

Non-Suicide Contracts in der Suizidprävention

Dresden, den 08.07.2026

Max Hessel, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.

Non-Suicide Contracts (NSC), auch als Antisuizidverträge bezeichnet, sind mündliche oder schriftliche Vereinbarungen zwischen behandelnden Fachpersonen und suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten (Gerstl, 2019). Ziel solcher Vereinbarungen ist es meist, dass Betroffene zusichern, sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums nichts anzutun beziehungsweise vor einer möglichen Suizidhandlung erneut Kontakt aufzunehmen (vgl. ebd.). Über viele Jahre hinweg wurden NSC in unterschiedlichen klinischen und psychotherapeutischen Kontexten eingesetzt und finden auch gegenwärtig noch Anwendung im Umgang mit suizidalen Krisen.

1 Historischer Hintergrund

Der häufig zitierte Ursprung moderner NSC geht auf Drye und Mitarbeitende (1973) zurück. Der ursprüngliche Vertrag lautete: „*No matter what happens, I will not kill myself, accidentally or on purpose, at any time*“ (Drye et al., 1973, S. 43). Historisch wurden NSC vor allem als strukturierende Maßnahme in suizidalen Krisen verstanden. Sie sollten die therapeutische Zusammenarbeit fördern und durch eine explizite Vereinbarung zusätzliche Verbindlichkeit schaffen (Gerstl, 2019).

2 Empirische Evidenz und Kontroversen

Die spätere empirische Überprüfung dieser Annahmen lieferte jedoch keine belastbaren Hinweise auf eine eigenständige Wirksamkeit von NSC (Gerstl, 2019; Page & King, 2008). Fachbeiträge und aktuelle Leitlinien weisen darauf hin, dass die ursprünglichen positiven Berichte überwiegend auf Fallbeschreibungen und klinischen Erfahrungen beruhen und methodisch erhebliche Einschränkungen aufweisen (vgl. ebd.). Kontrollierte Vergleichsstudien, reproduzierbare Studiendesigns sowie belastbare Wirksamkeitsnachweise liegen bislang nicht

vor (Gerstl, 2019; Becker et al., 2017). Vor diesem Hintergrund gelten NSC heute nicht als evidenzbasierte Kernintervention der Suizidprävention (Teismann et al., 2022). Aktuelle Leitlinien und Behandlungsempfehlungen betonen stattdessen die Bedeutung einer sorgfältigen Suizidalitätsdiagnostik, einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie konkreter Krisen- und Sicherheitsplanung (Teismann et al., 2022; Sarkhel et al., 2023).

Die Diskussion um NSC beschränkt sich jedoch nicht auf die Frage ihrer Wirksamkeit. Zunehmend wird hinterfragt, ob die Vereinbarungen überhaupt einen eigenständigen präventiven Effekt entfalten oder ob mögliche positive Wirkungen nicht vielmehr auf Faktoren zurückzuführen sind, die den Verträgen vorausgehen – etwa eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, die Bereitschaft zur Offenlegung suizidaler Gedanken oder die gemeinsame Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Damit hat sich der Fokus der fachlichen Diskussion in den vergangenen Jahren zunehmend von der Frage nach dem Vertrag selbst hin zu den Bedingungen wirksamer Suizidprävention verschoben.

3 Therapeutische Implikationen

Ein zentraler Kritikpunkt an NSC besteht darin, dass sie bei Behandelnden eine problematische Form von Scheinsicherheit erzeugen können. Die Zusicherung eines Patienten, auf suizidale Handlungen zu verzichten, ersetzt weder eine sorgfältige Exploration der Suizidalität noch eine klinische Risikoeinschätzung oder eine tragfähige therapeutische Beziehung. Da Suizidalität als dynamischer Prozess verstanden wird, können sich Gedanken, Absichten und Handlungsimpulse innerhalb kurzer Zeit verändern. Ein einmal geschlossener Vertrag stellt daher lediglich eine Momentaufnahme dar und darf nicht als verlässlicher Schutzfaktor interpretiert werden (Gerstl, 2019). Aus psychodynamischer Perspektive wird zudem diskutiert, dass NSC bestehende Autonomie-, Abhängigkeits- oder Ohnmachtskonflikte berühren können (Kind, 2011). Insbesondere bei chronisch suizidalen oder traumatisierten Patientinnen und Patienten besteht die Möglichkeit, dass die Vereinbarung weniger als unterstützendes Angebot, sondern als äußere Kontrolle erlebt wird (vgl. ebd.). Die Bedeutung solcher Prozesse dürfte von den individuellen Voraussetzungen der Betroffenen, der therapeutischen Beziehung und der jeweiligen Krisensituation abhängen. Dies verdeutlicht, dass NSC nicht losgelöst vom klinischen Kontext bewertet werden können und einer sorgfältigen Einordnung bedürfen (Wewetzer & Quaschner, 2019).

Aktuelle Empfehlungen betonen die Bedeutung einer vertrauensvollen und wertschätzenden Arbeitsbeziehung als Grundlage der Einschätzung und Begleitung suizidaler

Menschen (Sarkhel et al., 2023). Unabhängig vom jeweiligen professionellen Kontext fördern Empathie, aktives Zuhören und eine offene, nicht wertende Haltung die Bereitschaft, über Suizidgedanken zu sprechen und Unterstützung anzunehmen (vgl. ebd.). Die Qualität der Beziehung wird dabei nicht als ergänzender Faktor verstanden, sondern als zentrale Voraussetzung dafür, dass Suizidalität offen thematisiert, angemessen eingeschätzt und gemeinsam bearbeitet werden kann (Sarkhel et al., 2023; Teismann et al., 2022).

4 Aktuelle Versorgungspraxis und evidenzbasierte Alternativen

Trotz der kritischen Evidenzlage und zurückhaltender Empfehlungen in aktuellen Leitlinien werden NSC weiterhin eingesetzt. Rozek et al. (2023) untersuchten die Anwendung suizidpräventiver Interventionen bei 771 Fachpersonen und weiteren in der Suizidprävention tätigen Akteurinnen und Akteuren. Während die Mehrheit mindestens ein evidenzbasiertes Verfahren nutzte, berichteten rund 40 % der Befragten gleichzeitig auch den Einsatz nicht evidenzbasierter Interventionen wie Safety Contracts, No-Harm Contracts oder No-Suicide Contracts (vgl. ebd.). Daraus wird die Notwendigkeit abgeleitet, neben der Implementierung evidenzbasierter Verfahren auch die gezielte Reduktion überholter oder nicht evidenzbasierter Interventionen („de-implementation“) stärker in den Fokus von Fortbildung und klinischer Praxis zu rücken (Rozek et al., 2023).

Moderne suizidpräventive Ansätze zeichnen sich demgegenüber durch ein kollaboratives und handlungsorientiertes Vorgehen aus. Im Mittelpunkt stehen die offene Exploration von Suizidalität, die therapeutische Beziehung sowie die gemeinsame Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien für Krisensituationen. Besondere Bedeutung kommt dabei Safety-Planning-Interventionen zu, bei denen individuelle Warnzeichen, Bewältigungsstrategien, Unterstützungsressourcen und professionelle Hilfsangebote gemeinsam erarbeitet werden (Teismann et al., 2022). Im Unterschied zu NSC liegt der Schwerpunkt dieser Ansätze auf der gemeinsamen Entwicklung konkreter Bewältigungs- und Handlungsstrategien für Krisensituationen (vgl. ebd.). Dabei handelt es sich nicht zwingend um ein Entweder-oder: In der Praxis werden NSC und Safety-Planning-Interventionen teilweise kombiniert (Rozek et al., 2023, Teismann et al., 2022). Die empirische Evidenz bezieht sich bislang jedoch vor allem auf strukturierte Sicherheits- und Krisenplanungsansätze (vgl. ebd.). Ergänzt werden diese Ansätze durch spezifische suizidfokussierte psychotherapeutische Verfahren (Nuij et al., 2021). Für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, die Dialektisch-Behaviorale Therapie sowie Safety-Planning-Interventionen liegen inzwischen

empirische Hinweise vor, dass sie suizidales Verhalten reduzieren und die Bewältigung suizidaler Krisen unterstützen können (Becker et al., 2017; Teismann et al., 2022; Nuij et al., 2021).

5 Fazit

NSC haben über viele Jahre einen festen Platz in der klinischen Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen eingenommen und werden auch gegenwärtig noch in unterschiedlichen Versorgungssettings eingesetzt. Nach aktuellem Forschungsstand fehlt jedoch eine belastbare Evidenz für ihre Wirksamkeit. Gleichzeitig weisen Fachliteratur und Leitlinien auf potenzielle Risiken hin, insbesondere hinsichtlich einer möglichen Scheinsicherheit auf Seiten der Behandelnden sowie negativer Auswirkungen auf die Offenheit der therapeutischen Kommunikation. Die veränderte Bewertung von NSC spiegelt den grundlegenden Perspektivwechsel wider, der sich in der Suizidprävention bereits seit längerer Zeit vollzieht. Während früher die Vereinbarung selbst stärker im Mittelpunkt stand, rücken heute die therapeutische beziehungsweise professionelle Arbeitsbeziehung, die sorgfältige klinische Einschätzung sowie die gemeinsame Krisen- und Sicherheitsplanung in den Vordergrund. Verfahren wie Safety Planning Interventions und suizidfokussierte psychotherapeutische Ansätze tragen diesem Verständnis Rechnung und verfügen zunehmend über empirische Unterstützung.

Vor diesem Hintergrund erscheinen NSC weniger als eigenständige suizidpräventive Intervention, sondern vielmehr als Ausdruck eines historischen Verständnisses von Sicherheit. Moderne Suizidprävention versteht Sicherheit dagegen als einen fortlaufenden Prozess, der auf klinischer Einschätzung, offener Kommunikation und gemeinsamer Krisenplanung basiert und seinen zentralen Anker in einer tragfähigen therapeutischen Allianz findet.

Kontakt und weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.
Universitätsklinikum Jena
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philosophenweg 3, D-07743 Jena
E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de
www.suizidprophylaxe.de

Literaturverzeichnis

- Becker, K., Adam, H., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N., Plener, P. L. & Leitliniengruppe, F. D. (2017). Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Jugendalter: Das Wichtigste in Kürze aus den aktuellen Leitlinien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(6), 485–497. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000516>
- Gerstl, L. (2019). Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. *Psychotherapie Forum*, 23(3–4), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-00127-z>
- Kind, J. (2011). *Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nuij, C., Van Ballegooijen, W., De Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A. & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry*, 219(2), 419–426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- Page, S. A. & King, M. C. (2008). No-Suicide Agreements: Current Practices and Opinions in a Canadian Urban Health Region. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 53(3), 169–176. <https://doi.org/10.1177/070674370805300307>
- Rozeck, D. C., Tyler, H., Fina, B. A., Baker, S. N., Moring, J. C., Smith, N. B., Baker, J. C., Bryan, A. O., Bryan, C. J. & Dondanville, K. A. (2022). Suicide Intervention Practices: What Is Being Used by Mental Health Clinicians and Mental Health Allies? *Archives Of Suicide Research*, 27(3), 1034–1046. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2106923>
- Sarkhel, S., Vijayakumar, V. & Vijayakumar, L. (2023). Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. *Indian Journal Of Psychiatry*, 65(2), 124–130. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22
- Teismann, T., Brieger, P. & Menzel, S. (2022). Psychotherapie suizidaler Patienten. *Nervenheilkunde*, 41(04), 222–226. <https://doi.org/10.1055/a-1748-5635>
- Wewetzer, C. & Quaschner, K. (2019). Suizidalität. In *Hogrefe eBooks*. <https://doi.org/10.1026/02657-000>