https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Originalarbeit
Schwerpunkt: Suizidalität

Die Suizidale Verhaltensstörung bei Jugendlichen mit NSSV– Klinischer Nutzen und Reliabilität

Interrater-Reliabilität der Suizidalen Verhaltensstörung

Laura Kraus[1], Inna Kliachko[1], Birgit Abler[2], Ulrich W. Ebner-Priemer[3,4,5], Michael Kaess[6,7], Michael Koelch[8], Julian Koenig[9], Anna Michelsen[8], Sandra Nickel[10], Paul Plener[10,11], Philip Santangelo[12], Christian Schmahl[4,5], Maurizio Sicorello[4,5], Jennifer Spohrs[10,13] und Tina In-Albon[1]

[1]Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Mannheim, Deutschland
[2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III, Universitätsklinikum Ulm, Deutschland
[3]Mental mHealth Lab, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Deutschland
[4]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland
[5]Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Kooperationsstandort Mannheim, Deutschland
[6]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland
[7]Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz
[8]Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock, Deutschland
[9]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln, Deutschland
[10]Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie III, Universität Ulm, Deutschland
[11]Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Österreich
[12]Department of Behavioural and Cognitive Sciences, University of Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Luxembourg
[13]Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Deutschland

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Die suizidale Verhaltensstörung (SVS) wurde als Forschungsdiagnose in das DSM-5 aufgenommen, zu der bislang nur wenige Studien vorliegen. Um die Forschungskriterien vollständig erfassen zu können, wurde innerhalb des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen für das Jugendalter (J-DIPS) das Modul „Suizidale Verhaltensstörung" entwickelt. *Fragestellung:* Ziel der Studie ist die Erfassung der Interrater-Reliabilität der SVS anhand des strukturierten klinischen Interviews J-DIPS und die Erfassung der Häufigkeit der SVS und komorbiden psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit nichtsuizidalen Selbstverletzungen sowie die Erfassung der Ausprägung des suizidalen Erlebens und Verhaltens. *Methode:* Die Stichprobe besteht aus *N* = 119 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, zwischen 15 und 25 Jahren mit nichtsuizidalen Selbstverletzungen gemäß DSM-5, mit denen das J-DIPS durchgeführt wurde. *Ergebnisse:* Die Interrater-Reliabilität der SVS anhand des J-DIPS kann als sehr gut interpretiert werden. In der Fehleranalyse zeigte sich beim Kriterium A, zur Definition des Suizidversuchs, die geringste Raterinnen-Übereinstimmung. Es lag eine hohe Komorbidität mit SVS vor. *Diskussion und Schlussfolgerung:* Es kann festgehalten werden, dass eine reliable Erfassung der suizidalen Verhaltensstörung mithilfe des J-DIPS möglich ist. Die Limitationen der SVS schränken den klinischen Nutzen jedoch insbesondere durch das Fehlen valider Aussagen über das aktuelle Risiko ein.

Schlüsselwörter: Suizidales Erleben und Verhalten, Suizidalität, Diagnostik, Jugendalter

Suicidal Behavior Disorder. Clinical Benefit and Reliability

Abstract: *Theoretical background:* Suicidal behavior disorder (SBD) is now included as a research diagnosis in the DSM-5. The Diagnostic Interview for Mental Disorders in Adolescents (J-DIPS) can be used to assess the diagnostic criteria. To fully capture the research criteria, the "Suicidal Behavior Disorder" module was developed within the J-DIPS. *Objective:* This

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

study aims to assess the interrater reliability of SBD using the J-DIPS, and to assess the frequency of SBD and comorbid mental disorders in adolescents and young adults with nonsuicidal self-injury, as well as to assess characteristics of suicidal thoughts and behaviors. *Method:* The sample consists of *N* = 119 interviews with adolescents and young adults between the ages of 15 and 25 years with nonsuicidal self-injury according to the DSM-5. We used the J-DIPS to assess the diagnostic criteria of SBD. *Results:* The interrater reliability of the SBD based on the J-DIPS is very good. In the error analysis, criterion A, which defines suicide attempts, showed the lowest rater agreement. There was a high degree of comorbidity with SBD. *Discussion and conclusion:* Reliable assessment of suicidal behavior disorder is possible with the J-DIPS. However, limitations in the diagnosis of SBD restrict its clinical usefulness, particularly because of the lack of valid statements about the current risk.

Keywords: suicidal thoughts and behaviors, diagnostics, suicidality, adolescents

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Das Jugendalter birgt ein erhöhtes Risiko für den Beginn und die Eskalation von Suizidgedanken (Cha et al., 2018; Nock et al., 2008) und Suizidversuchen (Turecki & Brent 2016). Suizide stellen die mithäufigste Todesursache im Jugendalter dar (WHO, 2024). Internationale Lebenszeitprävalenzraten von Suizidgedanken liegen zwischen 12.1% und 33% und für Suizidversuche zwischen 4.1% und 9.3% (Turecki et al., 2016). Voss et al. (2019) untersuchten 1180 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 21 Jahren aus dem Raum Dresden. Davon berichteten 10.7% der Teilnehmenden von lebenszeitlichen Suizidgedanken, 5.0% von Suizidplänen und 3.4% von mindestens einem Suizidversuch. Irgendeine Form von suizidalem Verhalten wurde von 11.5% angegeben. Bei Patienten im ambulanten psychotherapeutischen Setting liegen die Prävalenzraten von Suizidgedanken mit 33.45% noch höher (In-Albon et al., 2026). Die Übersichtsarbeit von Madigan et al. (2023) verweist zudem auf eine Zunahme selbstverletzendem Verhalten nach der Corona Pandemie.

Suizidales Erleben und Verhalten geht häufig mit psychischen Erkrankungen einher, bzw. können ein Symptom bei verschiedenen Diagnosen sein, wie bei der Major Depression oder der Borderline Persönlichkeitsstörung (Nock et al., 2013; Felthous, Kulkarni & Belean, 2022). Eine enge Assoziation besteht zudem zu nichtsuizidalen Selbstverletzungen (NSSV) (In-Albon, Ruf & Schmid, 2013; Voss, Hoyer, Venz, Pieper & Beesdo-Baum, 2020). Auch wenn NSSV anhand der zugrundeliegenden Intention von suizidalem Verhalten abzugrenzen ist, besteht eine enge Assoziation, insbesondere, da NSSV ein starker Risikofaktor für suizidales Verhalten darstellt (Castellví et al., 2017). Jugendliche mit NSSV in der Lebensgeschichte weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für lebenszeitliche Suizidgedanken und -versuche auf als Jugendliche ohne NSSV-Vorgeschichte (Robinson, Garisch & Wilson, 2021). Zudem stellt das Vorliegen der DSM-5 Forschungsdiagnose Nichtsuizidale Selbstverletzung (NSSV-D) einen erheblichen Risikofaktor für das Auftreten der Suizidalen Verhaltensstörung dar (Groschwitz et al., 2015).

Auch unter Berücksichtigung weiterer potenzieller Risikofaktoren für suizidales Verhalten ist die Varianzaufklärung moderat (Franklin et al., 2017), was die Suizidprävention erschwert. Es ist zudem auch zu beachten, dass suizidales Verhalten ohne Vorliegen einer psychischen Störung, Risikofaktoren oder geäußerten suizidalen Gedanken sowie Intensionen auftreten kann (Rodway, Tham, Turnbull, Kapur & Appleby, 2020). Die vorliegende Komplexität der Risikofaktoren sowie deren Interaktionen weisen auf die Herausforderung hin, suizidales Erleben und Verhalten adäquat zu erfassen, differentialdiagnostisch abzugrenzen und zu diagnostizieren. Dies ist sowohl in Bezug auf aktuelles suizidales Erleben und Verhalten als auch hinsichtlich des Risikos für weiteres suizidales Verhalten wünschenswert.

Eine Möglichkeit suizidales Verhalten zu erfassen, besteht in der Aufnahme in Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Dementsprechend wurde die Suizidale Verhaltensstörung (SVS) als Forschungsdiagnose im DSM-5 unter der Sektion III „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ aufgenommen (American Psychiatric Association (APA), 2013). Das Hauptmerkmal der SVS ist der Suizidversuch, bei dem eine Person mit der zumindest teilweise bestimmten Intention ein Verhalten ausführt, ihren eigenen Tod herbeizuführen.

Um die Diagnosekriterien der SVS (APA, 2013) zu erfüllen, muss in den letzten 24 Monaten ein Suizidversuch erfolgt sein (Kriterium A). Die Zusatzkodierung “aktuell” kann vergeben werden, wenn der Versuch innerhalb der letzten 12 Monate erfolgte und “frühremittiert”, wenn das suizidale Verhalten zwischen 12 und 24 Monaten stattgefunden hat. Kriterium B besagt, dass der Suizidversuch nicht die Kriterien für NSSV erfüllen darf (z. B. Selbstverletzung zur Erleichterung negativer Gefühle). Weiterhin bezieht sich die Forschungsdiagnose nicht ausschließlich auf suizidale Gedanken oder Suizidvorbereitungen (Kriterium C) und der Suizidversuch darf nicht während dem Zustand eines Delirs oder von Verwirrtheit unternommen worden sein (Kriterium D). Der Grund für den Suizidver-

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

such darf weder politisch noch religiös motiviert sein (Kriterium E).

Mit der Textrevision des DSM-5 (DSM-5-TR; APA, 2022a) wurde diskutiert, die SVS aus der Sektion III der Forschungskriterien zu entfernen (APA, 2022b, c), jedoch wurde die SVS dann dennoch beibehalten. Gründe für den angedachten Ausschluss waren, dass die SVS nicht die Kriterien für eine psychische Störung erfüllt, sondern ein Verhalten mit vielfältigen Ursachen darstellt. Darüber hinaus wird das Zeitkriterium (Kriterium A – 24 Monate) kritisch betrachtet, da Suizidversuche in den letzten zwei Jahren wenig über das aktuelle Suizidrisiko einer Person aussagen, was den klinischen Nutzen einschränkt. Außerdem wird angemerkt, dass Merkmale, die mit Suizidalität zusammenhängen, wie akute suizidale Gedanken und Psychopathologie, in der Suizidalen Verhaltensstörung nicht erfasst werden. Wobei anzumerken ist, dass die Vorhersagekraft von bisher untersuchten Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten insgesamt als schwach einzustufen ist (Meta-Analyse von Franklin et al., 2017). Zusätzlich wurde aufgeführt, dass eine diagnostische Einordnung auf Grundlage eines einzelnen Ereignisses (Suizidversuch) in der Vergangenheit zu einer Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Personen führen könnte (Oliogu & Ruocco, 2024; APA, 2022b, c). Oliogu et al. (2024) haben hervorgehoben, dass wenig Forschung zur SVS vorliegt und weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um die Diagnose und die Differenzierung von verwandten Störungen und anderen selbstverletzenden Verhaltensweisen zu verstehen. Bislang gibt es nur wenige Studien, die sich mit Komorbiditäten bei einer SVS beschäftigten. Bei der Aufnahme von neuen Diagnosen im DSM-5 sollte dies jedoch beachtet werden, um die Unabhängigkeit der Diagnosen zu prüfen. In einer Studie von Fischer et al. (2014) wurde berichtet, dass am häufigsten die Diagnosegruppen Affektive Störungen (F3) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach ICD-10 vorlagen. Die Häufigkeiten der Einzeldiagnosen wurden jedoch nicht beschrieben. Des Weiteren sollte die Validität bei neuen Diagnosen beachtet werden (Robins & Guze, 1970).

Eine umgesetzte Änderung im DSM-5-TR (APA, 2022a) war die Aufnahme von Diagnosecodes für suizidales Verhalten und nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten in Sektion II im Kapitel „sonstige Zustände, die im Mittelpunkt der klinischen Aufmerksamkeit stehen können". Das Kapitel beschreibt Verhaltensweisen und psychosoziale oder umweltbezogene Probleme, die für die Diagnose, Prognose, den Verlauf oder die Behandlung psychischer Störungen relevant sein können. Diese Kodierung geht einher mit Bestrebungen in der ICD-11 (WHO, 2025, Beta Version), welche Suizidales Verhalten, Suizidversuch und Nichtsuizidale Selbstverletzung als „Symptome oder Zeichen mit Beteiligung des Erscheinungsbilds oder des Verhaltens" (MB23) klassifiziert. Demnach kann angegeben werden, ob die Person derzeit suizidales Verhalten zeigt, oder ob sie in der Vorgeschichte suizidales Verhalten gezeigt oder einen Suizidversuch unternommen hat. Diese Ergänzungen sollen helfen, suizidales Verhalten zu dokumentieren. Die Codes können ergänzend zu jeder ICD-11 oder DSM-5 Diagnose vergeben werden. Sie können aber auch ohne das Vorliegen einer Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert werden.

Trotz der Herausforderungen einer eigenständigen Suizid Diagnose (siehe auch Berman & Silverman, 2023) sind auch Vorteile zu benennen. Hervorzuheben ist dabei insbesondere, dass einer der wichtigsten Schritte zur Suizidprävention darin besteht, die Anzahl der Personen mit Kompetenzen zur Suizidrisikobewertung zu erhöhen. In Bezug zur Diagnose SVS würde dies die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass das Suizidrisiko über das Kriterium der Suizidgedanken bei der Major Depression und das Kriterium der Selbstverletzung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung besser eingeschätzt werden kann. In der Praxis zeigt sich, dass zur Erfassung suizidalen Verhaltens vor allem die freie Exploration und Breitbandverfahren eingesetzt werden (In-Albon, Schlau & Friedrich, 2025). Diese haben jedoch die Limitationen, dass die freie Exploration einem Bias unterliegt und Breitbandverfahren (z. B. YSR/11–18R) wenig zwischen suizidalem Verhalten und NSSV differenzieren können. Auch Oliogu et al. (2024) haben hervorgehoben, dass weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um die Diagnose SVS und die Differenzierung von verwandten Störungen und anderen selbstverletzenden Verhaltensweisen besser zu verstehen. Dabei ist besonders NSSV hervorzuheben, welche einerseits einen Risikofaktor für suizidales Verhalten darstellt und andererseits explizit von der SVS abzugrenzen ist. Zudem sind weitere Studien erforderlich, um die Reliabilität, die Validität, den klinischen Nutzen und die ethische Vertretbarkeit von SVS zu prüfen (Fehling & Selby, 2021).

Zur Erfassung der Kriterien der SVS wurde im deutschsprachigen Raum in einer Studie das Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI-G, Nock et al., 2007, dt. Übersetzung: Fischer et al., 2014) verwendet. Fischer et al. (2014) wiesen darauf hin, dass das SITBI-G ursprünglich nicht zu Erfassung der SVS entwickelt wurde, die Reliabilität jedoch gut ausfiel und entsprechende Interviewitems den Kriterien zufriedenstellend zugeordnet werden konnten. Allerding wird betont, dass das Interview zur Erfassung der SVS überarbeitet werden sollte. Beispielsweise sollten Items aufgenommen werden, die explizit nach Suizidversuchen innerhalb der letzten 24 Monate fragen, sowie Items zur Erfassung der Ausschlusskriterien (z. B. Erfassung des Bewusstseinszustands während des Suizidversuchs oder politische sowie religiöse Beweggründe).

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bislang wenige Studien vorliegen, die die Forschungsdiagnose SVS im Detail untersuchten und noch kein diagnostisches Verfahren vorliegt, welche die Kriterien der SVS vollständig sowie reliabel und valide erfasst. An dieser Stelle setzt die vorliegende Studie an, welche zwei zentrale Ziele verfolgt: Erstens soll die Interrater-Reliabilität der Kriterien der SVS bestimmt werden, welche zur Erfassung der SVS entwickelt und im Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen – Jugendversion (*J-DIPS*, Schneider, Pflug, In-Albon, Kraus & Margraf, 2019) aufgenommen wurden. Darüber hinaus sollen bei Nicht-Übereinstimmung der Rater_innen Fehleranalysen vorgenommen werden. Fehleranalysen können für die klinische Praxis Hinweise geben, worauf während eines Interviews besonders geachtet werden sollte. Zweitens wird untersucht, wie viele Jugendliche und junge Erwachsene mit NSSV-D (erfüllte Diagnosekriterien nach DSM-5) die Diagnosekriterien der Suizidalen Verhaltensstörung erfüllen (mit entsprechender Beachtung der Zusatzkodierung aktuell vs. früher mittiert) und welche Komorbiditäten vorliegen. Außerdem werden zur Charakterisierung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die die Kriterien der SVS erfüllten, zusätzliche Informationen zur Beschreibung der Suizidalität (z. B. aktuelle aktive und passive Suizidgedanken, vorbereitende Handlungen, Suizidpläne oder die Methode des Suizidversuchs) deskriptiv dargestellt. Für den klinischen Alltag gibt dies einen Einblick in die Breite von suizidalem Erleben und Verhalten.

Zudem wird untersucht, ob sich die Proband_innen mit SVS in Abhängigkeit von der Zusatzkodierung der SVS (aktuell vs. früher mittiert) hinsichtlich des Vorliegens aktueller Suizidgedanken und -pläne unterscheiden.

Methode

Stichprobe und Rekrutierung

Die Stichprobe umfasst insgesamt N = 180 Jugendliche und junge Erwachsene mit NSSV-D gemäß DSM-5. Aufgrund fehlender Aufnahmen liegen von 119 Versuchspersonen eine Gegenkodierung der Interviews vor. Die Stichprobe besteht aus 158 (93.49 %) weiblichen und 7 (4.14 %) männlichen Probanden sowie 3 Personen (2.37 %), die sich als Transgender identifizieren (fehlende Daten n = 12). Das durchschnittliche Alter beträgt 18.01 Jahre (SD = 2.09, Range = 15 – 25). Insgesamt gaben 49.70 % an, aktuell Schüler:in, 24.26 % Auszubildende:r, 7.10 % berufstätig oder 18.34 % arbeitssuchend zu sein (fehlende Daten n = 12). Als aktuelle oder zuletzt besuchte Schule wurde am häufigsten das Gymnasium (45.56 %), gefolgt von der Realschule (19.53 %), einer sonstigen Schulart (17.75 %), der Gesamtschule (10.01 %), der Hauptschule/Realschule Plus (5.92 %) und Förderschule (0.60 %) angegeben (fehlende Daten n = 12).

Die Rekrutierung erfolgte im Rahmen des BMBF-Projekts „Self-Injury: Treatment, Assessment, Recovery“ (STAR) mit Flyern, Postern und Informationsveranstaltungen in verschiedenen Kontexten, darunter Soziale Medien, Schulen, Universitäten, niedergelassene Psychotherapeut,innen, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Heidelberg, Mannheim, Ulm, Rostock) sowie Hochschulambulanz (Landau). Einschlusskriterien waren das Vorliegen von NSSV an mindestens 5 Tagen im letzten Jahr, ausreichende Deutschkenntnisse und ein Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Ausschlusskriterien umfassten das Vorliegen aktueller psychotischer Symptome oder Substanzkonsumstörung, eine Diagnose aus dem Autismus-Spektrum sowie eine geistige Behinderung.

Alle Teilnehmenden und Bezugspersonen (bei minderjährigen Teilnehmenden) gaben vor der Aufnahme in die Studie ihre schriftliche Einwilligung. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von den zuständigen Ethikkommissionen der beteiligten Studienzentren positiv begutachtet.

Instrumente

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen – Jugendversion (J-DIPS)

Im Rahmen des STAR-Projektes wurde auf Basis des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS-OA; Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017; Margraf, Cwik, Pflug & Schneider, 2017) und des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS-OA; Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf, 2017) eine modifizierte Jugendversion (J-DIPS, Schneider et al., 2019) erstellt. Beide Interviews wurden bereits mehrfach hinsichtlich Reliabilität und Validität geprüft (Margraf, Cwik, Pflug & Schneider, 2017). Das J-DIPS dient zur strukturierten Erfassung der häufigsten psychischen Störungen (nach DSM-5 und ICD-10) im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Zur Erfassung der Kriterien der DSM-5 Forschungsdiagnosen Nichtsuizidale Selbstverletzung und suizidale Verhaltensstörung wurden Module entwickelt (In-Albon & Kraus, 2019). Diese Module erfassen neben den diagnoserelevanten Informationen auch weitere Zusatzinformationen, die im Rahmen des diagnostischen Prozesses und der Therapieplanung von Bedeutung sind.

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Die Interrater-Reliabilität für die Sektion NSSV-Forschungsdiagnose ist mit Kappa = 0.90 sehr gut (In-Albon, Ruf & Schmid, 2015).

Studiendesign

Die Daten wurden im Rahmen des BMBF-geförderten Verbundprojektes „Self-Injury: Treatment, Assessment, Recovery“ (STAR) erhoben. Übergeordnetes Ziel des Projektes war es, den Verlauf von NSSV bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie dessen soziale, psychologische und neurobiologische Prädiktoren zu untersuchen (detaillierte Informationen siehe Spohrs et al., 2024). Eine Teilstichprobe nahm an der vertiefenden Diagnostik innerhalb der Studie vor Ort in den klinischen Zentren in Landau, Ulm, Mannheim, Heidelberg und Rostock teil. Die für die vorliegende Studie verwendeten Daten wurden im Rahmen der vertiefenden Diagnostik zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung erfasst. Die Interviews wurden von 18 zertifizierten Diagnostiker:innen durchgeführt. Alle Interviewer:innen und Rater_innen der Gegenkodierungen durchliefen ein standardisiertes Training in der Durchführung und Auswertung des J-DIPS.

Ablauf der Gegenkodierungen

Zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität wurden 119 Interviews von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche in den verschiedenen klinischen Zentren als Video- oder Audiodateien aufgenommen wurden von unabhängigen und verblindeten Diagnostiker:innen gegenkodiert und ausgewertet. Die Gegenkodierungen erfolgten durch drei geschulte klinische Masterstudierende. In Fallbesprechungen wurden anschließend bei abweichenden Diagnosen die Störungskriterien besprochen und ggf. Konsensdiagnosen vereinbart. Außerdem wurden die Gründe für die fehlende Übereinstimmung systematisch erfasst. Zur Analyse dieser Fälle wurde die Checkliste der Fehleranalyse, angelehnt an Neuschwander et al. (2013), für die Forschungsdiagnose SVS angepasst. Dabei wurden folgende Kategorien von Interviewfehlern aufgenommen: (1) fehlerhafte Anwendung der Sprungregel, (2) Abweichung von standardisierten Fragen, (3) unzureichende Folgefragen zur Diagnosestellung sowie (4) Protokollierungsfehler. Zusätzlich wurde der Auswertungsfehler (5) „DSM-5-Kriterien falsch angewendet“ in die Analyse aufgenommen. Im Anschluss wurde geprüft, welchem Kriterium (A–E) der jeweilige Fehler zuzuordnen ist.

Statistische Analyse

Die statistische Analyse der Daten erfolgte anhand R Version 4.5.0 (R Core Team, 2025). Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität der Forschungsdiagnose Suizidale Verhaltensstörung wurden Cohen’s Kappa (κ; Cohen, 1960), Yule’s Y (*Y;* Yule, 1912) und die prozentuale Übereinstimmung berechnet. Während die prozentuale Übereinstimmung den Zufallseinfluss nicht berücksichtigt und daher zur Überschätzung der Übereinstimmung neigt (Angold et al., 1996), liefert Cohens Kappa einen zufallsbereinigten Reliabilitätsindex (Gisev, Bell & Chell, 2013). Seine Interpretation erfolgt nach Landis und Koch (1977), wobei $\kappa < 0.00$ als mangelhaft, $\kappa = 0.00–0.20$ als gering, $\kappa = 0.21–0.40$ als mäßig, $\kappa = 0.41–0.60$ als moderat, $\kappa = 0.61–0.80$ als substanziell und $\kappa = 0.81–1.00$ als fast perfekt betrachtet werden können. Da Kappa stark von der Prävalenz abhängt und bei sehr seltenen oder häufigen Phänomenen zu Verzerrungen führt (Grove, 1981; Mayer, Nonn, Osterbrink, & Evers, 2004), wurde ergänzend der Yule-Koeffizient berechnet. Dieser bleibt bei mittleren Prävalenzen stabil und erleichtert die Interpretation von Kappa (Spitznagel, 1985; Wirtz & Kutschmann, 2007). Zur Vermeidung von Nullzellen in den Häufigkeitsmatrizen erfolgte eine Pseudo-Bayes-Korrektur mit dem Paket Statmatch (D’Orazio, 2022) unter Verwendung des Jeffrey’s Priors (Cussens, 1993) in Anlehnung an das Vorgehen von Neuschwander et al. (2013).

Zur Fehleranalyse bei fehlender Übereinstimmung der Forschungsdiagnose SVS wurden die identifizierten Fehler anhand der Checkliste den entsprechenden Fehlerkategorien zugeordnet und die Häufigkeiten ermittelt. Des Weiteren wurden zur Überprüfung der komorbiden psychischen Störungen und der Zusatzinformationen der Suizidalität Häufigkeitsverteilungen analysiert. Zur Bestimmung der Häufigkeit der berichteten Suizidmethoden wurden die offenen Antworten qualitativ untersucht und Kategorien zugeordnet. Zur Überprüfung der Unterschiede aktueller Suizidgedanken und -pläne (kategoriale Variablen) in Abhängigkeit von der Zusatzkodierung wurden Chi²-Tests durchgeführt. Die Effektstärke wurde mittels Odds Ratios (OR) quantifiziert. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % ($\alpha = .05$) festgelegt.

Ergebnisse

J-DIPS Interrater-Reliabilität

Die Ergebnisse zur Interrater-Reliabilität der Diagnose SVS ($n = 119$) zeigen für Cohen’s Kappa mit k = .86, 95 %-CI [.77, .95] und Yule’s Y mit $Y = .99$ eine sehr gute

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Übereinstimmung. Die prozentuale Übereinstimmung beträgt 93.3 %. Insgesamt zeigten sich in *n* = 7 Interviews Nicht-Übereinstimmungen zwischen den Rater_innen hinsichtlich der Diagnose SVS. Die Fehleranalyse ergab, dass in 42.86 % (*n* = 3) unzureichende Folgefragen zur Diagnosestellung gestellt wurden. In allen Fällen (100 %; *n* = 7) wurde ein Auswertungsfehler festgestellt, der auf eine fehlerhafte Anwendung der DSM-5-Kriterien zurückzuführen war. Die Abweichungen betrafen in 57.14 % Kriterium A (*n* = 4), in jeweils 42.86 % (*n* = 3) Kriterium B und C, in 28.57 % (*n* = 2) Kriterium D sowie in 14.29 % (*n* = 1) Kriterium E. Das Kriterium A, das die Definition eines Suizidversuchs umfasst, wies demnach die meisten Auswertungsfehler auf.

Häufigkeit der SVS

Insgesamt erfüllten 40.6 % der Proband_innen (*n* = 73) die Forschungskriterien der SVS. Davon erfüllten 69.9 % (*n* = 51) die Zusatzkodierung „aktuell" (≤ 12 Monate seit dem letzten Suizidversuch) und 30.1 % (*n* = 22) die Zusatzkodierung „frühremittiert" (Suizidversuch innerhalb der letzten 12–24 Monate).

Von der Gesamtstichprobe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV-D (*N* = 180) gaben 55 % (*n* = 99) zum aktuellen Zeitpunkt passive und 52.2 % (*n* = 94) aktive Suizidgedanken an. Insgesamt berichteten 62 Proband_innen (34.4 %), weder aktive noch passive Suizidgedanken zu haben. Allerdings berichteten davon 70 % (*n* = 43), im Verlauf ihres Lebens suizidale Gedanken gehabt zu haben.

Komorbiditäten

Zusätzlich zu NSSV-D und SVS wurden die diagnostischen Kriterien für die folgenden Oberkategorien erfüllt: eine depressive Störung 75.34 % (*n* = 55), mindestens eine Angststörung 69.86 % (*n* = 51), eine Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) 58.90 % (*n* = 43), eine Posttraumatische Belastungsstörung 50.70 % (*n* = 37), eine Essstörung 30.14 % (*n* = 22), eine externalisierende Störung 15.07 % (*n* = 11) und eine Zwangsstörung und verwandte Störung von 12.33 % (*n* = 9). Im Mittel erfüllten die Proband_innen die Diagnosekriterien für zusätzlich 3.60 psychische Erkrankungen nach DSM-5 (*SD* = 1.72; Range = 1–7). Neben der SVS erfüllten 9.6 % der Proband_innen (*n* = 7) die Kriterien für eine, 24.7 % (*n* = 18) für zwei, 13.7 % (*n* = 10) für drei, 23.3 % (*n* = 17) für vier, 11.0 % (*n* = 8) für fünf, 12.3 % (*n* = 9) für sechs und 5.5 % (*n* = 4) für sieben zusätzliche Diagnosen.

Die Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen psychischer Erkrankungen sind in Abbildung 1 dargestellt. Auf Ebene der Einzeldiagnosen wurde am häufigsten die Kriterien der BPD (58.90 %) und der Major Depression (52.1 %), gefolgt von der PTBS (50.7 %) und der sozialen Angststörung (50.7 %) erfüllt. Am seltensten wurde die Störung des Sozialverhaltens (1.4 %) diagnostiziert.

Ausprägung des suizidalen Erlebens und Verhaltens

Insgesamt gaben 63.0 % (*n* = 46) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit SVS aktuelle aktive Suizidgedanken an. Aktuell passive Suizidgedanken wurden von 13.2 % (*n* = 10) berichtet. Weder aktive noch passive aktuelle Suizidgedanken gaben 23.3 % (*n* =17) an. Konkrete aktuelle Suizidpläne wurden von 32.9 % (*n* = 24) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichtet. Außerdem berichteten 35.6 % (*n* = 26) bereits Vorbereitungen getroffen zu haben. Des Weiteren berichteten 67.1 % (*n* = 49) mehrere Suizidversuche unternommen zu haben, 32.9 % (*n* = 24) berichteten einen einzelnen Suizidversuch. In Abbildung 2 sind die Häufigkeiten der berichteten Suizidmethode des letzten Suizidversuchs dargestellt. Am häufigsten wurde der Suizidversuch durch eine Überdosis mit Medikamenten (unterschiedliche Wirkstoffe) oder anderen Substanzen berichtet. Am seltensten wurde das Betreten von Schienen genannt. Insgesamt berichteten 42.5 % (*n* = 31) den Suizidversuch so arrangiert zu haben, dass es schwierig für andere war, sie zu finden bzw. aufzuhalten. Eine anschließende ärztliche Behandlung wurde von 46.6 % (*n* = 34) der Proband_innen in Anspruch genommen.

Suizidgedanken und -pläne in Abhängigkeit der Zusatzkodierung der SVS

Vergleicht man die Proband_innen mit SVS in Abhängigkeit der Zusatzkodierung (aktuell vs. frühremittiert), zeigte sich, dass aktuelle Suizidgedanken von 39 der 51 Proband_innen (76.5 %) mit aktueller Zusatzkodierung und von 7 der 22 Proband_innen (31.8 %) mit frühremittierter Zusatzkodierung angegeben wurden. Passive Suizidgedanken wurden von 40 der 61 Proband_innen (78.4 %) mit aktueller Zusatzkodierung und von 10 der 22 Proband_innen (45.5 %) mit frühremittierter Zusatzkodierung berichtet. Zwischen Proband_innen mit aktueller bzw. frühremittierter Zusatzkodierung besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich des Vorliegens aktueller, aktiver Suizidgedanken, $\chi^2(1) = 11.303$, $p < .001$, OR = 6.67, 95 % CI [2.26, 21.65], und passiver Suizidgedanken,

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

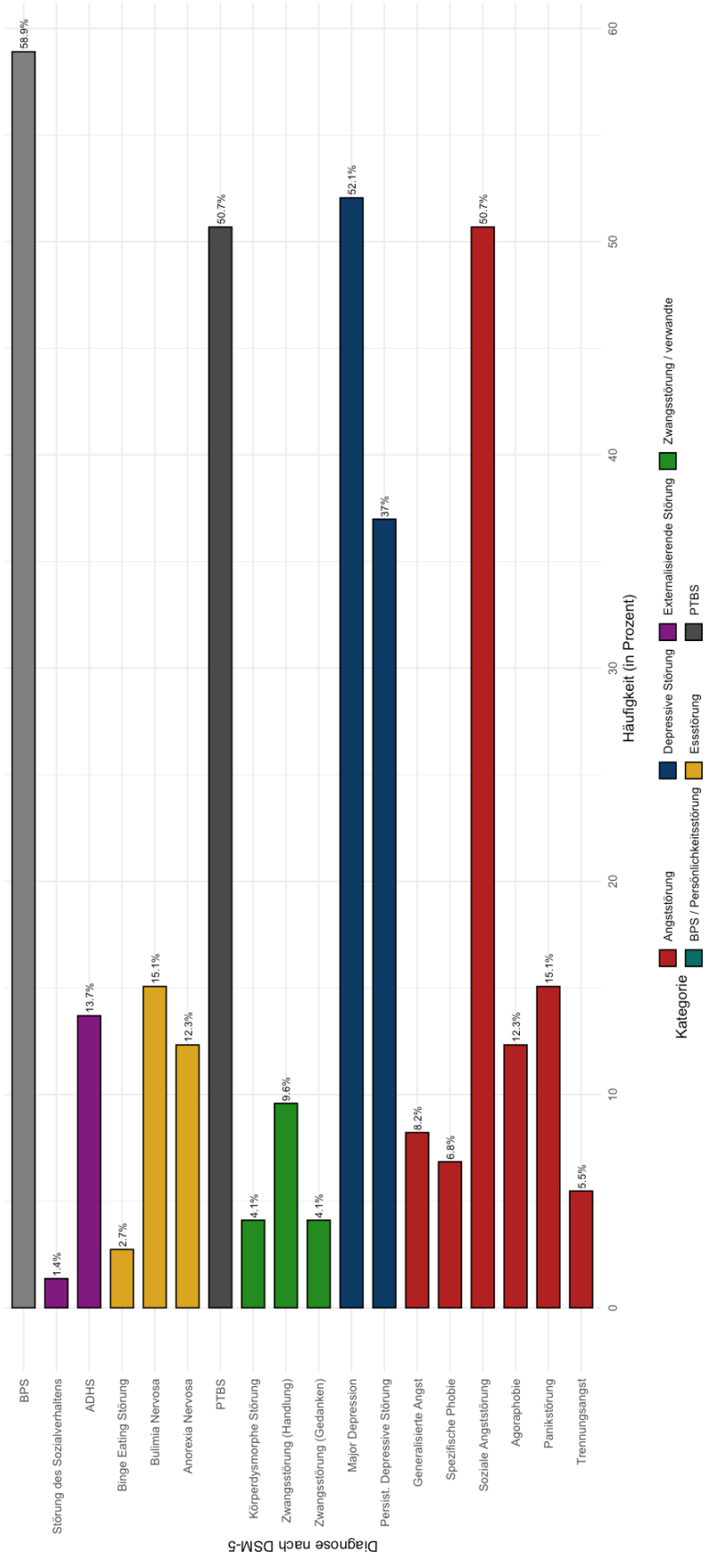

Abbildung 1. Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen bei der SVS. *N* = 73; BPD = Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung. Die farbige Abbildung ist in der Onlineversion verfügbar.

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article
under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

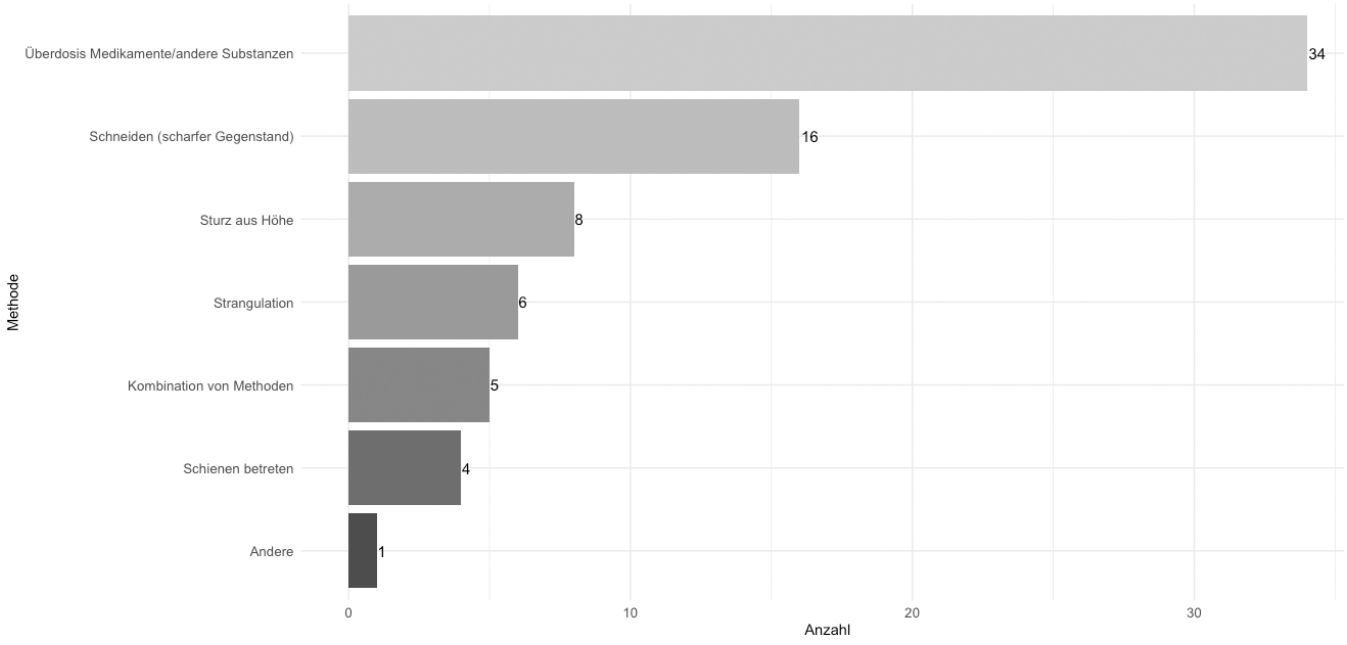

Abbildung 2. Häufigkeit der berichteten Suizidmethode. *N* = 73; Andere = Schlucken von Rasierklingen, Kombinationen = Kategorie für die Kombination zweier Suizidmethoden (am häufigsten Medikamentenmissbrauch und eine weitere Methode).

$\chi^2(1) = 6.292$, $p < .05$, OR = 4.24, 95 % CI [1.45, 12.95]. Bei Proband_innen mit der SVS-Zusatzkodierung „aktuell" war demnach die Chance für das Vorliegen aktueller aktiver und passiver Suizidgedanken im Vergleich zu Proband_innen mit Frühremission erhöht.

Außerdem wurden Suizidpläne von 21 der 51 Proband_innen (41.2 %) mit aktueller Zusatzkodierung und von 3 der 22 Proband_innen (13.6 %) mit frühremittierter Zusatzkodierung berichtet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Suizidpläne zwischen Proband_innen mit SVS mit der Zusatzkodierung „aktuell" und „frühremittiert", $\chi^2(1) = 4.11$, $p < .005$, OR = 4.20, 95 % CI [1.21, 20.54]. Die Chance für das Vorliegen aktueller Suizidpläne war in der Gruppe mit Zusatzkodierung „aktuell" im Vergleich zur Gruppe mit Zusatzkodierung „frühremittiert" erhöht.

Diskussion

Die vorliegende Studie verfolgte zwei zentrale Ziele: Die Erfassung der Interrater-Reliabilität der SVS des J-DIPS und die Erfassung der Häufigkeit der SVS und komorbiden psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV-D sowie u. a. die Erfassung der Ausprägung des suizidalen Erlebens und Verhaltens.

Die Interrater-Reliabilität der SVS anhand des J-DIPS kann als sehr gut interpretiert werden. Dies deckt sich mit Ergebnissen zur Interrater-Reliabilität der Forschungsdiagnose NSSV (In-Albon et al., 2015), sowie mit dem DIPS-OA (Kröber et al., 2023) und dem Kinder-DIPS (Neuschwander et al., 2013). In der Fehleranalyse zeigte sich beim Kriterium A die geringste Raterinnen-Übereinstimmung, was darauf hindeutet, dass die Definition eines Suizidversuchs besonders interpretationsbedürftig und potenziell fehleranfällig ist. Kriterium A der SVS beschreibt einen Suizidversuch als „ein selbstinitiierter Verhaltensablauf einer Person, die zum Zeitpunkt der Initiierung annimmt, dass der Ablauf der Handlung zu ihrem eigenen Tod führt. Der Zeitpunkt der Initiierung ist der Zeitpunkt, an dem das Verhalten eingetreten ist, das die Anwendung der Methode beinhaltet" (DSM-5, APA, 2013). Im DSM-5 unter diagnostischen Merkmalen ist zudem vermerkt, dass wenn die Person durch eine dritte Person abgelenkt wird oder ihren Entschluss vor Beginn des Verhaltens ändert, die Diagnose nicht vergeben werden sollte. Jedoch ist diese Definition kritisch zu sehen. So wird in der AWMF-Leitlinie Suizidalität (AWMF, in Vorbereitung) ein Suizidversuch definiert als eine Handlung, welche einen selbst herbeigeführten eigenen Tod zur Folge haben könnte, und durch folgende Merkmale bestimmt ist: 1) ein Verhalten, dass das Potenzial zur Selbsttötung hatte bzw. vor dem die Person dachte, dass es dieses Potenzial hat, 2) die Person die Handlung überlebt hat, 3) die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen, wobei diese Absicht ambivalent gewesen sein kann, 4) ein Suizidversuch liegt auch vor, wenn die selbst initiierte Handlung während des Vollzugs selbst abgebrochen oder durch Ein-

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

flussnahme Dritter unterbrochen wurde. Diese Unterschiede in der Definition eines Suizidversuchs könnten daher die Einschätzung und infolgedessen die Übereinstimmung beeinflusst haben. Es wäre daher wichtig, international eine einheitliche Definition eines Suizidversuchs festzulegen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der vorliegenden Studie für die SVS eine sehr gute Interrater-Reliabilität und prozentuale Übereinstimmung erzielt und insgesamt eine geringe Fehlerquote ermittelt wurde. Die Fehlerhäufigkeit könnte sich durch eine einheitliche Definition eines Suizidversuchs und die Aufnahme von Hinweisen im Interviewleitfaden reduzieren.

In Bezug auf die Forschungsdiagnose SVS ist zusätzlich zu den Gütekriterien u. a. auch die Prüfung der konkurrenten Validität (wie Prüfen der Komorbiditäten), die Aussagekraft und der klinische Nutzen der neuen Diagnose z. B. im Hinblick auf die Suizidalitäts-Risikoeinschätzung zu beachten (Fehling et al., 2021). Aufgrund dessen war das zweite Ziel der Studie, neben der Erfassung der Häufigkeit der Diagnose SVS, die komorbiden psychischen Störungen und das aktuelle suizidale Erleben und Verhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV zu untersuchen.

Insgesamt erfüllten 40.6 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV-D die Forschungskriterien der SVS. Davon 70 % mit der Zusatzkodierung „aktuell" und 30 % „frühremittiert". Im Vergleich zur Studie von Fischer et al. (2014), die eine Häufigkeit von 31.2 % im stationären Setting berichteten, fiel die Häufigkeit in der vorliegenden Studie leicht erhöht aus. Berücksichtigt man aktuelle Suizidgedanken zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass zwei Drittel der Gesamtstichprobe aktuell aktive oder passive Suizidgedanken berichtete. Dies liegt deutlich über der Häufigkeit der SVS, welche ausschließlich suizidales Verhalten erfasst. Zudem ergab der Vergleich der Proband_innen mit SVS in Abhängigkeit der Zusatzkodierung (aktuell vs. frühremittiert), dass zwar die Chance für aktive und passive Suizidgedanken sowie für das Vorliegen von Suizidplänen in der Gruppe mit der Zusatzkodierung "aktuell" im Vergleich zu Proband_innen mit Frühremission erhöht ist. Es zeigte sich jedoch auch, dass die Häufigkeiten für aktive (32 %) und passive Suizidgedanken (46 %) sowie Suizidpläne (14 %) auch in der Gruppe mit frühremittierter SVS hoch waren. Das Vorliegen von suizidalen Gedanken von Proband_innen ohne SVS und Proband_innen mit frühremittierter SVS verdeutlicht einen der zentralen Kritikpunkte der SVS, welcher sich auf den klinischen Nutzen bezieht. Laut Obegi (2019) ist kritisch anzumerken, dass die SVS keine Repräsentation aktueller Suizidalität darstellt, sondern diagnostiziert wird, wenn ein Suizidversuch bereits erfolgte. Aktuelle Suizidgedanken und Absichten sind nicht in den Diagnosekriterien integriert. Dies könnte dazu führen, dass suizidgefährdete Patienten möglicherweise nicht erkannt werden und Fehlinterpretationen erfolgen, wie auch Fehling et al. (2021) anmerkten. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch wenn die Vorhersagekraft suizidaler Krisen eingeschänkt ist (vgl. Franklin et al., 2017), die differenzierte Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens von großer Bedeutung ist, um daraus adäquate therapeutische Interventionen ableiten zu können. Dabei sollen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschiedene Dimensionen suizidalen Erlebens und Verhaltens (einschließlich unterbrochener und abgebrochener Suizidversuche) sowie relevante Risikofaktoren (z. B. NSSV) erfasst werden. Für einen differenzierten Blick auf die Suizidalität sollte in Anlehnung an den CASE-Ansatz (Chronological Assessment of Suicide Events, Shea, 1998; s. Risikoeinschätzung in Friedrich & Teismann, 2022) suizidales Erleben und Verhalten über verschiedene Zeitfenster (z. B. aktuell, in den letzten zwei Monaten, unmittelbar bevorstehend) hinweg berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Studie wurden bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen am häufigsten Suizidversuche durch die Einnahme von Überdosen verschiedener Medikamente oder anderer Substanzen beobachtet. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und die Notwendigkeit, den Zugang zu diesen einzuschränken. Dies geht einher mit der Empfehlung der Deutschen Akademie für Suizidprävention (Schneider et al., 2021). Da eine Überdosis von Medikamenten laut dem Report die zweithäufigste Suizidmethode darstellt, sollte dies sowohl in der Risikoerfassung als auch im therapeutischen Prozess berücksichtigt werden.

Die Analyse der Komorbiditäten ergab in der untersuchten Stichprobe von Jugenlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV-D und SVS eine hohe Komorbidität, da durchschnittlich die Kriterien von 3.6 Diagnosen (mit einem Range von zwei bis sieben Diagnosen) erfüllt wurden. Am häufigsten wurden die Kriterien einer depressiven Störung (75 %), einer Angststörung (70 %), einer BPS (59 %) oder einer PTBS (51 %) erfüllt. Zehn Prozent der Proband_innen erfüllte die Kriterien einer zusätzlichen Diagnose und 90 % zwei oder mehr Diagnosen. Es gab keine Person, die keine zusätzliche Diagnose erfüllte. Angesichts der hohen Komorbidität und der gleichzeitigen Präsenz zahlreicher psychischer Erkrankungen lässt sich die SVS als Hinweis auf ein transdiagnostisches Merkmal interpretieren. Entsprechend sieht das DSM-5-TR Diagnosecodes für suizidales Verhalten und nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten in Sektion II im Kapitel „sonstige Zustände, die im Mittelpunkt der klinischen Aufmerksamkeit stehen können" vor, die eine Kodierung suizidaler Handlungen unabhängig von einer spezifischen Diagnose ermöglichen. Auch hier ist zu betonen, dass sich der Code nur auf suizidales Verhalten bezieht und suizi-

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article
under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

dale Gedanken nicht abdeckt. Für die klinische Praxis heißt dies zusätzlich zur leitliniengerechten Behandlung psychischer Störungen, dass suizidales Erleben und Verhalten einerseits proaktiv erfragt werden sollte und bei Bedarf zentrale psychotherapeutische Interventionen wie Nofall- bzw. Sicherheitsplan, Risikoabschätzung, Psychoedukation sowie der Einbezug der Eltern und Emotionsregulationstraining erfolgen sollten (In-Albon, Schlau & Friedrich, 2025).

Aufgrund der Limitationen der SVS, schlug Obegi (2019) eine Rekonzeptualisierung der SVS vor, bei der verschiedene kognitive, affektive und behaviorale Symptome integriert werden sollten. Dazu zählen u. a. aktuelle suizidale Gedanken und Intentionen, Hoffnungslosigkeit, fehlende Ambivalenz gegenüber dem Sterben sowie reduzierte Hemmschwellen gegenüber Suizid. Als Alternativen zur SVS und insbesondere, um ein unmittelbares suizidales Verhalten besser vorherzusagen, wurden zwei Syndrome zum suizidalen Verhalten vorgeschlagen, das suizidale Krisensyndrom (suicide crisis syndrome, SCS, Galynker, 2017) und die akute suizidale affektive Störung (acute suicidal affective disturbance, ASAD, Rogers, Galynker, Yaseen, DeFazio & Joiner, 2017). Das SCS beschreibt einen spezifischen akuten Zustand affektiver und kognitiver Dysregulation, die suizidale Krise, die zu suizidalen Handlungen führt. Das SCS beinhaltet fünf evidenzbasierte Komponenten: Hoffnungslosigkeit/Einengung „frantic hopelessness“, affektive Dysregulation, kognitiver Kontrollverlust, Übererregung und sozialer Rückzug (Übersicht siehe Schuck et al., 2019). Die Einengung, gekennzeichnet durch die Wahrnehmung, sich in einer hoffnungslos unveränderlichen, unerträglichen und unausweichlichen Lebenssituation zu befinden, beschreibt die Kernsymptomatik (Bloch-Elkouby et al., 2020). Die ASAD wurde entwickelt, um akute Zunahmen des Suizidrisikos, die nicht besser durch eine plötzliche Verschlechterung anderer Erkrankungen erklärt werden können, zu beschreiben. Die Kriterien beinhalten: a) eine drastische Zunahme der Suizidabsicht im Lauf von Stunden bis Tagen, im Gegensatz zu Wochen oder Monaten b) soziale Entfremdung oder Selbstentfremdung c) Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit d) mind. zwei Symptome von Übererregung z. B. Agitiertheit, Alpträume, Schlafstörungen, Reizbarkeit (Rogers et al., 2017). Im Vergleich von SCS und ASAD zeigen sich Gemeinsamkeiten z. B. bei den Symptomen sozialer Rückzug und Übererregbarkeit (Rogers, Jeon, Zheng, Richards, Joiner & Galynker, 2023). Ein deutlicher Unterschied ist, dass sich die SCS nicht auf die Offenlegung von Suizidgedanken stützt, während ASAD ausdrücklich einen deutlichen Anstieg der Suizidabsicht hervorhebt. Zukünftige Studien sollten SCS und ASAD prospektiv untersuchen, um ihre zeitliche Dynamik und ihren prädiktiven Nutzen in Bezug auf ein unmittelbares Suizidrisiko besser zu verstehen.

Die vorliegende Ergebnisse sollten unter Berücksichtigung folgender Limitationen interpretiert werden. Die Stichprobe bestand überwiegend aus weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit NSSV-D. Dies stellt eine vulnerable Stichprobe für SVS dar, wodurch sich jedoch die Repräsentativität einschränkt. Daher sollte suizidales Erleben und Verhalten anhand einer größeren klinischen Stichprobe erhoben werden, wobei auch die Alternativen der SVS, die ASAD und SCS, berücksichtigt werden sollten. Die Kriterien der SVS wurden nach dem Zusatzmodul des J-DIPS erhoben, für das die Analysen der weiteren Gütekriterien noch ausstehen. Die Erfassung der SVS ist von entscheidender Bedeutung und bei weiteren Anzeichen sollte eine Risikoeinschätzung (z. B. Friedrich & Teismann, 2022) erfolgen. Ein klares, strukturiertes Vorgehen ist wichtig, da die Beurteilung des Suizidrisikos und die Behandlung von suizidalem Erleben und Verhalten zu den anspruchvollsten und verantwortungsvollsten Aufgaben von Psychotherapeut:innen gehören. Hierzu ist auch darauf hinzuweisen, dass eine Befragung zu suizidalem Erleben und Verhalten zu keinen iatrogenen Effekten führt (In-Albon, Kathmann & Kieweg, 2025). Zudem ist einschränkend festzuhalten, dass die aufgeführte konkurrente Validität vor allem auf deskriptiven Zusammenhängen innerhalb desselben Erhebungsinstruments basiert. Daher können keine Aussagen im Hinblick auf externe, unabhängige Kriterien und alternative Konzepte wie SCS oder ASAD getroffen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine reliable Erfassung der suizidalen Verhaltensstörung mithilfe des J-DIPS möglich ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen die bereits diskutierten Limitationen der SVS: Es liegen hohe Komorbiditäten vor und aufgrund fehlender valider Aussagen über das aktuelle Risiko oder das Vorliegen von suizidalen Gedanken, ist die Aussagekraft und der klinische Nutzen eingeschränkt. Die neu aufgenommenen Diagnosecodes des DSM-5-TR könnten einen Ansatz bieten, um suizidales Verhalten transdiagnostisch zu erfassen. Allerdings bleibt offen, wie suizidale Gedanken und Absichten sowie zusätzliche Faktoren wie Hoffnungslosigkeit oder fehlende Ambivalenz berücksichtigt werden könnten. Mögliche Lösungsansätze wären die Anpassung der SVS nach Obegi (2019) sowie die beschriebenen Alternativen, die Suicide Crisis Syndrome (Galynker, 2017) und die akute suizidale affektive Störung (Rogers et al., 2017). Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit einer umfassenden Diagnostik sowie eines standardisierten Vorgehens zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens.

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Literatur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostisches und statistisches Handbuch für psychische Störungen* (5. Auflage). Washington, DC: Author. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association (2022a). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders-Text Revision.* Washington, DC: Author. https://doi/10.1176/appi.books.9780890425787

American Psychiatric Association (2022b). *Addition of diagnostic codes for suicidal behavior and nonsuicidal self-injury* [Fact Sheet]. Verfügbar unter: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/apa-dsm5tr-suicidalbehaviorandnonsuicidalselfinjury.pdf

American Psychiatric Association (2022c). *DSM-5-TR update: Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Verfübar unter: https://www.psychiatry.org/getmedia/34c43e15-2618-4d2b-9f67-6bef5c40f75a/APA-DSM5TR-Update-September-2022.pdf

Angold, A., Erkanli, A., Costello, E. J. & Rutter, M. (1996). Precision, reliability and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 657 – 664.

AWMF. Leitlinie Suizidalität (in Vorbereitung). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028

Berman, A. L. & Silverman, M. M. (2023). A Suicide-Specific diagnosis – The case against. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 44* (3), 183 – 188. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000912

Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J. et al. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of Counseling Psychology, 67* (5), 595 – 607. https://doi.org/10.1037/cou0000423

Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I. et al. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 215*, 37 – 48. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035

Cha, C. B, Franz , P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(4), 460 – 482. https://doi.org/10.1111/jcpp.12831

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37 – 46. https://doi.org/10.1177/001316446002000104

Cussens, J. (1993). Bayes and pseudo-Bayes estimates of conditional probabilities and their reliability. In P. B. Brazdil (Ed.), *Machine learning: ECML-93* (Vol. 667, pp. 136 – 152). Heidelberg, Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-56602-3_133

D'Orazio, M. (2022). *Statmatch: Statistical Matching or Data Fusion* (R package version 1.4.1). https://CRAN.R-project.org/package=StatMatch

Felthous, A. R, Kulkarni, N. & Belean, C. (2022). DSM-5-TR diagnosis as a guide to suicide risk assessment. *Behavioral Sciences & the Law, 41*, 373 – 396. https://doi.org/10.1002/bsl.2617

Fehling, K. B. & Selby, E. A. (2021). Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 499980. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.499980

Fischer, G., Ameis, N., Parzer, P., Plener, P., Groschwitz, R., Vonderlin, E. et al. (2014). The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry, 265.* https://doi.org/10.1186/s12888-014-0265-0

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143* (2), 187 – 232. https://doi.org/10.1037/bul0000084

Friedrich, S. & Teismann, T. (2022). *Therapie-Tools Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen.* Weinheim: Beltz.

Galynker, I. (2017). *The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk.* Oxford: Oxford University Press.

Gisev, N., Bell, J. S. & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *9* (3), 330 – 338. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.04.004

Groschwitz, R. C., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U. M., Brunner, R. et al. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *228* (3), 454 – 461. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019

Grove, W. M. (1981). Reliability Studies of Psychiatric Diagnosis: Theory and Practice. *Archives of General Psychiatry*, *38*(4), 408. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290042004

In-Albon, T., Kathmann, V. & Kieweg, K. (2025). Iatrogene Effekte von Befragungs-, Experimental- und Präventionsstudien im Kontext selbstverletzenden Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (Vorab-Onlinepublikation). https://doi.org/10.1024/1422-4917/a001047

In-Albon, T. & Kraus, L. (2019). *Nichtsuizidale Selbstverletzungen (Zusatzmodul des Kinder-DIPS–Kind-/Jugendversion).* Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum. https://fbz-bochum.de/zusatzmodul-zum-kinder-dips-oa

In-Albon, T., Petras, N., Kraus, L., Alpers, G. W., Christiansen, H., Friedrich, S., Kalmar, J., Krause, K., Lincoln, T. M., Lutz, W., van der Meer, A., Renneberg, B., Rensing, Z., Roesmann, K., Rubel, J., Schneider, S., Schmitz, J., Schwarz, S., Stark, R., … Schwarz, D. (2026). Prevalence and treatment effects of suicidal ideation and self-injurious behavior in children and adolescents in outpatient psychotherapy: A multicenter assessment. *Journal of Affective Disorders, 405*, Article 121395. https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121395

In-Albon, T., Ruf, C. & Schmid, M. (2013). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry Journal*, 159208. https://doi.org/10.1155/2013/159208

In-Albon, T., Ruf, C. & Schmid, M. (2015). Facial emotion recognition in adolescents with nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, *228* (3), 332 – 339. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.089

In-Albon, T., Schlau, S. & Friedrich, S. (2025). Kinder und Jugendliche mit suizidalem Erleben und Verhalten: Welche psychotherapeutischen Interventionen und diagnostischen Instrumente werden eingesetzt? *Die Psychotherapie*, *70,* 231 – 238. https://doi.org/10.1007/s00278-025-00771-8

Kröber, S., Schneider, S., Margraf, J., Teismann, T., Sommer, K., Totzeck, C. et al. (2023). Reliabilität, Validität und Akzeptanz des DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen in einer Gelegenheitsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Convenience Sample). *Verhaltenstherapie, 33*, 26 – 38. https://doi.org/10.1159/000529515

Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, *33* (1), 159 – 174. https://doi.org/10.2307/2529310

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

Madigan, S., Korczak, D. J, Vaillancourt, T., Racine, N., Hopkins, W. G., Pador, P., Hewitt, J. M. A., AlMousawi, B., McDonald, S. & Neville, R. D. (2023). Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 10*(5), 342 – 351. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00036-6

Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders.* [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.] Bochum: Mental Health Research and Treament Center, Ruhr-Universität Bochum. https://doi.org/10.13154/rub.100.89

Margraf, J. Cwik, J. C., Pflug, V. & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 46*, 176 – 186. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000430.

Mayer, H., Nonn, C., Osterbrink, J. & Evers, G. (2004). Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten – Cohen's Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität (Teil 1). *Pflege*, *17*, 36 – 46. https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.1.36

Neuschwander, M., In-Albon, T., Adornetto, C., Roth, B. & Schneider, S. (2013). Interrater-Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41* (5), 319 – 334. https://doi.org/10.1024/1422-4917//a000247

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment, 19,* 309 – 317.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, *192* (2), 98 – 105. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, *70* (3), 300 – 310. https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Obegi, J. H. (2019). Rethinking Suicidal Behavior Disorder. *Crisis*, *40*, 209 – 219. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000543

Oliogu, E. & Ruocco, A. C. (2024). DSM-5 suicidal behavior disorder: a systematic review of research on clinical utility, diagnostic boundaries, measures, pathophysiology and interventions. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1278230. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1278230

R Core Team (2025). *R: A language and environment for statistical computing.* R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/

Robins, E. & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 126*(7), 983 – 987. https://doi.org/10.1176/ajp.126.7.983

Robinson, K., Garisch, J. A. & Wilson, M. S. (2021). Nonsuicidal self-injury thoughts and behavioural characteristics: Associations with suicidal thoughts and behaviours among community adolescents. *Journal of Affective Disorders, 282*, 1247 – 1254. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.201

Rodway, C., Tham, S. G., Turnbull, P., Kapur, N. & Appleby, L. (2020). Suicide in children and young people: Can it happen without warning?. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 307 – 310. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.069

Rogers, M. L., Galynker, I., Yaseen, Z., DeFazio, K. & Joiner, T. E. (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*, *47* (8), 416 – 420. https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01

Rogers, M. L., Jeon, M.E., Zheng, S., Richards, J. A., Joiner, T. E. & Galynker, I. (2023). Two sides of the same coin? Empirical examination of two proposed characterizations of acute suicidal crises: Suicide crisis syndrome and acute suicidal affective disturbance. *Journal of Psychiatric Research, 162,* 123 – 131. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.001

Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B. & Fiedler, G. (2021). *Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven.* Verfügbar unter: https://doi.org/10.17170/kobra-202107014195

Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T. & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum. https://doi.org/10.13154/rub.101.90

Schneider, S., Pflug, V. In-Albon, T., Kraus, L. & Margraf, J. (2019). *J-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen – Jugendversion.* Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum.

Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S. & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, *37* (3), 223 – 239. https://doi.org/10.1002/bsl.2397

Shea S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59,* Suppl 20, 58 – 72.

Spitznagel, E. L. & Helzer, J. E. (1985). A proposed solution to the base rate problem in the kappa statistic. *Archives of General Psychiatry, 42*, 725 – 728.

Spohrs, J., Michelsen, A., Abler, B., Chioccheti, A. G., Ebner Priemer, U. W., Fegert, J. M. et al. (2024). The STAR collaborative nonsuicidal self-injury study: methods and sample description of the face-to-face sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *18*, 138. https://doi.org/10.1186/s13034-024-00820-1

Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, *387*, 10024, 1227 – 1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2

Voss, C., Hoyer, J., Venz, J., Pieper, L. & Beesdo-Baum, K. (2020). Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological-study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *142*, 496 – 508. https://doi.org/10.1111/acps.13237

Voss, C., Ollmann, T. M., Miché, M., Venz, J., Hoyer, J., Pieper, L. et al. (2019). Prevalence, onset, and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany. *JAMA Network Open*, *2* (10), e1914386-e1914386. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14386

Wirtz, M. & Kutschmann, M. (2007). Analyse der Beurteilerübereinstimmung für kategoriale Daten mittels Cohens Kappa und alternativer Maße. *Die Rehabilitation*, *46* (6), 370 – 377. https://doi.org/10.1055/s-2007-976535

World Health Organization (WHO). (2024). Suicide mortality rate (per 100 000 population). *World Health Organization.* Verfügbar unter https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41

World Health Organization (WHO). (2025). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung.* Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Verfügbar unter https://www.bfarm.de/

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)

DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
Yule, G. U. (1912). On the Methods of Measuring Association Between Two Attributes. *Journal of the Royal Statistical Society*, *75*(6), 579. https://doi.org/10.2307/2340126

Onlineveröffentlichung: 24. 07. 2026

Danksagung
Wir bedanken uns beim gesamten STAR Konsortium: Paul L. Plener, Jennifer Spohrs, Birgit Abler, Sandra Nickel, Elisa Sittenberger, Lisa Schischke, Alina Geprägs, Isabell Liebhart, Andreas Witt, Cedric Sachser, Rebecca Brown, Vera Münch, Elisa König, Jörg Fegert, Ulrike Hoffmann (Universität Ulm); Christian Schmahl, Inga Niedtfeld, Maurizio Sicorello, Jenny Zähringer (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim); Tina In-Albon, Laura Kraus, Hasan-Hüseyin Isik, Sira Schug (Universität Mannheim; Rheinland-Pfälzische Technische Universität Kaiserslautern-Landau, Landau); Michael Koelch, Olaf Reis, Anna Michelsen (Rostock Universitätsmedizin); Andreas G. Chiocchetti, Silvia Lindlar, Regina Waltes (Frankfurt Universitätsklinik); Michael Kaess, Julian Koenig, Markus Mössner, Patrice van der Venne, Saskia Höper, Elisa Flach, Alexandra Edinger, Stephanie Bauer, Margarete Mattern, Sabine Herpertz (Universitätsklinik Heidelberg, Universität Bern); Ulrich W. Ebner Priemer, Philip S. Santangelo (Karlsruhe Institute of Technology, Universität Luxembourg), sowie allen Teilnehmer_innen.

Interessenskonflikte
Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Ethische Richtlinien
Es wurden von den Proband_innen und den Erziehungsberechtigten schriftliche Einverständniserklärungen eingeholt. Ein Ethikvotum liegt von jedem Studienzentrum vor.

Förderung
Das Projekt STAR wurde vom BMBF gefördert: (BMBF) 01GL1747 A, 01GL1747B, 01GL1747C, 01GL1747D, 01GL1747E, 01GL1747F.
Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Universität Mannheim.

ORCID
Laura Kraus
https://orcid.org/0000-0002-4327-9422
Inna Kliachko
https://orcid.org/0009-0003-1937-8513
Birgit Abler
https://orcid.org/0000-0002-9192-4203
Ulrich W. Ebner-Priemer
https://orcid.org/0000-0002-2769-5944
Michael Kaess
https://orcid.org/0000-0003-0031-7764
Michael Kölch
https://orcid.org/0000-0003-2878-5121
Julian Koenig
https://orcid.org/0000-0003-1009-9625
Anna Michelsen
https://orcid.org/0009-0002-5465-8804
Philip S. Santangelo
https://orcid.org/0000-0003-2733-701X
Maurizio Sicorello
https://orcid.org/0000-0002-5022-3590
Jennifer Spohrs
https://orcid.org/0000-0001-8886-0395
Tina In-Albon
https://orcid.org/0000-0002-2070-8458

Dr. Laura Kraus
Klinische Psychologie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Universität Mannheim
Willy-Brandt-Platz 1
68161 Mannheim
Germany
Laura.kraus@uni-mannheim.de

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a000520 - Wednesday, August 19, 2026 4:19:13 AM - Universitätsbibliothek Mannheim IP Address:2001:7c0:2900:b082::6c

© 2026 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article
under the license CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0)