D. K., & Rosenstein, D. L. (2008). Aftermath of Suicide in the Hospital: Institutional Response. *Psychosomatics*, *49*(6), 461–469.
9. Barbosa, S., Sequeira, M., Castro, S., Manso, R., Klut Câmara, C., Trancas, B., [...] Maia, T. (2016). Causes of Death in an Acute Psychiatric Inpatient Unit of a Portuguese General Hospital. *Acta Médica Portuguesa*, *29*(7-8), 468–475.
10. Bauer, R., Spiessl, H., & Schmidt, T. (2012). Are there associations between caregiver information and suicidal behavior in psychiatric inpatients? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *16*(3), 238–242.
11. Bennewith, O., Evans, J., Donovan, J., Paramasivan, S., Owen-Smith, A., Hollingworth, W., [...] Gunnell, D. (2014). A Contact-Based Intervention for People recently discharged from Inpatient Psychiatric Care: A Pilot Study. *Archives of Suicide Research*, *18*(2), 131–143.
12. Bhui, K. S., Dinos, S., & McKenzie, K. (2012). Ethnicity and its influence on suicide rates and risk. *Ethnicity & health*, *17*(1-2), 141–148.
13. Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: A case-control study. *Psychiatric Services*, *64*(7), 653–659.

14. Bostwick, J. M., & Levenson, J. L. (2005). Suicidality. In J. L. Levenson (Ed.), *The American Psychiatric Publishing: Textbook of Psychosomatic Medicine* (pp. 219–234). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
15. Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide Inside: A Systematic Review of Inpatient Suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(5), 315–328.
16. Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., & James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(12), 1459–1465.
17. Brecic, P., Ostojic, D., Vidovic, D., Jukic, V., Bagaric, D., Vilibic, M., [...] Bilic, P. (2009). Characteristics of Patients Who Committed Suicide during Hospitalization in Psychiatric Hospital «Vrapce» in the Period 1996-2006. *Collegium Antropologicum, 33*(1), 233–236.
18. Britton, P. C., Stephens, B., Wu, J., Kane, C., Gallegos, A., Ashrafioun, L., [...] Conner, K. R. (2015). Comorbid Depression and Alcohol Use Disorders and Prospective Risk for Suicide Attempt in the Year following Inpatient Hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, *187*, 151–155.
19. Bryan, C. J., Hitschfeld, M. J., Palmer, B. A., Schak, K. M., Roberge, E. M., & Lineberry, T. W. (2014). Gender Differences in the Association of Agitation and Suicide Attempts among Psychiatric Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 726–731.
20. Cáceda, R. (2014). Suicidal Behavior: Risk and Protective Factors. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *77*(1), 3–18.
21. Callaghan, S., Ryan, C., & Kerridge, I. (2013). Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*(5-6), 374–385.
22. Cardell, R., Bratcher, K. S., & Quinnett, P. (2009). Revisiting «Suicide Proofing» an Inpatient Unit through Environmental Safeguards: A Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, *45*(1), 36–44.
23. Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J., & Nordström, P. (2010). Suicide in Schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*, *10*(7), 1153–1164.
24. Carlsson, G. F. (2010). Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo, cómo. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, *89*(21), 35–41.
25. Chen, Y.-L., Tzeng, D.-S., Cheng, T.-S., & Lin, C.-H. (2012). Sentinel events and predictors of suicide among inpatients at psychiatric hospitals. *Annals of General Psychiatry, 11*, 4.
26. Choi, J. W., Park, S., Yi, K. K., & Hong, J. P. (2012). Suicide Mortality of Suicide Attempt Patients Discharged from Emergency Room, Nonsuicidal Psychiatric Patients Discharged from Emergency Room, Admitted Suicide Attempt Patients, and Admitted Nonsuicidal Psychiatric Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(3), 235–243.
27. Cutcliffe, J. R., Links, P. S., Harder, H. G., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., [...] Nisenbaum, R. (2010). A Mixed-Methods Studie of the Increased Risk of Suicide Following Discharge: A long road ahead. In J. R. Cutcliffe, J. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G. Harder, F. Campbell, [...] R. Eynan (Eds.), *Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research* (pp. 24–38). London: Routledge, Taylor & Francis Group.
28. Deisenhammer, E. A., Behrndt, E.-M., Kemmler, G., Haring, C., & Miller, C. (2016). A comparison of suicides in psychiatric in-patients, after discharge and in not recently hospitalized individuals. *Comprehensive Psychiatry*, *69*, 100–105.
29. Dennis, B. B., Roshanov, P. S., Bawor, M., ElSheikh, W., Garton, S., DeJesus, J., [...] Samaan, Z. (2015). Reexamination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis*, *36*(4), 231–240.
30. Di Huang, Hu, D.-Y., Han, Y.-H., Lu, C.-H., & Liu, Y.-L. (2014). Five high-risk factors for inpatient suicide. *Chinese Nursing Research*, *1*, 14–16.
31. Dougall, N., Lambert, P., Maxwell, M., Dawson, A., Sinnott, R., McCafferty, S., [...] Springbett, A. (2014). Deaths by suicide and their relationship with general and psychiatric hospital discharge: 30-year record linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(4), 267–273.

32. Ellis, T. E., Green, K. L., Allen, J. G., Jobes, D. A., & Nadorff, M. R. (2012). Collaborative assessment and management of suicidality in an inpatient setting: Results of a pilot study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *49*(1), 72–80.
33. Ellis, T. E., Rufino, K. A., Allen, J. G., Fowler, J. C., & Jobes, D. A. (2015). Impact of a Suicide-Specific Intervention within Inpatient Psychiatric Care: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *45*(5), 556–566.
34. Ellis, T. E., Rufino, K. A., & Green, K. L. (2016). Implicit Measure of Life/Death Orientation Predicts Response of Suicidal Ideation to Treatment in Psychiatric Inpatients. *Archives of Suicide Research*, *20*(1), 59–68.
35. Eskiyurt, R., & Ozkan, B. (2017). The investigation of the relationship between probability of suicide and reasons for living in psychiatric inpatients. *Indian journal of psychiatry*, *59*(4), 435–441.
36. Falcone, G., Nardella, A., Lamis, D. A., Erbuto, D., Girardi, P., & Pompili, M. (2017). Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World journal of psychiatry*, *7*(3), 163–176.
37. Fawcett, J. (2014). Is Suicide Clinically Preventable? What Is the Evidence? In K. E. Cannon & T. J. Hudzik (Eds.), *Suicide: Phenomenology and Neurobiology* (pp. 141–153). Cham: Springer Verlag.
38. Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Harris, M. G., Paxton, S. J., Francey, S., & Edwards, J. (2014). Suicidal behaviours during treatment for first-episode psychosis: Towards a comprehensive approach to service-based prevention. *Early Intervention in Psychiatry*, *8*(4), 387–395.
39. Fernandes, V., & Flak, E. (2012). Safe and Effective Prescribing Practices at the Point of Discharge from an Inpatient Psychiatry Unit. *Journal of Psychiatric Practice*, *18*(1), 12–19.
40. Finseth, P. I., Morken, G., Andreassen, O. A., Malt, U. F., & Vaaler, A. E. (2012). Risk Factors related to Lifetime Suicide Attempts in acutely admitted Bipolar Disorder Inpatients. *Bipolar Disorders*, *14*(7), 727–734.
41. Fosse, R., Ryberg, W., Carlsson, M. K., & Hammer, J. (2017). Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. *PloS one, 12*(3), 1–13.
42. Fowler, J. C. (2012). Suicide Risk Assessment in Clinical Practice: Pragmatic Guidelines for Imperfect Assessments. *Psychotherapy, 49*(1), 81–90.
43. Fowler, J. C., Hilsenroth, M. J., Groat, M., Biel, S., Biedermann, C., & Ackerman, S. (2012). Risk Factors for Medically Serious Suicide Attempts: Evidence for a Psychodynamic Formulation of Suicidal Crisis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 60*(3), 555–576.
44. Franke, C., & Wolfersdorf, M. (2000). Suizidieren sich heute mehr Depressive als früher? Zur Frage des Diagnosenshifts beim Kliniksuizid am Beispiel des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. *Psychiatrische Forschung* (Suppl. 1), 76–80.
45. Furlanetto, L. M., & Stefanello, B. (2011). Suicidal ideation in medical inpatients: psychosocial and clinical correlates. *General Hospital Psychiatry, 33*(6), 572–578.
46. Galynker, I., Yaseen, Z. S., Briggs J., & Hayash,i F. (2015). Attitudes of acceptability and lack of condemnation toward suicide may be predictive of post-discharge suicide attempts. *BMC Psychiatry, 15*(87), 1–10.
47. Ghahramanlou-Holloway, M., Cox, D. W., & Greene, F. N. (2012). Post-Admission Cognitive Therapy: A Brief Intervention for Psychiatric Inpatients Admitted After a Suicide Attempt. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 233–244.
48. Ghahramanlou-Holloway, M., Neely, L. L., Tucker, J., Caffery, K., Colborn, V., & Koltko, V. (2015). Inpatient Cognitive Behavior Therapy Approaches for Suicide Prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, *2*(4), 371–382.
49. Gibb, B. E., Andover, M. S., & Miller, I. W. (2009). Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depression and Anxiety*, *26*(6), 568–574.
50. Gioannis, A. D., & Leo, D. de. (2012). Managing suicidal patients in clinical practice. *Open Journal of Psychiatry*, *2*(1), 49–60.

51. Gmitrowicz, A., Orzechowska, A., Talarowska, M., & Florkowski, A. (2013). Suicides of Patients at Psychiatric Hospitals: Preliminary Studies. *Psychiatria*, *10*(2), 84–90.
52. Gómez-Durán, E. L., Martin-Fumadó, C., & Hurtado-Ruíz, G. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas espanolas de psiquiatria*, *40*(6), 333–345.
53. Gramaglia, C., Feggi, A., Bergamasco, P., Bert, F., Gattoni, E., Marangon, D., [...] Zeppegno, P. (2016). Clinical Characteristics Associated with Suicide Attempts in Clinical Settings: A Comparison of Suicidal and Non-Suicidal Depressed Inpatients. *Frontiers in psychiatry*, *7* (Online Ressource), 109–114.
54. Grimley-Baker, K. (2018). Preventing suicide beyond psychiatric units. In: *Nursing, 48*(3), 59–61.
55. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide. A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine, 13*(3), 1–21 (e1001968).
56. Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Connecting with Suicidal Patients in Psychiatric Wards: Therapist Challenges. *Death Studies*, *41*(6), 360–367.
57. Hawes, M., Yaseen, Z., Briggs, J., & Galynker, I. (2017). The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS). A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Comprehensive Psychiatry*, *72*, 88–96.
58. Hjorthøj, C. R., Madsen, T., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: A nationwide nested case–control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(9), 1357–1365.
59. Hoang, U., Stewart, R., & Goldacre, M. J. (2011). Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: Retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ – British Medical Journal, 343* (Online Ressource), 1–13.
60. Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority for Health Care. *Health affairs (Project Hope)*, *35*(6), 1084–1090.
61. Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Felten, S. von, Walter, M., [...] Lang, U. E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies. A 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, *3*(9), 842–849.
62. Hubers, A. A. M., Moaddine, S., Peersmann, S. H. M., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R. C., [...] Giltay, E. J. (2016). Suicidal Ideation and subsequent completed Suicide in both Psychiatric and Non-psychiatric Populations: A Meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–13.
63. Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., [...] Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, *36*(1), 88–94.
64. Huisman, A., Kerkhof, A. J. F. M., & Robben, P. B. M. (2011). Suicides in users of mental health care services: Treatment characteristics and hindsight reflections. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *41*(1), 41–49.
65. Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, *144*(1-2), 123–128.
66. Hunt, I. M., Clements, C., Saini, P., Rahman, M. S., Shaw, J., Appleby, L., [...] Windfuhr, K. (2016). Suicide after absconding from inpatient care in England: An exploration of mental health professionals' experiences. *Journal of Mental Health*, *25*(3), 245–253.
67. Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: A case-control study. *Psychological medicine*, *39*(3), 443–449.
68. Hunt, I. M., Rahman, M. S., While, D., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2014). Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: A retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *The Lancet Psychiatry*, *1*(2), 135–141.
69. Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2010). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: A national clinical survey. *BMC Psychiatry*, *10*, 14.

70. Ikeshita, K., Shimoda, S., Norimoto, K., Arita, K., Shimamoto, T., Murata, K., [...] Kishimoto, T. (2014). Profiling Psychiatric Inpatient Suicide Attempts in Japan. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, *16*(1), 40–43.
71. Inoue, K., Kawanishi, C., Otsuka, K., Cho, Y., Shiraishi, M., Ishii, T., [...] Hirayasu, Y. (2017). A large-scale Survey of Inpatient Suicides: Comparison between Medical and Psychiatric Settings. *Psychiatry Research*, *250*, 155–158.
72. Isometsa, E., Sund, R., & Pirkola, S. (2014). Post-discharge Suicides of Inpatients with Bipolar Disorder in Finland. *Bipolar Disorders*, *16*(8), 867–874.
73. Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., Mitchell, S. M., Poindexter, E. K., & Guidry, E. T. (2015). The Mediating Role of Perceived Burdensomeness in Relations between Domains of Cognitive Functioning and Indicators of Suicide Risk. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(9), 908–919.
74. James, K., Stewart, D., & Bowers, L. (2012). Self-harm and Attempted Suicide within Inpatient Psychiatric Services. A Review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*(4), 301–309.
75. Janofsky, J. S. (2009). Reducing Inpatient Suicide Risk: Using Human Factors Analysis to Improve Observation Practices. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *37*(1), 15–24.
76. Jayaram, G. (2014). Inpatient suicide prevention: Promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *Journal of Psychiatric Practice*, *20*(5), 392–404.
77. Jayaram, G. (2016). Commentary on Performance Improvement: One Psychiatry Department's Experience. *Journal of Patient Safety*, *12*(1), 54–56.
78. Jones, R. M., Hales, H., Butwell, M., Ferriter, M., & Taylor, P. J. (2011). Suicide in high security hospital patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(8), 723–731.
79. Kapur, N., Hunt, I. M., Windfuhr, K. L., Rodway, C., Webb, R. I., Rahman, M. S., [...] Appleby, L. F. (2013). Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008. A longitudinal study. *Psychological medicine*, *43*(1), 61–71.
80. Kashyap, S., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2015). Identifying risk of deliberate self-harm through longitudinal monitoring of psychological distress in an inpatient psychiatric population. *BMC Psychiatry*, *15* (Online Ressource), 1–11.
81. Kene, P. (2017). Self-Injury Implicit Association Test. Comparison of Suicide Attempters and Non-attempters. *Psychiatric Quarterly*, *88*(1), 155–165.
82. Khanra, S., Mahintamani, T., Bose, S., Khess, C. R. J., Umesh, S., & Ram, D. (2016). Inpatient suicide in a psychiatric hospital: A nested case-control study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(6), 571–576.
83. Klein, G. (2012). Le suicide à l'hôpital psychiatrique : L'enfermement le prévient-il? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *163*(3), 85–91.
84. Knoll, J. L. (2010). Suicide in Correctional Settings: Assessment, Prevention, and Professional Liability. *Journal of Correctional Health Care*, *16*(3), 188–204.
85. Koweszko, T., Gierus, J., Mosiolek, A., Kaminski, M., Janus, M. D., & Szulc, A. (2016). The Development and the Structure of the Verbal Suicide Scale (VSS). Measuring Attitudes toward Suicide in the Group of Patients Hospitalized in the Psychiatric Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(4, SI), 476–479.
86. Large, M. M., & Ryan, C. J. (2014). Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: What it might mean and why it is of no use. *Australasian Psychiatry*, *22*(4), 390–392.
87. Large, M. M., Myles, N., Myles, H. T., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2017). Suicide Risk Assessment among Psychiatric Inpatients: A Systematic Review and Meta-analysis of High-risk Categories. *Psychological Medicine, 2017*, 1–12.
88. Large, M. M., Ryan, C. J., Walsh, G., Stein-Parbury, J., & Patfield, M. (2014). Nosocomial Suicide. *Australasian Psychiatry, 22*(2), 118–121.

89. Large, M., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australasian Psychiatry*, *19*(6), 507–512.
90. Large, M. M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C. J., & Nielssen, O. (2011). Risk Factors for Suicide Within a Year of Discharge from Psychiatric Hospital: A Systematic Meta-Analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(8), 619–628.
91. Large, M. M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(1), 18–29.
92. Lee, H.-C., & Lin, H.-C. (2009). Are Psychiatrist Characteristics associated with Postdischarge Suicide of Schizophrenia Patients? *Schizophrenia bulletin*, *35*(4), 760–765.
93. Lento, R. M., Ellis, T. E., Hinnant, B. J., & Jobes, D. A. (2013). Using the Suicide Index Score to Predict Treatment Outcomes among Psychiatric Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(5), 547–561.
94. Leo, D. de, & Sveticic, J. (2010). Suicides in psychiatric in-patients: What are we doing wrong? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*(11), 8–15.
95. Levi, L., Werbeloff, N., Pugachova, I., Yoffe, R., Large, M., Davidson, M., & Weiser, M. (2016). Has Deinstitutionalization affected Inpatient Suicide? Psychiatric Inpatient Suicide Rates between 1990 and 2013 in Israel. *Schizophrenia Research*, *173*(1-2), 75–78.
96. Levy, T. B., Barak, Y., Sigler, M., & Aizenberg, D. (2011). Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(1), 115–117.
97. Li, S., Galynker, I. I., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Kim, H.-J., [...] Yaseen, Z. S. (2017). Attachment style and suicide behaviors in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. *Psychiatry Research*, *257*, 309–314.
98. Li, J., Ran, M.-S., Hao, Y., Zhao, Z., Guo, Y., Su, J., & Lu, H. (2008). Inpatient suicide in a Chinese psychiatric hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(4), 449–455.
99. Lieb, M., Palm, U., Meyer, S., Sarubin, N., Mokhtari-Nejad, R., [...] Seemueller, F. (2014). Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche an einem Universitätsklinikum. *Psychiatrische Praxis*, *41*(4), 195–199.
100. Lin, S.-K., Hung, T.-M., Liao, Y.-T., Lee, W.-C., Tsai, S.-Y., Chen, C.-C., & Kuo, C.-J. (2014). Protective and risk factors for inpatient suicides: A nested case-control study. *Psychiatry Research*, *217*(1-2), 54–59.
101. Lin, H.-C., Lee, H.-C., Kuo, N.-W., & Chu, C.-H. (2008). Hospital characteristics associated with post-discharge suicide of severely depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *110*(3), 215–221.
102. Lindström, E., Eriksson, L., & Levander, S. (2012). Suicides during 7 years among a catchment area cohort of patients with psychoses. *Nordic Journal of Psychiatry*, *66*(1), 8–13.
103. Links, P. S., Nisenbaum, R., Ambreen, M., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., [...] Cutcliffe, J. R. (2012). Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *General Hospital Psychiatry*, *34*(1), 88–97.
104. Lukaschek, K., Baumert, J., Krawitz, M., Erazo, N., Förstl, H., & Ladwig, K.-H. (2014). Determinants of completed railway suicides by psychiatric in-patients: Case-control study. *The British journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *205*(5), 398–406.
105. Lynch, M. A., Howard, P. B., El-Mallakh, P., & Matthews, J. M. (2008). Assessment and Management of Hospitalized Suicidal Patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *46*(7), 45–52.
106. Macagnino, S., Steinert, T., Uhlmann, C. (2018). Evaluation klinikinterner Suizidrisikostufen für den stationären Bereich. Validitäts- und Reliabilitätsprüfung. *Psychiatrische Praxis, 45*(4), 206–213.
107. Maclay, T. (2012). How to save a life. *Nursing Critical Care*, *7*(4), 17–21.
108. Madan, A., Frueh, B. C., Allen, J. G., Ellis, T. E., Rufino, K. A., Oldham, J. M., & Fowler, J. C. (2016). Psychometric Reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Findings from a Prospective, Inpatient Cohort of Severely Mentally Ill Adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(7), E867-E873.

109. Madan, A., Mahoney, J., Allen, J. G., Ellis, T., Hardesty, S., Oldham, J. M., & Fowler, J. C. (2015). Utility of an integrated electronic suicide alert system in a psychiatric hospital. *Quality Management in Health Care*, *24*(2), 79–83.
110. Madsen, T., & Nordentoft, M. (2013). Changes in inpatient and Postdischarge Suicide rates in a nationwide cohort of Danish Psychiatric Inpatients, 1998-2005. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(12), e1190-e1194.
111. Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2012). Predictors of psychiatric inpatient suicide: A national prospective register-based study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(2), 144–151.
112. Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2013). Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: Survival in a Danish national cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(9), 1481–1489.
113. Madsen, T., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2017). Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide-An Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(3), 1–12.
114. Malone, K. M., Cleary, E., & Lane, A. (2015). Inpatient Suicide Death in Ireland: Challenges and Opportunities for Clinical Care. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *32*(03), 233–236.
115. Manna, M. (2010). Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: The state of the science. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(3), 268–273.
116. Manuel, J., Crowe, M., Inder, M., & Henaghan, M. (2017). Suicide Prevention in Mental Health Services: A Qualitative Analysis of Coroners' Reports. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26* (Online Ressource), 1–10.
117. Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). Le suicide dans les établissements de santé : Données épidémiologiques et prévention. *L'Encephale*, *36*(suppl. 2), D83-91.
118. Miller, K. A., Hitschfeld, M. J., Lineberry, T. W., & Palmer, B. A. (2016). How does Active Substance Use at Psychiatric Admission impact Suicide Risk and Hospital Length-of-stay? *Journal of Addictive Diseases*, *35*(4), 291–297.
119. Mesrati, M. A., HajSalem, N., Boughattas, M., Aissaoui, A., & Chadly, A. (2016). Approche me´ dico-le´ gale du suicide en milieu hospitalier : a` propos de cinq cas. *Annales Me´dico-Psychologiques, 174*(10), 839–842.
120. Nakanishi, M., Endo, K., & Ando, S. (2017). The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on Longitudinal Trend in Deliberate Self-Harm with Reference to National Suicide Data for 1996-2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(1), 1–9.
121. Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Wolfersdorf, M., Felber, W., Hajak, G., & Spießl, H. (2010). Time patterns of inpatient suicides. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *14*(2), 95–101.
122. Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Haen, E., Hausner, H., Müller-Felber, W., & Wittmann, M. (2011). Completed Suicides in 47 Psychiatric Hospitals in Germany: Results from the AGATE-Study. *Pharmacopsychiatry*, *44*(7), 324–330.
123. Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., Felber, W., Wolfersdorf, M., & Spießl, H. (2010). Suizidalität und Fremdaggression im stationär-psychiatrischen Setting. Diagnosespezifische Aspekte. *Suizidprophylaxe, 37*(3), 106–115.
124. Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., Hajak, G., Wolfersdorf, M., & Spießl, H. (2011). Revisiting the association of aggression and suicidal behavior in schizophrenic inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *41*(2), 171–179.
125. Neuner, T., Mehlsteibl, D., Hübner-Liebermann, B., Schmid, R., Schielein, T., Hausner, H., […] Spießl, H. (2010). Risikoprofile für den Kliniksuizid schizophrener und depressiver Patienten. Eine psychologische Autopsiestudie. Psychiatrische Praxis, 37(3), 119–126.
126. Neuner, T., Schmid, R., Hübner-Liebermann, B., Felber, W., Wolfersdorf, M., Spießl, H. (2009). Suizidales Verhalten stationär-psychiatrischer Patienten im höheren Lebensalter. Prävalenz und Risikofaktoren. *Psychiatrische Praxis, 36*(5), 225–231.

127. Neuner, T., Schmid, R., Wolfersdorf, M., & Spießl, H. (2008). Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? *General Hospital Psychiatry*, *30*(4), 324–330.
128. Neuner, T., Schmid, R., Huebner-Liebermann, B., Felber, W., Wolfersdorf, M., & Spießl, H. (2009). Suicidal Behaviour of Elderly Psychiatric Inpatients. Prevalence and Risk Factors. *Psychiatrische Praxis*, *36*(5), 225–231.
129. Neuner, T., Schmid, R., Klein, H. E., & Spießl, H. (2008). Probleme bei der Psychopharmakotherapie. Ein Risikofaktor für Suizide und Suizidversuche stationärer Patienten? *Nervenheilkunde, 27*(Suppl. 1), S90–S91.
130. Norris, D., & Clark, M. S. (2012). Evaluation and Treatment of the Suicidal Patient. *American Family Physician*, *85*(6), 602–605.
131. Øiesvold, T., Bakkejord, T., Hansen, V., Nivison, M., & Sørgaard, K. W. (2012). Suicidality related to First-time Admissions to Psychiatric Hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(3), 419–425.
132. Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, *73*(11), 1119–1126.
133. Park, S., Choi, J. W., Yi, K. K., & Hong, J. P. (2013). Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989-2006. *Psychiatry Research*, *208*(2), 145–150.
134. Paterson, B., Dowding, D., Harries, C., Cassells, C., Morrison, R., Nive, C. (2008). Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: A clinical judgement analysis of staff predictions of imminent suicide risk. *Journal of Mental Health, 17*(4), 410–423.
135. Paton, M. B., Large, M. M., & Ryan, C. J. (2014). Debate: Clinical Risk Categorisation is valuable in the Prevention of Suicide and Severe Violence – No. *Australasian Psychiatry*, *22*(1), 10–12.
136. Pfeiffer, P. N., Valenstein, M., Ganoczy, D., Henry, J., Dobscha, S. K., & Piette, J. D. (2017). Pilot Study of Enhanced Social Support with automated Telephone Monitoring after Psychiatric Hospitalization for Depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(2), 183–191.
137. Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., & Tatarelli, R. (2009). Preventing suicide in jails and prisons: Suggestions from experience with psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, *54*(5), 1155–1162.
138. Posner, K., Subramany, R., Amira, L., & Mann, J. (2014). From Uniform Definitions to Prediction of Risk. The Columbia Suicide Severity Rating Scale Approach to Suicide Risk Assessment. In K. E. Cannon & T. J. Hudzik (Eds.), *Suicide: Phenomenology and Neurobiology* (pp. 59–84). Cham: Springer Verlag.
139. Puntil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, E., & Hobbs, D. (2013). Competency-based Training for PMH Nurse Generalists: Inpatient Intervention and Prevention of Suicide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *19*(4), 205–210.
140. Ray, R., Perkins, E., Roberts, P., & Fuller, L. (2017). The Impact of Nursing Protocols on Continuous Special Observation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *23*(1), 19–27.
141. Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). What is the Lived Experience of being discharged from a Psychiatric Inpatient Stay? *Community Mental Health Journal*, *53*(5), 568–577.
142. Reid, W. H. (2010). Preventing Suicide. *Journal of Psychiatric Practice*, *16*(2), 120–124.
143. Riblet, N., Shiner, B., Watts, B. V., Mills, P., Rusch, B., & Hemphill, R. R. (2017). Death by Suicide within 1 Week of Hospital Discharge: A Retrospective Study of Root Cause Analysis Reports. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *205*(6), 436–442.
144. Riblet, N., Shiner, B., Mills, P., Rusch, B., Hemphill, R., & Watts, B. V. (2017). Systematic and organizational issues implicated in post-hospitalization suicides of medically hospitalized patients: A study of root-cause analysis reports. *General Hospital Psychiatry*, *46*, 68–73.
145. Rizzo, M., & Smith, S. (2012). Risk Assessment and Risk Management among severely mentally ill Patients requiring Hospitalisation. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *23*(4), 497–509.
146. Roaldset, J. O., & Bjørkly, S. (2010). Patients' own statements of their future risk for violent and self-harm behaviour: A prospective inpatient and post-discharge follow-up study in an acute psychiatric unit. *Psychiatry Research*, *178*(1), 153–159.

147. Roos, L., Sareen, J., & M. Bolton, J. (2013). Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: Time for a revamp? *Neuropsychiatry*, *3*(5), 1–13 (Online Ressource).
148. Roy, A., & Pompili, M. (2009). Management of schizophrenia with suicide risk. *The Psychiatric clinics of North America*, *32*(4), 863–883.
149. Ruff, F., Hemmer, A., Bartsch, C., Glasow, N., & Reisch, T. (2018). Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. *Psychiatrische Praxis, 2018*(Online Ressource), 1–7.
150. Russ, M. J. (2016). Constant Observation of Suicidal Patients: The Intervention We Love to Hate. *Journal of Psychiatric Practice*, *22*(5), 382–388.
151. Ryberg, W., Fosse, R., Zahl, P. H., Brorson, I., Møller, P., Landrø, N. I., & Jobes, D. (2016). Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 17*(1), 481–484.
152. Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide among Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(3), 131–140.
153. Sani, G., Tondo, L., Koukopoulos, A., Reginaldi, D., Kotzalidis, G. D., Koukopoulos, A. E., [...] Tatarelli, R. (2011). Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *65*(3), 286–295.
154. Santis, M. L. de, Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., Rhue, C., & York, J. (2015). Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues in Mental Health Nursing*, *36*(3), 190–199.
155. Saunders, K. E. A., & Hawton, K. (2013). Clinical assessment and crisis intervention for the suicidal bipolar disorder patient. *Bipolar Disorders*, *15*(5, SI), 575–583.
156. Schechter, M., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., Herbstman, B., & Maltsberger, J. T. (2016). Postdischarge Suicide: A Psychodynamic Understanding of Subjective Experience and its Importance in Suicide Prevention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *80*(1), 80–96.
157. Schneider, B., Wolfersdorf, M., & Wurst, F. M. (2017). Suizid und Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. *PSYCH up2date, 11*(5), 445–462.
158. Scocco, P., Toffol, E., Pilotto, E., Riccardo, P., & Pavan, L. (2009). How the psychiatrists of a mental health department managed their patients before an attempted suicide. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(6), 706–714.
159. Shekunov, J., Geske, J. R., & Bostwick, J. M. (2013). Inpatient medical-surgical suicidal behavior: A 12-year case-control study. *General Hospital Psychiatry*, *35*(4), 423–426.
160. Shrivastava, A., Berlemont, C., Campbell, R., Johnston, M., Sousa, A. de, & Shah, N. (2016). Suicide in hospitalized early Psychosis Patients at the Time of Discharge from Hospital: An exploratory Study of Attempters and Nonattempters. *Indian journal of psychiatry*, *58*(2), 142–146.
161. Simon, R. I. (2008). Behavioral risk assessment of the guarded suicidal patient. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 517–522.
162. Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in Psychiatric Inpatient Care: The Impact of Risk Management Culture on Mental Health Nursing Practice. *Nursing Inquiry*, *24*(4).
163. Sollberger, D., & Lang, U. E. (2014). Psychiatry with open Doors: Part 2: Therapeutic Challenges. *Der Nervenarzt*, *85*(3), 319–325.
164. Spießl, H., Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Mehlsteibl, D., Schmid, R., Hajak, G., & Klein, H. E. (2008). Suizidprävention durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik. *Nervenheilkunde, 27*(Suppl. 1), S60–S61.
165. Spittal, M. J., Pirkis, J., Miller, M., Carter, G., & Studdert, D. M. (2014). The Repeated Episodes of Self-Harm (RESH) Score. A tool for predicting risk of future episodes of self-harm by hospital patients. *Journal of Affective Disorders*, *161*, 36–42.
166. Spittal, M. J., Shand, F., Christensen, H., Brophy, L., & Pirkis, J. (2017). Community mental health care after self-harm: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *51*(7), 727–735.
167. Stewart, D., Bowers, L., & Ross, J. (2012). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: The dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(6), 1340–1348.

168. Stewart, D., Ross, J., Watson, C., James, K., & Bowers, L. (2012). Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *Journal of clinical nursing*, *21*(7-8), 1004–1013.
169. Swogger, M. T., Walsh, Z., Homaifar, B. Y., Caine, E. D., & Conner, K. R. (2012). Predicting self- and other-directed violence among discharged psychiatric patients: The roles of anger and psychopathic traits. *Psychological medicine*, *42*(2), 371–379.
170. Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., [...] Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, *11* (Online Ressource), 1–8.
171. Thomas, T. (2017). Prevention of Inpatient Suicides: An Attempt to Portray an Approach. *Kerala Journal of Psychiatry*, *30*(2), 1–11.
172. Thong, J. Y., Su, A. H. C., Chan, Y. H., & Chia, B. H. (2008). Suicide in psychiatric patients: Case-control study in Singapore. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(6), 509–519.
173. Tidemalm, D., Haglund, A., Karanti, A., Landen, M., & Runeson, B. (2014). Attempted Suicide in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients. *PloS one*, *9*(4), 1–9 (e94097).
174. Troister, T., Links, P. S., & Cutcliffe, J. R. (2008). Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Current Psychiatry Reports*, *10*(1), 60–65.
175. Tseng, K.-C., Chang, C.-M., Liao, S.-C., Chen, Y.-Y., & Lee, M.-B. (2010). Factors of Early Suicide after Discharge: A National Linkage Study for Suicide Victims in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*(4), 353–368.
176. Vatne, M., & Naden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, *21*(2), 163–175.
177. Vine, R., & Mulder, C. (2013). After an Inpatient Suicide: The Aim and Outcome of Review Mechanisms. *Australasian Psychiatry, 21*(4), 359–364.
178. Walter, F., Carr, M. J., Mok, P. L. H., Astrup, A., Antonsen, S., Pedersen, C. B., [...] Webb, R. T. (2017). Premature Mortality among Patients recently discharged from their first Inpatient Psychiatric Treatment. *JAMA Psychiatry*, *74*(5), 485–492.
179. Walter, G., & Pridmore, S. (2012). Suicide is preventable, sometimes. *Australasian Psychiatry*, 20(4), 271–273.
180. Wang, M., Alexanderson, K., Runeson, B., & Mittendorfer-Rutz, E. (2015). Sick-leave Measures, Sociodemographic Factors and Health Care as Risk Indicators for Suicidal Behavior in Patients with Depressive Disorders: A nationwide prospective Cohort Study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 201–210.
181. Wang, S., Ding, X., Hu, D., Zhang, K., & Di Huang. (2016). A Qualitative Study on Nurses' Reactions to Inpatient Suicide in a General Hospital. *International Journal of Nursing Sciences*, *3*(4), 354–361.
182. Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of general psychiatry*, *69*(6), 588–592.
183. While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., [...] Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: A cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, *379*(9820), 1005–1012.
184. Winkler, P., Mlada, K., Csemy, L., Nechanska, B., & Hoeschl, C. (2015). Suicides following Inpatient Psychiatric Hospitalization: A Nationwide Case Control Study. *Journal of Affective Disorders*, *184*, 164–169.
185. Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Keller, F., Spießl, H., Wurst, F. M., & Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus». (2014). 40 Years In-Patient Suicide Research of the Working Group «Suicidality and the Psychiatric Hospital». *Psychiatrische Praxis*, *41*(6), 331–335.

186. Wolfersdorf, M., Vogel, R., Vogl, R., Grebner, M., Keller, F., Purucker, M., & Wurst, F. M. (2016). Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Der Nervenarzt, 87*(5), 474–482.
187. Wolfersdorf, M., & Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus». (2012). Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Pflege Heute, 18*(5), 262–267.
188. Wurst, F. M., Mueller, S., Petitjean, S., Euler, S., Thon, N., Wiesbeck, G., & Wolfersdorf, M. (2010). Patient suicide. A survey of therapists' reactions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(4), 328–336.
189. Yaseen, Z. S., Galynker, I. I., Cohen, L. J., & Briggs, J. (2017). Clinicians' Conflicting Emotional Responses to High Suicide-risk Patients Association with Short-term Suicide Behaviors: A Prospective Pilot Study. *Comprehensive Psychiatry*, *76*, 69–78.
190. Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2014). Predictive Validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for Post-Discharge Suicide Attempt in High-Risk Psychiatric Inpatients. *PloS one*, *9*(1), 1–9 (e86768).
191. Zalpuri, I., & Rothschild, A. J. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 23–31.
192. Zeng, R., Cohen, L. J., Tanis, T., Qizilbash, A., Lopatyuk, Y., Yaseen, Z. S., & Galynker, I. (2015). Assessing the Contribution of Borderline Personality Disorder and Features to Suicide Risk in Psychiatric Inpatients with Bipolar Disorder, Major Depression and Schizoaffective disorder. *Psychiatry Research, 226*(1), 361–367.
193. Zhang, X. Y., Al Jurdi, R. K., Zoghbi, A. W., Chen, D. C., Xiu, M. H., Tan, Y. L., [...] Kosten, T. R. (2013). Prevalence, demographic and clinical correlates of suicide attempts in Chinese medicated chronic inpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(10), 1370–1375.

5.2 Zusätzliche Literatur

194. Baldwin, D., Mayers, A., & Elgie, R. (2003). Suicide in psychiatric in-patients. *Clinical Risk*, *9*(6), 229–232.
195. Billings, C. V. (2004). Psychiatric Inpatient Suicide. Focus on Intervention. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *10*(4), 190–192.
196. Bisconer, S. W., & Gross, D. M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology – Research and Practice*, *38*(2), 143–149.
197. Blain, P. A., & Donaldson, L. J. (1995). The reporting of in-patient suicides. Identifying the problem. *Public Health*, *109*(4), 293–301.
198. Bostwick, J. M., & Rackley, S. J. (2007). Completed suicide in medical/surgical patients: Who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, *9*(3), 242–246.
199. Busch, K. A., Clark, D. C., Fawcett, J., & Kravitz, H. M. (1993). Clinical Features of Inpatient Suicide. *Psychiatric Annals*, *23*(5), 256–262.
200. Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D., Morrison, R. (2005). Long-and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide. Review of the Literature. *Crisis, 26*(2), 53–63.
201. Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016): Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry, 209*(4), 277–283.
202. Combs, H., & Romm, S. (2007). Psychiatric Inpatient Suicide. A Literature Review. *Primary Psychiatry, 14*(12), 67–74.
203. Deisenhammer, E. A., DeCol, C., Honeder, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. W. (2000). In-patient Suicide in Psychiatric Hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(4), 290–294.
204. Deisenhammer, E. A., Huber, M., Kemmler, G., Weiss, E. M., & Hinterhuber, H. (2007). Psychiatric hospitalizations during the last 12 months before suicide. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 63–65.

205. Grebner, M., Lehle, B., Neef, I., Schonauer, K., Vogel, R., Wolfersdorf, M., & Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus». (2005). Empfehlung zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Krankenhauspsychiatrie, 16*(Sonderheft 1), 51–54.
206. Ho, T.-P. (2006). Duration of hospitalization and post discharge suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior*, *36*(6), 682–686.
207. Hoffmann-Richter, U., Känzig, S., Frei, A., & Finzen, A. (2002). Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Psychiatrische Praxis, 29*(1), 22–24.
208. Keller-Guglielmetti, E., Walter, E., & Trevisan, A. (2015). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz.* Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern, April 2015.
209. Krupinski, M., Fischer, A., Grohmann, R., Engel, R., Hollweg, M., & Möller, H.-J. (1998). Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, *248*(3), 141–147.
210. Lehle, B. (2007). Suizidalität und Suizid während der stationären psychiatrischen Behandlung. *Psychiatrie, 4*(2), 40–46.
211. Lewitzka, U. (2012). Hochakut suizidgefährdete Patienten. *PiD – Psychotherapie im Dialog, 13*(2), 8–14.
212. Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J. W. (2016). The Futility of Risk Prediction in Psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(4), 271-272.
213. Paterson, B., Cassels, C., Graham, A., Dowding, D., & McComish, A. (2007). Ambiguity, Uncertainty and Risk: Reframing the task of suicide risk assessment and prevention in acute in-patient mental health. *Irish Nurse*, *8*(2), 22–25.
214. Pompili, M., Mancinelli, I., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2005). Where Schizophrenic Patients Commit Suicide: A Review of Suicide among Inpatients and Former Inpatients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *35*(2), 171–190.
215. Powell, J., Geddes, J., Hawton, K., Deeks, J., & Goldacre, M. (2000). Suicide in Psychiatric Hospital inpatients. Risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry, 176*(3), 266–272.
216. Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 427–432.
217. Seibl, R., Antretter, E., & Haring, C. (2001). Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. Stand der Forschung, offene Fragen und Aufgaben zukünftiger Forschung. *Psychiatrische Praxis, 28*(7), 316–322.
218. Sharma, V., Persad, E., & Kueneman, K. (1998). A closer look at inpatient suicide. *Journal of Affective Disorders*, *47*(1-3), 123–129.
219. Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., & Cording, C. (2002). Suicidal behaviour of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(2), 134–138.
220. Stein, W. M. (2002). The use of Discharge Risk Assessment Tools in General Psychiatric Services in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(6), 713–724.
221. Teismann, T., Koban, C., Illes, F., & Oermann, A. (2017). *Psychotherapie suizidaler Patienten. Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden.* Göttingen: Hogrefe Verlag.
222. Walter, E., Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., Haas, A., & Schibli, D. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan.* Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und-direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern, Nov. 2016.
223. Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A., McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J. , Mitchell, A., & Carter, G. (2017), Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(Online Ressource), 1–18.

224. Wolfersdorf, M., Schneider, B., & Schmidtke, A. (2015). Suizidalität. Ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. *Der Nervenarzt, 86*(9), 120–1129.
225. Wolfersdorf, M., Vogel, R., & Rupprecht, U. (2001). Nach dem Suizid eines Patienten. Erfahrungen mit Angehörigen von Suizidenten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis, 28* (7), 341–344.
226. Wolfersdorf, M., & Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus» (2005). Suizid im Krankenhaus. Überblick und aktueller Stand zum Suizid während stationärer psychiatrischer Behandlung. *Verhaltenstherapie, 15*(2), 103–109.
227. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., [...], Zohar J. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 646–659.

6 Anhang

Nachfolgend angegeben ist eine Übersicht über die Methodik und das Land der ausgewerteten Literatur. Die Nummern in der ersten Spalte beziehen sich auf die Nummern der ausgewerteten Beiträge unter Kap. 5.1. Bei Beiträgen, bei denen eine ungenaue Beschreibung der Methode erfolgt, ist die spezifische Art der Methode (z. B. Inhaltsanalyse, Evaluationsstudie, Interventionsstudie, Fall-Kontroll-Studie) sowohl nicht auf einen Blick ersichtlich, als auch aufgrund fehlender Angaben zu wenig klar gewesen. Für weiterführende Informationen ist die entsprechende Literatur direkt zu konsultieren.

6.1 Ausgewertete Literatur

Nr.	Methodik und Gegenstand	Land
1	Quantitative Studie: Untersuchung der Prävalenz von unfreiwilligen Aufnahmen in Bezug auf Saisonalität und klinische Merkmale in einer Psychiatrie (Zeitraum: 2013-2015).	Italien
2	Quantitative Studie: Suizidrate zwischen 1992 und 2004 im Kanton Zürich.	Schweiz
3	Interventionsstudie: Untersuchung von n = 121 Patientinnen und Patienten mit Depression (Major Depressive Disorder) und einer kürzlichen Entlassung aus der Psychiatrie.	USA
4	Quantitative Studie: Auswertung von Daten der «Veterans Health Administration» hinsichtlich Suiziden bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit im Jahr 2011 (n = 13'047). Eine logistische Regressionanalyse wurde genutzt, um Suizidversuche auszuwerten.	USA
5	Quantitative Studie: Untersuchung von Warnsignalen für Suizidversuche bei n = 216 Patientinnen und Patienten, die sich innerhalb von 24 h nach einem Suizidversuch in der Psychiatrie vorstellig wurden.	USA
6	Quantitative Studie: Post-hoc-Analyse bei n = 28 Patientinnen und Patienten ohne Medikamentation mit Major Depressive Disorder(MDD) hinsichtlich Suizidversuchen.	USA
7	Literaturrecherche: Nutzung von «MEDLINE», «PsycINFO», «IndexCat» und «Scopus» zur Identifikation von Artikeln zum stationären Suizid.	keine Spezifität
8	Review: Beschreibung der Sofort-, Kurzzeit- und Langzeitmassnahmen im Falle eines stationären Suizids sowie Auswirkungen eines Suizids auf das Management.	keine Spezifität
9	Qualitative Studie: Retrospektive Auswertung von Falldokumentationen. Auswertung von n = 21 Todesfällen bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten in der Akutpsychiatrie (Zeitraum: 1998-2013) hinsichtlich demograph. Merkmale und psychiatrischer Diagnose.	Portugal
10	Quantitative Studie: Basierend auf dem Basisdokumentationssystem (DGPPN-BADO) wurden n = 49'257 stationäre Fällen (Zeitraum: 1998-2007) aus einer grossen psychiatrischen Universitätsklinik und als Unterstichprobe alle Fälle von Schizophrenie, Depression, akuten Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen mit n = 22'880 Fällen untersucht.	Deutschland
11	Quantitative Studie: Interventionsstudie. Untersuchung des Einflusses von Briefen als Suizidprävention nach Entlassung aus drei Stationen. Insgesamt n = 102 Patientinnen und Patienten erhielten mindestens einen Brief, aber nur n = 45 erhielten alle Briefe.	Grossbritannien
12	Quantitative retrospektive Studie: Einfluss der Ethnizität auf das Suizidrisiko durch Untersuchung der Suizid- und Mortalitätsraten bei vier Ethnien (Zeitraum: 1996-2001).	Grossbritannien
13	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung des Entlassungsmanagements und vom «Care Programme Approache».	Grossbritannien
14	Review: Suizidalität, u. a. bei stationären Patientinnen und Patienten v. a. im Hospital.	keine Spezifität
15	Literaturrecherche: Untersuchung des Phänomens der Kliniksuizide (n = 98 Studien).	keine Spezifität
16	Quantitative Studie: Landesweite Analyse gemeldeter Suizidversuche auf psychiatrischen Stationen mit Daten der britischen Nationalen Agentur für Patientensicherheit.	Grossbritannien
17	Qualitative Studie: Charakteristika von Patientinnen und Patienten, welche während des Psychiatrieaufenthaltes einen Suizid begangen haben (Zeitraum: 1996-2006).	Kroatien
18	Quantitative Studie: Veteranen nach Entlassung aus Psychiatrieaufenthalt mit Alkoholproblemen und bzw. oder nicht-bipolarer Depression wurden unter Verwendung einer nationalen Datenbank hinsichtlich ihres suizidalen Verhaltens analysiert.	USA
19	Quantitative Studie: Geschlechtsunterschiede bei Agitation und Suizidrisiko.	Chile

20	Literaturrecherche: Untersuchung von Risiko und präventiven Faktoren (Review).	USA
21	Quantitative Studie: Untersuchung von Zwangsbehandlungen.	Australien
22	Review: Sicherheitsfaktoren in psychiatrischen Einrichtungen.	USA
23	Literaturrecherche: Übersicht über Einflussfaktoren auf Suizid bei Schizophrenie.	keine Spezifität
24	Fallbeschreibung: Artikel möchte Fachkräfte dazu zu ermutigen, Psychiatrieaufenthalte nicht als erste Wahl zu betrachten, sondern als Teil einer grösseren Strategie.	Spanien
25	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 75 Patientinnen und Patienten aus zwei psychiatrischen Stationen (1 Station aus einem Allgemeinkrankenhaus, 1 Station aus einer psychiatrischen Klinik; Zeitraum: 2004-2011) hinsichtlich der Unterschiede zwischen suizidalen und nicht suizidalen Ereignissen.	Taiwan
26	Quantitative Studie: Auswertung von Patientendaten hinsichtlich Suizidrate und Risikofaktoren bei n = 3'897 Personen mit n = 43 Suiziden (Zeitraum: 2003-2006).	Südkorea (Seoul)
27	Mixed-Methods Studie: Durchführung der quantitativen Studie (n = 119) in einem Krankenhaus mit stationärer psychiatrischer Versorgung (Zeitraum: 2007-2009). Durchführung der qualitativen Studie mit n = 20 stationären Patientinnen und Patienten.	USA
28	Quantitative Studie: Vergleich demographischer, klinischer und suizidaler Faktoren bei Suiziden (n = 711) während des Aufenthalts in einer Psychiatrie, nach Entlassung und ohne längere Hospitalisierung (Tiroler Suizidregister; Zeitraum: 2004-2011).	Österreich (Tirol)
29	Quantitative Studie: Untersuchung aller Einweisungen in eine Psychiatrie in Ontario (Zeitraum: 2008-2011) hinsichtlich potentieller Risikofaktoren für Suizid zur Entwicklung eines Modells zur Vorhersage suizidalen Verhaltens.	Kanada
30	Qualitative Studie: Untersuchung von n = 30 Patientinnen und Patienten (Zeitraum: 2008-2014). Analyse der Hochrisikofaktoren für Suizide im öffentlichen Spital.	China
31	Quantitative Studie: Verbundene Datenstudie der Suizidmortalität in schottischen Psychiatrien und Hospitälern (Zeitraum: 1981-2010).	Grossbritannien
32	Fallbezogene Studie: Untersuchung der Durchführbarkeit und Wirksamkeit der «Collaborative Assessment and Management of Suicidality» (CAMS) in einem offenen, fallbezogenen Design mit n = 16 Patientinnen und n = 4 Patienten.	USA (Texas)
33	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie (n = 52), die suizidale Patientinnen und Patienten mit einer individuellen Therapie mit «Collaborative Assessment and Management of Suicidality» (CAMS) mit jenen vergleicht, die eine Therapie ohne CAMS erhielten.	USA (Texas)
34	Quantitative Studie: «Life-Death Implicit Association Test» (IAT) wurde alle zwei Wochen in einer stationären Einrichtung für psychiatrische Störungen bei n = 124 Patientinnen und Patienten angewandt (Aufenthaltsdauer: ca. 6 Wochen).	USA
35	Quantitative Studie: Gründe für Suizidwunsch vs. Lebenswillen bei n = 192 Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken (Zeitraum: Feb. bis Mai 2016).	Indien
36	Literaturrecherche: Überblick über die Rolle von Kommunikationstechnologien (z. B. Postkarten, Briefe, SMS, Telefonkontakte) bei der Suizidprävention durch Suche in «PubMed», «ScienceDirect», «ResearchGate» und «Crisis«» (Zeitraum: 1977-2016).	keine Spezifität
37	Literaturrecherche: Übersicht über Evidenz bei der Prävention von Suiziden.	keine Spezifität
38	Quantitative Studie: Untersuchung des zeitlichen Verlaufs des Suizidrisikos, kennzeichnender Merkmale suizidalen Verhaltens und der Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei n = 699 Patientinnen und Patienten mit Erstepisoden-Psychose.	Australien
39	Review: Überblick über sichere und effektive Praktiken zur Suizidprävention bei der Entlassung aus einer der Psychiatrie.	keine Spezifität
40	Quantitative Studie: Durchführung einer retrospektiven Befragung bei n = 206 Patientinnen und Patienten mit hohem Suizidrisiko und klinischen Merkmale der Bipolar I- (n = 140) und der Bipolar II-Störung (n = 66) in einer Psychiatrie (Zeitraum: 2002-2009).	Norwegen
41	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Suizidrisikofaktoren, die systematisch bei der Aufnahme in eine psychiatrische Akutstation beurteilt werden, und dem anschließenden Suizid (n = 1'976).	Norwegen
42	Review: Beschreibung der Herausforderungen bei der Bewertung des Risikos für Suizidversuche und Suizide. Überprüfung von Risikofaktoren und Warnzeichen.	keine Spezifität
43	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. 25 stationäre Patientinnen und Patienten mit Suizidversuchen wurden mit 25 stationären Patientinnen und Patienten und 25 ambulan-	USA

	ten Psychotherapiepatienten ohne Suizidversuche verglichen.	
44	Quantitative Studie: Untersuchung der im BKH Bayreuth vollzogenen Suizide von Patientinnen und Patienten in (teil-)stationärer Behandlung.	Deutschland
45	Quantitative Studie: Suizidgedanken in medizinischen Institutionen.	Brasilien
46	Quantitative Studie: Untersuchung der «Suicide Opinion Questionnaire» (SOQ) zur Identifizierung von Suiziden nach der Entlassung bei n = 91 stationären Patientinnen und Patienten, die nach der «Suicide Opinion Questionnaire» bewertet wurden.	USA
47	Review: Überblick über den psychotherapeutischen Ansatz der «Post-Admission Cognitive Therapy» (PACT), der für stationäre Patientinnen und Patienten entwickelt und an ihnen empirisch getestet wurde.	USA
48	Review / Stellungnahme: Überblick über kognitive Verhaltenstherapie zur Suizidprävention.	Indien
49	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen schwerer Depression und Suizidversuchen bei Patientinnen und Patienten mit einem oder keinen Suizidversuch im Vergleich zu jenen mit multiplen Suizidversuchen (n = 121).	USA
50	Review: Überblick über suizidales Management einschliesslich Beschreibung der psychiatrischen Pathologie, die mit Suizidalität verknüpft ist.	keine Spezifität
51	Qualitative Studie: Studie bei n = 23 medizinischen Fälle aus zwei psychiatrischen Stationen mit Suizid während Psychiatrieaufenthalt oder zwei Wochen nach Entlassung.	Polen
52	Literaturrecherche: Charakterisierung von Suiziden bei Schizophrenie durch Identifikation relevanter Studien (Zeitraum: 1994-2009) über «Medline».	keine Spezifität
53	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Studie verglich n = 20 Depressive mit Suizidversuch und n = 26 Depressive ohne Suizidversuch.	Italien
54	Review: Überblick über Prävention von Suiziden ausserhalb des Psychiatrieaufenthalts.	keine Spezifität
55	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Patientinnen und Patienten, die kürzlich einen Suizidversuch unternommen hatten und konventionell behandelt wurden (n = 60), wurden mit Patientinnen und Patienten verglichen, die konventionell behandelt wurden und denen «Attempted Suicide Short Intervention Program» (ASSIP) zuteil wurde (n = 60).	Schweiz
56	Qualitative Studie: Semistrukturierte Interviews mit n = 4 Psychiatern und n = 4 Psychologen zur Untersuchung, wie Therapeuten Behandlung und Versorgung suizidaler Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Stationen erleben.	Norwegen
57	Untersuchung des Risikobeurteilungsinstruments «Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide» (MARIS) bei n = 136 psychiatrischen Patientinnen und Patienten, die wegen eines hohen Suizidrisikos eingeliefert worden waren. Für n = 86 lagen vollständige Daten bei der Entlassung vor, n = 59 wurden für ein Follow-up erreicht.	USA (New York)
58	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Vergleich von Personen, die an Suizid verstorben sind, mit ähnlicher Kontrollgruppe ohne Suizid (Zeitraum 1998-2006).	Dänemark
59	Quantitative Studie: Suizidrisiko nach Entlassung. Retrospektive Studie basierend auf «English Hospital Episode Statistics» und «Death Registration Data» (Zeitraum: 1999-2006).	Grossbritannien
60	Review: Überblick über Suizidprävention.	keine Spezifität
61	Quantitative Studie: 15-jährige Beobachtungsstudie (Zeitraum: 1998-2012) mit Untersuchung von n = 349'574 Aufnahmen in 21 psychiatrischen Kliniken. Anhand einer «Propensity Score Matching» wurden 145'738 Fälle untersucht für Rückschlüsse u. a. auf Suizid, Suizidversuche und Fluchtversuche (mit und ohne Rückkehr).	Deutschland
62	Literaturrecherche / quantitative Studie: Meta-Analyse von Kohorten-Studien und Fall-Kontroll-Studien. Untersuchung von Suizidgedanken als Determinante für Suizid durch Auswertung von n = 81 eingeschlossenen Studien.	keine Spezifität
63	Quantitative Studie: Untersuchung psychologischer Tests bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilden.	USA
64	Quantitative Studie: Studie möchte Behandlungsmerkmale einer Stichprobe von n = 505 Suiziden von stationären Patientinnen und Patienten beschreiben und festzustellen, wie Kliniker die Versorgung erlebt und was sie gelernt haben.	USA
65	Quantitative Studie: Retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Verwendung klinischer Daten für n = 107 psychiatrische Patientinnen und Patienten, die innerhalb einer Woche nach Aufnahme durch Suizid verstorben sind, im Vergleich zu n = 107 Patientinnen und Patienten ohne Suizid nach Aufnahme.	Grossbritannien

66	Mixed-Methods Studie: Quantitative Analyse aller Suizide von Patientinnen und Patienten (Zeitraum: 1997-2011) sowie Auswertung von halbstrukturierten Interviews mit n = 21 klinischen Mitarbeitern, um Charakteristika stationärer Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die sich vom Klinikareal unerlaubt entfernen und Suizid begehen.	Grossbritannien
67	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung von n = 238 Patientinnen und Patienten, die innerhalb von drei Monaten nach Entlassung durch Suizid verstarben und n = 238 psychiatrische Patientinnen und Patienten ohne Suizid nach Entlassung zur Identifikation von Risikofaktoren.	Grossbritannien
68	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung der Suizidrate bei ambulanten Patientinnen und Patienten unter der Betreuung von Heimarbeitsteams im Vergleich zu stationären Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie (Zeitraum: 2003-2011).	Grossbritannien
69	Quantitative Studie: Durchführung einer klinischen Untersuchung, die auf einer 10-jährigen Stichprobe (1997-2006) basiert, mit n = 1'851 Fällen von Suizid. Ziel war es, die sozialen und klinischen Merkmale von Menschen zu beschreiben, die vor dem Suizid aus einer psychiatrischen Abteilung geflüchtet waren.	Grossbritannien
70	Qualitative Studie: Analyse von n = 35 Vorfällen über Suizide bei stationären Patientinnen und Patienten (Zeitraum: 2001-2012) anhand präfekturaler Ergebnisberichte.	Japan
71	Quantitative Studie: Untersuchung von Suiziden bei n = 529 Einrichtungen, die während eines 3-Jahres-Zeitraums n = 262 stationäre Selbstmorde hatten: n = 131 befanden sich in medizinischen Einrichtungen und n = 131 sich in psychiatrischen Einrichtungen.	Japan
72	Quantitative Studie: Basierend auf nationalen Registern wurden alle Entlassungen von Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung (n = 52'747) aus einer psychiatrischen Abteilung identifiziert (Zeitraum: 1987-2003).	Finnland
73	Quantitative Studie: Untersuchung einer Stichprobe von stationären Patientinnen und Patienten (n = 110) mit einem nicht-parametrischen Bootstrapping-Verfahren.	USA
74	Review: Überblick über selbstverletzendes Verhalten bei stationärem Aufenthalt.	keine Spezifität
75	Fallbeschreibung / Review: Beschreibung der Nutzung der Methode der «Failure Modes and Effects Analysis» (FMEA) durch ein psychiatrisches Behandlungsteam, um die Beobachtungspraktiken zu verbessern bzw. zu korrigieren.	USA, Vgl. weltweit
76	Review: Übersicht über Interventionen bei Suiziden.	USA
77	Kommentar: Erfahrungen in einer Psychiatrie.	unbekannt
78	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung von Suizidraten während und nach einer Unterbringung in Hochsicherheitsabteilungen anhand von Daten aus dem Fallregister der Spitäler (Zeitraum: 1972-2000) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.	Grossbritannien
79	Untersuchung von Trends beim stationären Suizid bei Patientinnen und Patienten, die sich in der Versorgung des «National Health Service» (NHS) befanden (Suizide: n = 1'942 Patientinnen und Patienten; Zeitraum: 1997-2008).	Grossbritannien
80	Quantitative Studie: Identifikation von selbstschädigendem bzw. suizidalem Verhalten bei n = 933 Patientinnen und Patienten.	Australien
81	Quantitative Studie: Untersuchung des selbstverletzenden Verhaltens bei n = 100 stationären Patientinnen und Patienten in drei Kliniken mit und ohne Suizidversuchen.	USA
82	Quantitative Studie: Verschachtelte Fall-Kontroll-Studie (nested case control-study). Untersuchung von n = 10 stationären Patientinnen und Patienten mit Suizid (Zeitraum: 2000-2013) im Vergleich zu n = 50 Kontrollpersonen.	Indien
83	Review: Überblick über Suizid in der Psychiatrie.	keine Spezifität
84	Literaturrecherche: Diskussion der Suizidrisikoeinschätzung.	keine Spezifität
85	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 121 psychiatrischen Patientinnen und Patienten im Alter von 19 bis 67 Jahren, um den Prozess der Entwicklung und vorläufigen Validierung der «Verbal Suicide Scale» (VSS) vorzustellen.	Polen
86	Literaturrecherche: Meta-Analyse zur Untersuchung der Patientensuizide in Dänemark (Zeitraum: 1997-2006) bei einem Sample von n = 126'383 psychiatrischen Patientinnen und Patienten, von denen n = 279 Patientinnen und Patienten Suizid begangen.	Dänemark
87	Literaturrecherche: Systematische Meta-Analyse nach PRISMA-Richtlinien von insgesamt n = 18 Peer-Review-Kohorten- und kontrollierten Studien, die über «Medline», «EMBASE» und «PsychINFO» identifiziert wurden.	weltweit

88	Literaturrecherche: Überblick über Kliniksuizide.	keine Spezifität
89	Literaturrecherche: Systematische Meta-Analyse von n = 29 Studien zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit hohem Suizidrisiko.	weltweit (Austral. Studie)
90	Literaturrecherche: Systematische Meta-Analyse von n = 13 Studien zum Suizid innerhalb eines Jahres nach der Entlassung aus psychiatrischen Spitälern.	weltweit (Austral. Studie)
91	Quantitative Meta-Analyse von kontrollierten Studien zum Suizid stationärer Patientinnen und Patienten zur Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Suizid und demographischen, historischen, symptomatischen, diagnostischen und Behandlungsfaktoren.	keine Spezifität
92	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Identifikation von Risikofaktoren für Suizid bei schizophrenen Patientinnen und Patienten mit einem Suizid in der Zeit nach der Entlassung (90 Tage) im Vgl. zu schizophrenen Personen ohne Suizid (Zeitraum: 2002-2004).	Taiwan
93	Quantitative Studie: Untersuchung der Möglichkeiten der Einteilung in verschiedene Risikogruppen für Suizid bei behandlungsresistenten Patienten (n = 32, 78% Frauen).	USA (Texas)
94	Review / Editorial: Wissenstand über Kliniksuizide und Möglichkeiten der Prävention.	keine Spezifität
95	Quantitative Studie: Verschachtelte Fall-Kontroll-Studie (nested case control-study) mit Daten aus der «Israeli Psychiatric Hospitalization Registry» (Zeitraum: 1990-2013) zur Untersuchung klinischer Risikofaktoren für den stationären Suizid.	Israel
96	Quantitative Studie: Retrospektive Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Suizid und körperlicher Krankheit bei depressiven älteren Patientinnen und Patienten über 65 Jahren in der Psychiatrie durch Auswertung der Krankenakten innerhalb von 10 Jahren bei suizidalen Patientinnen und Patienten (n = 78). Vergleichsgruppe aus ähnlichen, aber nicht-suizidalen Voruntersuchungspatientinnen und -patienten (n = 87).	Israel
97	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 200 Patientinnen und Patienten, die nach Suizidgedanken oder Suizidversuchen hospitalisiert wurden. Suizidales Verhalten wurde mit der «Columbia Suicide Severity Rating Scale» 1-2 Monate nach der Entlassung bewertet.	USA
98	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Risikofaktoren für Suizide bei n = 64 psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit n = 62 Personen (Zeitraum: 1956-2005).	China
99	Quantitative Studie: Untersuchung von Suiziden bzw. Suizidversuchen in der Basisdokumentation (BADO) der Psychiatrischen Klinik der LMU München (Zeitraum: 1995-2010) hinsichtlich Risikofaktoren mit einem multivariaten logistischen Regressionsmodell.	Deutschland
100	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Abschätzung der protektiven Wirkung von Suizidpräventionsmassnahmen und klinischen Risikofaktoren für stationäre Suizide in einer psychiatrischen Klinik bei n = 33'121 Aufnahmen (Zeitraum: 1998-2008) nach der Implementierung eines standardisierten Vorsorgesystems im Vergleich zu n = 13'515 Aufnahmen (Zeitraum: 1985-1995) vor der Implementierung.	Taiwan
101	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie, die die Mortalitätsdatenbank aus Taiwan und die Datenbank der nationalen Krankenversicherung für die Untersuchung von Risikofaktoren für Suizid bei Depression miteinander verband (Zeitraum: 2002-2004).	Taiwan
102	Quantitative Studie / Fallstudie: Untersuchung von Suiziden (n = 23 Männer, n = 9 Frauen) in einer Psychiatrie während einer 7-jährigen Periode. Ziel war es, eine Reihe von aufeinanderfolgenden Suiziden mittels psychologischer Autopsietechnik zu untersuchen.	Schweden
103	Quantitative Studie: Prospektive Kohortenstudie aller Patienten in einer psychiatrischen Anstalt mit Suizidalität und aktuellen Suizidgedanken (Zeitraum: 2007-2009). Prädiktoren für Suizidgedanken wurden nach einem, drei und sechs Monaten nach der Entlassung sowie das Suizidverhalten sechs Monate nach Entlassung in einem Follow-up untersucht.	Kanada
104	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Patientinnen und Patienten aus sechs psychiatrischen Kliniken in Deutschland (Zeitraum: 1997-2006). Daten von n = 101 Eisenbahnsuiziden im Vergleich zu einer ähnlichen Kontrollgruppe (n = 101).	Deutschland
105	Review: Zusammenhang zwischen chronischer Krankheit und Suizid.	USA
106	Quantitative Studie: Evaluationsstudie mit n = 163 Patientinnen und Patienten zur Untersuchung klinikinterner Suizidrisikostufen hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität.	Deutschland
107	Review: Beschreibung der Erfahrungen mit einem «Suicide Risk Screening Tool».	USA
108	Untersuchung der «Columbia-Suicide Severity Rating Scale» (C-SSRS), durchgeführt bei Aufnahme sowie zwei, zwölf und 24 Wochen nach Entlassung, für die Risikobewertung	USA

	von Suiziden in einer longitudinalen Studie mit insgesamt n = 1'055 Patientinnen und Patienten (Zeitraum: 2012-2014).	
109	Quantitative Studie: Untersuchung der Implementierung eines elektronischen Warnsystems für Suizide in einer Psychiatrie über einen Beobachtungszeitraum von 19 Monaten.	USA
110	Quantitative Studie: Suizidrate in dänischen Psychiatrien (Zeitraum: 1998-2005).	Dänemark
111	Quantitative Studie: Untersuchung der Risikofaktoren beim Kliniksuizid innerhalb einer registerbasierten Kohorte (279 Suizide bei n = 126'382 Personen; Zeitraum 1997-2006).	Dänemark
112	Quantitative Studie: Untersuchung des Suizidrisikos bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit selbstverletzendem Verhalten innerhalb eines Jahres vor der Einlieferung innerhalb einer registerbasierten Hochrisiko-Kohorte (Patientinnen und Patienten: n = 17'257; Zeitraum 1998-2006).	Dänemark
113	Literaturrecherche: Übersicht über Suizidrisiken, untersucht bei stationären Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von wissenschaftlicher Literatur (peer reviewed).	keine Spezifität
114	Review / Editorial	Irland
115	Qualitative Studie: Untersuchung, ob Beobachtung von Patientinnen und Patienten eine Strategie zur Verhinderung eines Suizids oder eines Schadens für andere darstellt.	USA
116	Qualitative Studie / qualitative Inhaltsanalyse: Analyse der Empfehlungen der Gerichtsmedizin bezüglich Suizid, Interviews mit Klinikern hinsichtlich der Empfehlungen, Interviews mit Betreuungspersonen, die mit Familien arbeiten.	Neuseeland
117	Review: Epidemiologie und Prävention von Kliniksuiziden.	keine Spezifität
118	Quantitative Studie: Analytische Studie untersucht bei n = 2'333 stationären Patientinnen und Patienten den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Suizidrisiko.	USA
119	Falluntersuchung: Suizide im Spitalsetting (n = 5 Fälle).	Tunesien
120	Quantitative Studie: Untersuchung der langzeitlichen Trends bei der Einweisung in eine Psychiatrie aufgrund von selbstverletzendem Verhalten mit Daten von n = 13'014 Patientinnen und Patienten aus dem National Patient Survey in Japan (1996 und 2014).	Japan
121	Quantitative Studie: Auswertung aller stationären Suizide (Zeitraum: 1998-2007) einer psychiatrischen Universitätsklinik durch das deutsche psychiatrische Basisdokumentationssystem (DGPPN-BADO), um Zeitmuster von stationären Suiziden zu analysieren.	Deutschland
122	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie mit Matched-Pair-Design. Untersuchung von Suiziden (n = 133) in AGATE-Studie (Zeitraum: 1991-2008). Berücksichtigung sozio-dem. Variablen, der Suizidmethode und der Psychopharmakotherapie von Suiziden mit Schizophrenie (n = 59) und Affektstörungen (n = 59) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.	Deutschland
123	Quantitative Studie: Auswertung von Daten der deutschen psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) unter besonderer Berücksichtigung fremdaggressiver Verhaltensweisen (Zeitraum: 1998-2007) bei n = 8'901 Aufnahmen mit Schizophrenie (ICD-10: F20), n = 6'210 Aufnahmen mit Depression (ICD-10: F32/F33), n = 3'763 Aufnahmen mit Belastungsreaktion/Anpassungsstörung (ICD-10: F43) und n = 4'006 Aufnahmen mit Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60/F61).	Deutschland
124	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung der Assoziation von Aggression und suizidalem Verhalten bei Schizophrenie (n = 8'901 Aufnahmen; Zeitraum: 1998-2007). Suizide (n = 7) bzw. Suizidversuche (n = 40) mit Schizophrenie wurden mit Suiziden (n = 30) bzw. Suizidversuchen bei anderen Diagnosen verglichen.	Deutschland
125	Review und qualitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Mittels einer Literaturrecherche und Interviews mit Angehörigen schizophrener und depressiver Suizidenten (Zeitraum: 1995–2004) wurden 67 potenzielle Risikofaktoren für einen Kliniksuizid bestimmt. Die Risikofaktoren wurden anhand von Krankengeschichten von Suizidenten (n = 20) im Vergleich zu einer parallelisierten Kontrollgruppe von Nichtsuizidenten (n = 20) analysiert.	Deutschland
126	Quantitative Studie: Auswertung der deutschen psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) bei n = 5'356 Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (über 65 Jahre) mit 7'658 Aufnahmen in einer psychiatrischen Universitätsklinik (Zeitraum: 1996-2006). Ziel der Studie ist Untersuchung der Prävalenz und der Risikofaktoren für suizidales Verhalten stationärer Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter.	Deutschland
127	Quantitative Studie: Untersuchung des Risikos für Kliniksuizid.	Deutschland
128	Quantitative Studie: Untersuchung der Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei n = 5'356	Deutschland

	stationären Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (über 65 Jahre) mit 7'658 Aufnahmen in einer psychiatrischen Universitätsklinik (Zeitraum: 1996-2006).	
129	Quantitative Studie: Untersuchung der Rolle der Psychopharmakotherapie für Suizide und Suizidversuche während der stationären Behandlung basierend auf Daten der deutschen psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) mit n = 20'543 Patientinnen und Patienten mit n = 40'451 Behandlungsepisoden (Zeitraum: 1995 bis 2004).	Deutschland
130	Literaturrecherche: Überblick über Risikoabschätzung bei suizidalen Patientinnen und Patienten sowie über Massnahmen der Suizidprävention.	keine Spezifität
131	Quantitative Studie: Kohortenstudie mit Follow-up. Berücksichtigung von n = 676 Erstaufnahmen in zwei Psychiatrien zur retrospektiven Prüfung hinsichtlich Suizidalität und Untersuchung bei n = 168 Patientinnen und Patienten zur Identifikation von Risikoprofilen.	Norwegen
132	Quantitative Studie: Retrospektive longitudinale Kohorten-Studie. Untersuchung des Suizidrisikos während 90 Tagen nach der Entlassung bei einer Diagnose von Depression, bipolarer Störung, Schizophrenie, Substanzstörung oder anderen psychischen Störungen bei n = 770'643 Patientinnen und Patienten im Vergleich zu n = 1'090'551 Patientinnen und Patienten mit nicht-mentalen Störungen und der Durchschnittsbevölkerung (Suizide: n = 370 Patientinnen und Patienten; Zeitraum: 2001-2007).	USA
133	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung der Suizidmortalität innerhalb von einem Jahr nach Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung und Identifikation der Risikofaktoren im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Zeitraum: 1989-2006).	Südkorea (Seoul)
134	Quantitative Studie / Falluntersuchung: Untersuchung der Faktoren, die in psychiatrischen Einheiten die Beurteilung von Suizidrisiken beeinflussen. Analyse von über 130 Fällen, bei denen 12 Psychiater und 52 Krankenschwestern das Suizidrisiko beurteilten.	Grossbritannien (Schottland)
135	Debattenbeitrag über die klinische Risikokategorisierung bei Suizidalität.	weltweit
136	Quantitative Studie: Untersuchung von Entlassungsmanagement und Unterstützungsprogrammen bei n = 48 Patienten mit Depression eines «Veterans Affairs Medical Center», die nach Entlassung wöchentliche Besuche oder Telefonanrufe für 6 Monate durch Familienmitglied / Freund (n = 19) oder zertifizierten Spezialisten (n = 29) erhalten.	USA
137	Literaturrecherche: Identifikation von wissenschaftlichen Publikation zur Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten über «MedLine» mit Forschungs- und Politikempfehlungen, die für psychiatrische Kliniken entwickelt wurden, um Suizidrate zu reduzieren.	keine Spezifität
138	Review: Risikovorhersage bei Suizidalität und «Columbia-Suicide Severity Rating Scale».	weltweit
139	Qualitative Studie: American Psychiatric Nurses Association (ANPA).	USA
140	Quantitative Studie: Psychiatric Monitoring and Intervention (PMI).	USA
141	Qualitative Studie: Interview mit n = 8 Patientinnen und Patienten, um ihre Entlassungserfahrungen zu untersuchen. Phänomenologische Analyse wurde verwendet.	Grossbritannien
142	Kommentar / Stellungnahme	keine Spezifität
143	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 141 Berichten über Suizide innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus einer Psychiatrie in Abteilungen der «Veterans Health Administration» (Zeitraum: 2002-2015) zum besseren Verständnis der systemischen und organisatorischen Faktoren bei einem Suizid.	USA
144	Quantitative Studie: Retrospektive Studie der Fehler-Ursachen-Analyse («root-cause analysis», RCA) über Suizide innerhalb von drei Monaten nach Klinikaufenthalten von Veteranen (Zeitraum: 2002-2015). Auswertung von n = 96 Fehler-Ursachen-Analyse-Berichten zu Suiziden innerhalb von drei Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt.	Grossbritannien
145	Quantitative Studie: Untersuchung der Prävalenz von Risikobewertung und -management bei Suiziden von n = 202 Patientinnen und Patienten durch Bestimmung der suizidalen Einfluss- bzw. Risikofaktoren.	Grossbritannien
146	Quantitative Studie mit Follow-up. Die von Patientinnen und Patienten (n = 489 Patientinnen und Patienten, n = 716 Hospitalisationen) angegebenen Risiken für Gewalt gegen andere und sich selbst (bei Aufnahme und Entlassung) wurden mit Angaben während des Spitalaufenthalts und drei Monate nach Entlassung verglichen (Zeitraum: 2006-2007).	Norwegen
147	Quantitative Studie: Untersuchung der Möglichkeit einer Implementierung von «Cognitive Tools» in den medizinisch-klinischen Alltag.	Kanada
148	Review: Überblick über Risikomanagement bei suizidalen Personen mit Schizophrenie.	keine Spezifität

149	Quantitative Studie: Detailanalyse von n = 436 Suiziden stationärer Patientinnen und Patienten (Zeitraum: 2000-2010).	Schweiz
150	Literaturrecherche: Überblick über Methode der ständigen Beobachtung (constant observation) psychiatrischer Patientinnen und Patienten mit Risiko für suizidales Verhalten.	keine Spezifität
151	Quantitative Studie / randomisierte Kontrollstudie: Untersuchung, ob «Collaborative Assessment and Management of Suicidality» (CAMS) als therapeutischer Ansatz bei der Verringerung von Suizidgedanken und -verhalten wirksamer ist als die konventionelle Behandlung. Studie mit n = 100 Patientinnen und Patienten mit mittelschweren bis starken suizidalen Problemen aus vier klinischen Abteilungen.	Norwegen
152	Literaturrecherche: Systematische Literaturrecherche in «Cochrane Library»., «Pubmed», «Embase », «Web of Knowledge» und einer persönlichen Datenbank über kontrollierte Kohortenstudien zum stationärem Suizid.	keine Spezifität
153	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 4'441 Patientinnen und Patienten, die während eines Zeitraums von 35 Jahren stationär behandelt wurden, um relevante Prädiktoren für Suizid zu identifizieren.	Italien (Rom)
154	Literaturrecherche: Komponenten der Sicherheit für stationäre Unterbringung.	keine Spezifität
155	Literaturrecherche: Überblick über Bewertungs- und Managementstrategien für suizidale Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung mittels «Pubmed» und «PsychINFO».	keine Spezifität
156	Literaturrecherche: Übersicht über psychodynamisches Verständnis von Suizidalität in der Nachentlassungsphase nach einem stationären Aufenthalt mit einer Übersicht empirischer Forschung und klinischen Empfehlungen zur Suizidprävention.	keine Spezifität
157	Review: Überblick über Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten beim Kliniksuizid.	keine Spezifität
158	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 63 Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch sowie Auswertung des Suizidmanagements vor dem Suizidversuch (Zeitraum: 2005-2006). Die Datenerhebung basierte auf einem Fragebogen, der n = 28 Psychiaterinnen und Psychiater gegeben wurde.	Italien
159	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie.	USA
160	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Das Suizidrisiko wurde zwischen Patientinnen und Patienten mit Suizidversuch (n = 30) und Patientinnen und Patienten ohne Suizidversuch (n = 30) verglichen.	Indian
161	Review / Fallbeschreibung: Risikobewertung des Verhaltens bei überbewachten suizidalen Patientinnen und Patienten	keine Spezifität
162	Überblick über den Einfluss der Risikomanagementkultur auf die Pflegepraxis bei Suizidalität in der Psychiatrie	keine Spezifität
163	Review / Editorial	keine Spezifität
164	Quantitative Studie: Identifikation suizidgefährdeter Patientinnen und Patienten in der Klinik auf Basis der psychiatrischen Basisdokumentation, einer psychologischen Autopsiestudie von Kliniksuiziden und einer Evaluation der Suizide vor und nach Implementierung des multimodalen Suizidpräventionsprogramms «Bündnis gegen Depression».	Deutschland
165	Quantitative Studie: Untersuchung von RESH Score / Risk Assessment Tool.	Australien
166	Datenverbindungsstudie («data linkage study»): Elemente der Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung der ambulanten Nachsorge innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei n = 42'353 Patientinnen und Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, die zuvor stationär oder ambulant betreut wurden (Zeitraum: 2005-2011).	Australien
167	Quantitative Studie: Untersuchung von n = 522 Patientinnen und Patienten aus 31 Kliniken (Zeitraum: 2009-2010). Daten wurden für erste zwei Wochen nach Einweisung erfasst.	Grossbritannien
168	Quantitative Studie: Untersuchung der Ereignisse vor und nach selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuch sowie der Charakteristika dieser Patientinnen und Patienten. Auswertung der Daten von n = 522 stationär behandelten Patientinnen und Patienten.	Grossbritannien
169	Mixed-Methods Studie: Untersuchung der Einflussfaktoren auf Gewalt gegen sich selbst und Gewalt gegen andere aus Daten von n = 851 stationären Patientinnen und Patienten nach der Entlassung sowie Auswertung von Follow-up-Interviews nach der Entlassung.	USA
170	Quantitative Studie: Studie (Befragung, n = 531 Pflegende) behandelt Suizide und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Pflegenden (Schuldgefühle, etc.).	Japan
171	Review: Überblick über Prävention von Kliniksuiziden.	keine Spezifität

172	Quantitative Studie: Fall-Kontroll-Studie. Untersuchung bei n = 123 suizidalen Patientinnen und Patienten mit einer ebenso grossen Kontrollgruppe (Zeitraum: 2003-2004).	Singapur
173	Quantitative Studie: Kohortenstudie zur Untersuchung des Suizidrisikos mit n = 6'086 bipolaren Patienten (60% Frauen), die im nationalen Qualitätsregister für bipolare Störungen (Zeitraum: 2004-2011) registriert sind und von 2005-2012 weiterverfolgt wurden.	Schweden
174	Literaturrecherche: Untersuchung von 28 Artikel, die über «Medline», «PubMed» und «PsycInfo» identifiziert wurden	keine Spezifität
175	Quantitative Studie: Auswertung aus der landesweiten Mortalitätsdatenbank von Taiwan und Identifikation der Suizidtodesfälle mit n = 672 Fällen (Zeitraum: 2000-2004).	Taiwan
176	Qualitative Studie: Interviews mit n = 10 Patientinnen und Patienten (n = 4 Frauen, n = 6 Männer) im Alter von 21-52 Jahren, um die Erfahrungen mit Suizidgedanken und die Begegnung mit dem medizinischem Personal zu erforschen.	Norwegen
177	Review / Einzelfallanalyse: Untersuchung eines Patientensuizids auf einer Einrichtung in Victoria, Australien. Ziel ist die Beschreibung der Absicht und des Verlaufs der Überprüfungen nach dem Tod durch Suizid (Möglichkeit der Verbesserung).	Australien
178	Quantitative Studie: Single Cohort Design-Study. Ziel war die Untersuchung der Sterblichkeit in einer landesweiten Kohorte (n = 1'683'385) von Patientinnen und Patienten im Alter von 15 bis 44 Jahren, die aus einer Psychiatrie entlassen wurden (Zeitraum: 1982-2011).	Dänemark
179	Literaturrecherche: Ziel ist zu überprüfen, inwieweit Suizid vermeidbar ist.	keine Spezifität
180	Quantitative Studie: Unterschiede zwischen depressiven Männer und Frauen im Zusammenhang mit Suizidversuch und Arbeitsunfähigkeit.	Schweden
181	Qualitative Studie: Durchführung von halbstrukturierten und individuellen Tiefeninterviews mit 15 Pflegekräften in einem Referenzkrankenhaus in China zu den Reaktionen der Pflegekräfte auf einen Kliniksuizid.	China
182	Quantitative Studie: Interventionsstudie. Untersuchung der Folgen der Implementierung einer Checkliste («Mental Health Environment of Care Checklist») zur Reduktion der Suizidgefahren in psychiatrischen Einrichtungen (Zeitraum: 1999-2011).	USA
183	Quantitative Studie: Ambulante psychiatrische Gesundheitsdienste	Grossbritannien
184	Quantitative Studie: Untersuchung der während stationärer Psychiatrieaufenthalte begangenen Suizide während und kurz nach der Entlassung (Zeitraum: 2008-2012).	Tschechien
185	Review: Zusammenfassung der Ergebnisse der AG «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus» zur Kliniksuiziduntersuchung.	Deutschland
186	Review: Vorstellung zentraler Ergebnisse zur Kliniksuiziduntersuchung.	Deutschland
187	Review: Überblick über Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten beim Kliniksuizid.	keine Spezifität
188	Quantitative Studie / Befragung: Befragung unter niedergelassenen Psychiater des Kantons Basel (n = 273) und Mitglieder der Arbeitsgruppe «Suizidalität und Psychiatrie» in Süddeutschland (Baden-Württemberg, Bayern).	Schweiz, Deutschland
189	Quantitative Studie: Befragung 72 h vor Entlassung sowie Follow-up vier bis acht Wochen später («Questionnaire-Short Form», TRQ-SF).	USA
190	Quantitative Studie: Ziel ist es, die prädiktive Validität der «Suicide Trigger Scale v.3» (STS-3) für Suizide bei n = 175 erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten nach einer Entlassung aus einer Hochrisikostation zu testen.	USA
191	Literaturrecherche: Auswertung von «Pubmed», «PsycINFO» und «Ovid» (Zeitraum: 1946-2015) zur Untersuchung von Studien zum Vergleich des Suizidrisikos (Suizide, Suizidversuche oder Suizidgedanken) bei «Major Depressive Disorder» (MDD) und ohne.	USA
192	Quantitative Studie: Untersuchung des Suizidrisikos bei Depression, bipolarer Störung und Schizophrenie bei n = 149 stationären Patientinnen und Patienten.	USA
193	Quantitative Studie: u. a. Berücksichtigung des «Fagerstrom Test for Nicotine Dependence» (FTND) im Setting.	China