Public Health Reporting Germany
Journal of Health Monitoring 2026 | 11 | 23 **FOCUS**

ROBERT KOCH INSTITUT

Suizidgedanken und Suizidversuche bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

Autorinnen und Autoren: Maria Ana Gonzalez–Alvarez[1,2], Julia Talamo[1], Carmen Schlump[3], Madita Fahrenwald[1], Ilter Öztürk[1], Anna Meier[1], Kathleen Pöge[1], Niels Michalski[1], Lena Walther[1]

Institution: 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin 2 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für öffentliche Gesundheit und Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Berlin 3 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie der Infektionskrankheiten, Berlin

Abstract

Hintergrund: Zuverlässige bevölkerungsbezogene Informationen zu Suizidgedanken und Suizidversuchen sind für eine wirksame Suizidprävention und die Public-Mental-Health-Praxis unerlässlich, liegen in Deutschland jedoch bislang nur eingeschränkt vor.

Methode: Zur Schätzung der 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen wurden repräsentative Daten von 27.102 erwachsenen Teilnehmenden der Jahreserhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ ausgewertet. Untersucht wurden soziodemografische Muster sowie Kontakte zu ausgewählten Stellen (Krankenhaus/Notaufnahme, Krisenhotline/-chat, Polizei) nach Suizidversuchen.

Ergebnisse: Im Jahr 2024 gaben 6,0 % (95 %-KI: 5,6 %–6,4 %) der Erwachsenen an, in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken gehabt zu haben, und 18,0 % (17,4 %–18,7 %) in der Lebenszeit. Einen Suizidversuch im vergangenen Jahr gaben 0,6 % (0,4 %–0,7 %) der Erwachsenen an; 4,8 % (4,5 %–5,3 %) berichteten von einem Suizidversuch in der Lebenszeit. Eine höhere Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen zeigte sich bei jüngeren Erwachsenen und Personen mit geringerem Haushaltseinkommen. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen war bei Frauen höher als bei Männern und bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau höher als bei Personen mit hohem Bildungsniveau. Unter denjenigen, die einen Suizidversuch in der Lebenszeit angaben, berichteten 41,5 % (37,5 %–45,7 %) von einem Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme im Zusammenhang mit ihrem jüngsten Versuch, während 53,8 % (49,7 %–57,8 %) keinen Kontakt zu einer der drei untersuchten Stellen hatten.

Schlussfolgerungen: Suizidgedanken und Suizidversuche sind wichtige mit Suizid assoziierte Faktoren und auch für sich genommen von hoher Public-Health-Relevanz. Sie stellen auf Bevölkerungsebene eine erhebliche und sozial ungleich verteilte Belastung dar. Präventionsmaßnahmen sollten sich an den Bedürfnissen junger Menschen orientieren und die erhöhte Prävalenz bei sozioökonomischer Benachteiligung berücksichtigen. Kontinuierlich erhobene bevölkerungsbezogene Befragungsdaten können andere Datenquellen im Rahmen einer nationalen Surveillance von Suizidalität ergänzen.

Keywords: Erwachsene, Psychische Gesundheit, Prävalenz, Public Health, Suizid, Suizidprävention, Suizidgedanken, Suizidversuch, Sozioökonomische Ungleichheit, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Deutschland, RKI-Panel, Bevölkerungsbasierte Befragung, Survey

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 26.06.2026
Akzeptiert: 01.09.2026
Veröffentlicht: 11.11.2026

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Gonzalez-Alvarez MA, Talamo J, Schlump C, Fahrenwald M, Öztürk I, Meier A, et al. Suizidgedanken und Suizidversuche bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024.
J Health Monit. 2026;11:23.
doi: 10.25646/14575

Maria Ana Gonzalez-Alvarez
Gonzalez-AlvarezM@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

Open access

CC BY 4.0 Lizenzvertrag
Namensnennung 4.0 International

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

1. Einleitung

Suizid ist weltweit ein bedeutendes Public-Health-Problem und jährlich für mehr als 720.000 Todesfälle verantwortlich [1]. In Deutschland werden Suizide über die amtliche Todesursachenstatistik erfasst. Im Jahr 2024 wurden 10.372 Todesfälle registriert, was einer Suizidsterblichkeitsrate von etwa 12,4 Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht [2]. Basierend auf altersstandardisierten Daten aus dem Jahr 2021 beziehungsweise dem jeweils nächstgelegenen verfügbaren Jahr lag die Suizidrate in Deutschland leicht unter dem Durchschnitt der Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) [3]. Nach vier Jahrzehnten überwiegend sinkender oder stabiler Raten stieg die Suizidsterblichkeit in Deutschland im Jahr 2022 deutlich an, wobei die Rate im Jahr 2024 noch etwas höher lag. Diese Entwicklung bildete einen wichtigen Hintergrund für die Erarbeitung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie [4].

Während zu Suiziden in Deutschland regelmäßig amtliche Daten erhoben und veröffentlicht werden, fehlt eine systematische Erfassung von Suizidgedanken und Suizidversuchen. Über ihren Zusammenhang mit der Suizidsterblichkeit hinaus sind Suizidgedanken und Suizidversuche für sich genommen wichtige Outcomes für Public Health und Teil des umfassenderen Phänomens der Suizidalität [5, 6]. Das häufig zitierte „Eisberg"-Modell versteht Suizidalität als ein Spektrum von Ausprägungen mit abnehmender Häufigkeit und zunehmendem Schweregrad – von Suizidgedanken bis hin zu Suiziden [7]. Die Prävalenz von Suizidversuchen liegt zwischen diesen beiden Endpunkten und übersteigt die Häufigkeit von Suiziden um ein Vielfaches. Häufig wird von etwa 10 bis 20 Personen mit mindestens einem Suizidversuch pro Suizid ausgegangen; einige Schätzungen deuten auf ein noch höheres Verhältnis hin [8–11].

Da Suizidgedanken und Suizidversuche Ausdruck erheblichen psychischen Distresses sind und betroffene Personen, ihr soziales Umfeld und das Gesundheitssystem in hohem Maße belasten [12, 13], sollten sie als eigenständige Ziele von Präventionsmaßnahmen betrachtet werden [14, 15]. Obwohl sie eng miteinander verbunden sind, weisen Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide teilweise unterschiedliche assoziierte Faktoren und Zusammenhänge auf [15, 16]. Unterschiede beispielsweise in der Geschlechterverteilung zwischen tödlichem und nichttödlichem suizidalem Verhalten sprechen ebenfalls dafür, diese als teilweise unabhängige Gesundheitsindikatoren zu betrachten [14, 17].

Zuverlässige Informationen zur Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidversuchen sowie zu deren Verteilung nach wesentlichen soziodemografischen Merkmalen sind daher unerlässlich, um die Entwicklung und Umsetzung von Public-Health-Strategien zu unterstützen, die verschiedene Ausprägungen von Suizidalität berücksichtigen. Dementsprechend empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), neben Suiziden auch Suizidversuche als Schlüsselindikatoren in nationale Surveillance-Systeme aufzunehmen, um neu auftretende Bedarfe zu identifizieren, die Wirksamkeit von Interventionen zu bewerten und nationale Suizidpräventionsstrategien zu begleiten [11]. Darüber hinaus sind Suizidversuche sowohl in den „European Core Health Indicators" (ECHI) [18], einem europäischen Set standardisierter Gesundheitsindikatoren, als auch im Indikatorensystem der Mental Health Surveillance in Deutschland enthalten [19].

Im Einklang mit den WHO-Leitlinien zur Suizidprävention können verschiedene Datenquellen zur Surveillance von Suizidgedanken und Suizidversuchen beitragen, darunter Daten aus Krankenhäusern und Notaufnahmen, Polizeidaten sowie bevölkerungsbasierte Befragungen [6, 11]. Diese Quellen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bevölkerungsabdeckung, Aktualität und Eignung zur Erfassung verschiedener Ausprägungen suizidalen Verhaltens. National repräsentative Befragungen ermöglichen es, Suizidgedanken und Suizidversuche unabhängig von Kontakten zum Gesundheitswesen oder zu anderen formellen Stellen zu erfassen [7, 17]. Sie ermöglichen zudem die Untersuchung von Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen entlang ver-

Kernaussagen

- Im Jahr 2024 berichteten 6,0 % der Erwachsenen in Deutschland, in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken gehabt zu haben; 18,0 % im Lebensverlauf. Einen Suizidversuch gaben 0,6 % bzw. 4,8 % an.
- Es zeigten sich Alters- und Einkommensgradienten, wobei jüngere Erwachsene und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen eine höhere Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen aufwiesen.
- Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen war bei Frauen höher als bei Männern und bei Personen mit niedriger Bildung höher als bei Personen mit hoher Bildung.
- Zwei von fünf Erwachsenen mit einem Suizidversuch berichteten von einem Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme. Dies deutet darauf hin, dass Routinedaten aus diesen Einrichtungen das Potenzial haben, einen substanziellen Anteil der Suizidversuche abzubilden.
- Bevölkerungsbasierte Befragungsdaten ergänzen Routinedaten, indem sie Suizidversuche unabhängig davon erfassen, ob Kontakt zu Versorgungs-, Unterstützungs- oder weiteren Stellen bestand.

schiedener soziodemografischer Merkmale. Dementsprechend werden bevölkerungsbasierte Befragungsdaten zu Suizidgedanken und Suizidversuchen in mehreren Ländern in nationale Surveillance-Systeme für Suizidalität einbezogen, darunter in Kanada [20], in den Vereinigten Staaten [21] und in Frankreich [22].

In Deutschland hingegen sind national repräsentative Befragungsdaten zur Suizidalität nach wie vor nur begrenzt verfügbar, fragmentiert oder nicht mehr aktuell [23–27]. So wurden beispielsweise zwischen 2009 und 2012 im Rahmen des Moduls zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) [23] neben weiteren Aspekten der psychischen Gesundheit auch Suizidgedanken und suizidales Verhalten erfasst. Neuere Befragungen, in denen Suizidgedanken und suizidales Verhalten in bevölkerungsbasierten Stichproben in Deutschland untersucht wurden, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Stichprobenziehung, Stichprobengröße und Erhebungsmethode, wodurch die Vergleichbarkeit zwischen den Studien eingeschränkt ist [23–27]. Diese Einschränkungen unterstreichen den anhaltenden Bedarf an regelmäßig erhobenen national repräsentativen Daten zu Suizidgedanken und Suizidversuchen [25–27].

Im Rahmen eines Projekts, das die Nutzung verschiedener Datenquellen zur Erhebung von Suizidversuchen untersucht [28], adressiert die vorliegende Studie diese Lücke, indem sie aktuelle Prävalenzschätzungen liefert und die Grundlage für eine kontinuierliche Surveillance von Suizidalität mit Survey-Daten schafft. Dazu wurden Querschnittsdaten aus der Jahreserhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland" des Robert Koch-Instituts (RKI) ausgewertet. Berechnet wurden die 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Erwachsenen in Deutschland. Zudem wurden Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen untersucht. Darüber hinaus wurden Muster und Überschneidungen berichteter Kontakte zu ausgewählten Stellen nach Suizidversuchen untersucht, um den potenziellen Beitrag verschiedener Routinedatenquellen zur Surveillance von Suizidalität, ihre wechselseitige Ergänzung und mögliche Erfassungslücken zu bewerten.

2. Methoden

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Diese Studie basiert auf Daten aus der Jahreserhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland" (RKI-Panel 2024; Mai 2024 – Januar 2025; Datensatzversion 5), einer laufenden bevölkerungsbasierten Panelbefragung, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI durchgeführt wird [29]. Die Zielpopulation umfasst alle Personen ab 16 Jahren, die in Privathaushalten mit Hauptwohnsitz in Deutschland leben [29]. In der Jahreserhebung 2024 wurden nur Teilnehmende berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Erhebung mindestens 18 Jahre alt waren. Diese Einschränkung schloss somit Befragte aus, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch minderjährig waren, während diejenigen berücksichtigt wurden, die zwischen der Rekrutierung und der Datenerhebung das Erwachsenenalter erreicht hatten [30]. Anfang 2024 erfolgte eine bundesweite Rekrutierung unter Verwendung eines zweistufigen, geschichteten Zufallsstichprobendesigns [31].

In der ersten Stufe wurden 359 Primärstichprobeneinheiten zufällig aus allen deutschen Gemeinden ausgewählt, unter Berücksichtigung von Bundesland und Gemeindegröße [31]. In der zweiten Stufe wurden Adressen aus den örtlichen Einwohnermelderegistern gezogen [31]. Es wurde ein mehrstufiges Gewichtungsverfahren angewendet, um

RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland" 2024

Dateninhaber: Robert-Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung umfassender Daten zum Gesundheitszustand, zum gesundheitsbezogenen Verhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland mit der Möglichkeit, künftig Längsschnittvergleiche und Trendanalysen über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen

Studiendesign: Panelstudie mit einem Mixed-Mode-Ansatz (Online- und schriftliche Teilnahme per Post)

Zielgruppe: Deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren in privaten Haushalten mit Hauptwohnsitz in Deutschland

Stichprobe: Probabilistische/repräsentative Stichprobe aus der Panel-Infrastruktur „Gesundheit in Deutschland"

Teilnehmer an der Jahreswelle 2024: Insgesamt nahmen 41.376 der im Panel registrierten Personen an mindestens einer der drei Teilwellen im Jahr 2024 teil.
Fragebogen A: 14.759 Frauen, 12.374 Männer,
66 Personen mit anderen Geschlechtsidentitäten
Fragebogen B: 14.828 Frauen, 12.258 Männer,
61 Personen mit anderen Geschlechtsidentitäten
Fragebogen C: 14.709 Frauen, 12.329 Männer,
64 Personen mit anderen Geschlechtsidentitäten
Fragebogen D: 14.872 Frauen, 12.368 Männer,
66 Personen mit anderen Geschlechtsidentitäten

Datenerhebung:
1. Teilwelle: 28.05.2024 – 05.08.2024
2. Teilwelle: 12.08.2024 – 14.10.2024
3. Teilwelle: 28.10.2024 – 06.01.2025

Weitere Informationen unter www.rki.de/panel

Verzerrungen aufgrund selektiver Teilnahme und Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu reduzieren [32]. Die Rekrutierungsgewichte berücksichtigten das Stichprobendesign und die Anpassung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bundesland, Gemeindegröße, Bildung und Haushaltsgröße an die amtlichen Bevölkerungsstatistiken und den Mikrozensus 2021 [32]. Zusätzliche Dropout-Gewichte auf Basis des Inverse-Probability-Weighting (IPW) wurden berechnet, um die selektive Teilnahme über wiederholte Erhebungswellen hinweg unter Verwendung der Angaben aus der Rekrutierungsstudie zu berücksichtigen [32].

Ausgewählte Personen wurden zu einer kurzen Basisbefragung sowie der Einwilligung zur künftigen Teilnahme am Panel eingeladen [31]. Im Jahr 2024 umfasste das RKI-Panel 46.863 registrierte Teilnehmende im Alter von mindestens 18 Jahren, darunter 24.881 Frauen, 21.856 Männer und 126 Personen mit einer anderen Geschlechtsidentität, die zur Teilnahme an drei Teilwellen der Erhebung eingeladen wurden [30]. Für jede Teilwelle wurden die Teilnehmenden über ein vorher definiertes rotierendes Verfahren einer von vier Fragebogenversionen zugewiesen, die auf Deutsch im Mixed-Mode-Design (online und schriftlich auf Papier) durchgeführt wurden; alle Versionen enthielten in der ersten Teilwelle die Abfrage soziodemografischer Merkmale [29]. Die Datenerhebung fand von Mai 2024 bis Januar 2025 statt, wobei die Rücklaufquoten über alle Teilwellen hinweg zwischen 75 % und 81 % lagen [30]. Die kumulative Rücklaufquote betrug 22 % und bezog sich auf alle ursprünglich zur Rekrutierungsstudie eingeladenen Personen (ca. 167.000). Sie berücksichtigt sowohl die Teilnahme an der initialen Rekrutierung als auch an den nachfolgenden Erhebungswellen [30]. Weitere Einzelheiten zur Studienmethodik finden sich im Bericht zur ersten Rekrutierungsstudie [31].

2.2 Erhebungsinstrumente

Suizidgedanken und Suizidversuche

Im Jahr 2024 hatte *Fragebogen C* (Infobox) einen Schwerpunkt auf psychischer Gesundheit und enthielt zwei Items zur Erfassung von Suizidgedanken und Suizidversuchen in den letzten 12 Monaten und in der Lebenszeit. Die Items wurden aus dem „Canadian Suicide Surveillance Indicator Framework“ [33] und dem „United States National Comorbidity Survey“ [34] adaptiert. Die Teilnehmenden wurden gefragt: *„Haben Sie jemals ernsthaft darüber nachgedacht, sich selbst das Leben zu nehmen?“* und *„Haben Sie jemals versucht, sich selbst das Leben zu nehmen?“*, wobei die Antwortmöglichkeiten *„Ja, das kam in den letzten 12 Monaten vor“*, *„Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten“* und *„Nein“* zur Auswahl standen. Die beiden Kategorien mit bejahender Antwort wurden zur Erfassung der Lebenszeitprävalenz zusammengefasst.

Teilnehmende, die einen Suizidversuch in der Lebenszeit angaben, wurden zusätzlich gefragt: *„Hatten Sie im Zusammenhang mit Ihrem letzten Suizidversuch Kontakt mit einer der folgenden Stellen?“* Die drei erfassten Stellen waren *„Krankenhaus (z. B. Notaufnahme, stationäre Behandlung)“*, *„Krisenhotline oder Krisenchat (z. B. TelefonSeelsorge)“* und *„Polizei“*. Jede Kontaktstelle wurde separat mit den Antwortmöglichkeiten *„Ja“* oder *„Nein“* erfasst, wobei mehrere Kontakte angegeben werden konnten. Der zeitliche Abstand zwischen Suizidversuch und Kontakt wurde nicht erhoben. Im Zusammenhang mit den Fragen zu Suizidalität wurden den Teilnehmenden die Kontaktdaten der TelefonSeelsorge zur Verfügung gestellt, eines kostenlosen und anonymen Beratungsangebots, das rund um die Uhr telefonisch erreichbar ist.

Soziodemografische Variablen

Zu den soziodemografischen Variablen, die für die Stratifizierung und Adjustierung herangezogen wurden, gehörten Geschlecht, Altersgruppe, Bildung und das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen. Diese Merkmale werden auch im Gesundheitsmonitoring und in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland regelmäßig berücksichtigt [35]. Sowohl das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht als auch die Geschlechtsidentität (einschließlich einer offenen Antwortmöglichkeit) wurden im RKI-Panel erfasst [36]. Die Hauptanalysen wurden nach Geschlecht stratifiziert und unterschieden zwischen Teilnehmenden, die sich als Frauen bzw. Männer identifizierten, wobei sowohl cisgeschlechtliche als auch transgeschlechtliche Befragte einbezogen wurden. Geschlechtsdiverse Teilnehmende, die sich nicht innerhalb dieser binären Kategorien identifizierten, wurden aufgrund der geringen Fallzahl in den stratifizierten Hauptanalysen nicht separat ausgewiesen, flossen jedoch in die Gesamtschätzungen ein, was zu geringfügigen Abweichungen zwischen der Gesamtstichprobengröße und der Summe der Fallzahlen für Frauen und Männer führt. Das Supplementary Material (Tabellen S2a–d) enthält Ergebnisse einer explorativen Analyse mit einer differenzierteren Geschlechterstratifizierung in die Kategorien Cis-Frauen, Cis-Männer sowie transgeschlechtliche oder geschlechtsdiverse Personen, die aufgrund der begrenzten Stichprobengröße in der dritten Gruppe nicht in die Hauptanalysen einbezogen werden konnte.

Die Teilnehmenden wurden folgenden Altersgruppen zugeordnet: 18–29, 30–44, 45–64, 65–79 sowie 80 Jahre und älter. Die Bildung wurde anhand der CASMIN-Klassifikation unter Berücksichtigung schulischer und beruflicher Bildungsabschlüsse in drei Gruppen eingeteilt: niedrig (keine formale Bildung oder untere Sekundarstufe ohne berufliche Qualifikation), mittel (mittlere oder obere Sekundarstufe mit abgeschlossener beruflicher Qualifikation) und hoch (tertiä-

re Bildung, einschließlich Hochschulabschlüsse) [37]. Schließlich wurde das Einkommen als verfügbares Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts erfasst. Das verfügbare Nettoäquivalenzeinkommen wird berechnet aus den Angaben zum Haushaltseinkommen nach Steuern und Sozialtransfers, geteilt durch die mittels der modifizierten OECD-Skala gewichteten Anzahl der Haushaltsmitglieder [38]. Fehlende Einkommenswerte wurden mittels Predictive Mean Matching imputiert, wobei soziodemografische Kovariaten als Prädiktoren einbezogen wurden. Das Einkommen wurde relativ zum gewichteten Stichprobenmedian (ca. 2.000€ pro Monat) in drei Gruppen eingeteilt: unter 60 % des Medians, zwischen 60 % und 150 % des Medians sowie über 150 % des Medians.

2.3 Statistische Analyse

Alle Analysen wurden unter Verwendung der Version 5 des RKI-Panel-2024-Datensatzes durchgeführt. Die Analysen erfolgten in Stata 17.0 unter Verwendung von Survey-Verfahren (svy), um das komplexe Stichprobendesign, ungleiche Auswahlwahrscheinlichkeiten und selektive Teilnahme zu berücksichtigen. Es wurden Survey-Gewichte angewendet; die Varianzschätzungen wurden mittels Taylor-Linearisierung berechnet. Fehlende Daten wurden deskriptiv untersucht. Die Analysen basierten auf vollständigen Fällen.

Es wurden gewichtete Prävalenzschätzungen und entsprechende 95-%-Konfidenzintervalle (KI) für Suizidgedanken und Suizidversuche innerhalb der letzten 12 Monate sowie in der Lebenszeit berechnet. Zur Schätzung der absoluten Anzahl betroffener Erwachsener in Deutschland wurden Populationsgesamtwerte unter Verwendung von Populationsgewichten abgeleitet. Die Prävalenzschätzer wurden zusätzlich getrennt nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen berechnet. Diese stratifizierten Schätzer werden nur berichtet, wenn eine ausreichende statistische Präzision erreicht wurde. Diese lag vor, wenn die untere Grenze des Konfidenzintervalls mindestens zwei Drittel des Punktschätzwerts betrug, entsprechend gängiger Praxis zur Datenzuverlässigkeit in der amtlichen Statistik.

Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und den Indikatoren für Suizidalität wurden mithilfe von surveygewichteten Poisson-Regressionsmodellen mit robuster Varianzschätzung untersucht und als Prävalenzverhältnisse (Prevalence Ratios, PRs) mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) dargestellt, um soziodemografische Unterschiede in der Prävalenz zu quantifizieren und zu beurteilen, ob die beobachteten Muster nach Adjustierung für die jeweils anderen soziodemografischen Merkmale bestehen bleiben. Die Referenzkategorien wurden a priori nach analytischen und interpretativen Gesichtspunkten festgelegt. Als Referenz dienten Männer und die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen; für Bildung und Einkommen wurden jeweils die höchsten Kategorien gewählt, um soziale Gradienten und Ungleichheiten besser beurteilen zu können. Die Auswahl der Referenzkategorien ist rein analytisch und nicht normativ zu verstehen. Bivariable Analysen wurden insgesamt sowie nach Geschlecht stratifiziert durchgeführt, in Übereinstimmung mit den SAGER-Leitlinien [39].

Die adjustierten Modelle schlossen zunächst Geschlecht, Altersgruppe, Bildung und Einkommen gleichzeitig ein. Die Multikollinearität zwischen den ausgewählten Variablen wurde anhand von Varianzinflationsfaktoren (VIFs) bewertet. Angesichts der konzeptionellen Überschneidung zwischen Bildung und Einkommen wurden zusätzliche Modelle, in denen jeder sozioökonomische Indikator separat berücksichtigt wurde, als Sensitivitätsanalysen durchgeführt. In einer weiteren Sensitivitätsanalyse wurde die Stichprobe auf Teilnehmende im Alter von 25 Jahren und älter beschränkt. Damit wurde geprüft, ob die Ergebnisse robust gegenüber dem Ausschluss jüngerer Erwachsener waren, bei denen Bildungsverläufe möglicherweise noch nicht abgeschlossen sind und das Nettoäquivalenzeinkommen häufiger die Ressourcen des elterlichen Haushalts widerspiegelt. Interaktionsanalysen wurden vorab definiert, um zu prüfen, ob sich die Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und Indikatoren für Suizidalität nach Geschlecht unterscheiden; Suizidversuche in den letzten 12 Monaten wurden aufgrund der geringen Anzahl von Ereignissen ausgenommen.

Schließlich wurden die berichteten Kontakte zu den drei untersuchten Stellen im Zusammenhang mit dem letzten Suizidversuch deskriptiv anhand gewichteter Anteile und 95-%-Konfidenzintervalle analysiert. Bei der Durchführung der Studie und der Berichterstattung wurden die STROBE-Leitlinien für Beobachtungsstudien berücksichtigt [40] (Supplementary Material, Tabelle S7).

3. Ergebnisse

3.1 Deskriptive Merkmale der Studienpopulation

Die analytische Stichprobe umfasste 27.102 Befragte im Alter von 18 bis 99 Jahren. Durch die Gewichtung ergab sich eine Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter und Bildung, die der Verteilung der in Deutschland lebenden erwachsenen Bevölkerung entspricht. Die ungewichteten Prozentsätze zeigen eine höhere Teilnahme von Frauen als von Männern, von Erwachsenen mittleren und höheren Alters im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen sowie von Personen der hohen Bildungsgruppe im Vergleich zu Personen der niedrigen Bildungsgruppe (Tabelle 1). Die Einkommensverteilung war in den ungewichteten und gewichteten Daten weitgehend ähnlich. Da der Anteil fehlender Werte bei den Indikatoren für Suizidgedanken und Suizidversuche unter 2 % lag, wurden vollständige Fälle analysiert.

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Befragten, die am RKI-Panel 2024, Fragebogen C, teilgenommen haben. Quelle: RKI-Panel 2024

Variable	2024		
	Ungewichtet n	Ungewichtet in %	Gewichtet in %
Geschlecht (*)			
Weiblich	14.709	54,3	51,0
Männlich	12.329	45,5	48,8
Altersgruppe			
18–29 Jahre	3.829	14,1	15,9
30–44 Jahre	5.761	21,3	23,5
45–64 Jahre	9.025	33,3	33,4
65–79 Jahre	6.201	22,9	18,5
≥80 Jahre	2.286	8,4	8,7
Bildung (*)			
Niedrig	5.201	19,2	33,2
Mittel	12.964	47,8	46,3
Hoch	8.888	32,8	20,3
Einkommen			
Niedrig	3.609	13,3	16,5
Mittel	17.235	63,6	64,3
Hoch	6.258	23,1	19,2
Gesamt	**27.102**	**100,0**	**100,0**

(*) Fehlende Werte: Geschlecht, n=64 (0,2%); Bildung, n=49 (0,2%)

3.2 Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen

Im Jahr 2024 gaben 6,0% der Teilnehmenden an, dass sie in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken hatten; 18,0% berichteten von Suizidgedanken in der Lebenszeit. Die Prävalenz von Suizidversuchen betrug 0,6% in den letzten 12 Monaten und 4,8% in der Lebenszeit (siehe Tabelle 2). Dies entspricht geschätzt 399.050 (95%-KI: 295.340–502.761) bzw. 3.349.004 (95%-KI: 3.044.451–3.653.557) in Deutschland lebenden Erwachsenen.

Die Prävalenz von Suizidgedanken war bei Frauen und Männern ähnlich, während die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei Frauen höher war. In einer explorativen Analyse lagen die Prävalenzschätzungen für alle Indikatoren bei transgeschlechtlichen und nichtbinären Personen höher als bei Cis-Frauen und Cis-Männern. Die statistische Präzision dieser Schätzer war jedoch unzureichend (Supplementary Material, Tabellen S2a–d). Die höheren Punktschätzungen bei nichtbinären Personen erklären, warum die geschätzte Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken für die gesamte erwachsene Bevölkerung, in die auch Daten dieser Gruppe eingingen, nicht zwischen den Schätzungen für Frauen und Männer liegt (Tabelle 2).

Über die dargestellten Indikatoren hinweg wurde ein Altersgradient beobachtet, wobei die Prävalenz bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren am höchsten und die Prävalenz von Suizidgedanken (in den letzten 12 Monaten und in der Lebenszeit) sowie von Suizidversuchen (in der Lebenszeit) in älteren Altersgruppen geringer war (Tabelle 2).

Nach Bildungsgruppe zeigten sich je nach Indikator unterschiedliche Muster. Bei Suizidgedanken war die Prävalenz bei Personen der mittleren Bildungsgruppe am höchsten. Bei Suizidversuchen in der Lebenszeit lagen die Prävalenzen dagegen in der niedrigen und mittleren Bildungsgruppe höher

Tabelle 2: Gewichtete 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Erwachsenen ab 18 Jahren nach Geschlecht. Quelle: RKI-Panel 2024

Variable	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Suizidgedanken (in den letzten 12 Monaten)						
Insgesamt	6,0	(5,6–6,4)	5,5	(5,0–6,1)	6,3	(5,7–6,9)
Altersgruppe						
18–29 Jahre	10,5	(9,3–11,9)	11,4	(9,7–13,5)	9,3	(7,6–11,4)
30–44 Jahre	6,2	(5,4–7,1)	6,4	(5,3–7,8)	6,0	(4,9–7,4)
45–64 Jahre	5,5	(4,9–6,2)	4,3	(3,6–5,2)	6,6	(5,6–8,0)
65–79 Jahre	3,4	(2,9–4,0)	3,0	(2,3–3,9)	3,9	(3,2–4,9)
≥80 Jahre	4,2	(3,2–5,4)	4,1	(2,8–6,0)	4,3	(3,1–6,1)
Bildung						
Niedrig	5,8	(5,0–6,6)	5,2	(4,2–6,5)	6,3	(5,2–7,7)
Mittel	6,7	(6,2–7,3)	6,2	(5,5–7,0)	7,1	(6,2–8,1)
Hoch	4,6	(4,1–5,2)	4,4	(3,7–5,3)	4,7	(4,0–5,5)
Einkommen						
Niedrig	9,4	(8,1–10,8)	9,3	(7,6–11,4)	9,1	(7,3–11,4)
Mittel	5,6	(5,2–6,1)	4,8	(4,3–5,4)	6,5	(5,7–7,3)
Hoch	4,2	(3,6–4,8)	4,4	(3,6–5,3)	3,9	(3,1–4,9)

Die ungewichtete Anzahl der Befragten betrug 1.457 (Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten), 4.594 (Suizidgedanken in der Lebenszeit), 114 (Suizidversuche in den letzten 12 Monaten) und 1.073 (Suizidversuche in der Lebenszeit).
(*) Die Schätzungen für Personen im Alter von 80 Jahren und älter für Suizidversuche in der Lebenszeit erfüllten die Präzisionskriterien nicht und sind daher nicht in der Tabelle aufgeführt, sondern werden im Supplementary Material dargestellt.

▾ Fortsetzung nächste Seite ▾

Tabelle 2 *Fortsetzung*: Gewichtete 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Erwachsenen ab 18 Jahren nach Geschlecht. Quelle: RKI-Panel 2024

Variable	Gesamt		Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Suizidgedanken (Lebenszeit)						
Insgesamt	18,0	(17,4 – 18,7)	18,0	(17,1 – 18,9)	17,8	(16,8 – 18,8)
Altersgruppe						
18 – 29 Jahre	29,3	(27,4 – 31,4)	31,2	(28,4 – 34,1)	27,1	(24,2 – 30,2)
30 – 44 Jahre	20,1	(18,7 – 21,7)	20,2	(18,3 – 22,2)	19,5	(17,4 – 21,9)
45 – 64 Jahre	17,0	(15,9 – 18,1)	17,1	(15,7 – 18,5)	16,8	(15,3 – 18,5)
65 – 79 Jahre	11,2	(10,3 – 12,2)	11,0	(9,8 – 12,4)	11,4	(10,0 – 13,0)
≥ 80 Jahre	10,2	(8,6 – 12,1)	10,6	(8,3 – 13,6)	9,6	(7,4 – 12,3)
Bildung						
Niedrig	16,1	(14,8 – 17,5)	15,2	(13,4 – 17,1)	16,8	(14,8 – 18,9)
Mittel	20,0	(19,2 – 20,9)	20,0	(18,9 – 21,2)	19,7	(18,3 – 21,2)
Hoch	16,6	(15,6 – 17,7)	17,8	(16,4 – 19,4)	15,4	(14,1 – 16,7)
Einkommen						
Niedrig	23,6	(21,7 – 25,6)	23,0	(20,5 – 25,7)	23,7	(20,7 – 26,9)
Mittel	17,5	(16,7 – 18,3)	17,1	(16,0 – 18,1)	17,7	(16,4 – 19,0)
Hoch	15,1	(13,9 – 16,3)	16,2	(14,5 – 18,0)	14,0	(12,4 – 15,7)
Suizidversuche (Lebenszeit)						
Insgesamt	4,8	(4,5 – 5,3)	5,6	(5,1 – 6,2)	3,9	(3,4 – 4,5)
Altersgruppe (*)						
18 – 29 Jahre	7,7	(6,5 – 9,1)	9,7	(7,8 – 12,1)	5,7	(4,3 – 7,5)
30 – 44 Jahre	5,8	(4,9 – 6,9)	7,1	(5,8 – 8,8)	4,2	(3,1 – 5,7)
45 – 64 Jahre	4,2	(3,6 – 4,8)	4,4	(3,7 – 5,2)	4,0	(3,1 – 5,0)
65 – 79 Jahre	3,5	(2,9 – 4,2)	4,1	(3,3 – 5,1)	2,7	(1,9 – 3,7)
Bildung						
Niedrig	5,9	(5,1 – 6,9)	6,6	(5,4 – 8,0)	5,1	(3,9 – 6,4)
Mittel	5,0	(4,6 – 5,6)	5,8	(5,2 – 6,6)	4,2	(3,5 – 4,9)
Hoch	2,6	(2,2 – 3,0)	3,4	(2,8 – 4,1)	1,9	(1,5 – 2,4)
Einkommen						
Niedrig	8,5	(7,3 – 9,8)	9,1	(7,5 – 10,9)	7,7	(6,1 – 9,7)
Mittel	4,5	(4,0 – 5,0)	5,2	(4,6 – 6,0)	3,6	(3,0 – 4,4)
Hoch	2,9	(2,3 – 3,6)	3,3	(2,6 – 4,2)	2,4	(1,7 – 3,4)

Die ungewichtete Anzahl der Befragten betrug 1.457 (Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten), 4.594 (Suizidgedanken in der Lebenszeit), 114 (Suizidversuche in den letzten 12 Monaten) und 1.073 (Suizidversuche in der Lebenszeit).
(*) Die Schätzungen für Personen im Alter von 80 Jahren und älter für Suizidversuche in der Lebenszeit erfüllten die Präzisionskriterien nicht und sind daher nicht in der Tabelle aufgeführt, sondern werden im Supplementary Material dargestellt.

als in der hohen Bildungsgruppe. Ein ausgeprägter sozialer Gradient zeigte sich beim Haushaltseinkommen über die dargestellten Indikatoren hinweg: Bei Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen lagen die Prävalenzen von Suizidgedanken und Suizidversuchen höher.

Der Indikator Suizidversuche in den letzten 12 Monaten erfüllte aufgrund der geringen Anzahl von Ereignissen (n = 114) nicht die Kriterien für eine stratifizierte Darstellung nach soziodemografischen Merkmalen. Die beobachteten soziodemografischen Muster stimmten jedoch weitgehend mit den für die anderen Indikatoren beschriebenen überein, mit ähnlichen Prävalenzen bei Frauen und Männern sowie höheren Prävalenzen bei jüngeren Erwachsenen und Personen mit niedrigerer sozioökonomischer Position. Die Ergebnisse für diesen Indikator sind im Supplementary Material, Tabelle S1, dargestellt.

3.3 Bivariable und multivariable Zusammenhänge

Bivariable (Supplementary Material, Tabellen S3a – c) und multivariable Analysen unter Einbeziehung aller soziodemografischen Variablen (Tabelle 3) zeigten Muster, die weitgehend mit den oben dargestellten deskriptiven Befunden übereinstimmen. Sowohl vor als auch nach Adjustierung für Altersgruppe, Bildung und Haushaltseinkommen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich Suizidgedanken, während Frauen eine höhere Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen aufwiesen

Tabelle 3: Adjustierte Prävalenzverhältnisse (Prevalence Ratios, aPRs) für Suizidgedanken und Suizidversuche in den letzten 12 Monaten sowie im Lebensverlauf nach Geschlecht, Altersgruppe, Bildung und Einkommen. Quelle: RKI-Panel 2024

Variablen	Suizidgedanken (in den letzten 12 Monaten)		Suizidgedanken (Lebenszeit)		Suizidversuche (Lebenszeit)	
	aPR	(95 %-KI)	aPR	(95 %-KI)	aPR	(95 %-KI)
Geschlecht (Ref. = Männlich)						
Weiblich	0,88	(0,77 – 1,01)	1,03	(0,95 – 1,11)	1,44	(1,21 – 1,71)
Altersgruppe (Ref. = 45 – 64 Jahre)						
18 – 29 Jahre	1,74	(1,46 – 2,08)	1,63	(1,48 – 1,80)	1,77	(1,40 – 2,23)
30 – 44 Jahre	1,16	(0,97 – 1,40)	1,18	(1,07 – 1,30)	1,48	(1,18 – 1,85)
65 – 79 Jahre	0,60	(0,49 – 0,75)	0,65	(0,58 – 0,72)	0,73	(0,57 – 0,93)
≥ 80 Jahre	0,73	(0,54 – 1,00)	0,59	(0,49 – 0,71)	0,48	(0,31 – 0,74)
Bildung (Ref. = Hoch)						
Niedrig	1,19	(0,97 – 1,47)	1,00	(0,89 – 1,13)	2,23	(1,71 – 2,91)
Mittel	1,22	(1,06 – 1,42)	1,07	(0,99 – 1,16)	1,66	(1,38 – 1,99)
Einkommen (Ref. = Hoch)						
Niedrig	2,15	(1,71 – 2,70)	1,57	(1,39 – 1,78)	2,30	(1,77 – 2,98)
Mittel	1,39	(1,15 – 1,68)	1,23	(1,11 – 1,36)	1,39	(1,09 – 1,78)

Zur Schätzung der adjustierten Prävalenzverhältnisse (aPRs) wurden surveygewichtete Poisson-Regressionsmodelle verwendet, die das komplexe Survey-Design berücksichtigten und für Geschlecht, Altersgruppe, Bildung und Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts adjustiert waren. Die Referenzkategorien sind in Klammern angegeben.

als Männer. Im Vergleich zur Referenzgruppe der 45- bis 64-Jährigen zeigten sich bei jüngeren Erwachsenen, insbesondere bei den 18- bis 29-Jährigen, höhere und bei älteren Erwachsenen niedrigere adjustierte Prävalenzverhältnisse.

Ein niedrigeres Haushaltseinkommen war sowohl für die 12-Monats- als auch für die Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen durchgehend mit höheren Prävalenzen assoziiert. Im Gegensatz dazu waren die Zusammenhänge mit Bildung bei Suizidgedanken schwächer und zeigten nach Adjustierung keinen klaren Gradienten, während sich für Personen der niedrigen und mittleren Bildungsgruppe gegenüber Personen der hohen Bildungsgruppe erhöhte adjustierte Prävalenzverhältnisse für Suizidversuche in der Lebenszeit zeigten.

Aufgrund der begrenzten Anzahl von Ereignissen und der unzureichenden statistischen Präzision werden die Ergebnisse zu Suizidversuchen in den letzten 12 Monaten ausschließlich in Tabelle S1 des Supplementary Material dargestellt.

Sensitivitätsanalysen stützen die Hauptergebnisse (Supplementary Material, Tabellen S4a – d). Die Varianzinflationsfaktoren ergaben keine Hinweise auf problematische Kolinearität zwischen den unabhängigen Variablen (mittlerer VIF = 1,34; Supplementary Material, Tabelle S5). Modelle, in denen Bildung und Einkommen separat berücksichtigt wurden, lieferten ähnliche Ergebnisse. Es zeigten sich stärkere Zusammenhänge von Suizidgedanken und -versuchen mit dem Einkommen als mit der Bildung, insbesondere mit Blick auf Suizidgedanken. Die Beschränkung der Analysen auf Teilnehmende im Alter von 25 Jahren und älter führte zu keiner wesentlichen Veränderung der Ergebnisse (Supplementary Material, Tabelle S4d).

3.4 Interaktionsanalyse

Die Interaktion zwischen Geschlecht und Altersgruppe war nur für Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten statistisch signifikant (Wald-Test: p = 0,007). Bei den Suizidgedanken waren die adjustierten Prävalenzen in der jüngsten Altersgruppe bei Frauen etwas höher als bei Männern; diese Unterschiede verringerten sich, kehrten sich im mittleren Erwachsenenalter um und waren in höheren Altersgruppen minimal (Abbildung 1). Die Geschlechtsunterschiede waren im mittleren Erwachsenenalter (45 – 64 Jahre) am größten, wobei Männer eine höhere adjustierte Prävalenz aufwiesen.

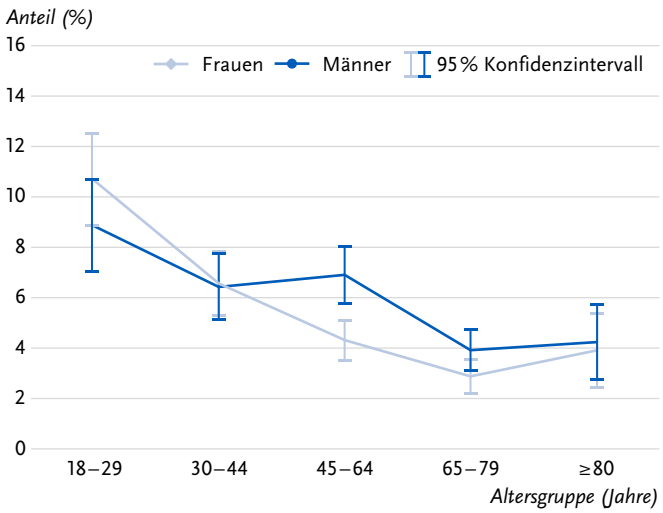


Abbildung 1: Adjustierte Prävalenz von Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Altersgruppe. Quelle: RKI-Panel 2024
Die adjustierten Prävalenzen wurden anhand von gewichteten Poisson-Regressionsmodellen geschätzt, die Interaktionsterme zwischen Geschlecht und Altersgruppe enthielten und für Bildung sowie Einkommen adjustiert waren. Die Fehlerbalken zeigen 95 %-Konfidenzintervalle

Für Suizidversuche in den letzten 12 Monaten wurden aufgrund der geringen Anzahl von Ereignissen und der daraus resultierenden begrenzten statistischen Präzision keine Interaktionsanalysen durchgeführt. Es zeigten sich keine Hinweise auf eine Interaktion zwischen Geschlecht und Bildung oder zwischen Geschlecht und Einkommen. Vollständige Wald-Test-Ergebnisse und adjustierte Prävalenzen aus den Interaktionsmodellen sind im Supplementary Material, Tabellen S6a–S6j, aufgeführt.

3.5 Kontakte im Zusammenhang mit dem jüngsten Suizidversuch

Unter den Befragten mit einem Suizidversuch in der Lebenszeit wurde im Zusammenhang mit dem jüngsten Versuch von den drei untersuchten Kontaktstellen am häufigsten ein Krankenhaus- oder Notaufnahmekontakt berichtet (41,5 %; 95 %-KI: 37,5 %–45,7 %), gefolgt von einem Kontakt mit der Polizei (11,8 %; 95 %-KI: 9,0 %–15,3 %) und von einem Kontakt mit einer Krisenhotline oder einem Krisenchat (9,8 %; 95 %-KI: 7,4 %–12,9 %). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass im Zusammenhang mit dem jüngsten Suizidversuch kein Kontakt zu einer der drei untersuchten Stellen bestand (53,8 %; 95 %-KI: 49,7 %–57,8 %).

Krankenhaus- oder Notaufnahmekontakt wurde häufig als einziger Kontakt angegeben (27,4 %; 95 %-KI: 24,0 %–31,2 %), während 14,5 % (95 %-KI: 11,5 %–18,3 %) der Befragten von Kontakten zu zwei oder mehr der untersuchten Stellen berichteten. Die meisten Personen, die einen Polizeikontakt angaben, berichteten zugleich von einem Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme (86,6 %; 95 %-KI: 77,2 %–92,5 %). Unter den Befragten, die eine Krisenhotline oder einen Krisenchat genutzt hatten, berichtete ein erheblicher Anteil ebenfalls von einem Krankenhauskontakt (63,8 %; 95 %-KI: 48,7 %–76,7 %); ein kleinerer Anteil gab einen Kontakt mit der Polizei an (28,8 %; 95 %-KI: 17,5 %–43,4 %). Nur ein geringer Anteil berichtete von Kontakten mit allen drei Stellen (2,4 %; 95 %-KI: 1,3 %–4,4 %).

4. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, anhand von Daten aus der Jahreserhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ aktuelle, bundesweit repräsentative Prävalenzschätzungen zu Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Erwachsenen in Deutschland bereitzustellen. Im Jahr 2024 berichteten etwa 6 % der Erwachsenen, dass sie im vergangenen Jahr Suizidgedanken hatten. 18 % berichteten von Suizidgedanken in der Lebenszeit. Suizidversuche waren wesentlich seltener als Suizidgedanken: Die 12-Monats-Prävalenz lag bei etwa einem Zehntel, die Lebenszeitprävalenz bei etwa einem Viertel der entsprechenden Prävalenz von Suizidgedanken. Auf die Bevölkerung hochgerechnet entspricht dies einer erheblichen Belastung: Die Daten weisen darauf hin, dass zwischen ca. 295.340 und 502.760 Erwachsene in Deutschland im vergangenen Jahr mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. Über alle Indikatoren hinweg wurden deutliche Alters- und Einkommensgradienten beobachtet, wobei die Prävalenz bei jüngeren Erwachsenen und Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen höher war. Unterschiede nach Bildung waren über die Indikatoren hinweg weniger einheitlich; bei Personen mit niedrigerer Bildung wurde jedoch eine höhere Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen festgestellt. Während sich bei Suizidgedanken keine ausgeprägten Geschlechtsunterschiede zeigten, war die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei Frauen höher als bei Männern. Unter den drei untersuchten Kontaktstellen im Zusammenhang mit dem jüngsten Suizidversuch wurde am häufigsten ein Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme angegeben.

Nationale und internationale Vergleiche

Die in dieser Studie vorgestellten Prävalenzschätzungen lagen zwar in derselben Größenordnung wie die in früheren bevölkerungsbasierten Studien in Deutschland berichteten Werte, jedoch überwiegend darüber. Daten aus der deutschen Erhebung im Rahmen der European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, 2002–2003) zeigten für Suizidgedanken eine Lebenszeitprävalenz von 11,3 % bei Frauen und 8,1 % bei Männern sowie für Suizidversuche von 2,2 % bzw. 1,2 % [26]. Bundesweite, repräsentative Daten aus dem Modul zur psychischen Gesundheit der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH, 2009–2012) ergaben Lebenszeitprävalenzen von 11,1 % für Suizidgedanken und 3,3 % für Suizidversuche [23]. Neuere, 2025 veröffentlichte Befragungsdaten deuten – trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit aufgrund abweichender Endpunktdefinitionen – auf etwas höhere Prävalenzen für einen kombinierten Endpunkt aus Suizidgedanken und suizidalem Verhalten hin, mit einer Lebenszeitprävalenz von 15,5 % und einer 12-Monats-Prävalenz von 5,1 % [25].

Die Prävalenzschätzungen der vorliegenden Studie lagen teilweise ebenfalls etwas höher als die Schätzungen früherer Studien aus Europa und anderen Ländern mit hohem Einkommen, waren jedoch mit neueren internationalen Befunden vergleichbar. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von 24 europäischen bevölkerungsbasierten Studien, die zwischen 2008 und 2017 durchgeführt wurden, ergab eine gepoolte Lebenszeitprävalenz von 9,1 % für Suizidgedanken und von 2,9 % für Suizidversuche, mit entsprechenden 12-Monats-Prävalenzen von 3,6 % bzw. 0,6 % [9]. In Frankreich wies das Public-Health-Barometer 2024 eine 12-Monats-Prävalenz von 5,2 % für Suizidgedanken und 0,4 %

für Suizidversuche aus, während die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei 5,4 % lag [41] und damit in einer ähnlichen Größenordnung wie die hier für Deutschland beobachteten Werte. Daten aus der US-amerikanischen „National Survey on Drug Use and Health" von 2024 zeigten, dass 5,5 % der Erwachsenen ernsthafte Suizidgedanken angaben, 1,8 % einen Suizidplan erstellt hatten und 0,8 % im vergangenen Jahr einen Suizidversuch unternommen hatten [42]. Darüber hinaus deuten aktuelle Daten aus der „Adult Psychiatric Morbidity Survey (APMS)" in England darauf hin, dass im Zeitraum 2023/2024 im Vergleich zu früheren Erhebungswellen ein höheres Ausmaß an selbstberichteten Suizidgedanken und Suizidversuchen zu verzeichnen war [43]. Da jedoch für Deutschland vergleichbare Evidenz zu zeitlichen Trends fehlt, lässt sich nicht feststellen, ob Suizidgedanken und Suizidversuche in den letzten Jahren in ähnlicher Weise zugenommen haben.

Die Schätzungen zur absoluten Anzahl der Erwachsenen mit einem Suizidversuch können auch im Verhältnis zu den offiziellen Mortalitätsstatistiken betrachtet werden. In Deutschland wurden im Jahr 2024 insgesamt 10.372 Todesfälle durch Suizid verzeichnet [2]. In dieser Studie wurde geschätzt, dass zwischen ca. 295.340 und 502.760 Erwachsene in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Wird diese Spannweite deskriptiv ins Verhältnis zur Gesamtzahl der registrierten Suizide gesetzt, ergibt sich eine Größenordnung von etwa 30 bis 50 Erwachsenen mit mindestens einem berichteten Suizidversuch pro Suizid. Damit liegt dieser Wert über der globalen Schätzung der WHO von mehr als 20 Erwachsenen mit einem oder mehreren Suizidversuchen pro Suizidtodesfall bei Erwachsenen [44]. Dabei dient dieser Vergleich lediglich der deskriptiven Einordnung und ist nicht als präzises Verhältnis zu verstehen.

Soziodemografische Unterschiede

Die vorliegende Studie zeigte nur begrenzte Geschlechtsunterschiede, wobei Frauen eine höhere Prävalenz von Suizidversuchen in der Lebenszeit aufwiesen. Dieser Befund stimmt mit früheren internationalen und nationalen Befragungsstudien sowie mit Befunden aus anderen Datenquellen zu Suizidversuchen überein [43, 45, 46], steht jedoch im Gegensatz zu den deutlich höheren Suizidsterblichkeitsraten, die bei Männern beobachtet werden [2]. Diese Diskrepanz entspricht dem bekannten „Geschlechterparadoxon" bei Suizidalität, wonach Frauen häufiger nichttödliches suizidales Verhalten, Männer jedoch eine deutlich höhere Suizidsterblichkeit aufweisen [47]. Das Geschlechterparadoxon wurde unter anderem mit der Anwendung letalerer Methoden bei Männern, geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen sowie Unterschieden im Hilfesuchverhalten und in der sozialen Unterstützung in Verbindung gebracht [26, 44, 47]. Höhere Raten von Suizidversuchen und Selbstverletzungen bei Frauen werden wiederum mit einer stärkeren Belastung durch Depressionen, Angststörungen, traumabezogene Störungen und zwischenmenschliche Gewalt sowie mit Geschlechtsunterschieden im Ausdruck psychischer Belastung in Verbindung gebracht [47, 48]. Insgesamt lassen sich die beobachteten Geschlechtsunterschiede durch keinen einzelnen Erklärungsansatz vollständig erfassen, was die Komplexität geschlechtsspezifischer Muster bei Suizidalität unterstreicht [48]. In dieser Studie zeigte sich für Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten eine signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Alter, was darauf hindeutet, dass sich geschlechtsspezifische Muster je nach Alter unterscheiden können. Die Interaktion zeigte sich in einer vergleichsweise höheren Prävalenz bei Frauen im jüngeren Erwachsenenalter und bei Männern im mittleren Erwachsenenalter. Dieses Muster steht im Einklang mit früheren Befunden, wonach sich die Geschlechterverteilung suizidalen Verhaltens über den Lebensverlauf verändert und altersspezifische Häufungen bei Suizidversuchen und Suizidsterblichkeit auftreten [23, 45, 46].

In einer explorativen Analyse wurden bei transgeschlechtlichen und geschlechtsdiversen Personen im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Personen höhere Prävalenzen für mehrere Indikatoren beobachtet. Diese Ergebnisse sind zwar aufgrund unzureichender statistischer Präzision mit Vorsicht zu interpretieren, sind jedoch konsistent mit der bisherigen Evidenzlage [49, 50]. Diese Muster können im Rahmen der Minderheitenstress-Theorie betrachtet werden [50, 51], der zufolge die chronische Exposition gegenüber Stigmatisierung, Diskriminierung, Gewalt und sozialer Ausgrenzung zu kumulativem psychischem Stress und negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit beiträgt [50–52]. Solche Erfahrungen können das Risiko für Depressionen, Angststörungen sowie verschiedene Formen von Suizidalität erhöhen; die damit verbundenen Belastungen können durch Barrieren beim Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung weiter verschärft werden [50–52].

Die Stratifizierung nach Alter ergab in dieser Studie ein einheitliches Muster: Jüngere Erwachsene wiesen indikatorübergreifend die höchste Prävalenz auf. Dies ließ sich bei den 12-Monats-Schätzern und bemerkenswerterweise auch bei den Lebenszeitschätzern feststellen, obwohl aufgrund der Kumulation von Ereignissen über die Lebenszeit höhere Werte bei älteren Erwachsenen zu erwarten wären. Unter Berücksichtigung der begrenzten statistischen Präzision, steht die bei jüngeren Erwachsenen beobachtete höhere 12-Monats-Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen im Einklang mit Ergebnissen weiterer bevölkerungsbasierter Befragungen, die eine höhere Belastung durch Suizidgedanken und suizidales Verhalten in jüngeren Altersgruppen zei-

gen [41, 42, 45]. Während das Alter mit der Bereitschaft zur Angabe solcher Erfahrungen zusammenhängen könnte [53, 54], sprechen höhere Werte bei jungen Erwachsenen in verschiedenen Datenquellen dafür, dass auch tatsächliche Altersunterschiede bei Suizidgedanken und Suizidversuchen bestehen. Zum Beispiel weisen auch Daten aus Notaufnahmen auf eine hohe Zahl von Vorstellungen aufgrund von Selbstverletzungen in jüngeren Altersgruppen hin. Laut dem Irish National Self-Harm Registry entfiel zwischen 2007 und 2019 mehr als ein Drittel aller Vorstellungen aufgrund von Selbstverletzungen in Notaufnahmen auf Personen im Alter von 13 bis 25 Jahren [55]. Allein junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren machten 25,6 % dieser Fälle aus [55]. Obwohl Selbstverletzung Verhaltensweisen mit unterschiedlichem Ausmaß suizidaler Absicht umfasst und daher eine breitere Kategorie darstellt als suizidales Verhalten oder Suizidversuche [56], liefern diese Daten zusätzlichen Kontext für altersbezogene Muster. Nichtsuizidale Selbstverletzung, die besonders häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftritt [57], wurde in der vorliegenden Studie nicht separat erfasst und kann daher bei der Interpretation von Unterschieden zwischen den Altersgruppen relevant sein, wenngleich sich das Item zu Suizidversuchen ausdrücklich auf den Versuch bezog, sich das Leben zu nehmen.

Das beobachtete Altersmuster steht im Einklang mit Befunden, die bei jungen Menschen über verschiedene Endpunkte hinweg eine höhere psychische Belastung zeigen [58–60]. Diese wird mit einer Reihe altersspezifischer Stressoren in Verbindung gebracht, darunter dem Prozess der Identitätsbildung, dem Übergang ins Erwachsenenalter und den damit verbundenen neuen Herausforderungen, soziale Isolation und Einsamkeit, wirtschaftliche Unsicherheit im Zusammenhang mit Bildung, Einstieg in die Arbeitswelt und finanzieller Unabhängigkeit sowie breitere gesellschaftliche Stressoren wie die Klimakrise und jüngste gesellschaftliche Krisen [61]. Einige Studien deuten außerdem darauf hin, dass Suizidgedanken und Suizidversuche in den letzten Jahren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugenommen haben, insbesondere bei Frauen [42, 43]. Wichtig hervorzuheben ist, dass sich die Altersmuster von Suizidgedanken und Suizidversuchen wie die Geschlechterverteilung von denen der Suizidsterblichkeit unterscheiden, die in den meisten Kontexten im mittleren oder höheren Erwachsenenalter am höchsten ist [1, 44]. Diese Diskrepanz wird auf verschiedene Faktoren zurückgeführt, darunter die häufigere Nutzung letalerer Methoden bei älteren Erwachsenen, eine erhöhte körperliche Gebrechlichkeit und medizinische Komorbidität, eine geringere Wahrscheinlichkeit einer Rettung, stärkere soziale Isolation sowie ein geringeres Hilfesuchverhalten [44]. Mögliche Unterschiede in der Stärke der suizidalen Absicht werden teilweise ebenfalls genannt, sind jedoch weniger gut belegt [62]. Zudem wird diskutiert, ob Suizidversuche zumindest teilweise ein von der Suizidsterblichkeit eigenständiges Phänomen darstellen [63]. Die beobachteten unterschiedlichen Altersmuster sollten bei Präventionsmaßnahmen zu Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizidsterblichkeit berücksichtigt werden.

Zwar entspricht die niedrigere Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen in höheren Altersgruppen den Befunden weiterer Befragungsstudien [26, 43], zugleich erscheint diese Verteilung kontraintuitiv und sollte vorsichtig interpretiert werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass altersspezifische Periodeneffekte, z. B. aufgrund der oben genannten Stressoren der letzten Jahre, oder unbekannte Kohorteneffekte zu unterschiedlichen Lebenszeitprävalenzen zwischen den Generationen geführt haben [54]. Darüber hinaus kommen Erinnerungs- und Berichtsverzerrungen als wichtige Erklärungsansätze in Betracht. Da Suizidgedanken und Suizidversuche besonders häufig in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter auftreten [64], könnte ein größerer zeitlicher Abstand zu diesen Erfahrungen zu einer geringeren Erinnerung in älteren Altersgruppen beitragen. Die subjektive Bedeutsamkeit suizidaler Erfahrungen, insbesondere von Suizidgedanken, könnte zudem in jüngeren Jahren größer sein, da ihr typischer Beginn häufig in die Adoleszenz oder das frühe Erwachsenenalter fällt [65]. Hinweise darauf, dass frühere suizidale Erfahrungen im Zeitverlauf seltener erneut berichtet werden, liefert eine Längsschnittstudie [65], in der ein Drittel der Teilnehmenden bei einer Nachbefragung zuvor angegebene Suizidversuche in der Lebenszeit nicht mehr berichtete. Eine Übersichtsarbeit zu 19 Längsschnittstichproben ergab zudem Inkonsistenzschätzungen von 47 % für Suizidgedanken und 42 % für Suizidversuche [66]. Auch die Bereitschaft, frühere Suizidalität offenzulegen, sowie andere Berichtsverzerrungen [54, 66] können sich zwischen Altersgruppen oder Kohorten unterscheiden. Bei älteren Generationen könnten dabei stärkere gesellschaftliche Stigmatisierungserfahrungen im Umgang mit Suizidalität und psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen [54]. Zusammen mit einer möglichen Überrepräsentation von Personen ohne schwere psychiatrische Morbidität oder früheres suizidales Verhalten infolge selektiven Überlebens in höheren Altersgruppen könnten diese Faktoren zu den niedrigeren Lebenszeitprävalenzschätzern bei älteren Erwachsenen beitragen [67]. Trotz möglicher Verzerrungen sind diese Ergebnisse aufschlussreich, indem sie die Belastung durch Suizidgedanken und Suizidversuche bei jüngeren Erwachsenen insgesamt unterstreichen. Aufgrund der höheren Fallzahlen können Lebenszeitprävalenzen auch andere soziodemografische Muster sichtbar machen, die aufgrund unzureichender statistischer Präzision in den 12-Monats-Schätzungen nicht erkennbar sind.

Während eine niedrige formale Bildung im Einklang mit internationalen Befunden [68–70] mit einer höheren Prä-

valenz von Suizidversuchen in der Lebenszeit assoziiert ist, zeigte sich in der vorliegenden Studie ein konsistenterer Zusammenhang zwischen Suizidalität und Einkommen. Obwohl Bildung und Einkommen eng miteinander verbunden sind, überschneiden sie sich nicht vollständig und bilden möglicherweise unterschiedliche Dimensionen der sozioökonomischen Position ab. Aufgrund des Querschnittdesigns lässt sich nicht bestimmen, ob sozioökonomische Merkmale, insbesondere das aktuelle Haushaltseinkommen, zeitlich vor oder nach Suizidgedanken und Suizidversuchen lagen. Auch deshalb sollten die beobachteten Assoziationen nicht kausal interpretiert werden. Sie können mit verschiedenen strukturellen und sozialen Determinanten zusammenhängen, darunter finanzielle Unsicherheit, Beschäftigungsmöglichkeiten, Zugang zu Gesundheitsversorgung und Ressourcen sowie soziale Integration [71, 72]. Suizidales Verhalten kann zudem im Zusammenhang mit akuten sozialen und wirtschaftlichen Krisen auftreten [72]. Eine makroökonomische Analyse von 175 Ländern über einen Zeitraum von 27 Jahren ergab, dass ein Anstieg der Arbeitslosigkeit um 1 % mit einem Anstieg der Suizidraten bei Erwachsenen im Alter von 30 bis 59 Jahren um 2 bis 3 % assoziiert war [73]. Der Zusammenhang von wirtschaftlichen Abschwüngen, Armut und Sparmaßnahmen mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität unterstreicht die Bedeutung von Maßnahmen zur Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen und zur Stärkung des Sozialschutzes im Rahmen nationaler Suizidpräventionsstrategien [72]. Der beobachtete soziale Gradient unterstreicht die Bedeutung von Maßnahmen zum Abbau bildungsbezogener und sozioökonomischer Ungleichheiten und zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Kontakte zu verschiedenen Stellen

In der vorliegenden Studie wurde von den drei untersuchten Kontaktstellen am häufigsten ein Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme im Zusammenhang mit dem letzten Suizidversuch berichtet. Kontakte zu einer Krisenhotline oder einem Krisenchat sowie zur Polizei wurden deutlich seltener angegeben. Der Kontakt zur Polizei trat häufig gemeinsam mit einem Krankenhauskontakt auf, während die Überschneidung zwischen allen drei untersuchten Stellen gering war. Auch internationale Befunde zeigen, dass medizinische Kontakte nach Suizidversuchen häufig, aber nicht in allen Fällen erfolgen. In den Vereinigten Staaten gaben etwa 60 % der Personen mit einem berichteten Suizidversuch an, medizinische Versorgung erhalten zu haben; rund 43 % berichteten von einem stationären Krankenhausaufenthalt [74]. Untersuchungen aus Frankreich zeigen ebenfalls, dass ein erheblicher Anteil der Personen mit einem Suizidversuch nicht in einem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung vorstellig wird [75]. Zusammengenommen deuten diese Befunde darauf hin, dass Krankenhäuser und Notaufnahmen eine wichtige Rolle im Umgang mit Suizidversuchen spielen, was mit dem akuten Charakter dieser Ereignisse im Einklang steht. Gleichzeitig erfolgt ein beträchtlicher Anteil der Suizidversuche ohne Kontakt zu den untersuchten Stellen. Auch bei bestehendem Kontakt müssen Suizidversuche als solche erkannt und dokumentiert werden, um in Routinedaten sichtbar zu werden. Bevölkerungsbasierte Befragungen sind daher eine wichtige Ergänzung, um Suizidversuche abzubilden, die in anderen Datenquellen unerfasst bleiben.

Das Survey-Item zu Kontaktstellen war nicht darauf ausgelegt, das gesamte Inanspruchnahmegeschehen abzubilden, und umfasste daher nicht das gesamte Spektrum möglicher Versorgungs- und Unterstützungsangebote inklusive hausärztlicher, psychiatrischer oder psychotherapeutischer Versorgung. Dass mehr als die Hälfte der Befragten keinen Kontakt zu einer der drei untersuchten Stellen angab, weist dennoch auf weiteren Forschungsbedarf zu Kontaktmustern und möglichen Barrieren beim Zugang zu Versorgung und Unterstützung während suizidaler Krisen hin.

Limitationen und Stärken

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen. Es bestehen Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Studiendesign und dem Stichprobenverfahren. Angesichts des Querschnittsdesigns der Studie sollten Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Merkmalen und Suizidgedanken sowie Suizidversuchen nicht als kausale Effekte interpretiert werden. Obwohl das probabilistische Paneldesign darauf abzielt, bundesweite Repräsentativität zu erreichen, lassen sich mögliche Selektionsverzerrungen nicht vollständig ausschließen [31, 76]. Bestimmte Bevölkerungsgruppen können unterrepräsentiert sein, insbesondere Personen mit Migrationshintergrund, vor allem kürzlich zugewanderte Personen oder Personen mit begrenzten Deutschkenntnissen, die bei der Teilnahme an dieser deutschsprachigen Befragung mit sprachlichen Barrieren konfrontiert sind [77]. Aufgrund des Designs dieser registerbasierten Selbstauskunftsbefragung ist zudem bekannt oder wahrscheinlich, dass Personen, die in Einrichtungen oder unter prekären Wohnverhältnissen leben, wohnungslose Personen sowie ältere Erwachsene mit funktionellen oder kognitiven Beeinträchtigungen unterrepräsentiert sind [31]. Da mehrere dieser Gruppen möglicherweise eine höhere Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen aufweisen, könnte ihre Unterrepräsentation zu einer Unterschätzung der Prävalenzen beigetragen haben [78]. Die kumulative Rücklaufquote bezogen auf die ursprüngliche Rekrutierungsstichprobe lag bei 22 %. Unter den bereits registrierten Panelteilnehmenden lagen die Rücklaufquoten in den einzelnen Teilwellen des Jahres 2024 dagegen zwischen 75 % und

81 %. Das Ausmaß der Nonresponse-Verzerrung lässt sich daraus jedoch nicht unmittelbar ableiten [76]. Analysen der selektiven Teilnahme am RKI-Panel 2024 zeigten, dass soziodemografische Merkmale stärker mit Panelregistrierung und -teilnahme assoziiert waren als ausgewählte Gesundheitsmerkmale; für die meisten dieser Merkmale wurde nur eine geringe Dropout-Verzerrung geschätzt [32]. In den Teilwellen von 2024 war die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit nicht mit der Teilnahme assoziiert, und es wurden keine Unterschiede in den Teilnahmemustern zwischen den Fragebogentypen festgestellt [32]. Eine spezifisch mit Suizidgedanken und Suizidversuchen zusammenhängende Selektion konnte jedoch nicht untersucht und daher nicht ausgeschlossen werden. Da Suizidversuche in den vergangenen 12 Monaten relativ seltene Ereignisse waren, wiesen die Analysen zu diesem Endpunkt an mehreren Stellen begrenzte statistische Präzision auf.

Trotz dieser Einschränkungen liegt eine zentrale Stärke der Studie in der Qualität der zugrunde liegenden Daten. Diese stammen aus einer groß angelegten Befragung mit probabilistischem Stichprobendesign, komplexer Gewichtung und Mixed-Mode-Datenerhebung, die auf eine möglichst gute Abbildung der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland ausgerichtet ist [29, 30, 32]. Darüber hinaus bieten das Paneldesign und die wiederholte Erfassung von Suizidalität über aufeinanderfolgende Erhebungsjahre hinweg eine geeignete Grundlage für das bevölkerungsbasierte Monitoring der psychischen Gesundheit in Deutschland [19]. Dies ermöglicht die Beobachtung zeitlicher Trends sowie zukünftige Längsschnittanalysen von Suizidgedanken und Suizidversuchen und ergänzt damit Routinedatenquellen.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie liefert aktuelle bevölkerungsbasierte Schätzungen, der Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Erwachsenen in Deutschland und trägt somit dazu bei, eine Wissenslücke zu schließen. Suizidgedanken und Suizidversuche betreffen einen erheblichen Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, insbesondere jüngere Erwachsene und Personen mit niedrigerem Einkommen. Maßnahmen zur Prävention von Suizidgedanken und Suizidversuchen sollten die konkreten Bedürfnisse dieser Gruppen ebenso berücksichtigen wie soziale und strukturelle Ungleichheiten [2, 72]. Während zwei von fünf Befragten mit einem Suizidversuch in der Lebenszeit im Zusammenhang mit ihrem letzten Versuch Kontakt mit einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme angaben, berichtete mehr als die Hälfte keinen Kontakt zu den untersuchten Stellen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Integration bevölkerungsbasierter Befragungen in nationale Surveillance-Systeme für Suizidalität zur Erhebung von Suizidversuchen unabhängig vom Kontakt zu Unterstützungs- und Versorgungsangeboten.

Die Aufnahme von Indikatoren für Suizidalität in das RKI-Panel 2024 bildet eine wichtige Grundlage für die kontinuierliche Surveillance von Suizidgedanken und Suizidversuchen in Deutschland und kann dazu beitragen, Trends zu erkennen, Ungleichheiten zu beobachten und evidenzbasierte Strategien zur Suizidprävention und Förderung der Bevölkerungsgesundheit zu unterstützen.

Datenschutz und Ethik
Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki geprüft und keine grundlegenden berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken gegen die Durchführung des Studienvorhabens und der Jahreswelle 2024 (Eth-SB-25-088; altes Aktenzeichen Eth-63/23, Amendment 1) geäußert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Jahreswelle 2024 sowie über den Datenschutz informiert und erteilten ihre Einwilligung entweder elektronisch (im Rahmen der Online-Befragung) oder schriftlich (informed consent).

Datenverfügbarkeit
Der Zugang zu den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten ist eingeschränkt. Die Daten sind bei Vorliegen eines begründeten Forschungsinteresses über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Robert-Koch-Instituts für eine weitergehende Nutzung zugänglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gerichtet werden. Weitere Informationen finden Sie auf der folgenden Website (deutsch): www.rki.de/fdz.

Förderungshinweis
Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde vom Robert Koch-Institut und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Das SESiD-Projekt wird von der Bundesregierung über das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages durch die Bundesregierung unter der Fördernummer 2525FSB27A finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren
Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: LW, MAGA, JT, CS, MF; zur Erhebung der verwendeten Daten: AM, IÖ; zur Analyse der verwendeten Daten: MAGA, LW, JT, NM; zur Interpretation der verwendeten Daten: MAGA, LW, JT, CS, MF, KP, AM, IÖ, NM. Ausarbeitung des Manuskripts: MAGA, LW, JT; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: MAGA, LW, JT, CS, MF, KP, AM, IÖ, NM. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: MAGA, LW, JT, CS, MF, KP, AM, IÖ, NM.

Deklaration generativer Künstlicher Intelligenz (KI) und KI-gestützten Technologien
Die Autorinnen und Autoren nutzten ChatGPT und Grammarly zur Unterstützung bei der Programmierung, sprachlichen Überarbeitung, Übersetzung und stilistischen Überarbeitung des Manuskripts. Die Autorinnen und Autoren waren allein für das Studiendesign, die Datenanalysen, die Interpretation der Ergebnisse und alle wissenschaftlichen Schlussfolgerungen verantwortlich. Die Autorinnen und Autoren haben die Ergebnisse geprüft und überarbeitet und übernehmen die volle Verantwortung für den Inhalt der Publikation.

Interessenkonflikt
Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1 World Health Organization (WHO). Suicide. 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

2 Nationales Suizidpräventionsprogramm. Suizidstatistiken in Deutschland: Suizide in Deutschland 2024. 2024. Available from: https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten/suizidstatistiken.

3 Organisation for Economic Co-operation and Development. Suicide rates. Paris: OECD Publishing; 2024. Available from: https://www.oecd.org/en/data/indicators/suicide-rates.html.

4 Bundesministerium für Gesundheit. Nationale Suizidpräventionsstrategie. Bonn; 2024 [cited 13 of May 2026]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf.

5 Large M, Corderoy A, McHugh C. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(3):254–67. Epub 24.06.2020. doi: 10.1177/0004867420931161.

6 World Health Organization (WHO). Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries 2021. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f4bb596-e6e4-4328-a5ed-00e01ec0068d/content.

7 Pollock NJ, Healey GK, Jong M, Valcour JE, Mulay S. Tracking progress in suicide prevention in Indigenous communities: a challenge for public health surveillance in Canada. BMC Public Health. 2018; 18(1):1320. doi: 10.1186/s12889-018-6224-9.

8 Gvion Y, Apter A. Suicide and Suicidal Behavior. Public Health Rev. 2012;34(2):9. doi: 10.1007/BF03391677.

9 Castillejos M, Huertas P, Martín P, Moreno Küstner B. Prevalence of suicidality in the European general population: A systematic review and meta-analysis. Arch Suicide Res. 2021;25(4):810–28. doi: 10.1080/13811118.2020.1765928.

10 Miola A, Tondo L, Baldessarini RJ. Ratio of rates of suicide attempts to suicides in the general population and in mood disorder patients. J Psychiatr Res. 2026;199:489–99. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.03.006.

11 World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018.

12 Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR. The Impact of Suicide on the Family. Crisis. 2008;29(1):38–44. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.38.

13 Müller G, Bombana M, Heinzel-Gutenbrenner M, Kleindienst N, Bohus M, Lyssenko L, et al. Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany. BMC Public Health. 2021;21(1):625. doi: 10.1186/s12889-021-10637-8.

14 Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133–54. Epub 20080724. doi: 10.1093/epirev/mxn002.

15 Teismann T, Claus C. Suizid und Suizidalität. In: Riedel A, Heidenreich T, Klotz K, Haug PM, editors. Suizidprävention in der Pflege : Verantwortung und Rolle der Pflegefachpersonen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2026. p. 3–18.

16 Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016;387(10024):1227–39. Epub 15.09.2015. doi: 10.1016/s0140-6736(15)00234-2.

17 Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. Lancet Psychiatry. 2018;5(2):167–74. Epub 12.12.2017. doi: 10.1016/s2215-0366(17)30478-9.

18 Fehr A, Tijhuis MJ, Hense S, Urbanski D, Achterberg P, Ziese T. European Core Health Indicators – status and perspectives. Arch Public Health. 2018;76:52. Epub 03.08.2018. doi: 10.1186/s13690-018-0298-9.

19 Thom J, Mauz E, Peitz D, Kersjes C, Aichberger M, Baumeister H, et al. Establishing a Mental Health Surveillance in Germany: Development of a framework concept and indicator set. J Health Monit. 2021;6(4):34–63. Epub 08.12.2021. doi: 10.25646/8861.

20 Public Health Agency of Canada. Suicide, self-harm and suicide-related behaviours in Canada: Data tool. Ottawa: Public Health Agency of Canada. 2026 [updated 20.11.2024; cited 2026-04-29]. Available from: https://health-infobase.canada.ca/mental-health/suicide-self-harm/data-tool/?Edi=2022&Dom=1&Ind=6&MS=10.

21 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicidal thoughts and behavior: Data and statistics. Centers for Disease Control and Prevention 2024 [cited 14 March 2026]. Available from: https://www.cdc.gov/mental-health/about-data/suicidal-thoughts-and-behavior.html.

22 Santé publique France. Suicides and suicide attempts: Data. Santé publique France; 2026 [updated 2026–01–05; cited 2026-06-12]. Available from: https://www.santepubliquefrance.fr/en/suicides-et-tentatives-de-suicide/data.

23 Voss C, Jacobi F, Wittchen H, Strehle J, Beesdo-Baum K. Suizidalität in der deutschen Allgemeinbevölkerung – Ergebnisse aus dem DEGS Survey. 9. Workshopkongress der Klinischen Psychologie, 13. - 15.5.2015. 2015.

24 Forkmann T, Brahler E, Gauggel S, Glaesmer H. Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. J Nerv Ment Dis. 2012;200(5):401–5. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825322cf.

25 Spangenberg L, Brüdern J, Glaesmer H. Prevalence of Suicidal Thoughts and Behaviors and Its Disclosure in the German General Population. J Nerv Ment Dis. 2025; 213(9):247–50. doi: 10.1097/NMD.0000000000001848.

26 Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. J Affect Disord. 2015;173:245–54. Epub 08.11.2014. doi: 10.1016/j.jad.2014.11.002.

27 Teismann T, Hensel LM, Brailovskaia J, Spangenberg L, Höller I, Precht LM, et al. Persistent suicidal ideation: Prevalence in the German general population. Journal of Affective Disorders Reports. 2026;25:101067. doi: https://doi.org/10.1016/j.jadr.2026.101067.

28 Bundesministerium für Gesundheit. Systematische Erhebung von Suizidversuchen in Deutschland (SESiD). Berlin, Germany: Bundesministerium für Gesundheit; 2025 [cited 04 June]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/suizidpraevention-staerken/sesid.

29 Lemcke J, Loss J, Allen J, Ozturk I, Hintze M, Damerow S, et al. Health in Germany: Establishment of a population-based health panel. J Health Monit. 2024;9(Suppl 2):2–21. Epub 13.03.2024. doi: 10.25646/11992.2.

30 Lemcke J, Damerow S, Kuttig T, Ozturk I, Albrecht S, Heller T, et al. Background and Methodology of the 2024 annual survey from the panel 'Health in Germany' by the Robert Koch Institute. J Health Monit. 2025;10(4):e13572. Epub 05.12.2025. doi: 10.25646/13572.

31 Lemcke J, Ozturk I, Damerow S, Heller T, Born S, Wetzstein M, et al. Recruitment of a probability-based general population health panel for public health research in Germany: the panel 'Health in Germany'. BMC Med Res Methodol. 2026;26(1):15. Epub 23.12.2025. doi: 10.1186/s12874-025-02746-4.

32 Damerow S, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A, Lemcke J. Weighting strategy and selection analysis in the panel 'Health in Germany': methods and results for the 2024 annual survey. BMC Med Res Methodol. 2025;26(1):8. Epub 15.12.2025. doi: 10.1186/s12874-025-02740-w.

33 Public Health Agency of Canada. Suicide Surveillance Indicator Framework Quick Statistics, 2023 Edition. Ottawa (ON); 2023. Available from: https://health-infobase.canada.ca/ssif/.

34 Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(7):617–26. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617.

35 Starke D, Arnold L, Fertmann R, Glaeske G, Hagemeister C, Heller G, et al. Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. J Health Monit. 2019;4(S1):2–22. doi: 10.25646/6058.

36 Pöge K, Rommel A, Starker A, Prutz F, Tolksdorf K, Ozturk I, et al. Survey of sex/gender diversity in the GEDA 2019/2020-EHIS study – objectives, procedure and experiences. J Health Monit. 2022;7(2):48–65. Epub 20220629. doi: 10.25646/9958.

37 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHPW, Christof, editor. Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003. p. 221–44.

38 Eurostat. Glossary: Equivalised disposable income. 2026. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Equivalised_disposable_income.

39 Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Res Integr Peer Rev. 2016;1:2. Epub 03.05.2016. doi: 10.1186/s41073-016-0007-6.

40 Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE Reporting Guidelines for Observational Studies. JAMA Surgery. 2021;156(6):577–8. doi: 10.1001/jamasurg.2021.0528.

41 Pirard P, Léon C, Perrin L. Conduites suicidaires : prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Saint-Maurice; 2025. Available from: http://www.santepubliquefrance.fr.

42 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2024 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD; 2025. Report No.: PEP24-07-021.

43 NHS England. Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2023–24. Suicidal Thoughts, Suicide Attempts and Self-Harm. Leeds, United Kingdom; 2025. Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-psychiatric-morbidity-survey/survey-of-mental-health-and-wellbeing-england-2023-24/suicidal-thoughts-suicide-attempts-and-self-harm.

44 World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative 2014. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5bd12922-b362-458f-8025-f613da4922e7/content.

45 Ostanin J, Miranda H, Shugar S, Abdo D, Mejia MC, Hennekens CH, et al. Suicidal Behaviors Among United States Adolescents: Increasing Clinical and Public Health Challenges. Children. 2025;12(1):57.

46 Liu L, Contreras G, Thompson W. Suicidal ideation and suicide attempts among adolescents in Canada based on the 2023 Canadian Health Survey on Children and Youth. Discover Public Health. 2025;22(1):826. doi: 10.1186/s12982-025-01179-0.

47 Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. Suicide Life Threat Behav. 1998;28(1):1–23. doi: https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x.

48 Bommersbach TJ, Rosenheck RA, Petrakis IL, Rhee TG. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. J Affect Disord. 2022;311:157–64. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.096.

49 Peter C, Tuch A. Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 2024.

50 Ogarrio K, Durbin-Matrone R, De Leon B, Wright LA, Restar A, Singh AA, et al. Forms of transphobia and their influence on health outcomes among transgender, nonbinary, and gender diverse individuals: a global systematic review. International Journal of Transgender Health. 2025:1–34. doi: 10.1080/26895269.2025.2553739.

51 Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2015;2(1):65–77. doi: https://doi.org/10.1037/sgd0000081.

52 Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. Professional psychology: Research and practice. 2012;43(5):460. doi: https://doi.org/10.1037/a0029597.

53 Rens E, Portzky G, Morrens M, Dom G, Van den Broeck K, Gijzen M. An exploration of suicidal ideation and attempts, and care use and unmet need among suicide-ideators in a Belgian population study. BMC Public Health. 2023;23(1):1741. Epub 20230907. doi: 10.1186/s12889-023-16630-7.

54 Witt K, Teo SM, Ziou M, Rajaram G, Baker DG, Browne V, et al. Generational effects in self-reported age of onset for youth suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: A retrospective analysis using data from the Australian National Study of Mental Health and Wellbeing, 2020–2022. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2026;60(3):269–81. doi: 10.1177/00048674251393162.

55 McEvoy D, Joyce M, Mongan D, Clarke M, Codd M. Comparing times of self-harm presentations to hospital emergency departments in children, adolescents, young adults and adults: a national registry study 2007-2019. BMC Psychiatry. 2024;24(1):474. Epub 20240627. doi: 10.1186/s12888-024-05921-x.

56 Teismann T, Lewitzka U. Suizidalität. In: Falkai P, Laux G, Kapfhammer H-P, Möller H-J, editors. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016. p. 1–15.

57 Moran P, Chandler A, Dudgeon P, Kirtley OJ, Knipe D, Pirkis J, et al. The Lancet Commission on self-harm. Lancet. 2024;404(10461):1445–92. Epub 20241009. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01121-8.

58 Robert Koch-Institut (RKI). Depression. 2025 [cited 10 June 2026]. Available from: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Depression/depression_node.html.

59 Robert Koch-Institut (RKI). Angststörungen. 2025. Available from: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/Angststoerung/AngststoerungenAdministrativePraevalenz/angststoerungenAdministrativePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0.

60 Robert Koch-Institut (RKI). Psychisches Wohlbefinden. 2025 [cited 10 June 2026]. Available from: www.gbe.rki.de/psychisches-wohlbefinden.

61 Walther L, Vogelgesang F, Schaffrath Rosario A, Kersjes C, Thom J, Peitz D, et al. Depressive and anxiety symptoms among adults in Germany: Results from the RKI Panel Health in Germany 2024. J Health Monit. 2025;10(4):17. doi: 10.25646/13573.

62 Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 1998;6(2):122–6. doi: https://doi.org/10.1097/00019442-199805000-00005.

63 Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:307–30. Epub 20160111. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.

64 Butt S, Randall E, Morris S, Appleby L, Hassiotis A, John A, McCabe R, & McManus S. Suicidal thoughts, suicide attempts and non-suicidal self-harm. England, 2023/4. NHS England.; 2025.

65 Christl B, Wittchen H-U, Pfister H, Lieb R, Bronisch T. The Accuracy of Prevalence Estimations for Suicide Attempts. How Reliably Do Adolescents and Young Adults Report Their Suicide Attempts? Arch Suicide Research. 2006;10(3):253–63. doi: 10.1080/13811110600582539.

66 Klimes-Dougan B, Mirza SA, Babkin E, Lanning C. Biased reporting of past self-injurious thoughts and behaviors: A literature review. J Affect Disord. 2022;308:596–606. doi: https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.073.

67 Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. Lancet. 2019;394(10211):1827–35. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5.

68 Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. J Affect Disord. 2013;147(1-3):205–11. Epub 20121127. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.005.

69 Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. J Affect Disord. 2013;151(3):1059–65. Epub 20130909. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.035.

70 Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Hoenig JM, Gyawali S, Park-Lee E, Hedden SL. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged >/=18 Years – United States, 2015-2019. MMWR Surveill Summ. 2022;71(1):1–19. Epub 20220107. doi: 10.15585/mmwr.ss7101a1.

71 Kersjes C, Junker S, Mauz E, Beese F, Walther L, Müters S, et al. Income, Educational Level, and Depressive Symptoms in a Time of Multiple Crises: Trends Revealed by High-Frequency Mental Health Surveillance in Germany, 2019–2024. Dtsch Arztebl Int. 2025;122(21):573–8. doi: 10.3238/arztebl.m2025.0130.

72 Sinyor M, Silverman M, Pirkis J, Hawton K. The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. Lancet Public Health. 2024;9(10): e802–e6. Epub 20240910. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00152-X.

73 Meda N, Miola A, Slongo I, Zordan MA, Sambataro F. The impact of macroeconomic factors on suicide in 175 countries over 27 years. Suicide Life Threat Behav. 2022;52(1):49–58. Epub 20210525. doi: 10.1111/sltb.12773.

74 Han B, Kott PS, Hughes A, McKeon R, Blanco C, Compton WM. Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. Journal of Psychiatric Research. 2016;77:125–33. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.002.

75 Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, du Roscoat E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. Psychol Med. 2022;52(4):707–14. Epub 20200703. doi: 10.1017/S0033291720002305.

76 Mindell JS, Giampaoli S, Goesswald A, Kamtsiuris P, Mann C, Männistö S, et al. Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys. BMC Med Res Methodol. 2015;15:78. Epub 20151005. doi: 10.1186/s12874-015-0072-4.

77 Hövener C, Wieler LH. Migration und Gesundheit: Auf dem Weg zu einem diversity-orientierten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. J Health Monit. 2023(1):3–6. doi: 10.25646/11087.

78 Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2019;19(1):370. Epub 20191127. doi: 10.1186/s12888-019-2361-7.