



Suizidprävention in der Schweiz

Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan

Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Redaktion:

Esther Walter, Bundesamt für Gesundheit

Chantale Bürli, Bundesamt für Gesundheit

Fabienne Amstad, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Margreet Duetz Schmucki, Bundesamt für Gesundheit

Adriana Haas, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

Daniela Schibli, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Publikationszeitpunkt: November 2016

Weitere Informationen und Bestelladresse:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Abteilung Gesundheitsstrategien
Postfach, CH-3003 Bern

Telefon +41 (0)58 463 06 01

E-Mail: gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Internet: www.bag.admin.ch

Inhalt

1.	Zusammenfassung	4
2.	Einleitung	6
2.1	Um was geht es?	6
2.2	Politischer Auftrag und Vorgehen	7
2.3	Definitionen und Begriffsverständnis	8
2.4	Gesellschaftliche Kosten	9
3.	Personengruppen und Suizidmethoden	11
3.1	Einleitung und Überblick	11
3.2	Jugendliche und junge Erwachsene	13
3.3	Erwachsene	16
3.4	Ältere und hochaltrige Menschen	18
3.5	Männer und Frauen	20
3.6	Suizidmethoden	22
3.7	Fazit	26
4.	Suizidales Verhalten und Einflussfaktoren	27
4.1	Suizidales Verhalten	27
4.2	Einflussfaktoren	28
5.	Suizidprävention in der Schweiz: Akteure und Aktivitäten	30
5.1	Einleitung	30
5.2	Bund	30
5.3	Kantone und Gemeinden	33
5.4	NGO	36
6.	Aktionsplan Suizidprävention Schweiz	40
6.1	Einleitung	40
6.2	Ziele und Massnahmen	41
7.	Literaturverzeichnis	47

1. Zusammenfassung

Auftrag	Das Parlament hat 2014 den Bund durch die Annahme der Motion Ingold 113973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» ¹ beauftragt einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen.
Gemeinsame Erarbeitung	Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik haben das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz einen Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet. In die Erarbeitung wurden rund 100 Expertinnen und Experten miteinbezogen – auch Menschen, die Suizidalität ² aus eigener Erfahrung kennen.
Ausgangslage	Der Aktionsplan Suizidprävention fokussiert auf nicht-assistierte Suizide. Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich zwischen 1980 und 2010 deutlich reduziert, stagniert aber seither. Pro Jahr suizidieren sich in der Schweiz rund 1000 Personen. Zudem werden jährlich rund 10 000 Personen nach Suizidversuchen medizinisch behandelt.
Ziel	Der Aktionsplan verfolgt das Ziel, nicht-assistierte Suizide und Suizidversuche weiter und nachhaltig zu reduzieren ³ .
Suizidale Handlungen aus Verzweiflung	Suizidale Handlungen finden in einem psychischen Ausnahmezustand statt. Nur selten sind sie nüchtern überlegte Handlungen. Ein Suizid(versuch) ist meist eine Verzweiflungstat und nicht Ausdruck eines freien Willens. Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, berichten, dass sie wie in Trance funktionierten.
Inhalt des Aktionsplans	Eine umfassende Suizidprävention setzt bei der Förderung der psychischen Gesundheit an. Bund, Kantone, Gemeinden und NGOs setzen bereits Massnahmen in diesem Bereich um und weitere sind in Planung (vgl. z.B. das Projekt «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder» ⁴). Der Aktionsplan fokussiert daher auf die Suizidprävention im engeren Sinne. Er legt in der vorliegenden Version die inhaltliche Stossrichtung vor und hat folgende Ziele: <ul style="list-style-type: none"> • über Suizidalität informieren und sensibilisieren • Hilfe anbieten, die schnell und einfach zugänglich ist • Suizidalität frühzeitig erkennen • suizidale Menschen auf ihrem Genesungsweg wirksam unterstützen • suizidale Handlungen durch einen erschwerten Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden erschweren • Hinterbliebene und (beruflich) Involvierte unterstützen • eine suizidpräventive Medienberichterstattung fördern • Beispiele guter Praxis aus der Schweiz und aus dem Ausland verbreiten • Monitoring und Forschung fördern

¹ <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973>

² «Suizidalität» umfasst Gedanken, Äusserungen und Handlungen, die aufgrund von zugespitzten Krisen oder von physischen Erkrankungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen, vgl. Kapitel 2.3.

³ Eine Quantifizierung des Ziels wird geprüft.

⁴ http://www.bag.admin.ch/Themen/Gesundheitspolitik/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz
(Zugriff am 11.01.2016)

	<p>Der Aktionsplan schlägt zur Erreichung dieser neun Ziele knapp 30 Schlüsselmassnahmen vor.</p>
Stand der Arbeiten	<p>Der vorliegende Bericht «Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan» wird zwischen März und Mai 2016 einem breiten Kreis zur Konsultation vorgelegt. Die Konsultation dient:</p> <ul style="list-style-type: none">• der inhaltlichen Konsolidierung,• der Erfassung nationaler Beispiele guter Praxis in der Suizidprävention,• der Klärung der Bereitschaft der verschiedenen Akteure zur Mitwirkung bei der Umsetzung.
Umsetzung gemeinsam und koordiniert	<p>Der Aktionsplan wird dem Bundesrat und dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik Ende 2016 zur Verabschiedung vorgelegt. Die Umsetzung des Aktionsplans folgt ab 2017.</p> <p>Die erfolgreiche Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention hängt vom Engagement des Bundes, der Kantone, der Gemeinden, der Leistungserbringer und von NGOs ab. Der Bund kann sich aufgrund seiner gesetzlichen Möglichkeiten nicht für alle Facetten der Suizidprävention engagieren. Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung werden unter den Akteuren partnerschaftlich entwickelt und aufeinander abgestimmt umgesetzt. Dazu liefert der Aktionsplan einen gemeinsamen Orientierungs- und Handlungsrahmen. Die Umsetzungsmassnahmen basieren, wenn immer möglich, auf nationalen und internationalen Beispielen guter Praxis.</p>

2. Einleitung

2.1 Um was geht es?

3 Suizide täglich	2013 starben in der Schweiz 786 Männer und 284 Frauen durch Suizid (nicht-assistiert). Das sind zwei bis drei Suizide pro Tag – und z. B. vier Mal mehr als Todesfälle durch Strassenverkehrsunfälle (Bundesamt für Statistik 2015b).
20 bis 30 medizinisch versorgte Suizidversuche täglich	Laut Hochrechnungen werden in der Schweiz pro Jahr rund 10 000 Suizidversuche medizinisch versorgt (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011). Die Dunkelziffer ist aber hoch: Viele Suizidversuche werden nicht erkannt oder nicht gemeldet und bleiben somit unbehandelt.
Menschen mit komplexen Geschichten	Durch Suizide sterben Menschen jeden Alters: Jugendliche, Erwachsene, ältere und hochaltrige Menschen. Sie alle sind im Moment ihres Suizides in grosser psychischer Not. Hinter jedem Suizidversuch, jedem Suizid steckt eine persönliche Geschichte: manchmal ein langer Leidensweg, manchmal eine kurzfristige Krise. Die Ursachen sind vielfältig: z. B. psychische Krankheiten wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, Vereinsamung, chronische Schmerzen, existenzielle Sinnkrisen, Liebeskummer, Kränkungen oder Geldsorgen. Meist ist es ein komplexes Zusammenspiel verschiedene Faktoren. Weder eine psychische Krankheit noch ein einzelnes Ereignis erklären einen Suizid(versuch) alleine.
Soziale Determinanten	Suizide sind nicht nur eine private Angelegenheit und betreffen nicht nur den medizinischen Sektor. Wichtige soziale Determinanten von Suizidalität ⁵ sind z. B. Langzeitarbeitslosigkeit oder Migrationserfahrungen. Für eine wirksame Suizidprävention sollten daher auch die Verhältnisse ausserhalb des Gesundheitsbereichs berücksichtigt werden.
Suizid – kein rationaler Entscheid	Suizidale Handlungen finden in einem psychischen Ausnahmezustand statt und sind nur selten nüchtern überlegte Handlungen. Ein Suizid(versuch) wird von den Betroffenen als einziger Ausweg aus einer als unerträglich empfundenen Situation gesehen. Eine andere Option besteht nicht mehr und somit auch <i>keine</i> Wahlfreiheit: «Suizid ist keine freie Wahl, sondern im Gegenteil Ausdruck fehlender Wahlmöglichkeiten» ⁶ .
Suizide sind vermeidbar	Die Vorstellung ist weit verbreitet, dass Suizidwillige nicht von ihrem Vorhaben abzubringen sind und früher oder später eine Suizidmöglichkeit finden. Verschiedene Studien zeigen aber, dass ein Grossteil der Menschen, deren Suizid verhindert werden konnte, später nicht durch Suizid stirbt. So starben z. B. von 515 Menschen, die auf der Golden-Gate-Brücke in San Francisco von einem Suizid abgehalten werden konnten, nur gerade 5 % in den darauffolgenden 26 Jahren durch Suizid (Seiden 1978). Wer einen Suizidversuch überlebt, ist in aller Regel froh darüber.
Gesellschaftliche Verantwortung für Suizidprävention	Menschen in suizidalen Krisen beizustehen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die privates, berufliches und politisches Engagement umfasst.

⁵ «Suizidalität» umfasst Gedanken, Äusserungen und Handlungen, die aufgrund von zugespitzten Krisen oder von physischen Erkrankungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen.

⁶ <http://www.stopsuicide.ch/site/accueil> (Zugriff am 11.01.2016)

Hinterbliebene Jeder Suizid löst im nahen Umfeld viel Leid aus. Hinterbliebene haben ein erhöhtes Suizidrisiko (Aguirre und Slater 2010). Die Betreuung von Hinterbliebenen ist daher auch Prävention.

2.2 Politischer Auftrag und Vorgehen

Aktionsplan erarbeiten und umsetzen Das Schweizerische Parlament erteilte 2014 dem Bundesrat durch die Annahme der Motion Ingold⁷ den Auftrag, die Suizidprävention gesamtschweizerisch zu stärken. Damit wurde der Bund beauftragt «einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen».

Breit abgestützt erarbeiten Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik haben das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz einen Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet.

In die Erarbeitung des Aktionsplans wurden rund 100 Expertinnen und Experten miteinbezogen. Involviert waren:

- Fachpersonen aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich,
- Vertreterinnen und Vertreter aus Bund und Kantonen,
- Programmverantwortliche für Suizidprävention in anderen europäischen Ländern und der WHO
- Betroffene Menschen, die Suizidalität aus eigener Erfahrung kennen.

Ziel: Suizide reduzieren Der Aktionsplan Suizidprävention fokussiert auf nicht-assistierte Suizide (vgl. Exkurs S.11). Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich zwischen 1980 und 2010 deutlich reduziert, stagniert aber seither. Sie variiert zudem deutlich nach Geschlecht und Alter.

Pro Jahr suizidieren sich in der Schweiz rund 1000 Personen. Der Aktionsplan verfolgt das Ziel, nicht-assistierte Suizide und Suizidversuche weiter und nachhaltig zu reduzieren⁸.

Ausblick Der vorliegende Bericht «Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan» wird im März 2016 einem breiten Kreis zur Konsultation vorgelegt. Die Konsultation wird – nebst der inhaltlichen Konsolidierung – dafür verwendet Beispiele guter Praxis zu erfassen und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Umsetzung zu klären.

Der Aktionsplan wird dem Bundesrat und dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik Ende 2016 zur Verabschiedung vorgelegt. Die Umsetzung des Aktionsplans folgt ab 2017.

Umsetzung gemeinsam und koordiniert Die erfolgreiche Umsetzung hängt unter anderem vom Engagement des Bundes, der Kantone, der Leistungserbringer, der Gemeinden und von NGOs ab. Der Bund kann sich aufgrund seiner gesetzlichen Möglichkeiten nicht für alle Facetten der Suizidprävention engagieren.

Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung werden unter den Akteuren partnerschaftlich entwickelt und aufeinander abgestimmt umgesetzt. Dazu liefert der Aktionsplan einen gemeinsamen Orientierung- und Handlungsrahmen. Die Umsetzungsmassnahmen basieren, wenn immer möglich, auf nationalen und internationalen Beispielen guter Praxis.

⁷ <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973> (Zugriff am 11.01.2016)

⁸ Eine mögliche Quantifizierung des Ziels wird geprüft.

Die Suizidprävention ist im Rahmen des Engagements des Bundes und der Kantone eng mit anderen gesundheits- und sozialpolitischen Themen verknüpft (vgl. 5.2. Bund, S.30) und es besteht grosser Koordinationsbedarf.

Aktionsplan
fokussiert auf
Suizidalität

Die Stärkung psychischer Ressourcen und die Förderung psychischer Gesundheit sind die Basis einer erfolgreichen Suizidprävention. Bund, Kantone, Gemeinden und NGOs setzen bereits Massnahmen in diesem Bereich um und weitere sind in Planung (vgl. z.B. das Projekt «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder»⁹). Der Aktionsplan fokussiert daher auf Suizidprävention im engeren Sinne, d.h. auf von Suizidalität betroffene Menschen, aber auch auf das Thema Suizidalität generell (z. B. in der Gesellschaft).

2.3 Definitionen und Begriffsverständnis

Suizid

Der Begriff Suizid leitet sich aus dem lateinischen *sui caedere* ab: sich schlagen, sich töten. Suizid ist somit eine selbstschädigende Handlung, keine Krankheit (World Health Organization WHO 2014, S. 12).

Verletzungen als
Handlungsfolge

Die Folge einer suizidalen Handlung ist eine akut zugefügte Verletzung. Beim vollendeten Suizid führt die Verletzung zum Tod. Ein Suizidversuch hat einen nicht-tödlichen Ausgang. Langandauernde Selbstschädigungen, wie z. B. Anorexie oder Drogenabusus gelten nicht als Verletzung und somit nicht als Suizid(versuch).

unintentional vs.
intentional

Suizide werden in der Fachliteratur als «intentional injuries» (absichtliche Verletzungen) klassifiziert. Dies in Abgrenzung zu Unfällen, die als «unintentional injuries» (unabsichtliche Verletzungen) klassifiziert werden (z.B. Verkehrsunfälle, Stürze). Diese Unterscheidung wird unter Fachleuten kritisch diskutiert und manche bezeichnen einen Suizid als psychischen Unfall (Ajdacic-Gross 2015).

Fachlich falsch:
Freitod,
Selbstmord

Auf den Begriff «Freitod» ist zu verzichten. Er suggeriert, dass ein Suizid dem freien Willen entspringt. Auch der Begriff «Selbstmord» ist nicht adäquat. Er schreibt dem Suizidenten eine Straftat zu. Diese Begriffe sind fachlich falsch und diskriminierend.

Suizidalität

Suizidalität umfasst das ganze Spektrum von Gedanken, Äusserungen und Handlungen: vom Wunsch einer «Pause» im Leben (mit dem Risiko des Sterbens), über das Erwägen von Suizid als Möglichkeit, bis zu einem Plan für eine Suizidhandlung bzw. dessen gezielte oder impulshafte Umsetzung (Wolfersdorf 2008).

Suizidversuch

Suizidversuche sind noch schwieriger zu definieren als Suizide. Am zuverlässigsten sind Daten aus medizinisch dokumentierten Suizidversuchen. In den WHO/EURO-Multicenterstudien aus Basel und Bern (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013) ist ein Suizidversuch definiert als «Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder bei der es absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Folgen Veränderungen zu bewirken» (Muheim et al. 2013, S. 2).

⁹ http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz (Zugriff 11.01.2016)

2.4 Gesellschaftliche Kosten

Suizide: direkte und indirekte Kosten	<p>Suizide sind «aussergewöhnliche Todesfälle». Sie verursachen sowohl direkte, als auch indirekte Kosten. Zu den direkten Kosten zählen nebst medizinischen auch nicht-medizinische Kosten, z. B. solche für polizeiliche, untersuchungsrichterliche und rechtsmedizinische Abklärungen oder Reinigungsarbeiten. Suizide durch Überfahrenlassen von Zügen (Schienensuizide) führen zu Streckensperrungen mit weitreichenden Kostenfolgen aufgrund von Zugausfällen und Verspätungen. Weiter entstehen Kosten für die Betreuung und Behandlung von privat oder beruflich Betroffenen (Angehörige, Kolleginnen und Kollegen, Berufsgruppen, die bei Suiziden stark involviert sind). Angehörige haben zum Teil Anspruch auf Versicherungsleistungen.</p> <p>Relevanter als die direkten Kosten sind bei vollendeten Suiziden jedoch die indirekten Kosten, die durch Produktionsausfall bzw. nicht erwirtschaftetes potenzielles Einkommen entstehen (lost productivity).</p>
Verlorene potenzielle Lebensjahre	<p>Durch Suizide gehen in der Schweiz pro Jahr rund 18 000 potenzielle Lebensjahre verloren (Bundesamt für Statistik 2013). So viele Jahre hätten Suizidenten länger leben können, wenn sie nicht vor ihrem 70. Lebensjahr verstorben wären. Die Grössenordnung entspricht der Anzahl verlorener Lebensjahre infolge von Unfällen. Suizide und Unfälle machen je rund 13 % der verlorenen potenziellen Lebensjahre in der Schweiz aus.</p>
Suizidversuche: direkte Kosten	<p>Suizidversuche verursachen primär direkte Kosten, wie z. B. medizinische Heilungs- und Behandlungskosten. Eine Studie aus Basel hat die direkten medizinischen Kosten für Suizidversuche im Jahr 2003 ermittelt (Czernin et al. 2012). Durchschnittlich verursachte ein Suizidversuch medizinische Kosten von CHF 19 000. Bei einer Hochrechnung auf 10 000 medizinisch versorgte Suizidversuche für die Schweiz ergeben sich somit Kosten von jährlich rund CHF 200 Millionen. In der Studie wurden 80 % der Kosten von 20 % der Fälle verursacht. Die Autoren schliessen daraus, dass die Verhinderung von bereits wenigen Suizidfällen zu einer grossen finanziellen Entlastung für die Gesellschaft führen kann.</p>

Exkurs

Assistierte und nicht-assistierte Suizide

Der Fokus des Aktionsplans Suizidprävention liegt bei der Reduktion nicht-assistierter Suizide. Aufgrund verschiedener Unterschiede zwischen nicht-assistierten und assistierten Suiziden, die im Folgenden kurz erläutert werden, ist die gleichzeitige Fokussierung auf beide Suizidarten nicht zielführend.

Die Motive für assistierte bzw. nicht-assistierte Suizide sind unterschiedlich:

- Assistierte Suizide werden primär aufgrund von Krankheiten wie z. B. Krebs, neurodegenerative Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgeführt (Bundesamt für Statistik 2013). Nicht-assistierte Suizide sind hingegen meist die Folge einer psychischen Erkrankung oder einer schweren psychosozialen Krise (Gysin-Maillart und Michel 2013).

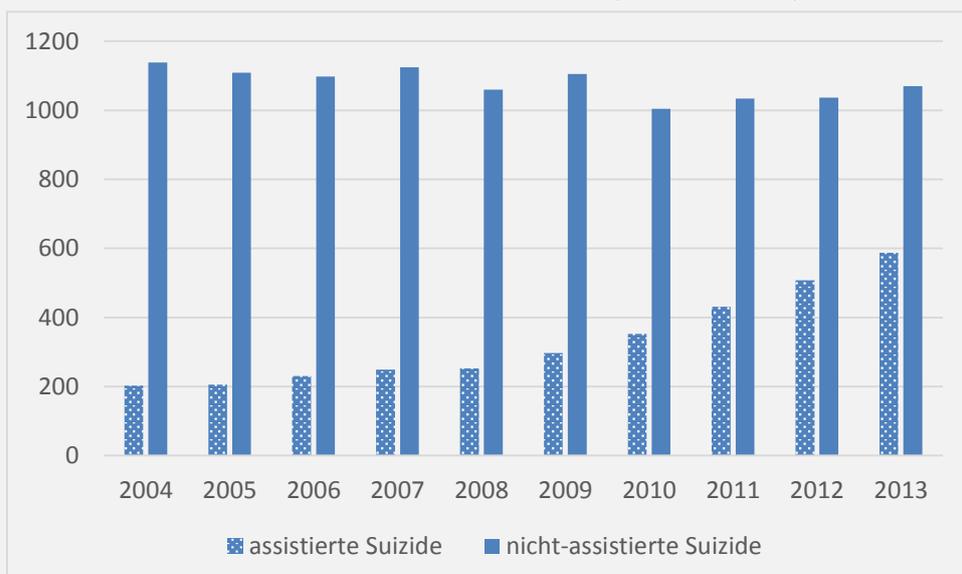
Der Sterbewunsch hat bei assistierten bzw. nicht-assistierten Suiziden eine unterschiedliche Qualität:

- Da Menschen bei einem nicht-assistierten Suizidversuch meist in einem psychischen Ausnahmezustand handeln, ist ihr Sterbewunsch in aller Regel nur vorübergehend und ihre Urteilsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt eingeschränkt. Menschen, die einen assistierten Suizid wählen, hegen hingegen meist einen dauerhaften Sterbewunsch. Ihre Entscheidung sollte wohlüberlegt und aufgrund voller Urteilsfähigkeit gefällt worden sein.

Dennoch gibt es zwischen assistierten und nicht-assistierten Suiziden Berührungspunkte. So sind Depressionen oder Einsamkeitsgefühle in beiden Fällen Risikofaktoren – und in beiden Fällen werden Depressionen nicht oder zu spät erkannt oder behandelt.

Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz pro Jahr durchschnittlich 435 Personen (wohnhafte in der Schweiz) durch assistierten Suizid. Mehr als doppelt so viele Personen starben durch nicht-assistierten Suizid (N=1050). Je nach Alter ist dieses Verhältnis aber unterschiedlich: in jungen Jahren dominieren nicht-assistierte Suizide deutlich. Ab 85 Jahren besteht ein Verhältnis 1:1.

1. Assistierte und nicht-assistierte Suizide 2004–2013 (absolute Zahlen)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

3. Personengruppen und Suizidmethoden

3.1 Einleitung und Überblick

Suizidprävention: für wen?	<p>Um die Suizidprävention zielführend gestalten zu können, müssen folgende Fragen geklärt werden: Bei welchen Alters- bzw. Geschlechtergruppen soll Suizidprävention ansetzen? Gibt es innerhalb der Alters- und Geschlechtergruppen spezifische Ursachen für Suizid(versuche) und werden z. B. unterschiedliche Suizidmethoden gewählt?</p> <p>Details zu den demografischen Gruppen und zu Suizidmethoden sind in den Kapiteln 3.2 bis 3.6 dargestellt. Weitere Informationen zur Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen (und assistierten Suiziden) in der Schweiz finden sich bei Keller-Guglielmetti und Walter (2015).</p>
Sozio- ökonomischer Status	<p>Die in der Todesursachenstatistik des BFS verfügbaren Informationen liefern keine zuverlässigen Indikatoren zum sozioökonomischen Status. Hilfreich sind daher Studien, welche die Todesursachenstatistik mit Zensusdaten verknüpfen (vgl. Swiss National Cohort¹⁰). Auswertungen zeigen, dass Personen zwischen 25 und 64 Jahren mit einer tertiären Ausbildung weniger häufig durch Suizid (nicht-assistiert) sterben als Personen mit einem niedrigen Bildungsstand; insbesondere mit lediglich einer obligatorischen Schulbildung. Der risikomindernde Einfluss der Bildung zeigt sich in dieser Altersgruppe sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Tendenziell ist der Einfluss des Bildungsstandes auch bei Männern über 65 Jahren feststellbar (Steck et al. 2016).</p> <p>Dass aber auch Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status von Suizidalität betroffen sind, zeigt die überdurchschnittliche hohe Suizidrate von Ärztinnen und Ärzten (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) (Hostettler et al. 2012; Bovier et al. 2005).</p>
Männer und Frauen	<p>Bei den vollendeten Suiziden dominieren Männer deutlich. Dies zeigt sich sowohl anhand absoluter als auch relativer Indikatoren – und in allen Altersgruppen (Tabelle 2 und Abbildung 3). Hingegen werden Suizidversuche häufiger von Frauen begangen. In der Basler Monsue-Multicenter-Studie zu medizinisch behandelten Suizidversuchen waren zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer (Muheim et al. 2013). Bei der Berner Monsue-Multicenter-Studie überwogen Frauen nur leicht (Steffen et al. 2011).</p>
Alle Altersgruppen	<p>Auf welche Altersgruppe soll Suizidprävention fokussieren? Die Antwort hängt nicht nur vom gewählten Indikator ab, sondern auch davon, ob Suizide oder Suizidversuche im Vordergrund der Prävention stehen.</p> <p>Bezieht man sich auf <i>absolute Fallzahlen</i> von Suiziden, steht für die Prävention die Gruppe der Erwachsenen im mittleren Alter als Zielgruppe im Fokus: über diese Altersspanne (zwischen 30 und 69 Jahren) summieren sich die meisten Suizidfälle (N=691, Durchschnitt 2009–2013). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie älteren und hochbetagten Menschen finden sich geringere Fallzahlen (N=133 bzw. N=227). Natürlich spielt bei dieser Betrachtungsweise der unterschiedliche Umfang je Zielgruppe (in Altersjahren) eine Rolle. Da sich Präventionsmassnahmen aber oft an spezifische Altersgruppen richten (z.B. über das Setting Ausbildungsstätten), ist es wichtig die absoluten Fallzahlen zu kennen.</p>

¹⁰ <http://www.swissnationalcohort.ch> (Zugriff am 11.01.2016)

Bei einem Fokus auf *relative Indikatoren*, dominieren bei Suiziden hingegen Jugendliche und junge Erwachsene (z.B. bei der Bedeutung von Suiziden gemessen an allen Todesursachen, vgl. Tabelle 4) bzw. ältere und hochbetagte Menschen (z.B. in Bezug auf Suizide pro 100 000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe, vgl. Abbildung 3). Auch haben Jugendliche und junge Erwachsene (16 bis 29 Jahre) sowie hochbetagte Menschen (85+) die höchste Suizidversuchsrate (Suizidversuche pro 100 000 Einwohner in der entsprechenden Altersgruppe (Steffen et al. 2011).

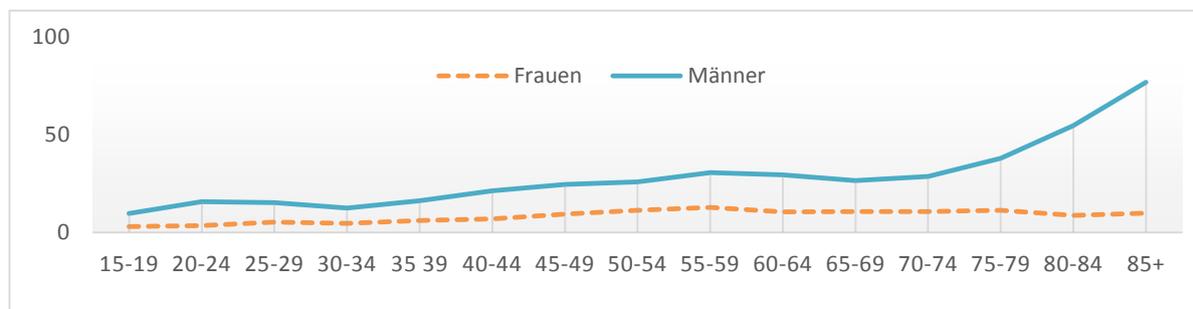
Entwicklung der Suizidrate In der Schweiz betrug die Rate nicht-assistierter Suizide¹¹ anfangs der 1980er Jahre rund 24/100 000 Einwohnerinnen und Einwohner¹². Sie reduzierte sich bis 2010 kontinuierlich und liegt seither stabil bei rund 11/100 000.

Suizidgedanken 2 % der 15- bis 29-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz haben jeden oder jeden zweiten Tag Suizidgedanken¹³. Das sind knapp 30 000 junge Menschen. In der Altersgruppe der 30- bis 69-Jährigen haben 1 % mindestens jeden zweiten Tag Suizidgedanken und bei den Personen ab 70 Jahren gut ein halbes Prozent¹⁴.

2. Suizide: absolute Zahlen (Durchschnitt 2009–2013)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1050
	3 %	10 %	10 %	19 %	20 %	16 %	11 %	8 %	2 %	100 %
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

3. Suizidrate: Suizide pro 100 000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe nach Geschlecht (Durchschnitt 2009–2013)



4. Suizid: relativ zu allen Todesfällen (Durchschnitt 2009–2013)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–59	70–79	80–89	90 +	Total
total	6 %	28 %	19 %	12 %	6 %	2 %	1 %	<0.5 %	<0.5 %	2 %
Männer	8 %	31 %	22 %	14 %	7 %	3 %	1 %	1 %	<0.5 %	3 %
Frauen	3 %	22 %	15 %	9 %	5 %	2 %	1 %	<0.5 %	<0.5 %	1 %

Quelle der Abbildungen dieser Seite: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

¹¹ Das BFS schliesst erst seit 2009 assistierte Suizide von der Statistik zu Suiziden aus. In der 80er Jahren waren assistierte Suizide aber selten.

¹² [http://www.bfs.admin.ch/bfs/Themen_21/Indikatorensystem MONET/Indikatoren/Suizidrate](http://www.bfs.admin.ch/bfs/Themen_21/Indikatorensystem_MONET/Indikatoren/Suizidrate) (Zugriff am 11.01.2016)

¹³ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung beinhaltete 2012 erstmals eine schriftliche Frage zu Suizidgedanken: „Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Wochen Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?“

¹⁴ Bei den Personen ab 75 Jahren ist der Anteil der Missings (keine Antwort) mit 15% aber hoch.

3.2 Jugendliche und junge Erwachsene

Jeden dritten Tag ein Suizid Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz pro Jahr durchschnittlich 133 junge Menschen durch Suizid (bis 29 Jahre, vgl. Tabelle 5). Davon 32 noch vor ihrem 20. Geburtstag. Sowohl bei den unter als auch bei den über 20-Jährigen waren 8 von 10 Verstorbenen männlich. Ein Drittel aller Todesfälle bei Männern zwischen 20 und 29 Jahren sind Suizide (siehe Tabelle 4, S.12).

5. Suizide – Fokus Jugendliche und junge Erwachsene: Durchschnitt 2009–2013 (absolute Zahlen)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
Suizide total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Hohe Suizidversuchsrate Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz haben im Vergleich zu anderen Altersgruppen eine markant höhere Suizidversuchsrate (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011).

Akute Belastungen Während bei Erwachsenen psychische Erkrankungen als Ursache von Suiziden/Suizidversuchen dominieren, sind es bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen eher akute Belastungsstörungen, z. B. ausgelöst durch Beziehungsprobleme oder Konflikte in der Schule, in der Ausbildung, im Beruf (Gysin-Maillart und Michel 2013). Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass insbesondere bei Jugendlichen psychische Erkrankungen nicht ausreichend erkannt und behandelt werden (Steck et al., in press).

Frühere Belastungen Belastungen in der Kindheit können sich auf spätere Suizidalität auswirken. In einer Rekrutenbefragung nannten jene 19- bis 20-jährige Männer, die in der Schule oft gehänselt oder gequält wurden oder die Gewalt gegenüber anderen ausgeübt hatten, 3 bzw. 1,5 Mal häufiger Suizidversuche, als junge Erwachsene ohne bzw. mit wenig Aggressionserfahrungen in der Schule (Staubli und Killias 2011).

Anzeichen einer Krise Verändertes Verhalten bei Heranwachsenden kann – als unbewusstes oder bewusstes Signal – ein Hinweis auf eine Krise sein (Meister und Böckelmann 2015). Mögliche Anzeichen sind z. B. plötzlicher Leistungsabfall, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Gleichgültigkeit, sozialer Rückzug, Schulverweigerung, ungewöhnlich risikoreiches Verhalten, selbstschädigendes Verhalten. Stillen, zurückgezogenen und unauffälligen Jugendlichen ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen (Meister und Böckelmann 2015).

Einsamkeit Fehlende soziale Ressourcen sind ein starker Prädiktor für Suizidversuche und Suizide. Entgegen der weitverbreiteten Meinung treten Einsamkeitsgefühle häufiger in jungen Jahren auf als im Alter. Junge Männer und Frauen (15–34 Jahre) fühlen sich in der Schweiz zu einem Drittel bzw. 43 % gelegentlich einsam (Schuler und Burla 2012). Auch verfügen junge Männer und Frauen weniger oft über Vertrauenspersonen als ältere Personen. Jugendliche, die einen Suizidversuch begangen haben, nennen Einsamkeit oft als antreibender Faktor für den Versuch.

Impulsivität Insbesondere junge Männer testen häufig Grenzen aus und neigen zu impulsiven Handlungen. Gleichzeitig fehlt ihnen oft das Verständnis für die Konsequenzen ihrer Handlungen, so auch dass ein Suizid irreversibel ist (Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)). Die Mehrheit der Suizide von Jugendlichen sind «Kurzschlusshandlungen», d. h. die Folge von impulsiven Handlungen und nicht freie Willensentscheidungen (Meister und Böckelmann 2015).

LGBT

LGBT ist die Abkürzung für „Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender“. Viele internationale Studien belegen, dass LGBT gegenüber heterosexuellen Vergleichsgruppen eine erhöhte Suizidalität und eine erhöhte Suizidrate haben (World Health Organization WHO 2014). Eine kürzlich durchgeführte Studie an der Universität Zürich¹⁵ bestätigt dies für Suizidversuche in der Schweiz (Wang et al. 2014): Die Suizidversuchsrate ist bei homo- und bisexuellen männlichen Jugendlichen fünf Mal höher als bei heterosexuellen Teenagern. Drei nationale Umfragen zu Suizidalität und sexueller Orientierung hatten 2002 bereits ähnliche Befunde gezeigt (Wang et al. 2012).

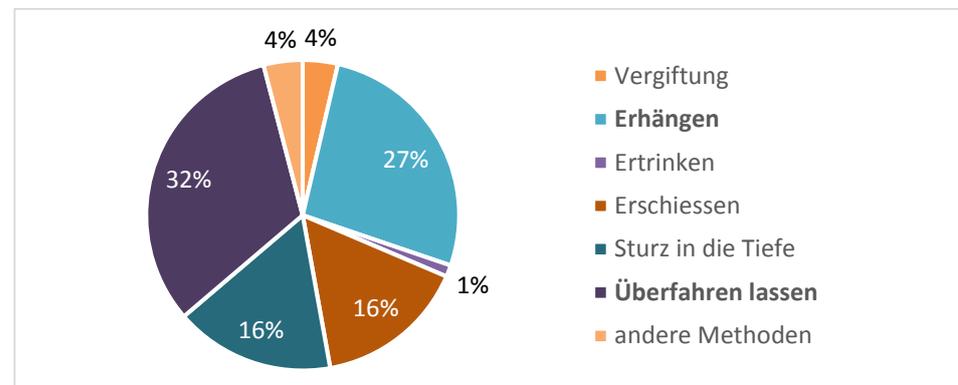
Männliche Jugendliche

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 248 männliche Jugendliche (10 bis 19 Jahre) durch Suizid. Davon starben 32 % durch Überfahren lassen (meist Schienensuizid), 27 % durch Erhängen, 16 % durch einen Sturz in die Tiefe und 16 % durch Erschiessen (Abbildung 6).

6. Suizidmethoden: männliche Jugendliche 10 bis 19 Jahre (2004–2013)

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



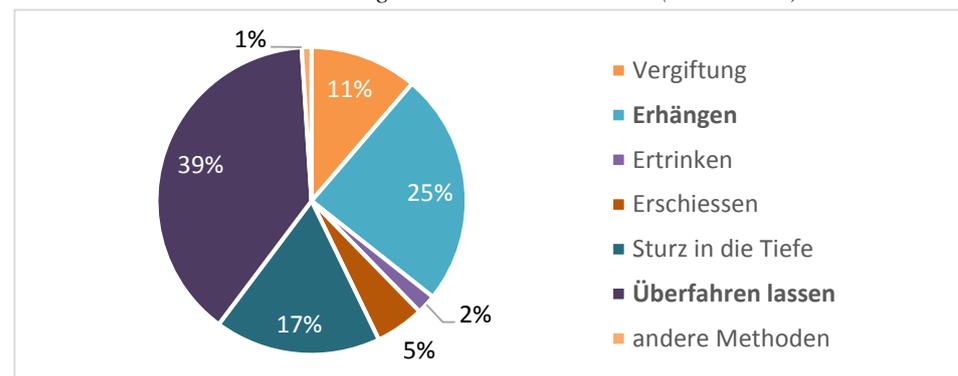
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=25 pro Jahr

Weibliche Jugendliche

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 98 weibliche Jugendliche (10 bis 19 Jahre) durch Suizid. Davon starben 39 % durch Überfahren lassen, 25 % durch Erhängen und 17 % durch einen Sturz in die Tiefe (Abbildung 7).

7. Suizidmethoden: weibliche Jugendliche 10 bis 19 Jahre (2004–2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG

N=10 pro Jahr

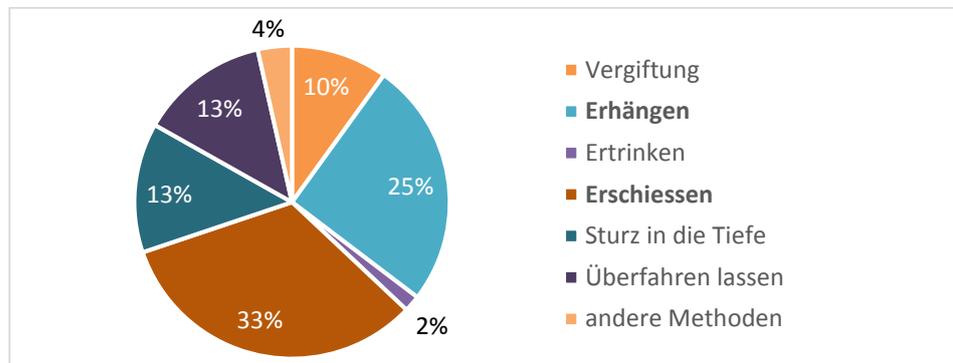
¹⁵ An der Studie hatten fast 6000 junge Männer während ihrer Ausbebung teilgenommen. Mit den involvierten Rekrutierungszentren deckt die Studie 21 von 26 Kantonen ab.

Junge Männer Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 828 junge Männer (20 bis 29 Jahre) durch Suizid. Davon starben 33 % durch Erschiessen und 25 % durch Erhängen (Abbildung 8).

8. *Suizidmethoden: Männer 20 bis 29 Jahre (2004–2013)*

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.

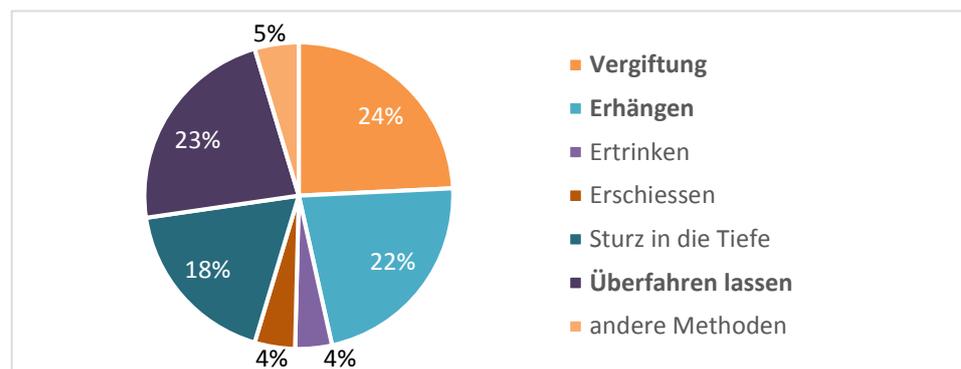


Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=83 pro Jahr

Junge Frauen Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 260 junge Frauen (20 bis 29 Jahre) durch Suizid. Davon starben 24 % durch Vergiften, 23 % durch Überfahren lassen und 22 % durch Erhängen (Abbildung 9).

9. *Suizidmethoden: Frauen 20 bis 29 Jahre (2004–2013)*



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N= 26 pro Jahr

Suizidversuche Ein ganzheitliches Bild der Geschlechterverteilung bedarf der Mitberücksichtigung der Suizidversuche. Die Rate an medizinisch dokumentierten Suizidversuchen ist im jungen Erwachsenenalter am höchsten (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013). Von 257 Jugendlichen (14 bis 21 Jahre), die im Zeitraum von 2004 bis 2010 in Bern wegen eines Suizidversuchs hospitalisiert wurden, waren 77 % 18 bis 21 Jahre alt und 23 % 14 bis 17 Jahre alt (Kupferschmid et al. 2013). 44 % (N=100) hatten in der Vergangenheit mindestens einen weiteren Suizidversuch verübt. In der Wahl der Suizidmethode gab es zwischen diesen beiden Altersgruppen keine Unterschiede. Hingegen zeigten sich Geschlechterunterschiede: weibliche Jugendliche sprangen weniger häufig von hohen Gebäuden, nutzten hingegen öfters Intoxikationen. Sowohl bei Männern also auch bei Frauen waren Intoxikationen und Schneiden/Stechen mit scharfen oder spitzen Gegenständen die häufigsten Methoden.

Intersexualität Unter «Intersexualität» versteht man ein biologisch nicht eindeutiges Geschlecht. Die gesellschaftliche und rechtliche Erwartung ein Kind sei entweder ein Junge oder ein Mädchen kann bei den Heranwachsenden zu schweren psychosozialen Krisen führen (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2012).

3.3 Erwachsene

Zwei Suizide pro Tag

Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz pro Jahr durchschnittlich 691 Erwachsene durch Suizid (30–69 Jahre, vgl. Tabelle 10). Davon waren 72 % Männer.

Jeder fünfte Todesfall bei Männern zwischen 30 und 39 Jahren ist ein Suizid (22 %). Die Relevanz von Suiziden (Anteil an allen Todesfällen) nimmt mit zunehmendem Alter zwar ab: Zwischen 40 und 49 sterben 14 % durch Suizid, zwischen 60 und 69 Jahren 3 % (vgl. Tabelle 4, S.12). Dies bedeutet nicht, dass Suizide mit zunehmendem Alter ein vernachlässigbares Public-Health-Problem wären. Die Suizidrate verdoppelt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Lebensspanne zwischen 30 und 60 Jahren (vgl. Abbildung 3, S.12). Die Suizidversuchsraten sind in der Altersgruppe 30 bis 69 Jahre gegenüber anderen Altersgruppen tiefer (Steffen et al. 2011).

10. Suizide – Fokus Erwachsene: Durchschnitt 2009–2013 (absolute Zahlen)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
Suizide total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Psychische Erkrankungen als Hauptrisiken

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie sind Hauptursache von Suiziden im Erwachsenenalter.

Depressionen stehen als Mitursache von Suizid(versuchen) im Vordergrund. Sie können in jeder Lebenssituation entstehen, besonders jedoch in Übergangsphasen. Im Erwachsenenalter z. B. beim Einstieg in die Berufswelt, nach der Geburt eines Kindes (Wochenbettdepression), in den weiblichen Wechseljahren oder nach der Pensionierung (Walti et al. 2009).

Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Erwerbstätigkeit ist im Erwachsenenalter ein wichtiger Schutzfaktor für die psychische Gesundheit. Belastungen und Konflikte am Arbeitsplatz können indes die psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Arbeitslosigkeit gilt als hoher Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Arbeitslose Personen im erwerbstätigen Alter haben gegenüber nicht-arbeitslosen Personen ein massiv erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch: Daten aus Basel (Zeitraum 2003–2006) zeigen für arbeitslose Männer eine Rate von 506/100 000 und bei arbeitslosen Frauen von 453/100 000. Erwerbstätige Männer haben demgegenüber eine Suizidversuchsrate von 39/100 000 und Frauen von 123/100 000 (Muheim et al. 2013).

Eine internationale Studie bestätigt den deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid (Nordt et al. 2015). In den untersuchten 63 Ländern nahmen sich zwischen 2000 und 2011 pro Jahr etwa 230 000 Menschen das Leben. Über die gesamte Population ist jeder fünfte dieser Suizide direkt oder indirekt mit Arbeitslosigkeit in Verbindung zu bringen. Der Effekt wurde auch für Westeuropa gefunden. Während die Publikation keine spezifischen Daten für die Schweiz ausweist, führen die Autoren gemäss einer Medienmitteilung an, dass in der Schweiz jeder siebte Suizid auf Arbeitslosigkeit zurückzuführen sei¹⁶.

¹⁶ [http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit treibt jährlich 45000 Menschen in den Tod](http://www.tagesanzeiger.ch/Arbeitslosigkeit%20treibt%20j%C4%84hrlich%2045000%20Menschen%20in%20den%20Tod) (Zugriff am 11.01.2016)

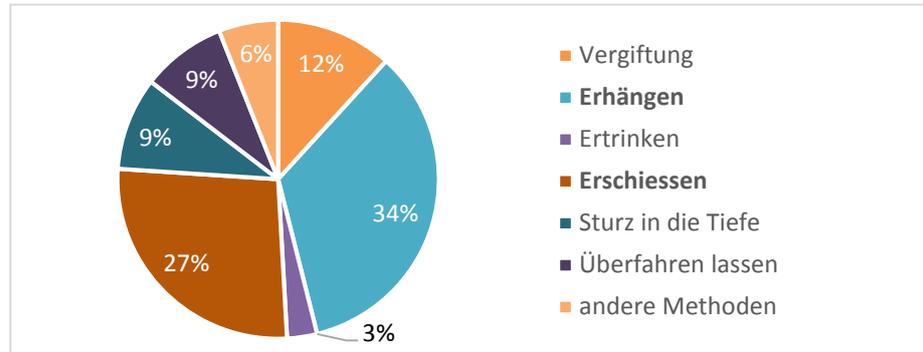
Männer

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 5031 Männer zwischen 30 und 69 Jahren durch Suizid. Davon starben 34 % durch Erhängen, 27 % durch Erschiessen und 12 % durch Vergiften (Abbildung 11).

11. Suizidmethoden: Männer 30 bis 69 Jahre (2004–2013)

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



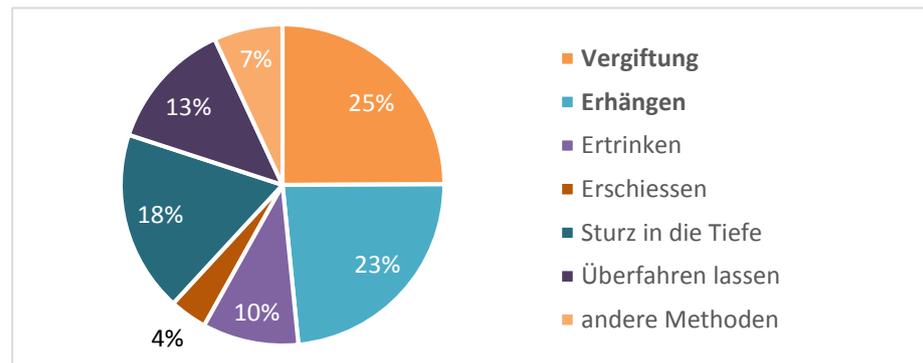
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=503 pro Jahr

Frauen

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 2005 Frauen zwischen 30 und 69 Jahren durch Suizid. Davon starben 25 % durch Vergiften, 23 % durch Erhängen, 18 % durch einen Sturz in die Tiefe (Abbildung 12).

12. Suizidmethoden: Frauen 30 bis 69 Jahre (2004–2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=201 pro Jahr

3.4 Ältere und hochaltrige Menschen

In drei Tagen
zwei Suizide

Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz pro Jahr durchschnittlich 227 ältere und hochaltrige Menschen durch nicht-assistierte Suizid (ab 70 Jahren, vgl. Tabelle 13). Das sind fast doppelt so viele wie Jugendliche und junge Erwachsene (bis 29 Jahre).

Todesfälle nehmen mit dem Alter generell zu. Suizide machen daher in diesem Alterssegment weniger als 1 % der Todesfälle aus (siehe Tabelle 4, S.12). Drei von vier in dieser Altersgruppe durch Suizid Verstorbene sind Männer.

13. Suizide – Fokus ältere und hochaltrige Menschen: Durchschnitt 2009–2013 (absolute Zahlen)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
Suizide total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Suizidrate Die Suizidrate (Suizide pro 100 000 Einwohner je Altersgruppe) steigt bei Männern und Frauen im Verlauf des Erwachsenenalters kontinuierlich (30–59 Jahre). Ca. ab 60 Jahren stagniert der Anstieg bei beiden Geschlechtern. Bei Frauen nimmt die Rate bei hochaltrigen Frauen gar wieder etwas ab (siehe Abbildung 3, S.12). Bei Männern hingegen steigt die Suizidrate ab 75 Jahren nochmals stark an.

Suizidversuchsrate Die Suizidversuchsrate ist gemäss der Multicenter-Studie aus Bern bei den 70–79-Jährigen im Vergleich zu anderen Altersgruppen tief, steigt aber bei den 80+-Jährigen auf ein mittleres Mass (Steffen et al. 2011). In der Multicenter-Studie aus Basel liegt die Suizidversuchsrate der älteren und hochaltrigen Menschen unter der allgemeinen Suizidversuchsrate, was insbesondere auf die unterdurchschnittliche Suizidversuchsrate der Frauen in diesem Alter zurückzuführen ist (Muheim et al. 2013).

Bilanzsuizide sind selten Auch im höheren Lebensalter sind Suizide selten nüchterne Bilanzsuizide (Stoppe 2012, S. 1415). In rund 90 % der Suizidfälle im höheren Alter liegt eine psychische Erkrankung vor, meist eine Depression (Stoppe 2011). Depressionen werden bei Betagten oft nicht erkannt oder falsch diagnostiziert, da sie leicht dem Prozess des Alterns zugeschrieben und von somatischen Störungen überdeckt werden können (Minder und Harbauer 2015).

Eine Befragung in Pflegeeinrichtungen in der Schweiz zeigte, dass bei knapp drei von zehn Heimbewohnerinnen und -bewohnern (28 %) gemäss dem Pflegepersonal eine diagnostizierte Depression vorlag (Kaeser 2012). Ein weiteres Drittel zeigt depressive Symptome, ohne dass die Betroffenen eine entsprechende Diagnose erhalten hatten (34 %).

Multimorbidität und Einsamkeit Nebst Depressionen führen z. B. Schlafstörungen sowie körperliche (neu auftretende) Erkrankungen, Schmerzen und Beeinträchtigungen zu Suizidhandlungen im Alter (Stoppe 2011). Zur Multimorbidität kommen Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, Verwitung oder Pflegebelastung hinzu (Stoppe 2012). Nach der Verwitung haben insbesondere Männer ein hohes Suizidrisiko – es ist in der ersten Woche nach der Verwitung am höchsten, bleibt aber auch ein Jahr danach noch deutlich erhöht (Ajdacic-Gross et al. 2008).

Schutzfaktoren Viele ältere und hochaltrige Menschen haben Leiden und Schicksalsschläge erlebt und sind dennoch nicht suizidal. Auch im Alter schützen individuelle und

soziale Ressourcen vor Suizid (z.B. Reden können über Belastungen, Resilienz, Spiritualität, soziale Integration) (Steck et al. in press; Stoppe 2011).

Altersbild der Gesellschaft

Suizidhandlungen sind immer im kulturellen Kontext zu sehen. Im Alter spielt das gesellschaftliche Altersbild eine entscheidende Rolle (Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro 2015). Zentral ist das gesellschaftliche Verständnis von Würde und Autonomie (Rüegger 2013; Minder und Harbauer 2015).

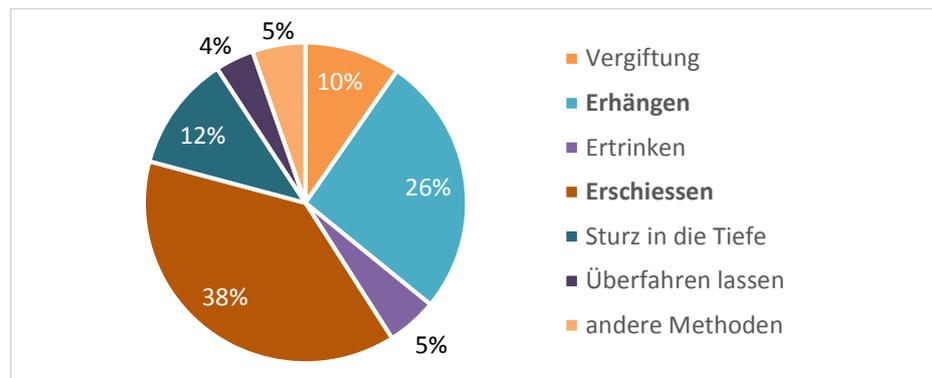
Männer

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 1676 Männer ab 70 Jahren durch Suizid. Davon starben fast vier von zehn Männern durch Erschiessen (38 %) und ein Viertel durch Erhängen (26 %) (Abbildung 14). Die Gruppe der unter bzw. über 85-jährigen Männer unterscheidet sich in einem Punkt: Schienensuizide sind bei hochaltrigen Männern inexistent, dafür nehmen Stürze in die Tiefe um diesen Anteil zu.

14. Suizidmethoden: Männer ab 70 Jahren (2004–2013)

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

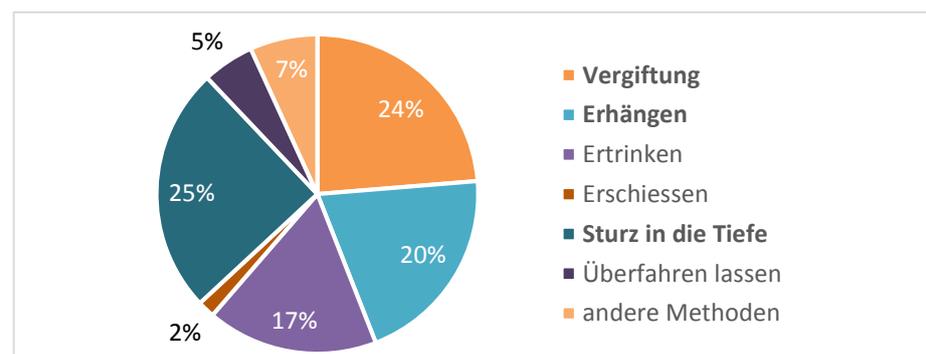
N=168 pro Jahr

Frauen

Im Zeitraum 2004 bis 2013 starben 633 Frauen ab 70 Jahren durch Suizid. Davon starb ein Viertel durch einen Sturz in die Tiefe und ein weiteres Viertel (24 %) durch Vergiften (Abbildung 15). Die Hälfte der Suizide ist somit auf zwei Methoden zurückzuführen. Jede fünfte Frau stirbt durch Erhängen (20 %). Auffallend hoch ist der Anteil an Ertrinkungssuiziden (17 %). In keiner anderen Altersgruppe spielt Ertrinken eine auch nur annähernd so grosse Rolle – und auch nicht bei Männern. Pro Jahr starb hingegen nur eine Frau ab 70 Jahren durch einen Schusswaffensuizid.

Suizide durch Überfahren lassen sind bei Frauen ab 85 Jahren inexistent – analog zu den Männern. Suizide durch Sturz in die Tiefe nehmen um diesen Anteil zu.

15. Suizidmethoden: Frauen ab 70 Jahren (2004–2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=63 pro Jahr

3.5 Männer und Frauen

Zwei Suizide pro Tag von Männern Von 2009 bis 2013 starben in der Schweiz durchschnittlich 769 Männer pro Jahr durch Suizid (vgl. Tabelle 16). Das sind mehr als zwei pro Tag. Frauen sterben deutlich seltener durch Suizid: In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Männer zwischen 70% und 80%. Insgesamt liegt der Männeranteil bei 73%.

16. Suizide – Fokus Männer und Frauen: Durchschnitt 2009–2013 (absolute Zahlen)

Alter	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 +	Total
Suizide total	32	101	110	201	215	165	118	88	21	1 050
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Anteil an Todesfällen Über die ganze Lebensspanne machen Suizide bei Männern 3 % aller Todesfälle aus (Tabelle 4, S.12). Allerdings variiert der Anteil stark nach Alter. Der höchste Anteil findet sich bei Männern im Alter zwischen 20–29 Jahren: jeder dritte Todesfall ist auf einen Suizid zurückzuführen. Bei Frauen in dieser Altersgruppe ist jeder fünfte Todesfall ein Suizid.

Suizidrate In allen Altersgruppen liegt die Suizidrate (Suizide pro 100 000 Einwohner) bei Männern deutlich über derjenigen der Frauen (Abbildung 3, S.12).
Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt die Suizidrate im Verlaufe des Erwachsenenlebens. Im Alter zwischen 60 und 75 Jahren zeigt sich bei beiden Geschlechtern kein weiterer Anstieg. Die Suizidrate bleibt bei Frauen auch im hohen Alter auf demselben Niveau, während sie bei Männern massiv zunimmt (siehe 3.4. ältere und hochaltrige Menschen, S.18).

Suizidversuche Die Rate an Suizidversuchen ist bei Frauen höher als bei Männern (Steffen et al. 2011; Muheim et al. 2013). Während in Bern der Geschlechterunterschied «überraschend gering» war (Steffen et al. 2011, S. 9) war die Rate der Suizidversuche bei Frauen in Basel doppelt so hoch (Muheim et al. 2013). Frauen wenden «weichere» Methoden an, d. h. solche mit einer geringeren Letalität, wie Vergiftung. Dadurch können tödliche Folgen häufiger verhindert werden.

Gesellschaftliches Bild von Männlichkeit Der hohe Anteil von Männern in der Suizidstatistik kann unter anderem auch auf das gesellschaftliche Männerbild von Härte, Erfolg und Leistung zurückgeführt werden (Hollstein 2015).

Methoden mit hoher Letalität Tatsächlich wenden Männer «härtere Methoden» an, d. h. solche mit hoher Letalität. 60 % der Suizide gehen auf Erhängen und Erschiessen zurück.

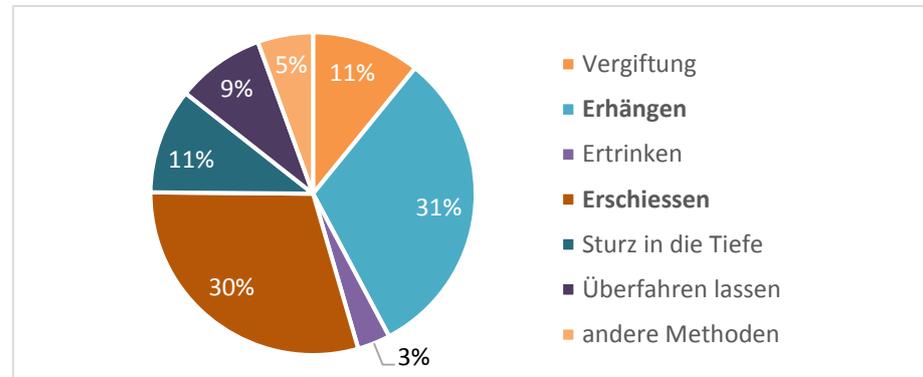
Männer

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 7783 Männer durch Suizid. Davon starben 31 % durch Erhängen, 30 % durch Erschiessen und je 11 % durch einen Sturz in die Tiefe bzw. durch Vergiften (Abbildung 17).

17. Suizidmethoden: Männer (2004–2013)

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



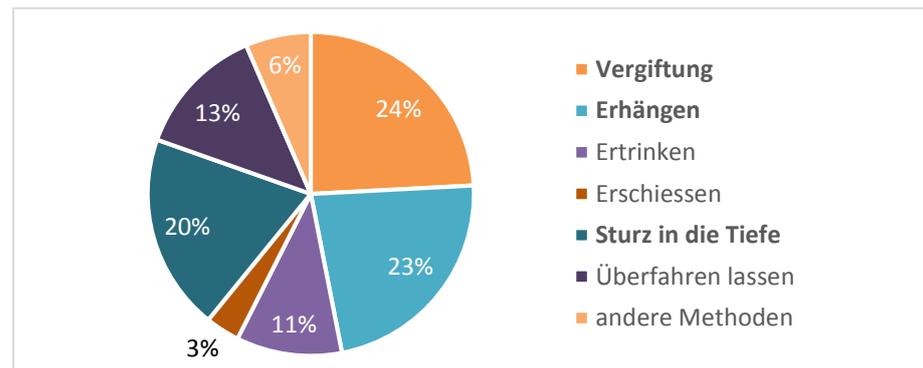
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

N=778 pro Jahr

Frauen

Von 2004 bis 2013 starben insgesamt 2996 Frauen durch Suizid. Davon starben 24 % durch Vergiften, 23 % durch Erhängen, 20 % durch einen Sturz in die Tiefe, 13 % durch Überfahren lassen und 10 % durch Ertrinken (Abbildung 18).

18. Suizidmethoden: Frauen (2004–2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

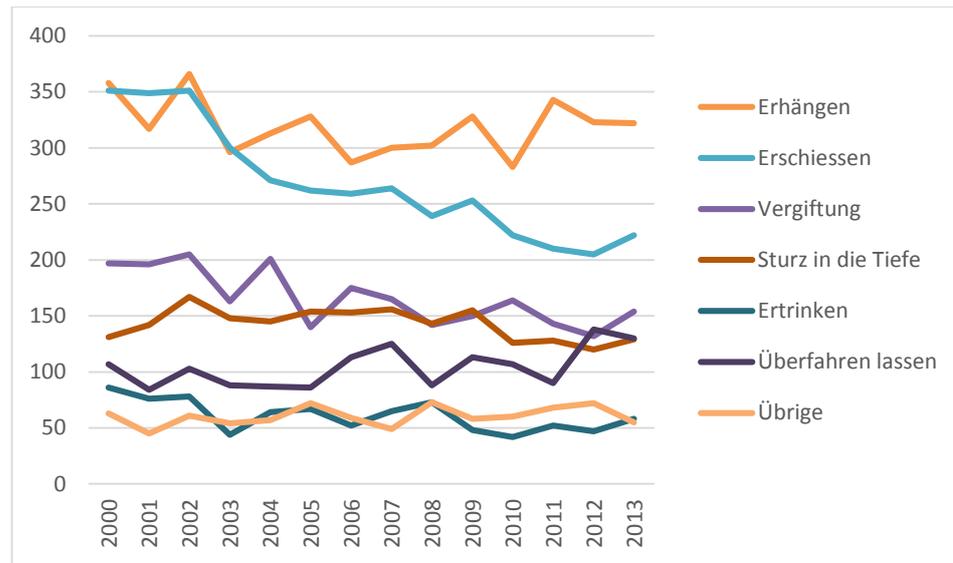
N=300 pro Jahr

3.6 Suizidmethoden

Von 2004 bis 2013 wurden in der Schweiz insgesamt 10 779 Suizide begangen. Im Durchschnitt sind das über 1100 Suizide pro Jahr. Von den 10 779 Suiziden entfielen 29 % auf Erhängen, 22 % auf Erschiessen, 15 % auf Vergiften, 13 % auf Stürze in die Tiefe, 10 % auf Überfahren lassen (primär Schienensuizide), 5 % auf Ertrinken sowie 6 % auf nicht näher bezeichnete Methoden¹⁷.

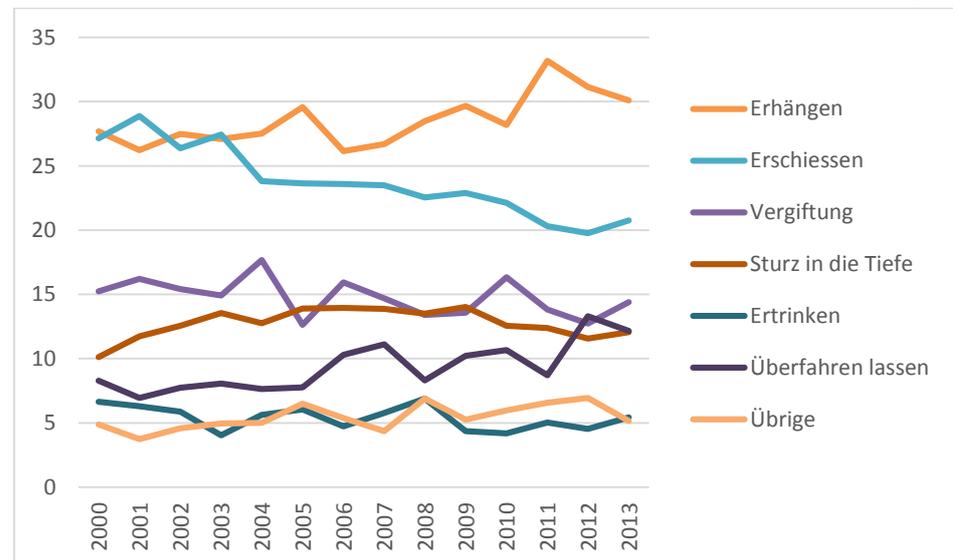
Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der letzten Jahre in absoluten Zahlen, Abbildung 20 in relativen Zahlen (in Prozent).

19. Suizidmethoden 2000–2013 (absolute Zahlen, ohne assistierte Suizide)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

20. Suizidmethoden 2000–2013 (relative Zahlen in Prozent, ohne assistierte Suizide)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

¹⁷ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (Zugriff am 11.01.2016); Auswertungen: BAG

In Bezug auf die Gewichtung der Suizidmethoden zeigt sich keine Verschiebung: Erhängen dominiert nach wie vor deutlich, gefolgt von Erschiessen. Erschiessen ist somit immer noch eine bedeutsame Suizidmethode, auch wenn Erschiessungssuizide sowohl absolut (Abbildung 19) als auch relativ (Abbildung 20) markant abgenommen haben. In den letzten Jahren zeigt sich eine leichte Zunahme bei Suiziden durch Überfahren lassen (sowohl absolut als auch relativ).

Im Folgenden wird vertieft auf jene Suizidmethoden eingegangen, die durch die Einschränkung der Verfügbarkeit beeinflussbar sind. Nicht dazu gehören Erhängen (ausser in Versorgungseinrichtungen wie Gefängnissen), Ertrinken und die unter der Kategorie «übrige» zusammengefasste Methoden (z.B. Schneiden/Stechen).

Erschiessen

Die Schweiz hat eine der höchsten Quoten von Schusswaffensuiziden weltweit (Reisch 2011). Schusswaffensuizide werden praktisch ausschliesslich von Männern begangen. Unter den männlichen Suizidenten sterben 30 % durch Erschiessen.

Für eine gezielte Prävention ist von Interesse, über welche Wege Personen eine Waffe verfügbar wurde – sei es direkt als Besitzer oder indirekt über die Verfügbarkeit z. B. im selben Haushalt. In der Schweiz ist – nebst privaten Motiven von Jägern, Sportschützen oder Sammlern – insbesondere die Dienstpflicht der Männer eine mögliche Quelle für die Verfügbarkeit.

Von 2000 bis 2010 wurde rund ein Drittel aller Schusswaffensuizide in der Schweiz mit einer Waffe verübt, die über die Armee in Umlauf kam (Reisch et al. 2015¹⁸). Vor allem jüngere Männer zwischen 25 und 45 Jahren suizidierten sich mit einer Waffe, deren Herkunft mit der Armee in Verbindung zu bringen ist (Reisch et al. 2015). Dabei handelte es sich sowohl um Armeewaffen als auch um private Waffen, die nach der Dienstpflicht übernommen wurden. Knapp die Hälfte der Suizide im Zeitraum 2000 bis 2010 wurde mit Waffen verübt, die von ihrer Herkunft nicht mit der Armee in Verbindung zu bringen waren. Polizeiwaffen oder andere Dienstwaffen (z.B. des Grenzschatzes) spielten gemäss den Autoren eine untergeordnete Rolle.

Diverse Reformen der letzten Jahre in der Armee- und Waffengesetzgebung haben zur Reduktion der Schusswaffensuizide beigetragen (vgl. 5.2. Bund). 2013 gingen rund 2 500 Armeewaffen nach der Dienstpflicht in privaten Besitz über. Dies sind deutlich weniger als früher¹⁹.

Unter den Schusswaffensuiziden sind Menschen ab 70 Jahren übervertreten. Ihr Anteil an Suiziden liegt unabhängig der Methode bei 22 %. Hingegen machen sie bei Schusswaffensuiziden 30 % aus (Tabelle 21, S. 24).

¹⁸ Die Studie ist auf Suizide beschränkt, die im Zeitraum 2000 bis 2010 in einem rechtsmedizinischen Institut der Schweiz analysiert wurden.

¹⁹ im Jahr 2004 waren es 32 000, im Jahr 2007 rund 7 000. Quelle: <http://www.vbs.admin.ch/internet/vbs/de/home/themen/defence/waffe/dokumente.html> (Zugriff am 11.01.2016)

21. Schusswaffensuizide (Summe 2009–2013)

Alter	0–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre	Total
Männer	114	223	403	326	1066
Frauen	3	17	19	7	46
Summe	117	240	422	333	1112
Prozent*	11 %	22 %	38 %	30 %	100 %

* Zum Vergleich: über alle Suizidmethoden ergibt sich folgende Verteilung nach Altersgruppe: 13 %, 30 %, 36 % und 22 %.

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Vergiften

Bei Selbstintoxikationen mit tödlichem Ausgang werden zu 85 % Medikamente eingenommen und bei Suizidversuchen zu 80 %²⁰ (Suizide: (Reisch et al. 2015)²¹; Suizidversuche: (Tox Info Suisse 2015). Chemikalien sind als suizidale Mittel zwar nicht zu vernachlässigen, aber gegenüber Medikamenten weniger bedeutsam.

Es ist bekannt, dass viele suizidale Personen in den Wochen und Monaten vor ihrer suizidalen Krise medizinische Hilfe suchen. Bei einer späteren Selbstintoxikation in suizidaler Absicht werden häufig die im Rahmen solcher medizinischen Konsultationen verordneten Medikamente (z.B. Antidepressiva) verwendet (Michel et al. 1994). Insbesondere hat aber auch die Verwendung von Analgetika (Schmerzmittel wie z. B. Paracetamol) in suizidaler Absicht einen besonderen Stellenwert, da diese Medikamente in der Apotheke rezeptfrei sowie in grossen Mengen bezogen werden können (Steffen et al. 2011). Bereits relativ geringe Mengen an Paracetamol führen zu schwerwiegenden Komplikationen, die zum Tode führen können.

Bei Vergiftungssuiziden sticht keine Altersgruppe besonders hervor (Tabelle 22). Jedoch sind Frauen unter den Vergiftungssuiziden übervertreten.

22. Vergiftungssuizide nach Alter und Geschlecht: Summe 2009–2013

Alter	0–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre	Total
Männer	48	145	144	72	409
Frauen	27	96	145	66	334
Summe	75	241	289	138	743
Prozent*	10 %	32 %	39 %	19 %	100 %

* Zum Vergleich: über alle Suizidmethoden ergibt sich folgende Verteilung nach Altersgruppe: 13 %, 30 %, 36 % und 22 %.

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Sprung in die Tiefe

Von den sogenannten «harten Methoden» mit hoher Letalität kommen Suizide durch Sprünge in die Tiefe (im Gegensatz zu Suiziden mittels Erhängen oder Schusswaffensuiziden) bei Frauen und Männern ähnlich häufig vor. Menschen, die sich mittels Sprung in die Tiefe suizidieren, leiden im Durchschnitt häufiger an einer Schizophrenie als Menschen, die andere Suizidmethoden anwenden. Weiter sind Sprungsuizidenten signifikant jünger als Suizidenten, welche sich mit einer Schusswaffe suizidieren oder sich erhängen (Reisch et al. 2008).

Menschen, die sich mittels Sprung in die Tiefe suizidieren, neigen dazu, Standorte auszusuchen, die in der Nähe ihres Wohnortes liegen und leicht

²⁰ Bei Suiziden werden am häufigsten die Medikamentengruppen Benzodiazepine, Opiate/Opioide, Trizyklika / Tetracyklika und Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verwendet. Bei Suizidversuchen Paracetamol, Benzodiazepinen (v.a. Lorazepam) und nichtsteroidalen Antirheumatika (v.a. Mefenaminsäure und Ibuprofen).

²¹ Die Studie ist beschränkt auf Suizide, die im Zeitraum 2000 bis 2010 in den rechtsmedizinischen Instituten der Schweiz analysiert wurden.

erreichbar sind (Wohner et al. 2005). Auch die Symbolik eines Standortes (Daigle 2005) sowie die Medienberichterstattung (Stack 2003) scheinen bei der Wahl des Ortes und dessen Attraktivität für einen Suizidsprung eine wichtige Rolle zu spielen.

Unter den Menschen, die durch einen Sprungsuizid sterben sind Menschen über 70 Jahre leicht übervertreten: Sie machen 22 % aller Suizidenten aus, bei dieser Suizidmethode hingegen 26 % (Tabelle 23).

23. Suizide durch Sprung in die Tiefe (Summe 2009–2013)

Alter	0–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre	Total
Männer	68	118	111	97	394
Frauen	19	73	99	73	264
Summe	87	191	210	170	658
Prozent*	13 %	29 %	32 %	26 %	100 %

* Zum Vergleich: über alle Suizidmethoden ergibt sich folgende Verteilung nach Altersgruppe: 13 %, 30 %, 36 % und 22 %.

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Überfahren
lassen durch Zug

Überfahren lassen (primär durch Zug) ist in der Schweiz die fünfthäufigste Suizidmethode. Allerdings variiert die Relevanz nach Alter und Geschlecht. Unter 20 Jahren ist es sowohl bei Mädchen als auch bei Knaben die häufigste Suizidmethode. Ältere und hochbetagte Menschen sterben hingegen nur selten durch Überfahren lassen.

Insgesamt sind aber fast zwei Drittel der durch Schienensuizid verstorbenen zwischen 30 und 69 Jahren – trotz einer Übervertretung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Tabelle 24).

24. Schienensuizide (Summe 2009–2013)

Alter	0–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre	Total
Männer	118	119	118	35	390
Frauen	50	60	62	16	188
Summe	168	179	180	51	578
Prozent*	29 %	31 %	31 %	9 %	100 %

* Zum Vergleich: über alle Suizidmethoden ergibt sich folgende Verteilung nach Altersgruppe: 13 %, 30 %, 36 % und 22 %.

Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

Von 2012 und 2013 zeigt sich in der Todesursachenstatistik des BFS eine gewisse Zunahme der Schienensuizide (Abb. 19 und 20, S. 22). Dies bestätigt die Statistik zu Suiziden des Bundesamtes für Verkehr (Tabelle 25).

25. Getötete und Schwerverletzte in suizidaler Absicht bei Eisenbahnen und Zahnradbahnen (2010–2014)

Getötete					Schwerverletzte				
2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
126	103	140	140	151	14	14	18	16	9

Quelle: Bundesamt für Verkehr²².

²² http://www.bav.admin.ch/Dokumentation/Fachinformation/Berichte/Sicherheit/Sicherheitsbericht_2014 (Zugriff am 11.01.2016)

3.7 Fazit

Häufigkeit	In der Schweiz sterben pro Jahr rund 1000 Menschen durch Suizid und rund 10 000 Suizidversuche werden medizinisch versorgt.
Personengruppen	<p>Die Datenlage zeigt, dass suizidale Handlungen in der Schweiz in allen Altersgruppen, bei Männern und Frauen sowie in allen sozioökonomischen Schichten vorkommen. Weil Suizidalität jede und jeden treffen kann, sind Massnahmen der universellen Suizidprävention wichtig.</p> <p>Es zeigt sich aber auch, dass bestimmte Personengruppen ein überdurchschnittliches Suizidrisiko haben: z. B. hochaltrige Männer, Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind oder homosexuelle Jugendliche. Für sie sind Massnahmen der selektiven Suizidprävention wichtig.</p>
Suizidmethoden	Rund 20 % der Suizide erfolgen durch den Einsatz von Schusswaffen – fast ausschliesslich durch Männer. Rund 15 % der Suizididenten sterben durch Vergiftungen, meist durch Medikamente. Unter den Frauen, die durch Suizid sterben, sind Vergiftungen verbreiteter als unter Männern. Knapp 15 % der Suizidenten sterben durch einen Sprung in die Tiefe und rund 10 % durch Überfahren lassen (meist Schienensuizide). Unter den Jugendlichen ist der Schienensuizid die häufigste Methode.
Prävention	Für die erwähnten Suizidmethoden gibt es bewährte Präventionsmassnahmen. Diese setzen bei der Reduktion der Verfügbarkeit an. Knapp 30 % der Suizidenten in der Schweiz sterben aber durch Erhängen, wofür es im öffentlichen Raum kaum Möglichkeiten gibt die Verfügbarkeit einzuschränken. Rund 5 % sterben durch Ertrinken. Auch Ertrinkungssuizide lassen sich kaum durch das Einschränken der Verfügbarkeit reduzieren.

4. Suizidales Verhalten und Einflussfaktoren

4.1 Suizidales Verhalten

Psychiatrische
Erkrankungen
und
psychosoziale
Krisen

Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass bei rund 90 % der Suizidenten Symptome einer psychiatrischen Diagnose vorlagen (World Health Organization WHO 2014). Dabei dominieren affektive Störungen (primär Depression), gefolgt von Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie (Gysin-Maillart und Michel 2013). Manche Menschen in akuten suizidalen Krisen – darunter viele junge Menschen – leiden aber nicht an einer psychiatrischen Erkrankung, sondern durchlaufen eine psychosoziale Belastungskrise (Gysin-Maillart und Michel 2013).

Die Mehrheit psychisch Kranker (oder der Menschen in psychosozialen Krisen) sterben jedoch nicht durch Suizid. Das Risiko durch Suizid zu sterben liegt z. B. bei Menschen mit affektiven Störungen bei 4 %, bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit bei 7 %, bei Menschen mit bipolaren Störungen bei 8%, bei Menschen mit Schizophrenie bei 5 % (World Health Organization WHO 2014, S. 40). Eine psychiatrische Krankheit oder eine psychische Belastungssituation entwickelt sich erst durch zusätzliche Faktoren zu einer suizidalen Krise. Ein Suizid(versuch) ist in erster Linie eine Handlung, keine Krankheit (Reisch 2012).

Auslöser von
suizidalen Krisen

Auslöser für Suizidalität sind oftmals traumatisierende Situationen oder Veränderungskrisen (z.B. Gewalt, Partnerverlust, Identitätskrisen, Kränkungen). Bei manchen Menschen entstehen suizidale Gedanken schnell und heftig – bilden sich aber auch wieder relativ schnell zurück. Hier droht die Gefahr eines Affektsuizides, insbesondere bei impulsiven Menschen. Bei Anderen steigt der Leidensdruck langsam, aber kontinuierlich bis zu einem kritischen Schwellenwert und wieder Andere leben konstant mit einem hohen Suizidrisiko (Ajdacic-Gross 2015).

Psychischer
Ausnahme-
zustand

Suizidale Handlungen können vereinfacht in sechs Phasen beschrieben werden (Reisch 2012):

1. Präsuizidale Phase: Auf der Basis einer klinischen oder subklinischen Störung, am häufigsten der depressiven Symptomatik, besteht zwischenzeitlich eine erhöhte Vulnerabilität.
2. Mental-Pain-Phase: Externe oder interne Auslöser (z.B. Arbeitsverlust, Kränkung) verschärfen die Situation, es kommt zu einer subjektiv unerträglichen Situation. Es gibt nur noch den Fokus: Wie kann ich dieses Leiden beenden? Alles andere hat im Erleben keinen Platz mehr. Das rationale Denken ist nur erschwert möglich.
3. Erste Suizidhandlungsphase: Die vermeintliche Lösung (ein Suizid) ist gefunden, das Problem subjektiv gelöst und der mentale Schmerz steht daher nicht mehr im Vordergrund. Der suizidale Mensch wird entspannter.
4. Finale Ambivalenzphase: Unmittelbar vor der suizidalen Handlung halten viele Menschen nochmals inne. Sie lassen Züge durchfahren oder bleiben am Geländer stehen.
5. Finale Handlungsphase: Der suizidale Mensch führt die Handlung aus, die potenziell zum Tode führt.
6. Aufwachen: Überlebende erwachen aus ihrem tranceähnlichen Zustand. Die allermeisten bereuen ihre Suizidhandlung.

Auf der Schwelle zwischen Suizidgedanken/-plänen und deren tatsächlicher Umsetzung ist eine fehlende Impulskontrolle oft das Zünglein an der Waage.

4.2 Einflussfaktoren

Die Faktoren, die Individuen einem erhöhten Suizid- und Suizidversuchsrisiko aussetzen, sind komplex und interagieren miteinander. Suizide und Suizidversuche stellen nur selten von langer Hand vorbereitete Handlungen dar, denen ein freier Willensentscheid zugrunde liegt (Bilanzsuizid). In der Mehrzahl der Fälle entspringt die suizidale Handlung einer krisenhaften Situation und ist das Resultat einer Verkettung von vielen Faktoren. Dies erklärt einerseits die Schwierigkeiten einer zuverlässigen Vorhersage von Suiziden und Suizidversuchen. Andererseits eröffnet das durch zahlreiche Faktoren beeinflusste Verhalten Chancen für die Prävention, weil auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden kann.

Komplexe Wechselwirkung	Nebst demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht wird das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs durch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren beeinflusst. Oft kann ein Zusammenhang hergestellt werden, ohne dass aber von einer eigentlichen Ursache-Wirkungs-Beziehung gesprochen werden kann.
Risikofaktoren	Die WHO führt über die Bandbreite von individuellen zu umgebungsbedingten Faktoren folgende Risikofaktoren auf (World Health Organization WHO 2014): frühere Suizidversuche, psychische Erkrankungen, Alkoholsucht, finanzielle Schwierigkeiten oder Arbeitslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, chronische Schmerzen, Suizide in der Familie, genetische und biologische Faktoren, Beziehungskonflikte, Beziehungsverlust, Einsamkeitsgefühle und fehlende soziale Unterstützung, traumatische Erfahrungen oder Misshandlung, Diskriminierung, stressreiche Migrationserfahrungen, Naturkatastrophen und Kriege, gesellschaftliche Stigmatisierung von Hilfe-aufsuchendem-Verhalten, unsensible Medienberichterstattung, Verfügbarkeit von tödlichen Mitteln und Methoden, Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.
Schutzfaktoren	Die WHO führt als schützende Einflussfaktoren starke soziale Beziehungen, religiöse oder spirituelle Überzeugungen und positive Copingstrategien / Resilienz ²³ auf (World Health Organization WHO 2014). Insgesamt kann festgehalten werden, dass eine gute psychische Gesundheit – bedingt durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Ressourcen – als Schutzfaktor wirkt (Bürli et al. 2015).
Verhältnis- und Verhaltensprävention	Das Wissen um diese Risiko- und Schutzfaktoren öffnet Möglichkeiten für die Prävention. Suizidprävention setzt sowohl bei gesellschaftlichen Rahmenbedingungen an (Verhältnisprävention) als auch beim Individuum (Verhaltensprävention).
Recovery	Nicht jede psychische Erschütterung und nicht jede suizidale Krise ist durch Prävention vermeidbar. Manche Menschen leiden über Jahre oder Jahrzehnte psychisch und sind wiederholt suizidal. Die Erkenntnis hat sich aber durchgesetzt, dass Recovery (Genesung) auch nach einem langen Leidensweg möglich ist. Das Erfahrungswissen von psychisch erschütterten und wieder gesunden Menschen ist in der Suizidprävention zu berücksichtigen.

²³ Als «Resilienz» wird die psychische und physische Stärke bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit oder den Verlust von nahe stehenden Menschen ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Wesentliche Faktoren, welche die Resilienz begünstigen, sind das soziale und wirtschaftliche Umfeld des Betroffenen, seine biologische Vitalität und seine mehr oder weniger lösungsorientierte Einstellung zu Problemen (Richardson und Waite 2002).

Exkurs**Migrantinnen und Migranten in psychischer Not**

Das Verlegen des Wohnsitzes oder des Aufenthaltsorts in die Schweiz kann – insbesondere wenn dies unfreiwillig erfolgt – zu hohem psychischem Stress führen (Nosetti und Jossen 2012; Küchenhoff 2013). Traumatisierende Erfahrungen im Herkunftsland, aber auch Entwurzelung, Statusverlust, die ungewisse Zukunft oder ökonomische Schwierigkeiten in der Schweiz belasten die Betroffenen (Nosetti und Jossen 2012).

Exemplarische Studien zu Immigrantinnen aus der Türkei weisen auf eine erhöhte Suizidversuchsrate hin: Junge türkische Migrantinnen im Kanton Basel-Stadt haben gegenüber jungen Schweizerinnen eine drei Mal höhere Suizidversuchsrate (Brückner et al. 2011). Immigrantinnen der Türkei der 2. Generation sind bezüglich suizidalen Handlungen besonders gefährdet (Yilmaz und Riecher-Rössler 2008). Gewalt in der Partnerschaft oder der Familie sind häufig Auslöser für Suizidversuche (Brückner et al. 2011; Yilmaz und Riecher-Rössler 2008).

Soziale Unterstützung ist ein wichtiger Faktor für den Gesundheitszustand – bei der Migrationsbevölkerung noch ausgeprägter als bei der einheimischen Bevölkerung (Bundesamt für Gesundheit 2012). Aber gerade Migrantinnen und Migranten fühlen sich häufiger einsam als Schweizerinnen und Schweizer: Während sich ein Drittel der Schweizerinnen und Schweizer einsam fühlen, sind es bei Personen aus EU27- und EFTA-Staaten sowie aus anderen europäischen Ländern rund 45 %. Personen aus aussereuropäischen Ländern fühlen sich zu 62 % einsam²⁴.

Besonders schwierig ist die Situation für Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Nosetti und Jossen 2012) und für unbegleitete asylsuchende Kinder und Jugendliche (UN-Kinderrechtskonvention²⁵). Laut einer Schweizer Studie litten 41 % der zufällig ausgewählten Asylsuchenden unter einer psychischen Störung, vor allem unter schweren Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (Maier et al. 2010). Oftmals lag eine psychiatrische Komorbidität vor. Die Asylsuchenden suchten doppelt so oft medizinische Dienste auf als die Schweizer Bevölkerung im Durchschnitt und verursachten höhere Gesundheitskosten. Aber sie erhielten selten eine spezifische Behandlung für ihre psychischen Probleme.

In der Schweiz bestehen diverse migrationsspezifische und transkulturell ausgerichtete Gesundheitsangebote: z. B. die Therapie- und Beratungsstellen *Appartenances* in Lausanne, Vevey und Yverdon, das *Centre de Santé Migrants* des Universitätsspitals Genf oder die *Sprechstunde für Migrantinnen und Migranten* der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. Für extreme Gewalterfahrungen gibt es in der Schweiz fünf Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer, die gemeinsam den Verbund «Support for Torture Victims» bilden.

²⁴ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.Document.165614.xls> (Zugriff am 11.01.2016)

²⁵ <http://www.bsv.admin.ch/Themen/Kinder-undJugendfragen/Kinderrechte> (Zugriff am 11.01.2016)

5. Suizidprävention in der Schweiz: Akteure und Aktivitäten

5.1 Einleitung

Akteure der Suizidprävention

Der Bund hat bei seinen Tätigkeiten im Bereich der Suizidprävention den verfassungsrechtlichen Kontext zu berücksichtigen. Der Handlungsspielraum für die Prävention von Suiziden ist beschränkt (Tschannen und Buchli 2004). Insgesamt ist der Bund bisher erst in wenigen Teilbereichen der Suizidprävention direkt aktiv geworden. Eine zentrale Aufgabe des Bundes ist das Generieren statistischer Daten – auch solche zu Suiziden.

Die Suizidprävention ist primär Aufgabe der Kantone. Die Suizidraten variieren zwischen den Kantonen²⁶, wobei die Gründe hierfür kaum bekannt sind. Auch das Engagement für die Suizidprävention ist in den Kantonen unterschiedlich.

Ein grosser Teil der expliziten Suizidprävention in der Schweiz wird von Nichtregierungsorganisationen übernommen.

Im Folgenden wird die Suizidprävention in der Schweiz in einem groben Überblick dargestellt.

5.2 Bund

Engagement des Bundes

Suizidprävention ist eine departements- und ämterübergreifende Aufgabe. Der Bund ist eher indirekt in der Suizidprävention tätig, betreibt Suizidprävention aber punktuell auch direkt.

Einen massgeblichen Einfluss auf die Suizidrate haben Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit. Hierbei sind insbesondere das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) engagiert. Die Suizidprävention wird eng zu koordinieren sein mit diesen Aktivitäten bzw. laufenden parlamentarischen Aufträgen. Einige Beispiele hierzu sind:

- das Projekt «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder» (2015)²⁷,
- die Postulate 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»²⁸, 10.3255 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz»²⁹, 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken»³⁰ bzw. der IV-Weiterentwicklung,
- die Nationale Strategie Sucht,
- das Netzwerk bildung + gesundheit,
- die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie),
- die UN-Kinderrechtskonvention

Auch das Staatssekretariat für Wirtschaft (seco) oder das Staatssekretariat für Migration (SEM) können durch ihre Politik zur Reduktion von Suiziden beitragen. Das Bundesamt für Strassen (ASTRA) hat eine Baurichtlinie für

²⁶ <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid> (Zugriff am 11.01.2016)

²⁷ http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/psychische_Gesundheit/psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz (Zugriff am 11.01.2016)

²⁸ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20133370 (Zugriff am 11.01.2016)

²⁹ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20103255 (Zugriff am 11.01.2016)

³⁰ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20143191 (Zugriff am 11.01.2016)

Suizidprävention an Brücken erlassen³¹. Das Bundesamt für Statistik (BFS) sammelt mit der Todesursachenstatistik grundlegende Daten zu Suiziden. Das Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) hat durch Armee Reformen zur Reduktion von Schusswaffensuiziden beigetragen. Das Bundesamt für Verkehr (BAV) unterstützt Verkehrsbetriebe- und -unternehmen bei der Wahrnehmung ihrer Sicherheitsverantwortung.

Für eine reduzierte Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden spielen insbesondere das Militär- und Waffengesetz sowie das Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetz eine wichtige Rolle.

Militär- und Waffengesetz

In den letzten 10 Jahren haben diverse Gesetzesänderungen die Verfügbarkeit von Schusswaffen in der Bevölkerung reduziert. Diese Vorhaben wurden zwar nicht als Suizidprävention lanciert (Haas und Schibli 2015). Es konnte aber gezeigt werden, dass die reduzierte Verfügbarkeit an Waffen mit einer Reduktion des Anteils von Schusswaffensuiziden einherging. Nur ein geringer Anteil (22 % der Fälle) wurde durch Zunahmen bei anderen Methoden kompensiert (Reisch et al. 2013).

Wichtige Gesetzesänderungen waren 2004 die Reduktion des maximalen Dienstalters, wodurch die Zahl der zu Hause gelagerten Ordonnanzwaffen aktiver Armeeangehöriger stark zurückging. Auch wurde damals die Übernahme der Armeewaffe in den Privatbesitz deutlich erschwert und seit 2008 das Zurückgeben überzähliger Waffen erleichtert (gebührenfrei und jederzeit bei der Polizei). Seit 2010 ist ausserdem zum Erwerb einer Armeewaffe nach absolviertem Militärdienst ein Waffenerwerbsschein erforderlich³². Wichtig sind auch die bereits erfolgten und noch laufenden Bestrebungen des Bundes den Informationsaustausch zwischen den Instanzen, die Gesuche zum (Neu-)Erwerb von Waffen kontrollieren, zu verbessern (z.B. zwischen Bund und Kantonen, aber auch zwischen zivilen und militärischen Behörden).

In der Schweiz erhalten Personen nach Suizidversuchen mit Waffen ihre Waffe grundsätzlich nicht mehr zurück. Sollte die Person die Rückgabe der Waffe fordern, verlangt die Polizei in der Regel ein psychiatrisches Waffengutachten, das bestätigt, dass bei der Person weder eine Dritt- noch eine Selbstgefährdung bestehen.

Exkurs

Erweiterter Suizid

Jedes zweite Tötungsdelikt (vollendet und unvollendet) wird im Rahmen häuslicher Gewalt verübt (Bundesamt für Statistik 2006). Dabei werden oft Stichwaffen (35 %) und Schusswaffen (30 %) verwendet. Bei (Mehrfach-)Tötungen mit anschliessendem Suizid (erweiterter Suizid) werden vor allem Schusswaffen verwendet (Grabherr et al. 2010). Auch ein Amoklauf mit anschliessendem Suizid stellt eine Form des erweiterten Suizids dar. Die Verfügbarkeit von Schusswaffen spielt beim erweiterten Suizid eine entscheidende Rolle, da das Vorhandensein von Schusswaffen das Töten von mehreren Personen und den anschliessenden Suizid erheblich erleichtert. So werden in 9 von 10 Fällen von Mehrfachtötungen und anschliessendem Suizid durch Schweizer eine Schusswaffe verwendet (Eidgenössisches Büro für die

³¹ Diese Richtlinien orientierten sich an den Ergebnissen der ersten Schweizer Brückenstudie (Reisch et al. 2006). Im Rahmen der zweiten Brückenstudie wurde eine Anpassung der Richtlinien angeregt, die im Gegensatz zu der aktuell gültigen Richtlinie auch die Kriterien «Nähe zur Psychiatrie» sowie «Situation bei Neubau einer Brücke» einbeziehen sollten (Reisch 2014; Reisch et al. 2014).

³² Dies führte zu einem massiven Rückgang von ehemaligen Armeewaffen, die in den privaten Besitz übergegangen sind. Im Jahre 2013 wurden so nur noch knapp 2 500 ehemalige Armeewaffen erworben. Zum Vergleich: Im Jahr 2004 waren es 32 000, im Jahr 2007 rund 7 000. Quelle: <http://www.vbs.admin.ch/internet/vbs/de/home/themen/defence/waffe/dokumente.html> (Zugriff am 11.01.2016)

	Gleichstellung von Frau und Mann. 2012; Killias et al. 2006; Markwalder und Killias).
Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetz	Die Verschreibungspraxis, die Rezeptpflicht, die Verpackungsgrössen sowie die Verkaufs- und Beratungspraxis in den Apotheken haben potenziell einen Einfluss auf die Anzahl Suizide bzw. Suizidversuche mit Arzneimitteln. Im Rahmen der Revision des Heilmittelverordnungspakets IV wird geprüft, inwiefern die Anliegen der Suizidprävention verstärkt berücksichtigt werden können. Die Arbeiten beginnen im Jahr 2016. Die Anliegen der Suizidprävention müssen stets sorgfältig mit anderen Public-Health-Aspekten abgewogen werden. Beispielsweise muss bei einer Verschärfung des Zugangs zu einem Arzneimittel, das häufig bei Suiziden eingesetzt wird, geprüft werden, welche möglicherweise negativen gesundheitlichen Folgen dies mit sich bringen kann.
Bundesstatistikgesetz	Für Suizide ist insbesondere die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) wichtig. Sie verfügt aber nur über rudimentäre Informationen, so werden die Suizidmethoden z. B. nur auf einem aggregierten Niveau erfasst und Informationen zum Sterbeort fehlen. Gesamtschweizerische Routinedaten zu Suizidversuchen liegen nicht vor. Von 2004 bis 2010 wurden Suizidversuche in der Agglomeration Bern und zwischen 2003 und 2006 in Basel gemäss der Methode der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour erfasst (Bern: Steffen et al. 2011; Basel: Muheim et al. 2013).
Exkurs	Gesamtschweizerische Routinedaten zu Suiziden liefert insbesondere die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS).
Quantitative Datenquellen	Weitere (potenzielle) Quellen für gesamtschweizerische Informationen zu Suiziden, Suizidversuchen, Suizidalität oder Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. psychische Gesundheit, Vereinsamung, Gesundheitsversorgung) sind ³³ : <ul style="list-style-type: none"> • die Rechtsmedizinischen Institute, • die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, • die Krankenhausstatistik, • das Tox-Info, • das Sentinella Meldesystem, • die Polizeiliche Kriminalstatistik, • die Statistik des Freiheitsentzugs, • die Schweizerische Gesundheitsbefragung, • das Schweizerische Haushalts-Panel, • die Eidgenössischen Jugendbefragungen (ch-x) • die Swiss National Cohort (in Verknüpfung z. B. mit der Todesursachenstatistik).
Qualitative Datenquellen	Manche Fragen zu Suizidalität und Suizidprävention lassen sich nicht alleine über quantitative Daten klären. Ergänzend sind qualitative Studien wichtig. Das Erfahrungswissen von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen sind wichtige Quellen für qualitative Studien.
Evidenzbasierte Interventionen und Prüfung der Wirksamkeit	Solide Daten sind für evidenzbasierte Interventionen der Suizidprävention eine unabdingbare Voraussetzung. Monitoring und Forschung ermöglichen die Wirkungsanalyse der Interventionen.

³³ Zudem liefern auch einmalige, gesamtschweizerische Erhebungen Informationen: z. B. die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI, 2008/09).

5.3 Kantone und Gemeinden

Engagement der Kantone - Überblick

Fast alle Kantone haben in den letzten Jahren unter Einbezug von Gemeinden Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit entwickelt. Ein Überblick zu den Aktivitäten der Kantone im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit (z.B. Unterstützung Bündnis gegen Depression) ist dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» zu entnehmen (Bürli et al. 2015, S. 29).

Den Gemeinden kommt eine grosse Bedeutung zu, da sie über ihre Strukturen (u.a. Schulen, Heime, Beratungsstellen) und Verantwortungsbereiche (u.a. im Sozialwesen) den Zugang zu Zielgruppen ermöglichen und bei der Umsetzung von Massnahmen eine aktive Rolle spielen.

Eine Befragung³⁴ bei den Kantonen zur expliziten Suizidprävention (über die Förderung der psychischen Gesundheit hinausgehend) zeigt (Stand April 2015), dass nur wenige Kantone Aktivitäten zur Suizidprävention in einem expliziten Programm lanciert haben (VD, VS und ZG). Im September 2015 startete auch der Kanton Zürich mit einem expliziten direktionsübergreifenden Suizidpräventionsprogramm.

Auch wenn offenbar nur wenige Kantone ihre Aktivitäten für die Suizidprävention in einem koordinierten Programm einbetten, so verfügen doch viele Kantone punktuell über Aktivitäten zur Suizidprävention – sei es, indem der Kanton sie selber initiiert oder sei es, indem nicht-kantonale Akteure diese initiieren (und der Kanton sie zum Teil finanziell unterstützt).

Datenerfassung der Kantone

Einige Kantone haben begonnen eigene Daten zu Suiziden und Suizidversuchen zu erfassen (zusammen mit Polizei, Rechtsmedizinischen Instituten und Staatsanwaltschaft), da die Datenlage des Bundes (BFS) als ungenügend erachtet wird. Zum Teil wurden Arbeiten zur Erfassung von Suizidversuchen sistiert – in der Hoffnung der Aktionsplan Suizidprävention bringe eine gesamtschweizerische Lösung.

Medizinische Versorgung

Die Kantone sind für das Sicherstellen der medizinischen Versorgung zuständig. Im Rahmen der Suizidprävention ist hierbei grundsätzlich eine quantitativ und qualitativ gute Versorgung für psychisch Kranke, inkl. Suchtkranke wichtig. Ein besonderes Augenmerk ist auf Personen nach Suizidversuchen zu richten. Auch Hinterbliebene oder Berufsgruppen, die bei Suiziden stark involviert sind, sind adäquat zu betreuen und zu behandeln.

In der somatischen Versorgung gilt es psychische Erkrankungen, psychosoziale oder suizidale Krisen oder gar suizidale Handlungen frühzeitig zu erkennen. Ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte, sowie das Gesundheitspersonal in Spitälern und Heimen haben diesbezüglich eine wichtige Früherkennungs- und Triagefunktion.

Besonders herausfordernd ist die Früherkennung und Triage bei Migrantinnen und Migranten, einerseits aufgrund von Sprachbarrieren, andererseits, weil sich Krisen oftmals anders äussern als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Früherkennung, Betreuung und Behandlung von Menschen in psychischer Not benötigt spezifisches Fachwissen. Ebenso wichtig ist aber die innere Haltung des Personals. Psychisch erschütterte Menschen brauchen viel Empathie.

³⁴ Durch das Netzwerk Psychische Gesundheit im Frühjahr 2015. Rückmeldungen von 25 Kantonen, ergänzt durch Recherchen vom Netzwerk Psychische Gesundheit zur Abrundung des Bildes.

Ambulante und stationäre (sozial-)psychiatrische Versorgungseinrichtungen bestehen praktisch in allen Kantonen. Wichtig für die Suizidprävention sind insbesondere Angebote, die während sieben Tagen pro Woche 24 Stunden erreichbar sind. Solche Angebote zur Krisenintervention stehen nicht überall zur Verfügung. Teilweise existieren Versorgungsschwierigkeiten (z.B. ungenügende Sprachkenntnisse seitens des Fachpersonals, Zugangsbarrieren oder Wartefristen – insbesondere auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Haemmerle 2007). Betroffene berichten, dass sie sich bei Suizidalität nicht in Zentren für Krisenintervention melden, weil sie beim Äussern ihrer suizidalen Gedanken in eine Einrichtung für stationäre Aufenthalte überwiesen würden – was sie aber nicht wollen. Intermediäre Angebote werden von psychisch erschütterte Menschen geschätzt, die mehr als eine ambulante Betreuung brauchen (z.B. mehr als alle zwei Wochen ein Gespräch bei ihrer Psychotherapeutin), aber keinen (oftmals wiederholten) stationären Aufenthalt wünschen. Mehr intermediäre Angebote wie z. B. auch mobile, aufsuchende Dienste, sind ein wichtiger Schritt der künftigen psychiatrischen Versorgung³⁵.

Exkurs

Suizide während stationärem Psychiatrieaufenthalt

2011 nahmen sich in der Schweiz 43 Patientinnen und Patienten während eines Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik das Leben. Die Zahl der Suizide in psychiatrischen Kliniken blieb während der letzten 10 Jahre ziemlich konstant³⁶.

Das Suizidrisiko von Patientinnen und Patienten während einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist gegenüber dem Risiko in der Allgemeinbevölkerung etwa um das 50-fache erhöht (Ajdacic-Gross et al. 2009). Die meisten Suizide erfolgen ausserhalb der Klinik am Wochenende, nachdem das Suizidrisiko evaluiert und ausgeschlossen worden ist. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit einer zuverlässigen Einschätzung der Suizidalität – auch für Fachpersonen (Ajdacic-Gross 2015).

Im Projekt «Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (massgeblich durch die FMH finanziert) wird zurzeit (2015) zusammen mit Expertinnen und Experten ein Aktionsplan erarbeitet³⁷. Suizidprävention nimmt darin einen hohen Stellenwert ein (Mascherek 2015).

Suizidprävention in Gemeinden

Es ist unklar wie die Beratungsstellen in den Gemeinden für die Suizidprävention sensibilisiert sind. Für die Suizidprävention in den Gemeinden prädestiniert sind z. B. Jugend- oder Suchtfachstellen oder Sozialdienste. Insgesamt sind zu wenig Anlaufstellen für ältere Menschen, homo-, bi- und transsexuelle Jugendliche, Migrantinnen und Migranten sowie für Männer vorhanden. Zentral ist, dass die Angebote in den Gemeinden in Bezug auf Struktur und Dienstleistung niederschwellig sind, damit diese auch wirklich genutzt werden³⁸. Beratungsdienste sollten mit Hotlines und der (sozial-)psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten.

³⁵ Vgl. «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz». Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). (in press)

³⁶ http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/psychiatrie/leistungen/austritt/ (Zugriff am 11.01.2016)

³⁷ <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Identifikation-von-Risiken/Patientensicherheit-in-der-psychiatrischen-Versorgung.html>

³⁸ Eine Struktur oder Dienstleistung mit niedrighschwelligem Zugang kann leicht in Anspruch genommen werden. Sie muss sowohl physische Zugänglichkeit (geografisch und organisatorisch) gewähren als auch finanziell erschwinglich sein. Ausserdem muss sie als zumutbar wahrgenommen werden, d.h. sie muss bei Bedarf Anonymität gewährleisten sowie wirksam und frei von sozialen oder kulturellen Hürden sein (wie Sprache, Alter, Geschlecht, Religion oder ethnische Zugehörigkeit)

Quelle: <http://www.bag.admin.ch/glossar/index.html?action=id&id=501&lang=de> (Zugriff am 11.01.2016)

Suizidprävention in Ausbildungsstätten

In der obligatorischen Schulzeit sind Suizide selten. In der Schweiz existieren relativ viele Angebote im Bereich des Krisenmanagements für die obligatorische Schule. Diese legen den Fokus auf Interventionen bei sichtbaren, akuten Krisen. Unterschiedliche Verbreitung finden hingegen Ansätze der Früherkennung und Frühintervention (F+F³⁹). F+F wird im Bereich Sucht- und Gewaltprävention gefördert und bietet eine gute Andockmöglichkeit für die Suizidprävention.

Auch wenn Suizide in der obligatorischen Schulzeit selten sind, hat diese Lebensphase für die Suizidprävention eine wichtige Bedeutung: Im Kinder- und Jugendalter werden wichtige Grundsteine für eine spätere psychische Unversehrtheit gelegt. Die Schule ist ein wichtiges Setting um Kinder und Jugendliche zu stärken und ihre psychische Gesundheit zu fördern.

Auf Stufe der Berufs- und Tertiärbildung sind Suizide häufiger und dadurch nimmt die Bedeutung von spezifischen Suizidpräventionsmassnahmen zu. In der Schweiz bestehen in der Berufs- und Tertiärbildung jedoch erst punktuell entsprechende Projekte⁴⁰.

Exkurs

Suizide während Freiheitsentzug

Die Statistik des Freiheitsentzugs weist für die Jahre 2003 bis 2013 85 Suizide aus (Bundesamt für Statistik 2015a). Dies sind durchschnittlich knapp 8 Fälle pro Jahr. Die Schwankungen sind aber gross: zwischen 2 (2013) und 14 Fällen (2006). Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind Aussagen über eine Entwicklung schwierig.

Von den 85 Suiziden ereigneten sich 51 in Untersuchungshaft, 26 im Strafvollzug (inkl. vorzeitiger Strafvollzug) und 8 in anderer Haftart (z.B. Ausschaffungshaft). Die Fallzahlen in der Untersuchungshaft sind gemessen an den Inhaftierten überdurchschnittlich hoch.

Zusätzliche Daten zu Suizidenten in Gefängnissen liefern Daten der Rechtsmedizinischen Institute. Von 2000-2010 untersuchten die Rechtsmedizinischen Institute 50 Gefängnissuizide (Gauthier et al. 2015). Davon waren 98 % Männer (eine Frau starb durch Suizid). Von den Suizidenten war ein Drittel Schweizer. Knapp zwei Drittel hatten eine reguläre Berufsanstellung. Bei 61 % wurden als Grund für den Suizid psychiatrische Probleme festgehalten (nebst möglichen anderen Gründen wie die Inhaftierung selbst oder zwischenmenschliche Konflikte). 35 % hinterliessen einen Abschiedsbrief. 84 % starben durch Erhängen. Davon starben 72 % durch Erhängen ohne dass beide Füsse über Boden waren. Als Anker wurde meist ein Fenster verwendet. Hilfsmittel waren Kleider oder Bettlaken. Zweithäufigste Suizidmethode waren Vergiftungen durch Medikamente.

Die WHO hat zusammen mit der International Association for Suicide Prevention IASP einen Leitfaden zur Suizidprävention für Mitarbeitende im Justizvollzugsdienst erarbeitet (World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP 2007). Suizidprävention im Freiheitsentzug ist Teil der Gefängnismedizin. Sowohl die Gesundheitsversorgung als auch der Straf- und Massnahmenvollzug liegt in der Kompetenz der Kantone. Es existieren daher keine einheitlichen Regelungen zur Vollzugsmedizin. Um die Situation schweizweit zu verbessern und zu harmonisieren hat die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen

³⁹ <http://www.bag.admin.ch/Themen/Kinder- und Jugendgesundheit/Früherkennung und Frühintervention> (Zugriff am 11.01.2016)

⁴⁰ Z. B. für Lehrbetriebe: «Zwischen Lebenslust- und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention» der Fachhochschule Nordwestschweiz und des Suizid-Netz Aargau; für die Tertiärbildung: das Netzwerk Krise & Suizid der Universität und der ETH Zürich.

und -direktoren (KKJPD) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) seit 2013 den Fachrat Santé Prison Suisse (SPS) eingesetzt⁴¹.

5.4 NGO

Vereine für Suizidprävention Nichtregierungsorganisationen (NGO) sind zentrale Akteure der Suizidprävention in der Schweiz. Sie sind primär in nicht-medizinischen Settings tätig. Einige NGOs, die sich explizit und ausschliesslich in der Suizidprävention engagieren und ihre Aktivitäten sind in Tabelle 26 dargestellt.

26. Vereine in der Schweiz, die sich explizit und ausschliesslich der Suizidprävention widmen

Vereine Suizidprävention	Fachleute				Bevölkerung	
	Forschung	Vernetzung	Weiterbildung	Infomaterial	Information/ Sensibilisierung ⁴²	Beratung/Hilfe ⁴³
CH: Ipsilon	✓	✓	✓	✓	✓	
AG: Suizid-Netz		✓	✓	✓	✓	
BE: Fachgruppe Suizidprävention		✓	✓	✓	✓	
BE (partie francophone): Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
FR: PréSuiFri		✓	✓	✓		
GE: STOP SUICIDE		✓	✓	✓	✓	
JU: Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
NE: Parlons-en		✓	✓	✓	✓	✓
VS: Parspas			✓	✓	✓	✓
ZH: FSSZ	✓	✓	(✓)	✓	✓	
ZH: Kirche und Jugend		✓	✓		✓	✓

Zudem gibt es viele NGOs, die sich nebst einem breiteren Themenspektrum auch der Suizidprävention widmen.

Damit Angebote in psychischer Not in Anspruch genommen werden, müssen sie einfach, schnell zugänglich und ausreichend bekannt sein.

Hotlines und Beratungsdienste

Eine zentrale Funktion übernehmen Dienste mit einer Erreichbarkeit während 24 Stunden an 365 Tagen. Während bei telefonischen Hotlines ein Gegenüber sofort verfügbar ist, dauert es bei SMS- oder E-Mail-Angeboten länger bis die suizidale Person eine Antwort bekommt – je nach Angebot Stunden bis Tage. Wichtige telefonische Angebote sind «Die Dargebotene Hand» mit der Telefonnummer 143 und das Angebot «Beratung + Hilfe 147» von Pro Juventute. Sie decken zusammen in allen Landesregionen und Landessprachen das gesamte Altersspektrum Hilfesuchender ab. Zudem gibt es regional verankerte Notnummern. Auch medizinische Notfallnummern sind rund um die Uhr erreichbar – die Hürde für eine Kontaktaufnahme ist aber manchmal bereits höher.

⁴¹ <http://sante.prison.ch/de> (Zugriff am 01.11.2016)

⁴² Hier geht es einerseits um Informationen über die Problematik des Suizids aber auch über jene der psychischen Krankheiten.

⁴³ Kann für Betroffene oder Angehörige oder beide sein.

Informations- und Beratungsdienste zu diversen Themen (z.B. psychische Krankheit, Sucht, Gewalt, Coming out) sind daher ebenso wichtig. Sie werden nicht nur von NGOs betrieben, sondern sind oft in Gemeindestrukturen eingebettet. Manche Beratungsdienste sind nur zu Bürozeiten erreichbar. Muss auch die Anonymität aufgegeben oder ein Termin vereinbart werden, können dies bei akuter Not bereits hohe Hürden sein. SMS- oder E-Mail-Dienste haben den Vorteil, dass sie anonym in Anspruch genommen werden können. Eine Zusammenarbeit zwischen fachlich oder zielgruppenspezifisch ausgerichteten Beratungsstellen und Hotlines ist ideal: Die Hotline ist in Not jederzeit erreichbar und kann auf Beratungs- oder Betreuungsangebote verweisen. Es ist wichtig sicherzustellen, dass auch Männer diese Angebote nutzen.

Prävention von Einsamkeit sowie Intervention bei Einsamkeit

Die Förderung sozialer Ressourcen, z. B. durch sozialen Teilhabe und Vermeidung von Einsamkeit ist ein wichtiger Bestandteil der Suizidprävention - sowohl der primären, der sekundären als auch der tertiären Suizidprävention. (Amstad und Bürlü 2015). Starke Einsamkeitsgefühle können aber auch trotz sozialer Teilhabe vorhanden sein. Einsamkeitsgefühle sind in allen Altersgruppen verbreitet. Psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für soziale Isolation.

Tabelle 27 zeigt einige Aktivitäten von NGOs gegen Einsamkeit und zur Förderung der sozialen Teilhabe:

27. Einige Projekte gegen Einsamkeit und zur Förderung der sozialen Teilhabe

Titel	Art	Kanton(e)
Projekt Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter	Programm	CH
Gesund altern	Programm	ZG
femmesTISCHE	Treffpunkt	AG/AR/BS/BE/GE/LU/NW/OW/SG/SO/SZ/TG
TAVOLATA – bringt Menschen zusammen	Treffpunkt	AG/BE/BS/BL/GR/JU/LU/NE/NW/OW/SG/SH/SZ/TG/TI/UR/ZG/ZH
Café Yucca	Treffpunkt	ZH
Café Balance	Treffpunkt	BS
Väter für Väter	Treffpunkt	Stadt Zürich
Fahrdienst, Besuchs- und Begleitsdienst, Rotes Kreuz	Nachbarschaftshilfe	CH
Va bene – Besser leben zuhause	Nachbarschaftshilfe	ZH
Quartiers solidaires	Nachbarschaftshilfe	VD

Suizidprävention in Betrieben

Explizite Suizidprävention ist in Betrieben marginal verankert. Primär wird Burnout und Stressmanagement thematisiert (Fässler et al. 2015).

Schulung von nicht-medizinischen Fachpersonen

Damit die Berufsgruppen in Ausbildungsstätten, Arbeitsstellen, Gemeinden, Betrieben, Heimen, Gefängnissen, Kirchen, Beratungsstellen oder Hotlines ihre Früherkennungs- und Triagefunktion wahrnehmen können, sind Multiplikatoren-Schulungen zentral. Zwar bestehen bereits einige Multiplikatoren-Schulungen, diese könnten aber noch stärker verbreitet werden. Multiplikatoren-Schulungen sind in der Westschweiz besser etabliert als in der Deutschschweiz. Polizei und Strafvollzugsbehörden schulen ihr Personal je nach Kanton unterschiedlich.. Die SBB bildet Mitarbeitende in Suizidprävention aus.

Schulungen dürfen sich nicht auf die Vermittlung von Fachwissen beschränken. Im Umgang mit psychisch erschütterten Personen ist die innere Haltung der Multiplikatoren ebenso wichtig. Menschen in psychischer Not brauchen Mitmenschen, die ihnen mit viel Empathie entgegenreten.

Freiwillige

Auch Freiwillige können bei der Früherkennung von psychischer Not eine Funktion übernehmen. In Québec (Kanada) sind solche Projekte bereits

**Medienbericht-
erstattung**

etabliert. Krisen sollen durch Sensibilisierung oder spezifische Schulung der Bevölkerung besser erkannt werden⁴⁴. Ausgebildet und professionell begleitet versuchen die Freiwilligen Betroffene vor einer Zuspitzung einer Krise ausfindig zu machen und Hilfe zu vermitteln. Stop Suicide in der Westschweiz baut ein solches Freiwilligen-Projekt auf (Projet Sentinelles).

Die Medienberichterstattung hat einen starken Einfluss auf die gesellschaftliche und individuelle Einstellung zum Thema Suizid – positiv und negativ.

Der Schweizerische Presserat hat im Rahmen seiner «Richtlinien zur Erklärung der Pflichten und Rechte der Journalistinnen und Journalisten» in Abschnitt 7.9 festgehalten, in welchen Fällen überhaupt über Suizide berichtet werden darf. Die FMH hat im Jahr 1994 Richtlinien herausgegeben, die 2004 durch den Verein Ipsilon überarbeitet und online publiziert wurden.

Verschiedene Organisationen engagieren sich für eine adäquate Medienberichterstattung sowie für eine entsprechende Sensibilisierung der Medienschaffenden, beispielsweise die Fachgruppe für Suizidprävention des Kantons Bern sowie das Suizid-Netz Aargau, in Neuenburg die Organisation Parlons-en und in der Westschweiz die Organisation Stop Suicide (im Auftrag des Kantons Waadt).

Die Erfahrungen von Stop Suicide zeigen, dass Journalistinnen und Journalisten in der Westschweiz die bestehenden Richtlinien und Empfehlungen, sei es jene ihrer eigenen Profession oder jene der Suizidpräventionsakteure kaum kennen (Stop Suicide 2012, S. 18). Der Presserat musste einer Klage von Stop Suicide gegen eine Zeitung der Westschweiz im Jahr 2011 denn auch Recht geben (Stop Suicide 2012, S. 15).

⁴⁴ <http://www.cpsquebec.ca/formations/formation-generale/> (Zugriff 11.01.2016)

Exkurs

Positive und negative Effekte der Medienberichterstattung

Einen positiven Einfluss haben Medienberichte, die öffentliches Bewusstsein für das Thema Suizid schaffen, Aufklärungsarbeit zu Fehlannahmen leisten, über bewältigte Krisen und Wege aus der Krise berichten und Hilfsangebote nennen (Tomandl et al. 2014; World Health Organization WHO 2014; Niederkrotenthaler et al. 2010).

Einen negativen Effekt haben Medienberichte (World Health Organization WHO 2008; Tomandl et al. 2014), die wiederholt und an prominenter Stelle in reisserischer, vereinfachter, vermeintlich nachvollziehbarer oder gar heroischer/romantischer Form über Suizid(versuche) berichten und aufgrund von Detailinformationen die Möglichkeit bieten, sich mit der verstorbenen Person zu identifizieren. Dies kann zu Nachahmungen führen. Unverantwortlich ist es den gewählten Ort und die gewählte Suizidmethode – insbesondere Details dazu und Fotos – zu veröffentlichen. Sterben bekannte Persönlichkeiten durch Suizid, ist die Medienberichterstattung besonders gefordert.

Medienanalyse

Eine Medienanalyse in der Westschweiz aus dem Jahr 2013 zeigte anhand von 400 Suizid-Artikeln in Printmedien diverse Mängel (Stop Suicide 2014). Suizide von berühmten Personen waren überrepräsentiert. Meist wurde über Suizide, hingegen kaum über Suizidversuche oder Suizidgedanken berichtet. Das Berichten über Suizidgedanken – ohne Suizid als Folge – würde zeigen, dass es andere Wege aus einer suizidalen Krise gibt. Über 40 % der Berichte erwähnten die Suizidmethoden, z. T. wurde der genaue Ort genannt (meist Brücken). Rund die Hälfte der Berichte lieferte keine Erklärungen (49 %). 29 % waren vereinfachend oder nannten lediglich eine Ursache. Nur jeder fünfte Text (22 %) beschrieb die Komplexität hinter Suiziden. Nur 19 % der Artikel thematisierten einen oder mehrere Aspekte von Suizidprävention (z.B. Kampagnen, Möglichkeiten, den Zugang zu Waffen oder zu Schienen zu erschweren, Hilfsangebote).

Medienberichterstattung nach Sprungsuiziden

Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass Medien nach einem Sprungsuizid eine wichtige Rolle bei Nachahmungstaten an derselben Lokalität spielen können. Dies trifft vor allem bei Brückensuiziden zu: Auch die Schweizer Brückenstudien liefern Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Brückensuizide und der Anzahl der Medienberichte. Weiter konnte aufgezeigt werden, dass bei einigen Brücken auch unmittelbar nach dem Anbringen baulicher Sicherheitsmassnahmen vereinzelt Suizide aufgetreten sind. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr, dass Medienschaffende dies dahingehend interpretieren, als dass sich die baulichen Massnahmen als ineffektiv erwiesen haben und dies auch so berichten. Durch eine solche Medienberichterstattung wird erneut zur Nachahmung angeregt. Da sich die Gefahr der Nachahmung bei der Methode des Brückensuizids scheinbar sehr ausgeprägt finden lässt, erscheint auch eine Integration der Medienschaffenden in die Präventionsanstrengungen von Brückensuiziden sinnvoll (Reisch et al. 2014).

6. Aktionsplan Suizidprävention Schweiz

6.1 Einleitung

Aktionsplan erarbeiten und umsetzen	Das Schweizerische Parlament erteilte 2014 dem Bundesrat durch die Annahme der Motion Ingold ⁴⁵ den Auftrag, die Suizidprävention gesamtschweizerisch zu stärken. Damit wurde der Bund (bzw. das Bundesamt für Gesundheit BAG) beauftragt «einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen».
Breit abgestützt erarbeiten	<p>Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik erarbeitete das BAG zusammen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz GFCH einen Aktionsplan Suizidprävention.</p> <p>In die Erarbeitung des Aktionsplans wurden rund 100 Expertinnen und Experten miteinbezogen. Involviert waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachpersonen aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich, • Vertreterinnen und Vertreter aus Bund und Kantonen, • Programmverantwortliche für Suizidprävention in anderen europäischen Ländern und der WHO • Betroffene Menschen, die Suizidalität aus eigener Erfahrung kennen.
Ziel: Suizide reduzieren	<p>Der Aktionsplan Suizidprävention fokussiert auf nicht-assistierte Suizide. Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich zwischen 1980 und 2010 reduziert, stagniert aber seither. Sie variiert deutlich nach Geschlecht und Alter.</p> <p>Pro Jahr suizidieren sich in der Schweiz rund 1000 Personen. Der Aktionsplan verfolgt das Ziel, nicht-assistierte Suizide (und Suizidversuche) weiter und nachhaltig zu reduzieren⁴⁶.</p>
Konsultation	<p>Der vorliegende Aktionsplan legt die inhaltliche Stossrichtung fest. Die Konsultation zwischen März und Mai 2016 dient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der inhaltlichen Konsolidierung • der Erfassung nationaler Beispiele guter Praxis in der Suizidprävention • der Klärung der Bereitschaft der verschiedenen Akteure zur Mitwirkung bei der Umsetzung
Umsetzung gemeinsam und koordiniert	Die erfolgreiche Umsetzung hängt unter anderem vom Engagement des Bundes, der Kantone, der Leistungserbringer, der Gemeinden und von NGOs ab. Der Bund kann sich aufgrund seiner gesetzlichen Möglichkeiten nicht für alle Facetten der Suizidprävention engagieren. Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung werden unter den Akteuren partnerschaftlich entwickelt und aufeinander abgestimmt umgesetzt. Dazu liefert der Aktionsplan einen gemeinsamen Orientierung- und Handlungsrahmen.

⁴⁵ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20113973 (Zugriff am 11.01.2016)

⁴⁶ Eine mögliche Quantifizierung des Ziels wird geprüft.

6.2 Ziele und Massnahmen

Präambel

Eine umfassende Suizidprävention beginnt mit der Förderung der psychischen Gesundheit und der Verhinderung psychischer Erkrankungen. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und setzt privates, berufliches und politisches Engagement voraus.

Bund, Kantone, Gemeinden und NGOs setzen bereits Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit um und weitere sind in Planung (vgl. z.B. das Projekt «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder»⁴⁷). Wie Abbildung 28 verdeutlicht, fokussiert der Aktionsplan auf die Suizidprävention im engeren Sinne, d.h. auf von Suizidalität betroffene Menschen, aber auch auf das Thema Suizidalität generell (z.B. in der Gesellschaft, in den Medien, in der Forschung).

«Suizidalität» umfasst Gedanken, Äusserungen und Handlungen, die aufgrund von zugespitzten Krisen oder von physischen Erkrankungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen.

Ziel ist es zu verhindern, dass sich Menschen aus Verzweiflung oder aufgrund einer psychischen Erkrankung suizidieren. Hierfür bedarf es sowohl Massnahmen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, als auch Massnahmen, die sich an spezifische Zielgruppen richten.

28. Ziele des Schweizerischen Aktionsplans Suizidprävention



⁴⁷ http://www.bag.admin.ch/Themen/Gesundheitspolitik/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz (Zugriff am 11.01.2016)

- Die Reihenfolge der Ziele bedeutet keine Gewichtung der Ziele.
- Die Schlüsselmassnahmen bauen, wenn immer möglich, auf bestehenden Beispielen guter Praxis auf. Solche Beispiele werden im Rahmen der Konsultation im Frühjahr 2016 erfasst.
- Die Bereitschaft der Akteure bei der Umsetzung mitzuwirken, wird im Rahmen der Konsultation ebenfalls erfasst.

Informieren und
Sensibilisieren

Ziel I: Die Gesamtbevölkerung ist über die grosse psychische Not bei Suizidhandlungen und die Möglichkeiten der Suizidprävention informiert.

Fehlannahmen über Suizid sind weit verbreitet und suizidale Menschen werden häufig stigmatisiert. Dies erschwert das Aufsuchen und Annehmen von Hilfe.

Schlüsselmassnahmen:

- An die Gesamtbevölkerung gerichtete Kommunikationskampagnen informieren über psychische Not und Suizidalität. Sie greifen verschiedene Schwerpunktthemen auf (z.B. Gruppen mit erhöhtem Risiko, Hilfsmöglichkeiten für Betroffene und ihr Umfeld).

Einfacher Zugang
zu Hilfe

Ziel II: Bei Suizidalität kann einfach und schnell Hilfe gefunden werden. Hilfsangebote sind auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten.

Bei Suizidalität kommt telefonischen Notfallnummern, bei denen jemand unmittelbar erreichbar ist, eine besondere Bedeutung zu. Solche werden von NGOs oder von medizinischen Leistungserbringern betrieben. SMS- oder E-Mail-Angebote führen zwar nicht zu einer unmittelbaren Reaktion, haben aber den Vorteil, dass die Hilfesuchenden noch anonym bleiben können. Für Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko braucht es spezifische Angebote (z.B. für Arbeitslose, vereinsamte Menschen, Homosexuelle, traumatisierte Migrantinnen und Migranten). Es ist gewährleistet, dass Hilfesuchende Hilfe bekommen – auch wenn sie z. B. nicht zur definierten Zielgruppe des Angebotes gehören.

Schlüsselmassnahmen:

- Der Bekanntheitsgrad von etablierten telefonischen Notnummern und SMS- bzw. E-Mail-Angeboten wird erhöht.
- Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko stehen zugeschnittene Hilfsangebote zur Verfügung. Die Zielgruppen kennen diese Angebote. Die Nutzung durch Männer wird besonders gefördert.
- Die Zusammenarbeit zwischen Hotlines und fachlichen bzw. zielgruppenspezifischen Beratungsdiensten wird gefördert.
- Bei Telefon- und Online-Angeboten mit Freiwilligen und insbesondere Jugendlichen ist die Qualitätssicherung gewährleistet.

Psychische Not
frühzeitig
erkennen

Ziel III: Die relevanten Berufsgruppen können psychische Not und Suizidalität erkennen und die notwendige Hilfe einleiten. Betriebliche Prozesse und Leitbilder in den unterschiedlichen Settings unterstützen die Berufsgruppen dabei.

Der Früherkennung psychischer Not und Suizidalität kommt sowohl in nicht-medizinischen als auch in medizinischen Settings eine zentrale Rolle zu.

Schlüsselmassnahmen:

- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der betroffenen Berufsgruppen wird nach Möglichkeiten gesucht, die Suizidprävention einzubringen. Dabei darf die Aufgabe der Bildung nicht auf Wissensvermittlung reduziert werden, sondern muss auch Gesprächsführung und persönliche Werthaltungen thematisieren.

Betroffene Berufsgruppen im medizinischen Setting:

Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten, intermediären und stationären Versorgung, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Rettungssanitäterinnen und –sanitäter, Apothekerinnen und Apotheker

Betroffene Berufsgruppen im nicht-medizinischen Setting:

z. B. Lehrerinnen und Lehrer, Lehrlingsausbildende, Beraterinnen und Berater auf Jugend-, Sucht- oder Erziehungsberatungsstellen, Seelsorgende, Polizistinnen und Polizisten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Beraterinnen und Berater der RAV-Zentralen und der IV-Stellen, Führungspersonen auf allen Hierarchiestufen, HR-Fachpersonen, Bestatterinnen und Bestatter, Personal auf Betriebsämtern, Personal im Freiheitsentzug.

- Ein Pool von Expertinnen und Experten für Aus-, Weiter- und Fortbildungen steht zur Verfügung. Auch betroffene Personen, die Suizidalität aus eigener Erfahrung kennen und Angehörige sind in diesem Pool vertreten.
- Fachpersonen, die in ihrem Berufsalltag mit Menschen in psychischer Not und suizidalen Krisen konfrontiert sind, vernetzen sich lokal oder regional über regelmässige Austauschtreffen.
- In Heimen, Schulen, privaten und öffentlichen Unternehmen, Spitälern etc. werden Früherkennungs- und Triagefunktionen in betriebliche Prozesse, Standards und Leitbilder (z.B. Qualitätsmanagementsysteme, betriebliche Gesundheitsförderung) integriert.

Wirkungsvoll
betreuen und
behandeln

Ziel IV: Die Lücken in der ambulanten, intermediären und stationären Versorgung (vom Notfall bis zur Nachversorgung) sind zu schliessen, damit suizidale Menschen zeitnah und mit der bestmöglichen Wirkung betreut und behandelt werden.

Suizidale Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse und brauchen unterschiedliche Betreuung und Behandlung. Auf ihre Urteilsfähigkeit wird so weit als möglich eingegangen. Nebst ambulanten und stationären Angeboten, sind insbesondere intermediäre Angebote wichtig. Die Massnahmen des Aktionsplans Suizidprävention zur Versorgung sind mit den Massnahmen aus dem Postulatsberichts «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz»⁴⁸ zu koordinieren.

Schlüsselmassnahmen:

- Ambulante, intermediäre und stationäre Angebote zur Betreuung und Behandlung von suizidalen Menschen haben ausreichende Kapazitäten. Dies gilt von Notaufnahmen bis zu Nachversorgungen⁴⁹. Es ist geklärt, ob ein Mangel an spezialisierten Fachpersonen in Psychiatrie, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht.
- Mobile Dienste zur Betreuung und Behandlung von suizidalen Personen stehen überall zur Verfügung und die Bekanntheit bestehender Angebote

⁴⁸ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20103255 (Zugriff am 11.01.2016)

⁴⁹ Im Idealfall ist gewährleistet, dass die von den Patientinnen und Patienten bevorzugten Angebote in Anspruch genommen werden können (z.B. eine bestimmte Klinik, eine Betreuung durch einen mobilen Dienst oder eine bestimmte Psychiaterin in der ambulanten Versorgung).

wird gefördert.

- In der Versorgung suizidaler Personen wird die Koordination verbessert (Netzwerkorientierung) und werden Standards definiert. Insbesondere:
 - werden Behandlungslücken (z.B. nach Klinikaustritt) und Brüche (z.B. beim behandelnden Psychotherapeuten) vermieden
 - werden Bezugspersonen in die Versorgung einbezogen und gleichzeitig über Entlastungsangebote informiert
 - wird das Erfahrungswissen von psychisch erschütterten, suizidalen und wieder gesunden Menschen einbezogen
 - werden in somatischen Spitälern bei Menschen in psychischer Not oder suizidalen Krisen psychiatrische Konsiliardienste beigezogen.
 - werden nach Suizidversuchen bewährte Interventionskonzepte wie Notfallkarten, Follow-up-Anrufe oder evidenzbasierte Kurztherapien⁵⁰ eingesetzt.
- In Institutionen des Freiheitsentzugs wird Suizidprävention verankert.

Verfügbarkeit
suizidaler Mitteln
reduzieren

Ziel V: Die Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden wird reduziert.

Sind todbringende Möglichkeiten erschwert verfügbar, wird Zeit gewonnen. Zeit ist ein wichtiger Faktor der Suizidprävention.

*Schlüsselmassnahmen*⁵¹:

- Bauliche Massnahmen der Suizidprävention werden in Richtlinien und Normen der Baukunde aufgenommen. Bauherrschaften von privaten und öffentlichen Gebäuden werden für die bauliche Suizidprävention sensibilisiert. Orte an denen gehäuft Suizide stattfinden, sogenannte Suizid-Hotspots, werden baulich gesichert.
- Es wird geprüft, ob die Anliegen der Suizidprävention verstärkt im Heilmittel- und Betäubungsmittelgesetz⁵² (bzw. in den Verordnungen) berücksichtigt werden können.
- Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker werden für eine suizidpräventive Verschreibung und Abgabe von Medikamenten sensibilisiert.
- Rückgabe- bzw. Einsammelaktionen von Medikamenten werden verstärkt.
- Waffenbesitzer und Bevölkerung werden für einen verantwortungsvollen Umgang mit Waffen und für ihr Potenzial als suizidales Mittel sensibilisiert.
- Es wird geprüft, ob aktive Abklärungen zur psychischen Gesundheit (die über die Überprüfung von Registerdaten gehen) beim Erwerb privater Waffen suizidpräventiv wirken und umsetzbar sind.

Nach Suizid
Hinterbliebene
und Involvierte
unterstützen

Ziel VI: Hinterbliebenen und Berufsgruppen, die bei Suiziden stark involviert sind (z.B. von Blaulichtorganisationen oder Lokführer) stehen Unterstützungsangebote bei der Bewältigung zur Verfügung.

Suizide führen bei Hinterbliebenen oder beruflich Involvierten zu grossem Leid und manchmal zu Suizidalität.

⁵⁰ Z. B. das «Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP» (Gysin-Maillart & Michel 2013).

⁵¹ Massnahmen gegen Erhängen im öffentlichen und privaten Raum sind kaum präventiv beeinflussbar.

⁵² Chemikalien sind als suizidale Mittel zwar nicht zu vernachlässigen, aber gegenüber Medikamenten weniger bedeutsam.

Schlüsselmassnahmen:

- Die Verbreitung (begleiteter) Selbsthilfegruppen wird gefördert.
- Psychologische Soforthilfe nach belastenden Ereignissen ist gewährleistet – auch die Vermittlung einer längerfristigen Nachbetreuung.

suizidpräventive
Medienbericht-
erstattung

Ziel VII: Die Medienberichterstattung über Suizide ist verantwortungs- und respektvoll, damit sie keine Nachahmungen auslöst, sondern der Prävention dient.

Die Medienberichterstattung nach Suiziden kann zu Nachahmungen führen (sogenannter «Werther-Effekt⁵³») oder suizidpräventiv wirken (sogenannter «Papageno-Effekt⁵⁴»).

Schlüsselmassnahmen:

- Journalistinnen und Journalisten, Redaktionen sowie Verantwortliche für Mediensprechstunden (z.B. im Gesundheitssektor, bei der Polizei, bei der Justiz) werden für ihre Rolle bei der Berichterstattung über Suizide sensibilisiert. Für ihre Berichterstattung stehen ihnen unterstützend Guidelines und Empfehlungen zur Verfügung. Prozesse innerhalb der Redaktionen fördern eine suizidpräventive Berichterstattung. Persönliche Kontakte zwischen Medienschaffenden und Fachleuten der Suizidprävention werden gefördert.
- Ausbildungsverantwortliche von Journalistinnen und Journalisten werden für die Suizidprävention sensibilisiert. Fachpersonen aus Journalismus, Prävention und Pädagogik erarbeiten ein Ausbildungstool zur Berichterstattung über Suizide.
- Im Rahmen des Kinder- und Jugendmedienschutzes wird die Suizidthematik berücksichtigt (z.B. bei Aktivitäten zur Förderung der Medienkompetenz).

Monitoring und
Forschung

Ziel VIII: Den Akteuren in der Suizidprävention stehen für die Steuerung und Evaluation ihrer Arbeit die relevanten wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Verfügung.

Erst durch solide Evidenz kann Suizidprävention zielführend weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden.

Schlüsselmassnahmen:

- Die Verfügbarkeit gesamtschweizerischer, hochwertiger, quantitativer Routinedaten ist langfristig gewährleistet. Die Daten liegen für nicht-assistierte und assistierte Suizide sowie für Suizidversuche vor. Die Früherkennung neuer Suizidmethoden ist gewährleistet.
- Quantitative und qualitative Forschung wird gefördert. Das Erfahrungswissen von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen wird als Evidenzgrundlage für Interventionen berücksichtigt. Interventionen werden evaluiert.

⁵³ Nach dem Erscheinen von J. W. Goethes «Die Leiden des jungen Werther» soll es zu einer Häufung von Suiziden unter jungen Männern gekommen sein.

⁵⁴ In Mozarts «Die Zauberflöte» retten die drei Knaben Papageno durch Alternativen zum Suizid aus seiner suizidalen Krise.

Beispiele
guter Praxis
weitergeben

Ziel IX: Den Akteuren stehen Beispiele guter Praxis der Suizidprävention zur Verfügung.

In der Schweiz und im Ausland gibt es viele bewährte Projekte der Suizidprävention.

Schlüsselmassnahme:

- Es wird eine Tool Box mit bewährten nationalen und internationalen Projekten, die zur Zielerreichung des Aktionsplans beitragen, zusammengestellt. Basis hierfür bildet die Bestandesaufnahme während der Konsultation des Aktionsplans im Frühjahr 2016. Beispiele guter Praxis aus dem Ausland werden hinzugefügt.

7. Literaturverzeichnis

- Aguirre, Regina; Slater, Holli (2010): Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. In: *Death Studies* 34, S. 529–540.
- Ajdacic-Gross, V.; Lauber, C.; Baumgartner, M.; Malti, T.; Rössler, W. (2009): In-patient suicide -a 13-year assessment. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 120 (1), S. 71–75. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x.
- Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Zwischen traurig und hoffnungsvoll. Suizid, Selbstmord, Selbsttötung, Freitod, Personenunfall und die Prävention. In: *Sozial Aktuell* (5), S. 10–14.
- Ajdacic-Gross, Vladeta; Ring, Mariann; Gadola, E.; Lauber, C.; Boop, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. (2008): Suicide after bereavement: an overlooked problem. In: *Psychological Medicine* 38 (5), S. 673–676. DOI: 10.1017/S0033291708002754.
- Amstad, Fabienne; Bürli, Chantale (2015): Prävention und Intervention von Vereinsamung. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. Hg. v. Gesundheitsförderung Schweiz & Bundesamt für Gesundheit.
- Bovier, Patrick; Bouvier Gallacchi, Martine; Goehring, Catherine; Künzi, Beat (2005): Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? In: *Primary Care* 5 (10).
- Brückner, B.; Muheim, Flavio; Berger, Pascal; Riecher-Rössler, Anita (2011): Charakteristika von Suizidversuchen türkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt. Resultate der WHO/EURO-Multizenterstudie. In: *Nervenheilkunde* (7), S. 517–522.
- Bundesamt für Gesundheit (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (2006): Tötungsdelikte. Fokus häusliche Gewalt. Polizeilich registrierte Fälle 2000-2004. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/dos/02.html>, zuletzt aktualisiert am 07.09.2015.
- Bundesamt für Statistik (2013): Gesundheit - Verlorene potenzielle Lebensjahre. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html>, zuletzt aktualisiert am Mai 2013, zuletzt geprüft am 15.06.2015.
- Bundesamt für Statistik (2015a): Freiheitsentzug, Todesfälle und Suizide. Online verfügbar unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/05/key/ueberblick/wichtigsten_zahlen.html, zuletzt aktualisiert am 2015, zuletzt geprüft am 09.07.2015.
- Bundesamt für Statistik (2015b): Häufigste Todesursachen. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Neuenburg. Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>.
- Bürli, Chantale; Amstad, Fabienne; Duetz Schmucki, Margreet; Schibli, Daniela (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS): Qu'est-ce que le suicide à l'adolescence? Online verfügbar unter <http://ceps.hug-ge.ch/>, zuletzt geprüft am 28.07.2015.
- Czernin, Stephanie; Vogel, Marc; Flückiger, Matthias; Muheim, Flavio; Bourgnon, Jean-Claude; Reichelt, Miko et al. (2012): Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. In: *Swiss medical weekly* 142, S. w13648. DOI: 10.4414/smw.2012.13648.
- Daigle, M. S. (2005): Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. In: *Accident Analysis and Prevention* 37 (4), S. 625–632.

- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. (2012): Häusliche Gewalt und Tatmittel Schusswaffe. Häusliche Gewalt - Informationsblatt 4. Hg. v. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Online verfügbar unter <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 07.09.2015.
- Fässler, Sarah; Hanimann, Anina; Lauberau, Birgit; Oetterli, Manuela (2015): Literaturstudie und Bestandesaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. INTERFACE. Luzern.
- Gauthier, Salskia; Reisch, Thomas; Bartsch, Christine (2015): Swiss Prison Suicides between 2000 and 2010. Can we develop prevention strategies based on detailed knowledge of suicide methods? In: *Crisis* 36 (2), S. 110–116. DOI: 10.1027/0227-5910/a000302.
- Grabherr, S.; Johner, S.; Dilitz, C.; Buck, U.; Killias, M.; Mangin, P.; Plattner, T. (2010): Homicide-suicide cases in Switzerland and their impact on the Swiss Weapon Law. In: *American Journal of forensic medicine and pathology* 31 (4), S. 335–349.
- Gysin-Maillart, Anja; Michel, Konrad (2013): Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual. Bern: Hans Huber.
- Haas, Adriana; Schibli, Daniela (2015): Einschränkung der Verfügbarkeit suizidaler Mittel. Grundlagendokument im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz. unveröffentlicht. Hg. v. GDK Zentralsekretariat.
- Haemmerle, Patrick (2007): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz - Ist-Zustand und Perspektiven. Master-Thesis zur Erlangung des Master of Public Health.
- Hollstein, Walter (2015): Der Suizid, die SBB und die Männer. Eine öffentliche Problematisierung findet nicht statt. In: *Basler Zeitung*, 27.05.2015.
- Hostettler, Stefanie; Hersperger, Martina; Herren, Daniel (2012): Ärztliches Wohlbefinden beeinflusst die Behandlungsqualität. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (18).
- Kaesler, Martine (2012): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Unter Mitarbeit von Mario Storni. Hg. v. Bundesamt für Statistik. Bundesamt für Statistik. Neuenburg.
- Keller-Guglielmetti, Elvira; Walter, Esther (2015): Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Unter Mitarbeit von Amina Trevisan. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 02.09.2015.
- Killias, M.; Dilitz, C.; Bergerioux, M. (2006): Familiendramen - ein schweizerischer "Sonderfall". In: *Crimiscope* 33 ((Dezember 2006)).
- Küchenhoff, Bernhard (2013): Migration und Suizidalität. In: *Psychiatrie & Neurologie* (4), S. 12–15.
- Kupferschmid, Stephan; Gysin-Maillart, Anja; Bühler, Salome K.; Steffen, Timur; Michel, Konrad; Schimmelmann, Benno G.; Reisch, Thomas (2013): Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (6), S. 401–405. DOI: 10.1024/1422-4917/a000256.
- Maier, Thomas; Schmidt, Martina; Mueller, Julia (2010): Mental Health and healthcare utilisation in adult asylum seekers. In: *Swiss medical weekly* (140). DOI: 10.4414/smw.2010.13110.
- Markwalder, Nora; Killias, M.: Homicide in Switzerland. In: *Handbook of European Homicide Research*, S. 343–354.
- Mascherek, Anna (2015): Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 96 (38), S. 1355–1357.

- Meister, Barbara; Böckelmann, Christine (2015): Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention. Hg. v. Bildungsdirektion Kanton Zürich & Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich.
- Michel, Konrad; Arestegui, G.; Spuhler, T. (1994): Suicide with psychotropic drugs in Switzerland. In: *Pharmacopsychiatry* 27 (3), S. 114–118.
- Minder, Jacqueline; Harbauer, Gregor (2015): Suizid im Alter. In: *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 166 (3), S. 67–77.
- Muheim, Flavio; Eichhorn, Martin; Berger, Pascal; Czernin, Stephanie; Stoppe, Gabriela; Keck, Merle; Riecher-Rössler, Anita (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Swiss medical weekly* 143, S. w13759. DOI: 10.4414/smw.2013.13759.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2012): Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur „Intersexualität“. Stellungnahme Nr. 20/2012. Hg. v. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Online verfügbar unter http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/NEK_Intersexualitaet_De.pdf, zuletzt geprüft am 15.12.2015.
- Nationales Suizidprogramm für Deutschland NaSPro (2015): Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter., zuletzt geprüft am 20.06.2015.
- Niederkrotenthaler, Thomas; Voracek, Martin; Herberth, Arno; Till, Benedikt; Strauss, Markus; Etzersdorfer, Elmar et al. (2010): Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 197 (3), S. 234–243. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.074633.
- Nordt, Carlos; Warnke, Ingeborg; Seifritz, Erich; Kawohl, Wolfram (2015): Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. In: *The Lancet Psychiatry* 2 (3), S. 239–245. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00118-7.
- Nosetti, Laura; Jossen, Anja (2012): Die Sprechstunde für MigrantInnen - ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen. Hg. v. Univerversitäre Psychiatrische Dienste Bern und Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Reisch, Thomas (2011): Die Schweiz im glücklichen Sinkflug. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 92 (1/2), S. 11–13.
- Reisch, Thomas (2012): Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. In: *Psychiat Prax* (39), S. 257–258.
- Reisch, Thomas (2014): Ergebnisse der Schweizer Brückenstudie. Deutsche Gesellschaft für Soziologie. Reisingburg, 2014.
- Reisch, Thomas; Bartsch, Christine; Ajdacic-Gross, Vladeta (2015): Nationalfondsstudie 32003B_133070. Suicide in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 to 2010.
- Reisch, Thomas; Schuster, U.; Jenny, C. Michel, K. (2006): Suizidprävention bei Brücken: Grundlagen. Forschungsbericht zum Forschungsauftrag AGB 2003/013 (Arbeitsgruppe Brückenforschung). Hg. v. VSS. VSS. Zürich.
- Reisch, Thomas; Schuster, U.; Michel, Konrad (2008): Suicide by jumping from bridges and other heights: social and diagnostic factors. In: *Psychiatry research* 161 (1), S. 97–104.
- Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Eggenberger, N. (2014): Suizidprävention bei Brücken: Follow-Up. Forschungsauftrag 2009/014 auf Antrag der Arbeitsgruppe Brückenforschung (AGB).
- Reisch, Thomas; Steffen, Timur; Habenstein, Astrid; Tschacher, W. (2013): Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. In: *American journal of psychiatry* 170 (9), S. 977–984.
- Richardson, G. E.; Waite, P. J. (2002): Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency

Education. In: *International Journal of Emergency Mental Health* (4), S. 65–75.

Rüegger, Heinz (2013): Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide. Gerontologisch-ethische Überlegungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Ethik* 4, S. 9–38.

Schuler, Daniela; Burla, Laila (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. obsan (obsan Bericht, 52).

Seiden, R. H. (1978): Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. In: *Suicide Life Threat Behaviour* 8 (4), S. 203–216.

Stack, S. (2003): Media coverage as a risk factor in suicide. In: *Journal of epidemiology and community health* 57 (4), S. 238–240.

Staubli, Silvia; Killias, M. (2011): Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. In: *European Journal of Criminology* 8 (5), S. 377–385.

Steck, Nicole; Egger, Matthias; Schimmelmann, Benno; Kupferschmid, Stephan: Suicide in Children and Adolescents: Findings from the Swiss National Cohort. In: *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* in press.

Steck, Nicole; Egger, Matthias; Zwahlen, Marcel (2016): Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. In: *British Journal of Psychiatry* 208, S. 1–7. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160416.

Steffen, Timur; Maillart, Anja; Michel, Konrad; Reisch, Thomas (2011): Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Bern.

Stop Suicide (2012): La médiatisation du suicide dans la presse écrite romande. Janvier à juin 2012. Stop Suicide. Online verfügbar unter http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/rapport_mediatisation_suicide.pdf, zuletzt geprüft am 02.08.2015.

Stop Suicide (2014): LA MÉDIATISATION DU SUICIDE DANS LA PRESSE ÉCRITE ROMANDE : RAPPORT 2013. Hg. v. Stop Suicide. Online verfügbar unter <http://www.stopsuicide.ch/site/sites/default/files/docs/La%20Mediatisation%20du%20suicide%20en%202013.pdf>, zuletzt geprüft am 02.08.2015.

Stoppe, Gabriela (2011): Strategien zur Suizidprävention im Alter. Risikopatienten aktiv ansprechen. In: *Der Neurologe & Psychiater* 12 (11), S. 2–5.

Stoppe, Gabriela (2012): Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (39), S. 1413–1415.

Tomandl, Gerald; Sonneck, Gernot; Stein, Claudius; Niederkrotenthaler, Thomas (2014): Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Online verfügbar unter http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf, zuletzt geprüft am 03.12.2015.

Tox Info Suisse (2015): Suizidale Intoxikationen. Fallauswertung 1995-2014. Hg. v. Tox Info Suisse. Tox Info Suisse.

Tschannen, Pierre; Buchli, Martin (2004): Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de>, zuletzt geprüft am 28.07.2015.

Walti, Hanspeter; Blattmann, Regula; Hess-Candinas, Claudia; Glanzmann Neutzler, Sonya (2009): Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010-2015. Hg. v. Kanton Zug.

Wang, Jen; Dey, M.; Soldati, L.; Weiss, Mitchell G.; Mohler-Kuo, Meichun (2014): Psychiatric

- disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. In: *European Psychiatry* 29 (8), S. 514–522. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.001.
- Wang, Jen; Häusermann, Michael; Wydler, Hans; Mohler-Kuo, Meichun; Weiss, Mitchell G. (2012): Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. In: *Journal of Psychiatric Research* 46 (8), S. 980–986. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.014.
- Wang, Jen; Plöderl, Martin; Häusermann, Michael; Weiss, Mitchell G. (2015): Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203 (7), S. 499–506. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000319.
- Wohner, J.; Schmidtke, A.; Sell, R. (2005): Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv. In: *Suizidprophylaxe* (32), S. 114–119.
- Wolferdsdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: *Der Nervenarzt* 79 (11), S. 1319–1336. DOI: 10.1007/s00115-008-2478-2.
- World Health Organization WHO (2008): Preventing Suicide. A Recourse for Media Professionals. Hg. v. World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP. Genf, Schweiz. Online verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
- World Health Organization WHO (2014): Preventing suicide - A global imperative. Hg. v. World Health Organization WHO.
- World Health Organization WHO; International Association for Suicide Prevention IASP (2007): Suizidprävention. Ein Leitfaden für Mitarbeiter des Justizvollzugsdienstes. Hg. v. World Health Organization WHO und International Association for Suicide Prevention IASP. Genf, Schweiz, zuletzt geprüft am 17.12.2015.
- Yilmaz, Tarik A.; Riecher-Rössler, Anita (2008): Suizidversuche in der ersten und zweiten Generation der ImmigrantInnen aus der Türkei. In: *Neuropsychiatrie* 22 (4).