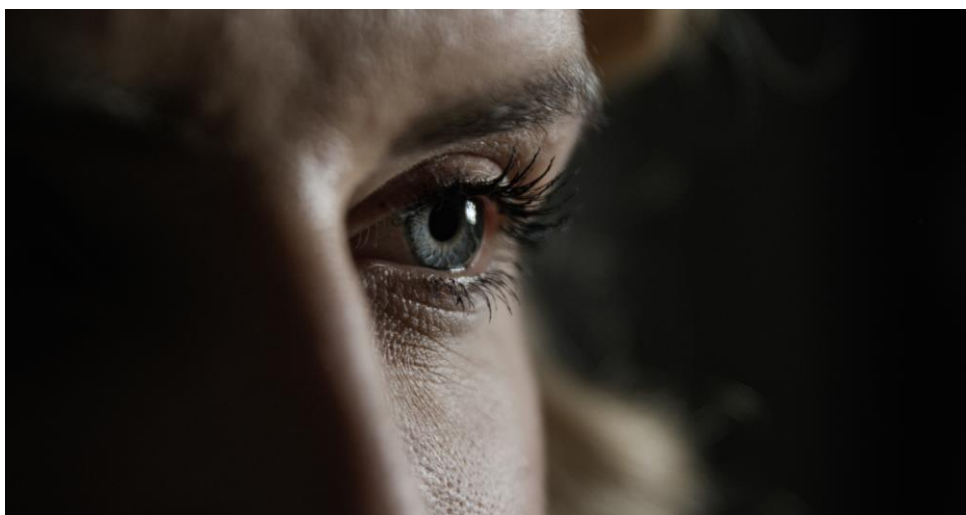


Suizidprävention in der Schweiz

Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan



Impressum

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

Redaktion:

Esther Walter, Bundesamt für Gesundheit

Margreet Duetz Schmucki, Bundesamt für Gesundheit

Chantale Bürli, Bundesamt für Gesundheit (bis August 2016)

Fabienne Amstad, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Adriana Haas, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (bis Dezember 2015)

Daniela Schibli, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (bis April 2016)

Markus Kaufmann, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (bis November 2016)

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.....	9
2.4	Gesellschaftliche Kosten.....	10
3.	Personengruppen und Suizidmethoden	12
3.1	Einleitung und Überblick	12
3.2	Jugendliche und junge Erwachsene.....	14
3.3	Erwachsene	17
3.4	Ältere und hochaltrige Menschen.....	19
3.5	Männer und Frauen	21
3.6	Suizidmethoden	23
3.7	Fazit.....	27
4.	Suizidales Verhalten und Einflussfaktoren	28
4.1	Suizidales Verhalten	28
4.2	Einflussfaktoren	29
5.	Suizidprävention in der Schweiz: Akteure und Aktivitäten.....	31
5.1	Einleitung.....	31
5.2	Bund	31
5.3	Kantone und Gemeinden	33
5.4	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	37
5.5	NGO	38
6.	Aktionsplan Suizidprävention Schweiz.....	42
6.1	Auftrag	42
6.2	Zielsetzung	42
6.3	Ziele und Massnahmen.....	44
6.4	Umsetzung	61
7.	Literaturverzeichnis.....	63

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. Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und betrifft viele Akteure des Gesundheitswesens.
Gemeinsame Erarbeitung	Daher hat der Bund die Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention in den «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ² eingebracht. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» hat in der Folge das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit dieser Aufgabe beauftragt. In die Erarbeitung eines ersten Entwurfs wurden rund 100 Expertinnen und Experten miteinbezogen – auch Menschen, die Suizidalität ³ aus eigener Erfahrung kennen. An der Konsultation im Frühjahr 2016 beteiligten sich rund 130 Akteure des Gesundheitswesens und anderer Gesellschaftsbereiche. Der hier vorliegende Aktionsplan nimmt internationale Empfehlungen (World Health Organization WHO 2014; Zalsman et al. 2016; Mann et al. 2005) für Suizidpräventionsprogramme auf und berücksichtigt die schweizerischen Rahmenbedingungen.
Ausgangslage	Der Aktionsplan Suizidprävention fokussiert auf nicht-assistierte Suizide. Im Bereich der assistierten Suizide engagieren sich Bund und Kantone z.B. durch die Förderung der Palliativmedizin (vgl. Exkurs S. 11). Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich in der Schweiz zwischen 1980 und 2010 deutlich reduziert, stagniert aber seither. Die altersstandardisierte Suizidrate von 13,3 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2013⁴ liegt im europäischen Vergleich im mittleren Bereich (Abb. 1, S. 8). 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. Er hat das Ziel die Anzahl Suizidtote pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um rund 25 % zu reduzieren. Dadurch liessen sich jährlich rund 300 Suizidtote verhindern.
Inhalt des Aktionsplans	Viele suizidale Handlungen finden in einem psychischen Ausnahmezustand statt. Der Aktionsplan will einen Beitrag zur Reduzierung von suizidalen Handlungen während – oft vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen leisten. Der Aktionsplan Suizidprävention umfasst zehn Ziele (siehe unten). Wo die Schweiz in Bezug auf diese Ziele steht, ist in Kapitel 6 dargestellt – ebenso die daraus resultierenden Schlüsselmassnahmen. Die Konsultation des Entwurfs des Aktionsplans im Frühjahr 2016 hat gezeigt, dass es in der Schweiz bereits

¹ <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973> (Zugriff am 20.09.2016)

² Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. <http://www.nationalegesundheitspolitik.ch/de/index.html> (Zugriff am 2.11.2016).

³ «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.

⁴ Für die Berechnung der altersstandardisierten Rate wurde hier die European Standard Population ESP 2010 verwendet. Das Bundesamt für Statistik weist zum Teil altersstandardisierte Raten aus, die auf der ESP 1976 basieren. Dadurch ergeben sich Differenzen in den publizierten Raten.

viele gute Projekte der Suizidprävention gibt. Mit der Umsetzung des Aktionsplans sollen diese bewährten Praxisbeispiele den Akteuren bekannt gemacht und Synergien genutzt werden. Diese Projekte werden hauptsächlich von den Kantonen, den Gemeinden, Leistungserbringern und Nichtregierungsorganisationen umgesetzt.

Die Ziele des Aktionsplans sind:

- persönliche und soziale Ressourcen stärken
- über Suizidalität informieren und sensibilisieren
- Hilfe anbieten, die schnell und einfach zugänglich ist (z.B. die Hotline der Dargebotenen Hand)
- Suizidalität frühzeitig erkennen und frühzeitig intervenieren (z.B. durch Bildungsangebote für Fachpersonen wie das in der Westschweiz etablierte Angebot «faire face au risque suicidaire»)
- suizidale Menschen auf ihrem Genesungsweg wirksam unterstützen
- suizidale Handlungen durch einen erschwerten Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden erschweren
- Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen (z.B. Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene, Angebote für Mitarbeitende)
- suizidpräventive Medienberichterstattung sowie suizidpräventive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel fördern
- Monitoring und Forschung fördern
- Beispiele guter Praxis aus der Schweiz und aus dem Ausland verbreiten

Der Aktionsplan schlägt zur Erreichung dieser zehn Ziele 19 Schlüsselmassnahmen vor (Tabelle 30, S. 45). Die Umsetzung des Aktionsplans startet ab 2017.

Umsetzung
gemeinsam und
koordiniert

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die erfolgreiche Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention hängt vom Engagement des Bundes, der Kantone, der Gemeinden, der Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung und von NGOs ab.

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.

Der Bund (BAG) unterstützt die Akteure – im Rahmen des bisherigen Personaletats – bei der Umsetzung des Aktionsplans durch Vernetzungs- und Koordinationsarbeit sowie durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen. Durch sein Engagement bei der Umsetzung wird der Bund seinen Handlungsspielraum bei der Suizidprävention wirkungsvoller nutzen – wie dies die Motion Ingold fordert.

2. Einleitung

2.1 Um was geht es?

3 Suizide täglich	2014 starben in der Schweiz 754 Männer und 275 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 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. Die meisten suizidalen Handlungen finden während – meist vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen statt. 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 verschiedener 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 meist in einem psychischen Ausnahmezustand statt und sind nur selten nüchtern überlegte Handlungen. Oft wird ein Suizid(versuch) von den Betroffenen als einziger Ausweg aus einer als unerträglich empfundenen Situation gesehen. Eine andere Option besteht aus ihrer Perspektive nicht und somit subjektiv auch keine Wahlfreiheit: «Suizid ist keine freie Wahl, sondern im Gegenteil Ausdruck fehlender Wahlmöglichkeiten» ⁶ . In vielen Fällen können bewährte Massnahmen der Suizidprävention – wie im Aktionsplan (Kapitel 6) dargestellt – Wahlmöglichkeiten eröffnen und daher sinnvoll sein.
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	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 20.09.2016)

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.
----------------	---

Aus: «Darüber reden». Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen⁷.

«Dann kam dieser Satz in ihr Leben: «Er ist an einem Suizid gestorben». Sie hatte ihn in einem Buch gelesen, und etwas löste sich in ihr. Hatte er denn überhaupt etwas gedacht, genommen, gespannt, hineingelegt, wahrgenommen, angenommen – getan? Mit dieser einen kleinen Änderung in der Formulierung kam die Verzweiflung ins Stocken. Die Wut bekam keine Luft mehr, und sie musste innehalten, noch einmal überlegen. War er an einem Suizid gestorben, so wie jemand an einem Autounfall stirbt oder an einem Herzinfarkt? Manchmal etwas mitverschuldet, aber im Grunde genommen etwas, das einem passiert, und nicht etwas, das man aktiv bewirkt. Konnte diese Wut dann noch geschürt werden, wenn man diese Grundlage entzog? Das aktive Tun. Seit sie darüber nachdenkt, wird es immer schwieriger, diese selbstgerechte Wut heraufzubeschwören, und zurück bleibt die Trauer. Sie erkannte die Wahrheit hinter der Theorie, dass der Mensch sich nicht aus freiem Willen das Leben nimmt, sondern der Schmerz so gross ist, dass er/sie es einfach nicht mehr ertragen kann zu leben. Dass also Worte wie «Freitod» oder «Selbstmord» nicht richtig wiedergeben, was mit jemandem passiert, der an einem Suizid stirbt.

Dieser Satz änderte ihre Einstellung, sie war auf einmal nicht mehr in der Gleichung. Es stellte sich keine Schuldfrage mehr, sie konnte nicht auf ihn wütend sein. Er hatte nichts getan».

Miriam Frisenda

2.2 Politischer Auftrag und Vorgehen

Aktionsplan erarbeiten und umsetzen	Das Schweizerische Parlament erteilte 2014 dem Bundesrat durch die Annahme der Motion Ingold ⁸ 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 gemeinsam einen Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet.
-----------------------------	--

In die Erarbeitung eines ersten Entwurfs 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.

An der Konsultation des Entwurfs im Frühjahr 2016 beteiligten sich rund 130 Akteure innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens.

Ziel: Suizide reduzieren	Der Aktionsplan Suizidprävention fokussiert auf nicht-assistierte Suizide. Im Bereich der assistierten Suizide engagieren sich Bund und Kantone z.B. durch die Förderung der Palliativmedizin (vgl. Exkurs S. 11).
--------------------------------	--

Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich zwischen 1980 und 2010 deutlich

⁷ Weisshaupt 2013. Mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Verlags.

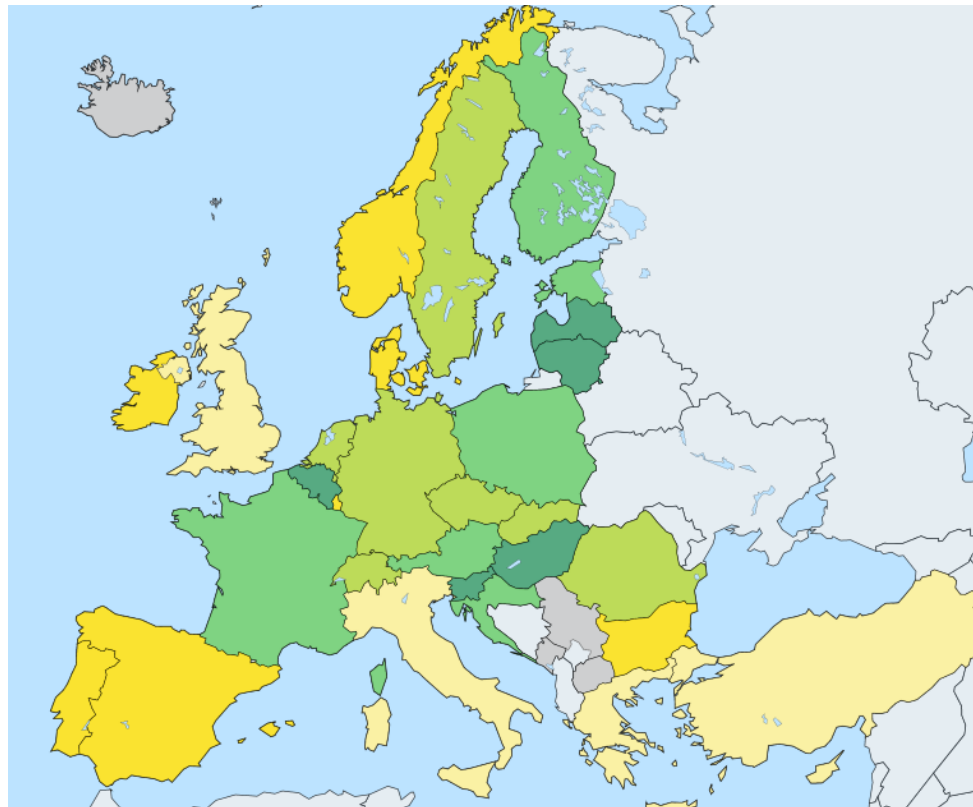
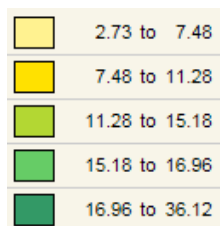
⁸ <http://www.parlament.ch/Curia/Vista/id=20113973> (Zugriff am 11.08.2016)

reduziert, stagniert aber seither. Sie variiert zudem deutlich nach Geschlecht und Alter.

Die Suizidrate der Schweiz von 13,3 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2013 liegt im europäischen Vergleich im mittleren Bereich (Abb. 1).

1. *altersstandardisierte Suizidrate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner*

Legende:
Todesfälle durch
Suizid pro
100 000
Einwohnerinnen
und Einwohner



Quelle: eurostat ⁹

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

Er hat das Ziel die Anzahl der nicht-assistierten Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um rund 25 % zu reduzieren. Damit liessen sich pro Jahr rund 300 Suizidtote verhindern (Steck und Zwahlen 2016).

Umsetzung

Die erfolgreiche Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention hängt unter anderem vom Engagement des Bundes, der Kantone, der Leistungserbringer, der Gemeinden und von NGOs ab. Die Umsetzung folgt ab 2017.

Beim Bund sind viele Departemente und Bundesstellen von der Suizidprävention betroffen. Das bisherige Engagement wird weitergeführt. Der Bund (BAG) unterstützt die Akteure bei der Umsetzung des Aktionsplans durch Vernetzungs- und Koordinationsarbeit sowie durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen.

Auch die Kantone engagieren sich – mit unterschiedlicher Intensität – vielseitig im Bereich der Suizidprävention. Durch die kantonalen Aktionsprogramme im Bereich psychische Gesundheit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ist

⁹ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122&toolbox=types> (Zugriff 30.08.2016)

künftig mit einem erhöhten Engagement der Kantone – insbesondere bei der primären Suizidprävention (Förderung der psychischen Gesundheit) – zu rechnen.

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. 31) und es besteht grosser Koordinationsbedarf.

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.

2.3 Definitionen und Begriffsverständnis

Suizid	Der Begriff Suizid leitet sich aus dem lateinischen <i>sui caedere</i> 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).
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 (World Health Organization 2016). 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).
nicht-assistierte Suizide	Der Aktionsplan und seine Zielsetzung fokussiert auf nicht-assistierte Suizide, wie sie vom Bundesamt für Statistik BFS in der Todesursachenstatistik als «Suizide» ausgewiesen werden. Wird in diesem Bericht der Begriff «Suizid» verwendet ist in der Regel «nicht-assistierter Suizid» gemeint.

2.4 Gesellschaftliche Kosten

Suizide: direkte
und indirekte
Kosten

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.

Relevanter als die direkten Kosten sind bei vollendeten Suiziden jedoch die indirekten Kosten, die durch Produktionsausfall bzw. nicht erwirtschaftetes potenzielles Einkommen entstehen (lost productivity).

Verlorene
potenzielle
Lebensjahre

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.

Suizidversuche:
direkte Kosten

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.

Exkurs

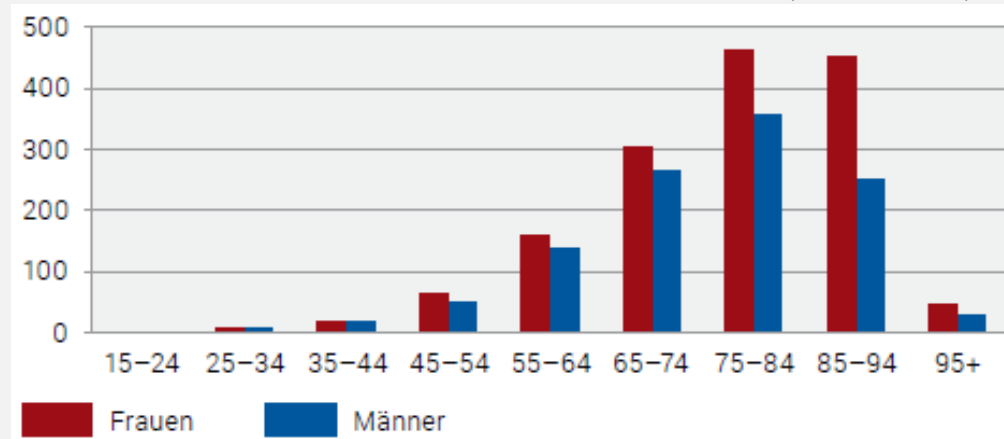
Assistierte Suizide

Das Bundesamt für Statistik BFS (Bundesamt für Statistik 2016) verzeichnete 2014 bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz 742 Fälle pro Jahr, bei denen Sterbehilfe geleistet wurde. Das entspricht 1,2 Prozent von allen Todesfällen. Gegenüber dem Jahr davor sind es 26 Prozent mehr. Seit 2008 hat die Zahl jedes Jahr zugenommen.

Begleitete Suizide werden vorwiegend bei Vorliegen schwerer körperlicher Krankheiten ausgeführt. Als Grundkrankheiten gemeldet wurden bei 42 Prozent der Fälle Krebs, 14 Prozent haben eine neurodegenerative Krankheit, 11 Prozent eine Herz-Kreislaufkrankheit und 10 Prozent eine Krankheit des Bewegungsapparates (Bundesamt für Statistik 2016). Die Gruppe der anderen Krankheiten umfasst Schmerzsyndrome, Multimorbidität und weitere Krankheiten. Bei 3 Prozent der Fälle wurde eine Depression genannt, Demenz findet sich bei 0,8 Prozent.

In der Periode 2010–2014 waren 94 Prozent der Betroffenen 55-jährig oder älter (Bundesamt für Statistik 2016). 13 Personen in 5 Jahren waren unter 35-Jährige, dies entspricht einem halben Prozent der Sterbehilfefälle.

2. Assistierter Suizid nach Alter und Geschlecht, Periode 2010–2014 (absolute Zahlen)



Quelle: Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz, BFS 2016

Der Bundesrat trägt mit diversen Massnahmen zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende bei: z. B. mit der besseren Koordination der Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen, der Plattform Palliative Care oder der verbesserten koordinierten Versorgung. Zudem verfolgt der Bundesrat das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67), welches bis Ende 2018 läuft und die in Angriff genommenen Revisionsarbeiten der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW an den standesrechtlichen Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende».

3. Personengruppen und Suizidmethoden

3.1 Einleitung und Überblick

Suizidprävention: für wen?	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? Details zu den demografischen Gruppen und zu Suizidmethoden sind in den Kapiteln 3.2 bis 3.6 dargestellt.
Sozio- ökonomischer Status	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). 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).
Männer und Frauen	Bei den vollendeten Suiziden dominieren Männer deutlich. Dies zeigt sich sowohl anhand absoluter als auch relativer Indikatoren – und in allen Altersgruppen (Tabelle 3 und Abbildung 4). 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).
Alle Altersgruppen	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. 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. Bei einem Fokus auf <i>relative Indikatoren</i>, dominieren bei Suiziden hingegen Jugendliche und junge Erwachsene (z.B. bei der Bedeutung von Suiziden

¹⁰ <http://www.swissnationalcohort.ch> (Zugriff am 20.09.2016)

gemessen an allen Todesursachen, vgl. Tabelle 5) bzw. ältere und hochbetagte Menschen (z.B. in Bezug auf Suizide pro 100 000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe, vgl. Abbildung 4). 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).

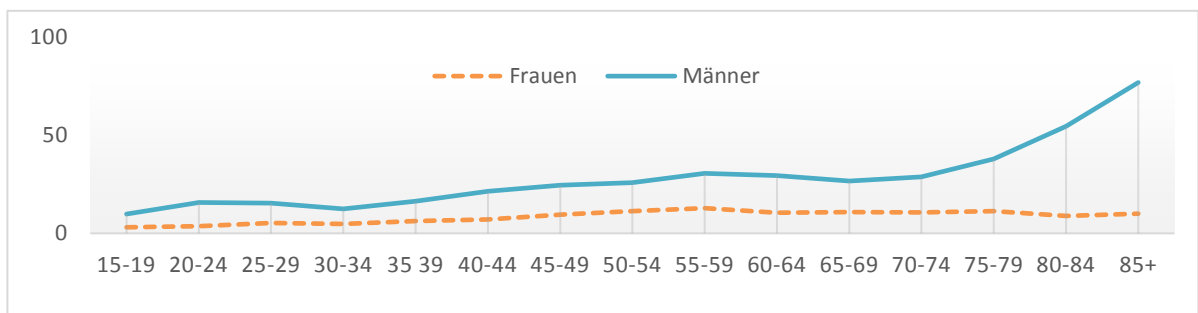
Entwicklung der Suizidrate Die Rate der nicht-assistierte Suizide sank in den letzten 20 Jahren deutlich. Seit 2010 stagniert der abnehmende Trend. Die altersstandardisierte Suizidrate ohne assistierte Suizide lag 2013 bei 13,3 Suiziden¹¹ pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Männer: 20,3; Frauen: 6,3 (Steck und Zwahlen 2016).

Suizidgedanken 2 % der 15- bis 29-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz haben jeden oder jeden zweiten Tag Suizidgedanken¹². 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 Prozent¹³.

3. 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 3 %	101 10 %	110 10 %	201 19 %	215 20 %	165 16 %	118 11 %	88 8 %	21 2 %	1050 100 %
Männer	25	79	80	148	151	118	83	70	16	769
Frauen	7	22	30	53	64	47	35	18	5	281

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



5. 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 Für die altersstandardisierten Raten wurde hier die European Standard Population ESP 2010 verwendet. Das Bundesamt für Statistik weist zum Teil altersstandardisierte Suizidraten aus, die auf der ESP 1976 basieren. Dadurch ergeben sich Differenzen in den publizierten Suizidraten.

¹² 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?“

¹³ 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 6). 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 5, S. 13).

6. 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 und Intersexualität

LGBT ist die Abkürzung für «Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender». Viele internationale Studien belegen, dass LGBT-Menschen gegenüber heterosexuellen Vergleichsgruppen eine erhöhte Suizidalität und eine erhöhte Suizidrate haben (World Health Organization WHO 2014). Eine kürzlich durchgeführte Studie an der Universität Zürich¹⁴ 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).

Viele Kleinkinder mit einem biologisch nicht eindeutigen Geschlecht wurden und werden unfreiwilligen und unnötigen Eingriffen unterworfen. Ihr damit verbundenes körperliche und seelische Leiden kann bei Heranwachsenden zu schweren psychosozialen Krisen bis hin zu Suiziden führen¹⁵.

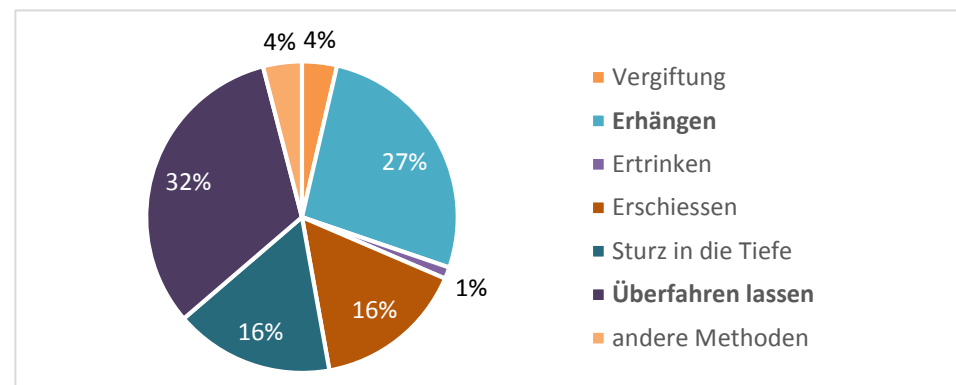
Männliche Jugendliche

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 7).

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

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



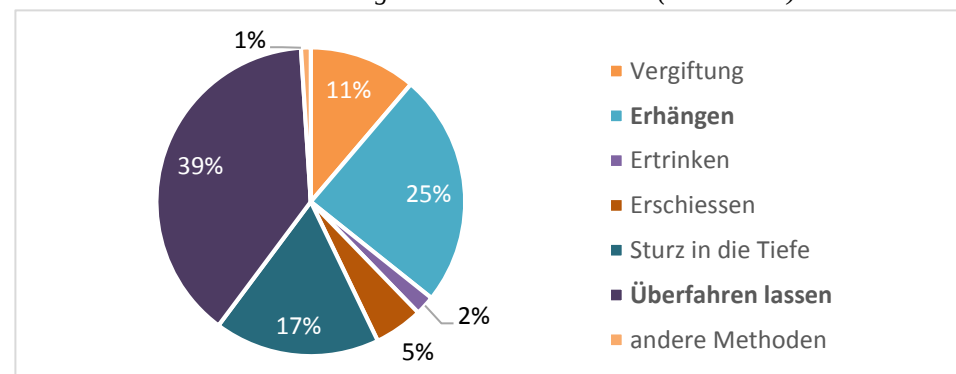
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

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 8).

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



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG

N=10 pro Jahr

¹⁴ An der Studie hatten fast 6000 junge Männer während ihrer Aushebung teilgenommen. Mit den involvierten Rekrutierungszentren deckt die Studie 21 von 26 Kantonen ab.

¹⁵ http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/NEK_Intersexualitaet_De.pdf (Zugriff 24.10.2016)

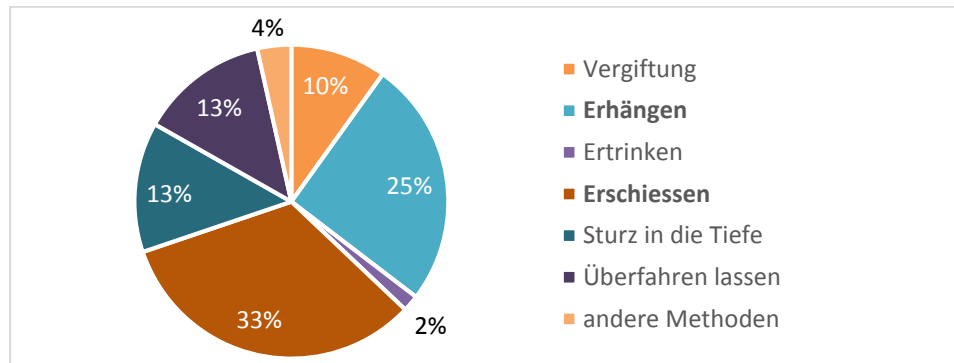
Junge Männer

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 9).

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

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



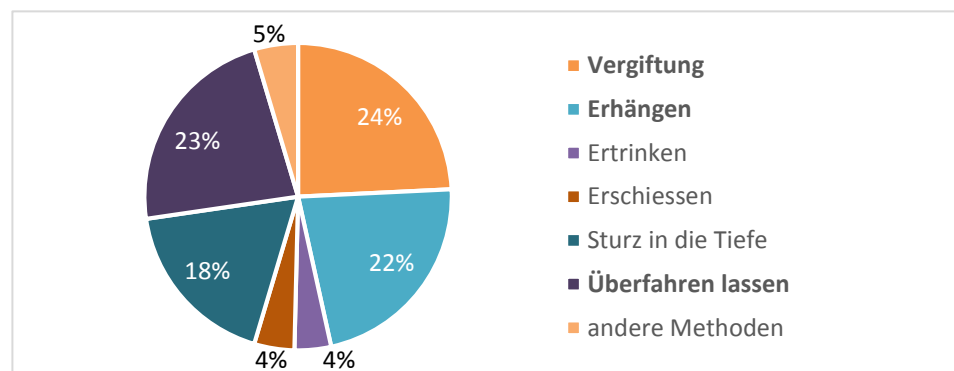
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

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 10).

10. 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.

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 11). 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 5, S. 13). 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 4, S. 13). Die Suizidversuchsraten sind in der Altersgruppe 30 bis 69 Jahre gegenüber anderen Altersgruppen tiefer (Steffen et al. 2011).

11. 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%C3%A4hrlich%2045000%20Menschen%20in%20den%20Tod) (Zugriff am 20.09.2016)

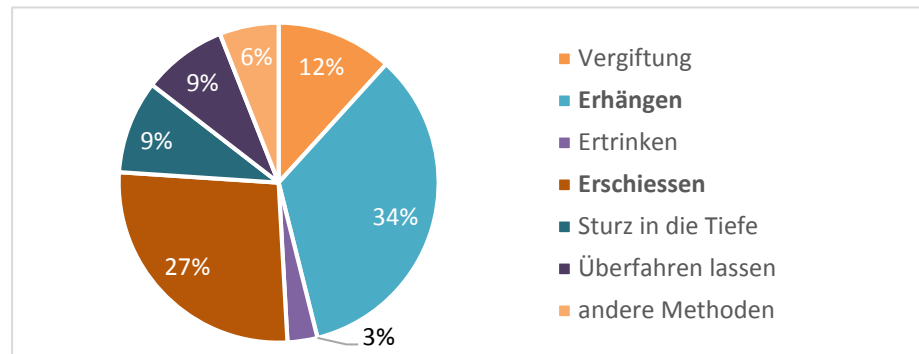
Männer

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 12).

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

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



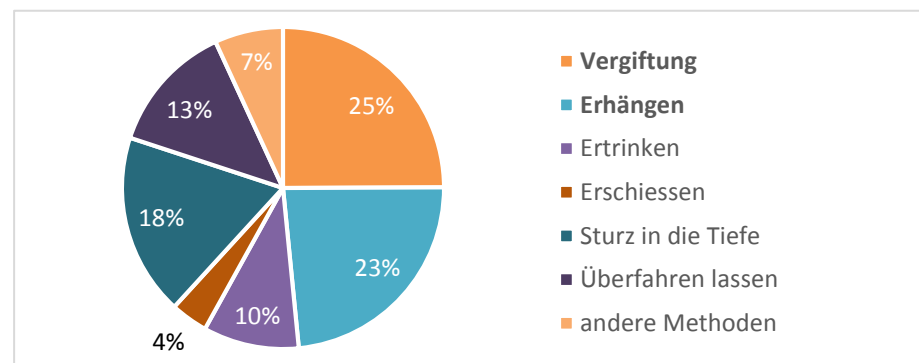
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

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 13).

13. 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 14). 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 5, S. 13). Drei von vier in dieser Altersgruppe durch Suizid Verstorbene sind Männer.

14. 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 4, S. 13). 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, Verwitwung oder Pflegebelastung hinzu (Stoppe 2012). Nach der Verwitwung haben insbesondere Männer ein hohes Suizidrisiko – es ist in der ersten Woche nach der Verwitwung 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).

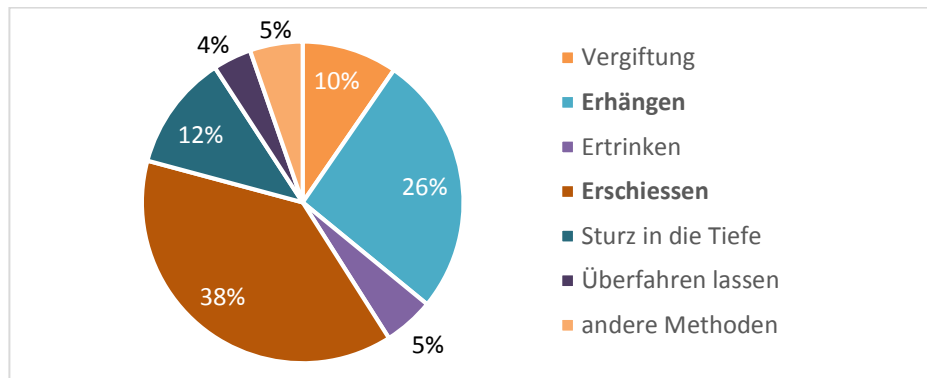
Männer

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 15). 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.

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

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

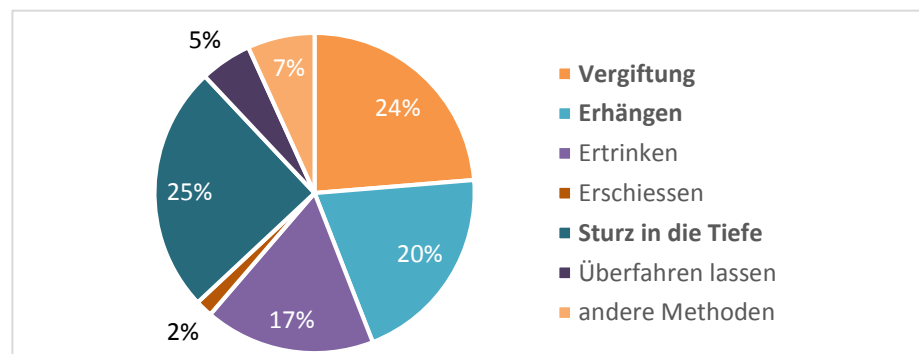
N=168 pro Jahr

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 16). 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.

16. 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 17). 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%.

17. 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 5, S. 13). 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 4, S. 13).

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. 19).

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.

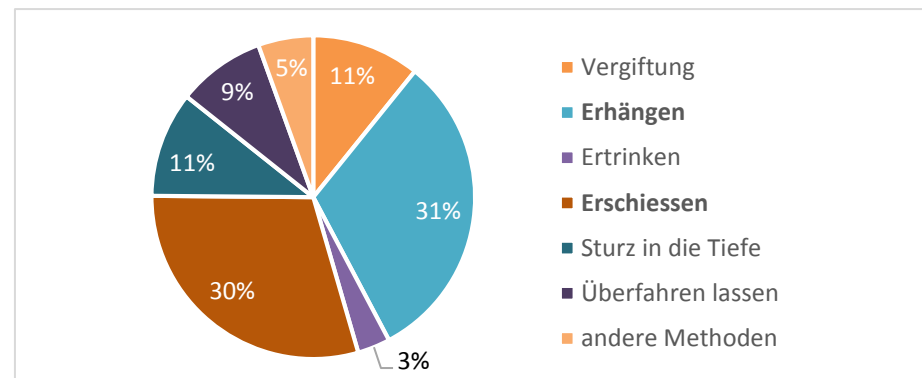
Männer

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 18).

18. Suizidmethoden: Männer (2004–2013)

Lesehinweis:

In der Legende sind Anteile ab 20 % hervorgehoben.



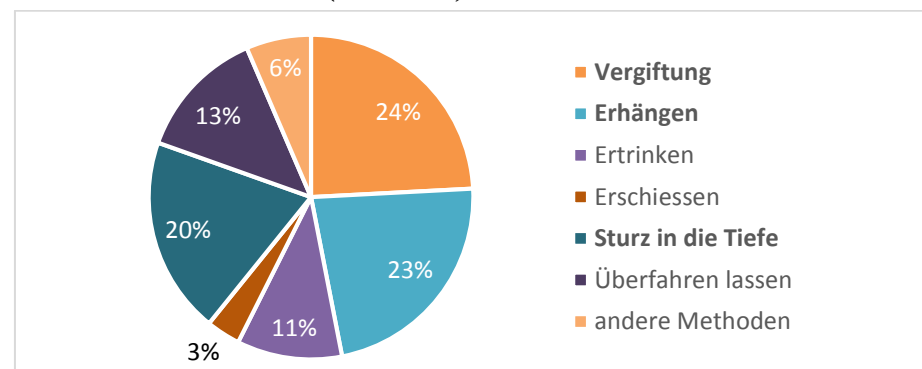
Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

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 11 % durch Ertrinken (Abbildung 19).

19. Suizidmethoden: Frauen (2004–2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

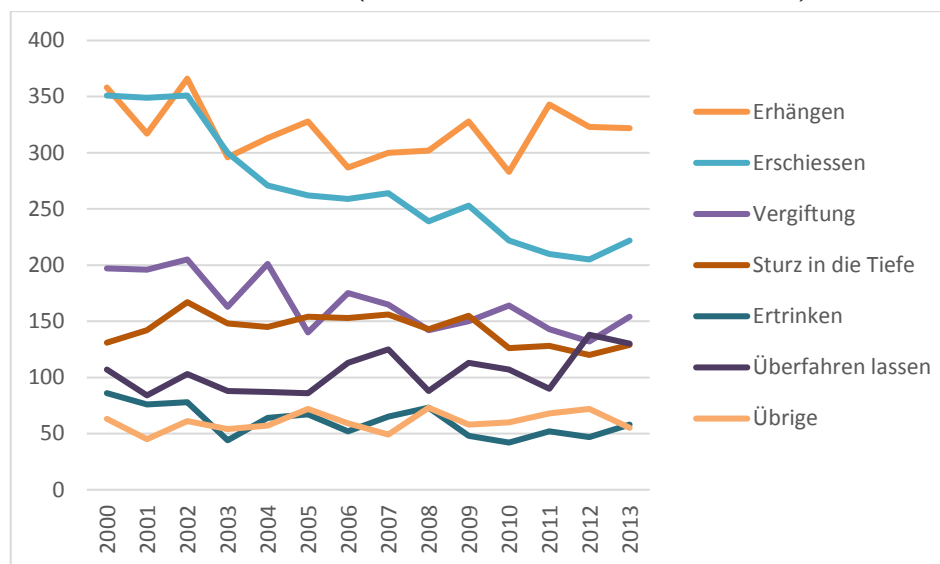
N=300 pro Jahr

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.

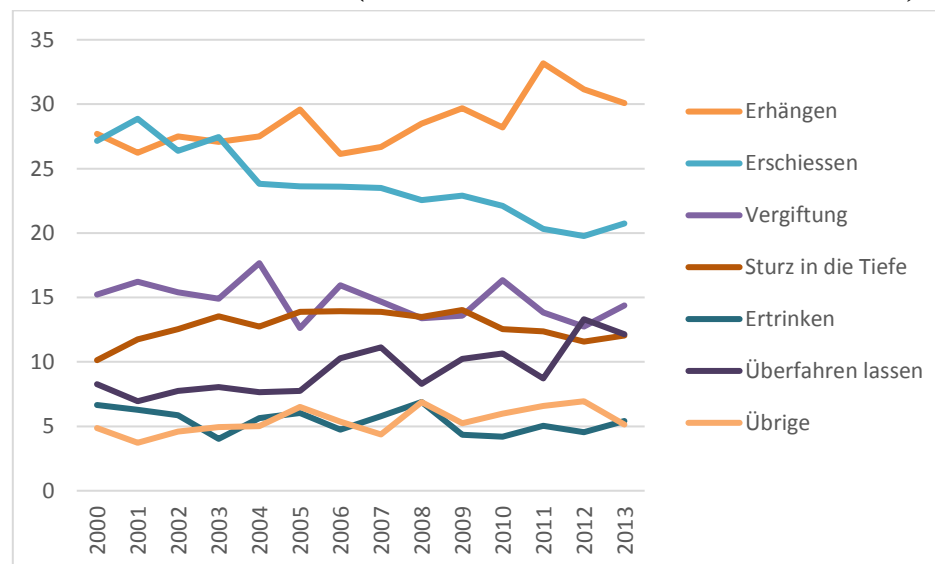
Abbildung 20 zeigt die Entwicklung der letzten Jahre in absoluten Zahlen, Abbildung 21 in relativen Zahlen (in Prozent).

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



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

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



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertung: BAG 2015

¹⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.262994.html> (Zugriff am 24.10.2016); Auswertungen: BAG

Erhängen dominiert nach wie vor deutlich, gefolgt von Erschiessen. Erschiessen ist somit immer noch eine bedeutsame Suizidmethode, auch wenn Erschiessungssuizide sowohl absolut (Abbildung 20) als auch relativ (Abbildung 21) 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/Stecken).

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 Grenzschutzes) 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. Im Jahr 2004 waren es rund 32 000 und im Jahr 2007 rund 7 000.

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 22, S. 25).

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

22. 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 %¹⁹ (Suizide: (Reisch et al. 2015)²⁰; 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 23). Jedoch sind Frauen unter den Vergiftungssuiziden übervertreten.

23. 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

¹⁹ Bei Suiziden werden am häufigsten die Medikamentengruppen Benzodiazepine, Opiate/Opioide, Trizyklika / Tetrazyklika und Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verwendet. Bei Suizidversuchen Paracetamol, Benzodiazepinen (v.a. Lorazepam) und nichtsteroidalen Antirheumatika (v.a. Mefenaminsäure und Ibuprofen).

²⁰ 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 24).

24. 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 25).

25. 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. 20 und 21, S. 23). Dies bestätigt die Statistik zu Suiziden des Bundesamtes für Verkehr (Tabelle 26).

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

Getötete						Schwerverletzte					
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
126	103	140	140	151	140	14	14	18	16	9	12

Quelle: Bundesamt für Verkehr²¹.

²¹ <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/43732.pdf> (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	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. Es zeigt sich aber auch, dass bestimmte Personengruppen ein überdurchschnittliches Suizidrisiko haben: z. B. hochaltrige Männer, Personen, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind, LGBT-Jugendliche (LGBT steht für Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender) oder Personen im Freiheitsentzug. Für sie sind Massnahmen der selektiven Suizidprävention wichtig.
Suizidmethoden	Rund 20 % der Suizide erfolgen durch den Einsatz von Schusswaffen – fast ausschliesslich durch Männer. Rund 15 % der Suizidenten 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.

Aus «Darüber reden». Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen (Weisshaupt 2013).

«Seit gestern bin ich in der psychiatrischen Klinik. Ich habe mich angemeldet, Mami hat mich hingefahren. Der Eintritt war etwas hektisch. Mami war so verweint, dass sie zuerst nicht wussten, ob es mich oder sie betrifft. Verständlich, war doch ihre letzte Fahrt in die Psychi die mit Papi.

Einige Tage sind vergangen in der Klinik. Ich merke, dass ich meinen Gefühlen wieder nahe komme. Bin gerade traurig, wütend, hilflos und schwach, aber ruhig und still. Ich liebe die Ruhe. Alles macht mir so viele Sorgen. Hier in der Klinik fühle ich mich aber geschützt.

Zwei Woche vergangen. Es gab ups & downs. Ich mache viele Dinge und lese viel. Fühle mich im Moment wohl hier in der Klinik, habe aber Angst, die Abgrenzung hier zu verlassen.

Wieder eine Woche vergangen. Die letzten fünf Tage waren absolut schrecklich. Ich habe nur noch geweint. Heute ist wieder etwas Ruhe eingeleitet, und ich kann halbwegs klar denken.

Am Wochenende traute ich mich, von der Klinik wegzufahren. Ich war campen mit Sandra, meiner wunderbaren Freundin. An den nächsten Wochenenden versuche ich nun, zu meiner Schwester zu gehen. Ich packe alle Sachen bei Mami und möchte die Zeit bei ihr abschliessen. Meine schwere, depressive Zeit. Im Moment vermisse ich viel. Das Leben und meine Freunde. Hier in der Klinik habe ich langsam jede Ecke gesehen. Ich versuche momentan, auf eine Prüfung an der Fachhochschule zu lernen. Ich möchte gerne wieder funktionieren.

Mein letzter Tag hier in der Klinik. Ich freue mich auf mein neues Leben. Viele Gefühle, Gedanken sind aufgetaucht hier in der Klinik. Hier habe ich gelernt, mich gern zu haben. Mir ist klar, dass ich wohl noch nicht am Ende der schweren Zeit bin, und die Ängste werden mir im Nacken bleiben, irgendwann wieder eine solche Depression durchstehen zu müssen. Aber ich weiss jetzt, dass ich es schaffen kann. Wieder und wieder, wenn es sein muss. Papi - Du hast so viel verpasst! Warum hattest Du die Kraft nicht? »

Vera Rohner (mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Verlags)

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).

Suizidgedanken sind eine verbreitete Reaktion auf hohen Leidensdruck. Das eigene Leben zu beenden, erscheint als (einzig) mögliche Befreiung aus der Krise. Menschen mit Suizidgedanken möchten meist nicht sterben, sondern sehnen sich nach einem Ausweg aus der Krise.

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 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).

Nur ein kleiner Teil der Menschen mit Suizidgedanken setzt diese um. Zu Suizidversuchen kann es kommen, wenn Betroffene vor lauter Leidensdruck und Hoffnungslosigkeit kaum mehr einen klaren Gedanken fassen können. Eine akute suizidale Krise ist vom Gedanken geprägt, das eigene Leben zu beenden sei die einzige Lösung für bestehende Probleme. Der Leidensdruck hindert Betroffene daran, Wege aus der Krise zu finden und mit Menschen in Kontakt zu treten, die sie unterstützen könnten.

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 ²² 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.

²² Als «Resilienz» wird die psychische und physische Stärke bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit oder den Verlust von nahestehenden 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

psychisch
belastete
Migrantinnen und
Migranten

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 % einsam.

Besonders schwierig ist die Situation für Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Nosetti und Jossen 2012) und für unbegleitete asylsuchende Kinder und Jugendliche (UN-Kinderrechtskonvention²³). 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.

²³ [http://www.bsv.admin.ch/Themen/Kinder- und Jugendfragen/Kinderrechte](http://www.bsv.admin.ch/Themen/Kinder-und-Jugendfragen/Kinderrechte) (Zugriff am 24.10.2016)

5. Suizidprävention in der Schweiz: Akteure und Aktivitäten

5.1 Einleitung

Akteure der
Suizidprävention

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Alle drei Staatsebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) sind in der Suizidprävention engagiert. Eine wichtige Rolle spielen Nichtregierungsorganisationen.

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 (bspw. durch die Ausrichtung von Finanzhilfen, vgl. Ziff. 5.5), betreibt Suizidprävention aber punktuell auch direkt.

Einen massgeblichen Einfluss auf die Suizidrate haben Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit. In diesem Themenfeld sind das Bundesamt für Gesundheit BAG, das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO sowie – für Jugendliche und im Rahmen der Integrationsbemühungen für psychisch Kranke – auch 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)²⁴,
- die Postulate 13.3370 «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz»²⁵, 10.3255 «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz»²⁶, 14.3191 «Erwerbsintegration von psychisch Kranken»²⁷ bzw. der IV-Weiterentwicklung,
- die Nationale Strategie Sucht,
- das Netzwerk bildung + gesundheit,
- die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie),
- Koordinationsarbeiten zur Umsetzung der Kinderrechtskonvention

Das Bundesamt für Justiz BJ kann durch seine Rechtsetzung z. B. in den Bereichen häusliche Gewalt, Opferhilfe und Straf- und Massnahmenvollzug ebenso zur Reduktion von Suiziden beitragen wie das Staatssekretariat für Migration SEM durch seine Politik. Das Bundesamt für Strassen ASTRA hat eine Baurichtlinie für Suizidprävention an Brücken erlassen²⁸. Das Bundesamt für Statistik BFS sammelt mit der Todesursachenstatistik grundlegende Daten zu

²⁴ [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/psychische Gesundheit/psychische Gesundheit in der Schweiz](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/psychische_Gesundheit/psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz) (Zugriff am 20.09.2016)

²⁵ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20133370 (Zugriff am 24.10.2016)

²⁶ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20103255 (Zugriff am 24.10.2016)

²⁷ http://www.parlament.ch/Curia_Vista/id=20143191 (Zugriff am 24.10.2016)

²⁸ 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).

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 Heilmittelgesetz 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 Armee Waffe 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 Armee Waffe nach absolviertem Militärdienst ein Waffenerwerbsschein erforderlich. Dies führte zu einem massiven Rückgang von ehemaligen Armee Waffen, die in den privaten Besitz übergegangen sind. Wichtig sind auch 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

Tötungsdelikte mit anschliessendem 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 werden vor allem Schusswaffen verwendet (Grabherr et al. 2010). Die Verfügbarkeit von Schusswaffen spielt bei Tötungsdelikten mit anschliessendem Suizid eine entscheidende Rolle, da das Vorhandensein von Schusswaffen das Töten von mehreren Personen und den anschliessenden Suizid erheblich erleichtert (auch z.B. bei einem Amoklauf). So werden in 9 von 10 Fällen von Mehrfachtötungen und anschliessendem Suizid durch Schweizer eine Schuss Waffe verwendet (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. 2012; Killias et al. 2006; Markwalder und Killias).

Heilmittelgesetz

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. Bei einer Verschärfung des Zugangs zu einem Arzneimittel, das häufig bei Suiziden eingesetzt wird, muss geprüft werden, welche möglicherweise negativen gesundheitlichen Folgen dies mit sich bringen kann.

Die im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes vom Parlament anvisierte Erleichterung des Zugangs zu Heilmitteln steht eher im Widerspruch zur

Zielsetzung der Suizidprävention. Der Bundesrat wird die Anliegen der Suizidprävention aber im Rahmen der Umsetzung des Heilmittelgesetzes berücksichtigen. In den Ausführungsbestimmungen im Heilmittelverordnungspaket IV wird nach einem zufriedenstellenden Kompromiss für die Akteure des Gesundheitswesens und für die Bevölkerung gesucht.

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

Quantitative Datenquellen

Gesamtschweizerische Routinedaten zu Suiziden liefert insbesondere die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS).

Weitere (potenzielle) Quellen für gesamtschweizerische Informationen zu Suiziden, Suizidversuchen, Suizidalität oder Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. psychische Gesundheit, Vereinsamung, Gesundheitsversorgung) sind²⁹:

- 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.

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

²⁹ Zudem liefern auch einmalige, gesamtschweizerische Erhebungen Informationen: z. B. die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI, 2008/09).

«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 Befragung³⁰ 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. Ein besonderes Augenmerk ist auf schwer kranke und multimorbide Menschen zu richten. Die Palliativmedizin ist ein wichtiger Teil der Suizidprävention.

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 suizidalen Krisen benötigt spezifisches Fachwissen. Ebenso wichtig ist aber die innere Haltung des Personals. Psychisch erschütterte Menschen brauchen viel Empathie.

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

³⁰ Durch das Netzwerk Psychische Gesundheit im Frühjahr 2015. Rückmeldungen von 25 Kantonen, ergänzt durch Recherchen vom Netzwerk Psychische Gesundheit zur Abrundung des Bildes.

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 Versorgung³¹.

Exkurs

Suizide während stationärem Psychiatrie-aufenthalt

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 konstant³².

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) wurde zusammen mit Expertinnen und Experten ein Aktionsplan erarbeitet. Suizidprävention nimmt darin einen hohen Stellenwert ein (Mascherek 2015; Mascherek und Schwappach 2016).

Suizidprävention in Gemeinden

Es ist unklar wie die Beratungsstellen in den Gemeinden für die Suizidprävention sensibilisiert sind. Sie nehmen bei der Früherkennung und Frühintervention eine wichtige Funktion ein. Für die Suizidprävention in den Gemeinden prädestiniert sind z. B. Jugend- oder Suchtfachstellen oder Sozialdienste. Insgesamt sind zu wenig Anlaufstellen für ältere Menschen, LGBT-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 werden³³. Beratungsdienste sollten mit Hotlines und der (sozial-)psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten.

Suizidprävention in Ausbildungs-stätten

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+F³⁴). F+F wird im Bereich Sucht- und Gewaltprävention

³¹ Vgl. «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» (2016). Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255).

³² http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/psychiatrie/leistungen/austritt/ (Zugriff am 20.09.2016)

³³ Eine Struktur oder Dienstleistung mit niedrigschwelligem 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 20.09.2016)

³⁴ <http://www.bag.admin.ch/Themen/Kinder- und Jugendgesundheit/Früherkennung und Frühintervention> (Zugriff am 20.09.2016)

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 Projekte³⁵.

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). Im Dezember 2015 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*³⁶. Die sogenannten «Mandela Rules» übernehmen manches aus den Strafvollzugsgrundsätzen des Europarats. Sie gehen aber bezüglich der Regeln zur Isolationshaft – die für die Suizidprävention zentral ist – darüber hinaus.

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

³⁵ 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.

³⁶ http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_UN_SMRs.pdf (Zugriff am 11.08.2016)

und -direktoren (KKJPD) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) seit 2013 den Fachrat Santé Prison Suisse (SPS) eingesetzt³⁷.

Selten ist der Staat so direkt und umfassend für die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger verantwortlich wie wenn er ihnen die Freiheit entzieht und sie gefangen hält.

5.4 Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Auftrag Gesundheitsförderung Schweiz hat den gesetzlichen Auftrag, Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu initiieren, zu koordinieren und zu evaluieren. Die Stiftung wird von den Kantonen und Versicherern getragen.

Psychische Gesundheit im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement Die psychische Gesundheit zählt seit 2006 zu den strategischen Schwerpunkten von Gesundheitsförderung Schweiz. Da die Arbeit für die psychische Gesundheit einen zentralen Stellenwert hat, mehr als die Hälfte der Schweizer Wohnbevölkerung erwerbstätig ist und ein Grossteil aller Erwerbstätigen 40 Jahre und mehr im Arbeitsprozess steht, konzentrierte sich Gesundheitsförderung Schweiz bisher auf Massnahmen des freiwilligen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt dazu wissenschaftlich validierte und praxiserprobte Massnahmen, welche die Unternehmen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmassnahmen für ihre Mitarbeitenden unterstützen.

Psychische Gesundheit im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme Seit 2007 koordiniert Gesundheitsförderung Schweiz mehrjährige Programme, sogenannte kantonale Aktionsprogramme (KAP), in denen wirkungsorientierte Massnahmen gebündelt und aufeinander abgestimmt werden. Diese bezogen sich bis anhin ausschliesslich auf die Themen Ernährung und Bewegung und auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Im Juli 2016 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) dem Zuschlag der Krankenkassenprämie zugestimmt. Diese Erhöhung erlaubt nun den Einbezug des Themas Psychische Gesundheit sowie der Zielgruppe der älteren Menschen in ein kantonales Aktionsprogramm. Dadurch leistet Gesundheitsförderung Schweiz einen Beitrag zur erfolgreichen Umsetzung der Projekte des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik bzw. der NCD-Strategie.

Über die KAP bietet Gesundheitsförderung Schweiz einen einheitlichen konzeptionellen Rahmen für alle interessierten Kantone, der eine vergleichbare Qualität sowie genügend Flexibilität für Anpassung an regionale Gegebenheiten ermöglicht. Der Umfang der Massnahmenpakete passen die Kantone ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten an. Sie sind dabei verantwortlich für die Steuerung und Umsetzung der konkreten Massnahmen. Die kantonalen Aktionsprogramme werden finanziell mindestens zur Hälfte von den Kantonen und ergänzend dazu von Gesundheitsförderung Schweiz getragen.

Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sollen die Massnahmen der KAP im Themenfeld Psychische Gesundheit auf die Stärkung der Ressourcen sowohl bei der Person als auch in ihrem Umfeld ausgerichtet sein. Im Fokus der Massnahmen sind Kinder und Jugendliche und ältere Menschen sowie deren Bezugspersonen (Eltern, pflegende Angehörige etc.). Die KAP tragen damit zur Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Suizid bei.

³⁷ <http://sante.prison.ch/de> (Zugriff am 20.09.2016)

5.5 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 27 dargestellt.

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

Vereine Suizidprävention	Fachleute				Bevölkerung	
	Forschung	Vernetzung	Weiterbildung	Infomaterial	Information/ Sensibilisierung ³⁸	Beratung/Hilfe ³⁹
CH: Ipsilon	✓	✓	✓	✓	✓	
AG: Suizid-Netz		✓	✓	✓	✓	
BE: Fachgruppe Suizidprävention		✓	✓	✓	✓	
BE (partie francophone): Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
FR: PréSuiFri		✓	✓	✓		
F-CH: STOP SUICIDE		✓	✓	✓	✓	
JU: Résiste		✓	✓	✓	✓	✓
NE: Parlons-en		✓	✓	✓	✓	✓
VS: Parspas			✓	✓	✓	✓
ZH: FSSZ	✓	✓	(✓)	✓	✓	
D-CH: Trauernetz		✓	✓		✓	✓

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

Damit Angebote in suizidalen Krisen 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. An das Angebot «Beratung + Hilfe 147» und Stop Suicide richtet der Bund (Bundesamt für Sozialversicherungen) Finanzhilfen aus.

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

³⁸ Hier geht es einerseits um Informationen über die Problematik des Suizids aber auch über jene der psychischen Krankheiten.

³⁹ Kann für Betroffene oder Angehörige oder beide sein.

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 Bürli 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 28 zeigt einige Aktivitäten von NGOs gegen Einsamkeit und zur Förderung der sozialen Teilhabe:

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

Titel	Art	Kanton(e) / Städte
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, Vereinen, der Armee, der Polizei, Beratungsstellen oder Hotlines ihre Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion 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 suizidalen Krisen brauchen Mitmenschen, die ihnen mit viel Empathie entgegenreten.

Medienberichterstattung 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 wurden⁴⁰. Seither haben weitere Akteure Empfehlungen für Medienschaffende erarbeitet⁴¹.

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.

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).

Exkurs

Positive und negative Effekte der Medienberichterstattung

Einen positiven Einfluss haben Medienberichte, die öffentliches Bewusstsein für das Thema Suizid schaffen, Aufklärungsarbeit zu Fehllannahmen 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

⁴⁰ <http://www.ipsilon.ch/de/medien/medienguidelines.cfm> (Zugriff 11.08.2016)

⁴¹ <http://www.stopsuicide.ch/site/medias> (Zugriff 11.08.2016)

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. Es ist wichtig Medienschaffende bei baulichen Massnahmen der Suizidprävention einzubinden (Reisch et al. 2014).

Exkurs

Cyberbullying & Sexting

Von Cyberbullying (oder Cybermobbing) wird gesprochen, wenn unter Einsatz digitaler Kommunikationsmittel Texte, Bilder oder Filme verbreitet werden, um Personen zu verleumden, bloss zu stellen oder zu belästigen, wobei die Angriffe wiederholt oder über längere Zeit erfolgen. Der Bundesrat hat 2010⁴² und 2015 einen Bericht zum Thema verabschiedet. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsenen von Cyberbullying betroffen sind – als Täter und Opfer. Cyberbullying kann dramatische Folgen haben, wie Angstzustände, Depressionen und Suizidgedanken.

In der Schweizer JAMES-Studie gaben 28 % der befragten Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren an, dass Fotos oder Videos ohne ihre Zustimmung online gestellt wurden (Willemse et al. 2014). 22 % der Jugendlichen gaben an, dass jemand sie im Internet fertig machen wollte. 12 % haben erlebt, dass beleidigende Bilder oder Texte über sie mit dem Handy verschickt wurden und 8 % haben schon erotische oder aufreizende Fotos oder Videos von sich selbst über das Handy verschickt. Letzteres birgt die Gefahr, dass dieses Material vom Empfangenden missbräuchlich verwendet wird und ohne Einwilligung des Sendenden weiterverbreitet wird (sogenanntes Sexting).

Im Schweizer Recht findet sich keine explizite Gesetzesbestimmung, die Cyberbullying oder Sexting an sich unter Strafe stellt. Gemäss Bundesrat⁴³ genügen aber die bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen, um Cyberbullying und Sexting zu ahnden. Opfer einer Persönlichkeitsverletzung können zudem zivilrechtlich klagen. Auch das Datenschutzgesetz findet Anwendung.

Bund und Kantone engagieren sich im Bereich Cyberbullying über das Thema «Jugend und Medien». Der Wirkung von regulatorischen Schutzinstrumenten sind Grenzen gesetzt. Parallel sind Massnahmen wichtig, die Erziehende befähigen Kinder bei der Mediennutzung zu begleiten und bei belastenden Erfahrungen Unterstützung zu bieten. Kinder und Jugendliche ihrerseits müssen befähigt werden die Auswirkungen ihres eigenen Tuns zu erkennen und die sich daraus möglicherweise ergebenden Konsequenzen abschätzen zu können. Des Weiteren nehmen sich Bund und Kantone auch über das Thema «Jugend und Gewalt» dem Cyberbullying an⁴⁴ (Ribeaud et al. 2015).

⁴² <https://www.cybercrime.admin.ch/dam/data/fedpol/aktuell/news/informationen/ber-br-d.pdf> (Zugriff 15.09.2016)

⁴³ http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00071/index.html?lang=de -> Bundesratsbericht Jugend und Medien (Zugriff am 15.09.2016)

⁴⁴ <http://www.jugendundgewalt.ch/de.html> (Zugriff am 15.09.2016)

6. Aktionsplan Suizidprävention Schweiz

6.1 Auftrag

Auftrag Die eidgenössischen Räte erteilten 2014 dem Bundesrat durch die Annahme der Motion Ingold 11.3973 «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» 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». Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und betrifft viele Akteure des Gesundheitswesens.

Erarbeitung des Aktionsplans Daher hat der Bund die Erarbeitung eines Aktionsplans zur Suizidprävention in den «Dialog Nationale Gesundheitspolitik»⁴⁵ eingebracht. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» hat in der Folge das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit dieser Aufgabe beauftragt.

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

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

An der Konsultation des Entwurfs im Frühjahr 2016 nahmen rund 130 Akteure innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens teil.

Der hier vorliegende Aktionsplan nimmt internationale Empfehlungen für Suizidpräventionsprogramme auf (World Health Organization WHO 2014; Zalsman et al. 2016; Mann et al. 2005) und berücksichtigt die schweizerischen Rahmenbedingungen.

6.2 Zielsetzung

Suizide und Suizidrate heute In der Schweiz sterben jährlich über 1000 Personen durch nicht-assistierte Suizid. Die altersstandardisierte Suizidrate ohne assistierte Suizide lag 2013 bei 13,3 Suiziden⁴⁶ pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Männer: 20,3; Frauen: 6,3 (Steck und Zwahlen 2016)).

Die Rate nicht-assistierter Suizide hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich reduziert, blieb aber seit 2010 unverändert. Der rückläufige Trend der Suizidrate hängt vermutlich mit allgemeinen Faktoren wie z. B. der stabilen Wirtschaftslage sowie dem Ausbau der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Schweiz zusammen. Zudem haben öffentliche und private Akteure in den vergangenen Jahren viele Möglichkeiten der Suizidprävention in Angriff genommen.

⁴⁵ Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen. <http://www.nationalegesundheitspolitik.ch/de/index.html> (Zugriff am 2.11.2016).

⁴⁶ Für die altersstandardisierten Raten wurde hier die European Standard Population ESP 2010 verwendet. Das Bundesamt für Statistik weist zum Teil altersstandardisierte Suizidraten aus, die auf der ESP 1976 basieren. Dadurch ergeben sich Differenzen in den publizierten Suizidraten.

Zielsetzung	Mit dem Aktionsplan Suizidprävention soll die Rate nicht-assistierter Suizide (und Suizidversuche) d. h. die Anzahl Suizide in Bezug auf die Bevölkerungsgrösse der Schweiz, weiter und nachhaltig reduziert werden.
	Die unveränderte Suizidrate seit 2010 zeigt, dass es verstärkte Bemühungen braucht. Wie Steck und Zwahlen (2016) argumentieren, ist es nicht wahrscheinlich, dass sich die Suizidrate in den kommenden 20 Jahren analog markant reduzieren wird, wie in den vergangenen 20 Jahren. Zudem gilt allgemein: Je tiefer die Rate, desto stärker muss in Präventionsbemühungen investiert werden, um eine weitere Reduktion erzielen zu können.
	Würde sich der abnehmende Trend der Jahre 1995 bis 2013 im gleichen Ausmass weiterführen, könnte die Suizidrate der Männer bis 2030 auf rund 14 Suizide pro 100 000 Einwohner sinken und jene der Frauen auf rund 4 Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen (Steck und Zwahlen 2016). Dies würde bei den Männern eine Reduktion der Suizidrate von 2013 bis 2030 um rund 30 % und bei den Frauen um rund 40 % bedeuten. Es muss davon ausgegangen werden, dass dies eine zu optimistische Zielsetzung ist.
Reduktion der Suizidrate um rund 25 % bis 2030	Der Aktionsplan hat daher das Ziel die Anzahl Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um rund 25 % zu reduzieren (verglichen mit 2013). Er strebt somit im Jahr 2030 eine Rate von rund 10 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner an (Männer: rund 15 Suizide pro 100 000 Einwohner; Frauen: rund 5 Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen).
	Ein Vergleich mit Suizidraten anderer europäischer Länder⁴⁷ zeigt, dass das Erreichen der Ziele möglich ist. So weisen z. B. Grossbritannien, Spanien, Italien und Luxemburg bereits im Jahr 2013 für Männer eine Suizidrate unter 15 Suiziden pro 100 000 Einwohner aus. Norwegen, Portugal, die Niederlande und Dänemark lagen nur knapp darüber. Bei den Frauen weisen im Jahr 2013 z. B. Grossbritannien, Spanien, Italien, Portugal und Griechenland eine Rate von maximal 5 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen aus.
pro Jahr rund 300 Suizide weniger	Bei Erreichen der Zielsetzung für die Schweiz könnten pro Jahr langfristig (Jahr 2030) rund 300 Todesfälle durch Suizid und für rund 3000 Angehörigen und Nahestehenden grosses Leid verhindert werden (Steck und Zwahlen 2016).
	Dennoch wären jährlich weiterhin rund 1000 Suizidopfer zu beklagen – dies aufgrund der erwarteten Bevölkerungsentwicklung (Steck und Zwahlen 2016). Die oben erwähnten künftigen Suizidzahlen sind Schätzungen. Sie basieren auf dem mittleren Szenario zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamts für Statistik. In diesem Szenario steigt die Anzahl Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz bis 2030 z. B. auf 9,5 Millionen und die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren (mit der höchsten Suizidrate) auf 2,2 Millionen.
Suizidversuche	Konkrete Ziele für Suizidversuche lassen sich aufgrund fehlender gesamtschweizerischer Daten nicht formulieren (Steck und Zwahlen 2016).

⁴⁷ <http://ec.europa.eu/eurostat> (Zugriff am 30.08.2016)

6.3 Ziele und Massnahmen

Mit dem Aktionsplan wollen Bund und Kantone einen Beitrag zur Reduktion von suizidalen Handlungen während – oft vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen leisten.

Zehn Ziele Der Aktionsplan Suizidprävention Schweiz formuliert zehn Ziele (Abb. 29).

29. Die Ziele des Aktionsplans Suizidprävention Schweiz im Überblick

IX. : Monitoring & Forschung zu :	I. Ressourcen stärken II. Sensibilisieren und informieren III. Einfacher Zugang zu Hilfe gewähren IV. Früh erkennen und früh intervenieren V. Wirkungsvoll betreuen und behandeln VI. Verfügbarkeit suizidaler Mittel reduzieren VII. Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen VIII. Suizidpräventive Medienberichterstattung & digitale Kommunikation	X. Beispiele guter Praxis zu :
--	--	---------------------------------------

Jedem Ziel sind Schlüsselmassnahmen zugeordnet, die einen wesentlichen Beitrag zur Zielerreichung leisten.

19 allgemeine
und spezifische
Massnahmen

Diese Schlüsselmassnahmen richten sich an:

- die Gesamtbevölkerung,
- Personen, die aufgrund vorhandener Risikofaktoren suizidgefährdet sind oder bereits suizidale Handlungen ausgeführt haben
- ihr Umfeld
- Fachpersonen und Multiplikatoren

30. *Die Ziele mit den entsprechenden Schlüsselmassnahmen des Aktionsplans*

Ziel I	Menschen in der Schweiz verfügen über persönliche und soziale Ressourcen, die ihnen psychische Widerstandskraft im Umgang mit Belastungen geben.
I.1	Interventionen verbreiten, die bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen deren persönliche und soziale Ressourcen stärken.
Ziel II	Die Bevölkerung ist über das Thema Suizidalität und über Möglichkeiten der Prävention informiert.
II.1	Eine gesamtschweizerische Suizidpräventionskampagne konzipieren, die über Suizidalität und Möglichkeiten der Prävention informiert.
II.2	Sensibilisierungsinterventionen verbreiten, bei denen Multiplikatoren in direktem Kontakt zu Risikogruppen über Suizidalität und Präventionsmöglichkeiten informieren.
Ziel III	Suizidgefährdete Personen und ihr Umfeld kennen und nutzen Beratungs- und Notfallangebote.
III.1	Beratungs- und Notfallangebote festigen und ihre Nutzung fördern.
Ziel IV	Personen mit wichtiger Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion können Suizidalität erkennen und die notwendige Hilfe einleiten.
IV.1	Bildungsangebote zu Suizidalität und Suizidprävention verbreiten, die sich an Zielgruppen in medizinischen und nicht-medizinischen Settings richten.
IV.2	Strukturen und Prozesse in Organisationen und Institutionen etablieren um die Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktionen Einzelner zu erleichtern.
Ziel V	Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch betreut und behandelt.
V.1	Massnahmen des Berichts «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» umsetzen. Dabei den spezifischen Versorgungsbedarf von Suizidgefährdeten und Menschen nach suizidalen Handlungen berücksichtigen.
V.2	Empfehlungen zu wirksamen Nachsorgeinterventionen konsolidieren um Rückfälle nach Suizidversuchen und nach Klinikaustritten zu verhindern.
V.3	Suizidprävention in allen Institutionen des Freiheitsentzugs verankern.
Ziel VI	Die Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden wird reduziert.
VI.1	Bauliche Möglichkeiten der Suizidprävention in Richtlinien und Normen der Baukunde aufnehmen sowie Fachpersonen im Bauwesen sensibilisieren und informieren.
VI.2	Die Anliegen der Suizidprävention im Heilmittelgesetz bzw. in den Verordnungen – im Kontext anderer Public-Health-Anliegen – ausgewogen berücksichtigen.
VI.3	Die Suizidprävention bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten berücksichtigen sowie Rückgabe- und Einsammelaktionen von Medikamenten verbreiten.
VI.4	Waffeneinsammelaktionen etablieren – kombiniert mit Informationsmassnahmen.
Ziel VII	Hinterbliebenen und Berufsgruppen, die nach Suiziden stark involviert sind, stehen Unterstützungsangebote bei der Bewältigung zur Verfügung.
VII.1	Bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote für Hinterbliebene und beruflich Involvierte etablieren und über Angebote informieren.
Ziel VIII	Die Medienberichterstattung über Suizide ist verantwortungs- und respektvoll, damit die Prävention gefördert und Nachahmungen reduziert werden. Digitale Kommunikationsmittel werden verantwortungs- und respektvoll genutzt und verleiten nicht zu suizidalen Handlungen.
VIII.1	Journalistinnen und Journalisten sowie Mediensprecherinnen und -sprecher für die Berichterstattung über Suizide sensibilisieren und sie unterstützen.
VIII.2	Jugendliche für einen verantwortungs- und respektvollen Umgang mit dem Internet und digitale Kommunikationsmitteln sensibilisieren und sie unterstützen.
Ziel IX	Den Akteuren in der Suizidprävention stehen für die Steuerung und die Evaluation ihrer Arbeit die relevanten wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Verfügung.
IX.1	Quantitative Routinedaten erheben und auswerten, welche die Steuerung und die Evaluation von suizidpräventiven Interventionen ermöglichen.
IX.2	Wissenslücken der primären, sekundären und tertiären Suizidprävention durch qualitative und quantitative Forschung schliessen.
Ziel X	Den Akteuren stehen bewährte Praxisbeispiele der Suizidprävention zur Verfügung.
X.1	Bewährte Praxisbeispiele der Suizidprävention sammeln und den Akteuren zur Verfügung stellen.

Ziel I

Ressourcen stärken Menschen in der Schweiz verfügen über persönliche und soziale Ressourcen, die ihnen psychische Widerstandskraft im Umgang mit Belastungen geben.

Ausgangslage	<u>Akute und chronische Belastungen</u> z. B. durch den Verlust einer nahestehenden Person oder Armut gehören zum Leben. <u>Persönliche Ressourcen</u> (z.B. Empathie) oder <u>soziale Ressourcen</u> (z.B. ein tragfähiges soziales Netz) helfen bei Belastungen psychisch gesund zu bleiben und fördern die psychische Gesundheit. Persönliche und soziale Ressourcen <u>fördern einander gegenseitig</u>: Wer z. B. über gute Kommunikationsfähigkeiten verfügt, hat bessere Chancen einen Freundeskreis aufzubauen und bei Belastungen auf diesen zurückgreifen zu können. Persönliche und soziale Ressourcen sind somit <u>Schutzfaktoren</u>, die bei belastenden Ereignissen oder chronischer Belastung verhindern helfen, dass Menschen möglicherweise suizidal werden.
Ziel im Detail	Als persönliche Ressourcen sollen z.B. <u>Lebenskompetenzen</u>, wie sie die WHO beschreibt gestärkt werden: sich kennen und mögen, empathisch sein, kritisch und kreativ denken, kommunizieren und Beziehungen führen, durchdachte Entscheidungen treffen, erfolgreich Probleme lösen sowie Gefühle und Stress bewältigen. Als soziale Ressourcen sollen vor allem <u>tragfähige soziale Beziehungen</u> gestärkt werden. Persönliche und soziale Ressourcen sollen in den verschiedenen <u>Lebenswelten</u> der Menschen und über alle <u>Lebensphasen</u> hinweg gestärkt werden.

Schlüsselmassnahmen

I. 1 Interventionen zur Stärkung von Ressourcen	Interventionen verbreiten, die bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen ihre persönlichen und sozialen Ressourcen stärken.
Umsetzung	Die Stärkung von persönlichen und sozialen Ressourcen ist ein genereller <u>Schwerpunkt der Gesundheitsförderung</u>. Eine grosse Anzahl Akteure ist im Bereich dieser Schlüsselmassnahmen bereits tätig, etwa im Rahmen der Gewalt- und Suchtprävention oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der Aktionsplan Suizidprävention sieht keine eignen Aktivitäten im Bereich dieser Schlüsselmassnahme vor. Er setzt auf die <u>Umsetzung bestehender Initiativen</u>⁴⁸.
Primäre Umsetzungsakteure	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (primär im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme), Kantone
Weitere Umsetzungsakteure	Gemeinden, NGOs sowie betroffene Bundesstellen (BAG, BSV, SECO, EBG), GDK mit ihren Fachkonferenzen

⁴⁸ insbesondere auf die Umsetzung der Massnahmen aus dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz», der im Frühjahr 2015 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedet wurde oder auf die Empfehlungen des Berichts «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» von Gesundheitsförderung Schweiz

Ziel II	
Sensibilisieren und informieren	Die Bevölkerung ist über das Thema Suizidalität und über Möglichkeiten der Prävention informiert.
Ausgangslage	In der Bevölkerung sind <u>Fehlannahmen</u> über Suizide verbreitet, etwa dass suizidale Handlungen rationale, selbstbestimmte Entscheidungen oder nicht zu verhindern seien. Risikofaktoren für Suizidalität wie z. B. psychische Erkrankungen sind mit einem <u>gesellschaftlichen Stigma</u> behaftet. Sowohl Fehlannahmen als auch Stigmatisierung <u>erschweren</u> Betroffenen und ihrem Umfeld das <u>frühzeitige Aufsuchen und Annehmen von Hilfe</u>.
Ziel im Detail	Sensibilisierungsmassnahmen sollen zur <u>Enttabuisierung</u> und <u>Entstigmatisierung</u> von Suizidalität beitragen und über <u>Präventionsmöglichkeiten</u> informieren. Sie sollen das erfolgreiche <u>Überwinden von Krisen</u> in den Mittelpunkt der Kommunikation stellen und Informationen zu <u>niederschweligen Anlaufstellen</u>⁴⁹ (z.B. Beratungs- und Notfallnummern) enthalten. Sensibilisierungskampagnen und -interventionen sollen die Möglichkeiten des <u>Internets</u> und der <u>sozialen Medien nutzen</u>. Sensibilisierungsmassnahmen sollen nebst der Gesamtbevölkerung auch gezielt Personen erreichen, die <u>aufgrund vorhandener Risikofaktoren verstärkt suizidgefährdet</u> sind sowie ihr Umfeld. Die WHO nennt als individuelle, soziale oder gesellschaftliche Risikofaktoren für Suizid(versuche): 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 (World Health Organization WHO 2014).

Schlüsselmassnahmen

II. 1 Suizidpräventions- kampagne	Eine gesamtschweizerische Suizidpräventionskampagne konzipieren, die über Suizidalität und Möglichkeiten der Prävention informiert.
Umsetzung	<u>Punktuell</u> gab/gibt es in der Schweiz bereits <u>Sensibilisierungskampagnen</u> zum Thema Suizidalität (z.B. die Jugendkampagne «là pour toi») oder zu Risikofaktoren (z.B. die «wie-geht's-dir»-Kampagne oder die «du-bist-du»-Kampagne für LGBT-Menschen; LGBT steht für Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender)

⁴⁹ 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 20.09.2016)

Für die Suizidprävention wichtig sind auch Kampagnen für niederschwellige Beratungs- und Notfallnummern (z.B. die Angebote der Dargebotenen Hand oder von Pro Juventute).

2015 ergriff die SBB die Initiative für eine erste gesamtschweizerische Suizidpräventionskampagne (Kampagnenstart Herbst 2016, Dauer: 3 Jahre). Die SBB ging bei der Erarbeitung eine Partnerschaft mit dem Kanton Zürich ein, der im Rahmen seines kantonalen Suizidpräventionsprogramms ebenfalls eine Suizidpräventionskampagne plante. Die Konzeptentwicklung wurde durch einen Fachbeirat begleitet. Durch die fachliche Abstützung konnten die SBB und der Kanton Zürich viele weitere Akteure als Multiplikatoren gewinnen. Über die Multiplikatoren sollen gezielt auch Personen erreicht werden, die aufgrund vorhandener Risikofaktoren verstärkt suizidgefährdet sind sowie ihr Umfeld.

Im Austausch mit den Akteuren wird zu klären sein, wie die Bausteine der Kampagne auch nach 2018 für die Suizidprävention genutzt werden können (z.B. die Website, Broschüren etc.).

Primäre Umsetzungsakteure	SBB (2016 bis 2018), Kanton Zürich und weitere interessierte Kantone
Weitere Umsetzungsakteure	Bund (BAG), NGOs (insb. Die Dargebotene Hand und Pro Juventute als Kooperationspartner für Hotlines).

II. 2 Sensibilisierungsinterventionen	Sensibilisierungsinterventionen verbreiten, bei denen Multiplikatoren in direktem Kontakt zu Risikogruppen über Suizidalität und Präventionsmöglichkeiten informieren.
---------------------------------------	--

Umsetzung	Nebst den obenerwähnten Kampagnen (II.1), die primär massenmedial arbeiten, ist es zusätzlich unabdingbar <u>Personen mit erhöhtem Suizidrisiko</u> aufgrund vorhandener Risikofaktoren sowie ihr Umfeld über <u>spezifische Kommunikationskanäle</u> zu sensibilisieren. Solche Sensibilisierungsinterventionen können Teil von Kampagnen sein oder eigenständig angeboten werden. Sinnvoll ist ein Zugang über Multiplikatoren – wenn möglich durch direkte Kommunikation (face-to-face). <u>Sensibilisierungsintervention</u> zum Thema Suizidalität und Präventionsmöglichkeiten sind vielfältig möglich – sowohl in medizinischen Settings (z.B. in der Gesundheitsversorgung) als auch in nicht-medizinischen Settings (z.B. Schulen, Heime, IV-Stellen, Armee). Im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention sind Sensibilisierungsinterventionen weiter zu verbreiten und das Thema Suizidalität und Suizidprävention soll vermehrt <u>in bestehende Interventionen</u> (z.B. Gewalt- oder Suchtprävention, Burnoutprävention, Präventionsinterventionen im Alter) <u>integriert werden</u>. Dabei ist Vorsicht geboten um suizidale Handlungen nach solchen Sensibilisierungsinterventionen zu verhindern.
-----------	--

Primäre Umsetzungsakteure	NGOs, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Dachorganisationen mit Bezug zu Risikogruppen
Weitere Umsetzungsakteure	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (primär im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme), Kantone, Gemeinden sowie betroffene Bundesstellen (BAG, BSV, SECO, EBG, fedpol, Gruppe Verteidigung / Schweizer Armee), Schützen- und Jägervereine

Ziel III Einfacher Zugang zu Hilfe gewähren	
Suizidgefährdete Personen und ihr Umfeld kennen und nutzen Beratungs- und Notfallangebote.	
Ausgangslage	Bei Suizidalität kommt telefonischen Beratungs- oder Notfallnummern, bei denen jemand unmittelbar erreichbar ist, eine besondere Bedeutung zu. Solche Beratungsangebote werden von NGOs oder von medizinischen Leistungserbringern betrieben. SMS- oder E-Mail-Angebote führen zwar nicht zu einer unmittelbaren Reaktion auf die Anfrage von Betroffenen oder Angehörigen, haben aber den Vorteil, dass die Hilfesuchenden noch anonym bleiben können. Zu viele Notfallnummern erschweren die Bekanntmachung in der Bevölkerung und sind in der Umsetzung teuer.
Ziel im Detail	Die Beratungs- und Notfallangebote sollen auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihr Umfeld zugeschnitten sein. Die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, die Beratungs- und Notfallangebote anbieten, soll gefördert werden. Bei Beratungs- und Notfallangeboten soll die Qualitätssicherung gewährleistet sein, insbesondere wenn Freiwillige oder Jugendliche im Einsatz sind.
Schlüsselmassnahmen	
III. 1 Niederschwellige Beratungs- und Notfallangebote	Beratungs- und Notfallangebote festigen und ihre Nutzung fördern.
Umsetzung	Wichtige <u>gesamtschweizerische Beratungs- und Notfallangebote</u>, die rund um die Uhr besetzt sind, werden von der Dargebotenen Hand (für Erwachsene Tel. 143) und von Pro Juventute (für Kinder und Jugendliche Tel. 147) betrieben. Beide Akteure fördern die Bekanntmachung ihrer Angebote und werten die Nutzung gezielt aus, um ihre Angebote zielgruppengerecht weiterzuentwickeln. Beiden Anbietern ist die Qualitätssicherung wichtig und beide sind offen für Massnahmen, die die Nutzung der Angebote und ihre Weiterentwicklung fördern (auch z.B. im Bereich sozialer Medien). Allerdings fehlen zum Teil die notwendigen Wissensgrundlagen (z.B. verfügen beide Anbieter nicht über aktuelle Daten zur Bekanntheit ihrer Telefonnummern in der Bevölkerung). Für kleinere NGOs ist die Qualitätssicherung aufgrund der oft bescheideneren Ressourcen anspruchsvoller. Mögliche <u>Qualitätskriterien</u> sind z. B. Schulung und Supervision der Beratenden sowie ihr Aufgabengebiet (bei Freiwilligen und insbesondere bei Jugendlichen), der Bekanntheitsgrad der Angebote, die Nutzung der Angebote, die Erreichbarkeit, die Kapazitäten und die Antwortfristen der Angebote oder die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsangeboten der Kantone, Gemeinden oder NGO.
Primäre Umsetzungsakteure	Die Dargebotene Hand, Pro Juventute
Weitere Umsetzungsakteure	Weitere NGOs, die telefonische Hotlines, SMS- und E-Mail-Angebote betreiben sowie betroffene Bundesstellen (BSV)

Ziel IV Früh erkennen und früh intervenieren	
Personen mit wichtiger Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion ⁵⁰ können Suizidalität erkennen und die notwendige Hilfe einleiten.	
Ausgangslage	Die Früherkennung von suizidgefährdeten Personen und das richtige Einschätzen ist <u>anspruchsvoll, selbst für Fachpersonen</u>. Bei vielen Menschen gibt es vor einem Suizid(versuch) Warnzeichen (Äusserungen oder Verhaltensweisen). Insbesondere bei Jugendlichen gibt es aber auch Suizide ohne Warnzeichen. Das Wissen über Warnzeichen kann das frühzeitige Erkennen von Suizidalität und das Einleiten der notwendigen Hilfe ermöglichen. Damit diese anspruchsvolle Aufgabe nicht einzelnen Personen überlassen ist, sind unterstützend betriebsinterne oder externe <u>Strukturen und Prozesse</u> wichtig (z.B. Suizidpräventionskonzepte in psychiatrischen Kliniken, in Institutionen des Freiheitsentzugs etc.). Der Früherkennung und Frühintervention kommt <u>sowohl in medizinischen als auch in nicht-medizinischen Settings</u> eine zentrale Rolle zu. Früherkennung von und Frühintervention bei Suizidalität ist <u>in allen Altersgruppen</u> wichtig.
Ziel im Detail	Wichtige Voraussetzung für die Früherkennung ist das Wissen über <u>Risikofaktoren</u> und <u>Warnzeichen</u>. Dieses soll vor allem bei Personen gefördert werden, die nicht regelmässig im Kontakt zu suizidgefährdeten Menschen stehen. Bei der Frühintervention kommt dem Wissen über <u>rechtliche Grundlagen</u> eine wichtige Bedeutung zu, z. B. bezüglich <u>Mitteilungsrechten</u> und <u>Mitteilungspflichten</u> bzw. <u>Melderechten</u> und <u>Meldepflichten</u>. Idealerweise wird in den jeweiligen Grundausbildungen der Zielgruppen ein <u>Sensibilisierungsmodul</u> eingebaut und in den <u>Weiter- und Fortbildungen</u> das Thema vertieft behandelt. Nebst der Verankerung von Suizidalität und Suizidprävention in Ausbildungsgängen sollen <u>niederschwellige Veranstaltungen</u> für Fachpersonen mehr Verbreitung finden, die auch die <u>interprofessionelle Zusammenarbeit</u> fördern.
Schlüsselmassnahmen	
IV. 1 Bildungsangebote	Bildungsangebote zu Suizidalität und Suizidprävention verbreiten, die sich an Zielgruppen in medizinischen und nicht-medizinischen Settings richten.
Umsetzung	Bildungsangebote können <u>in Ausbildungsgängen integriert</u> werden oder <u>niederschwellig als Veranstaltung</u> zum Thema verbreitet werden. Zahlreiche Bildungsangebote, die sich an verschiedene Zielgruppen richten, existieren bereits. In der Westschweiz ist z. B. das interprofessionelle Weiterbildungsangebot «faire face au risque suicidaire» bereits etabliert. An

⁵⁰ In nicht-medizinischen Settings z.B. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Beraterinnen und Berater der RAV-Zentralen und der IV-Stellen, Personal auf Betreibungsämtern oder Personal im Freiheitsentzug. In medizinischen Settings z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Rettungssanitäterinnen und –sanitäter oder Apothekerinnen und Apotheker. Ein spezifisches Augenmerk ist auf medizinisches Fachpersonal zu richten, das alte Menschen betreut.

	diversen Fachhochschulen sind Lehrgänge für Fachpersonen im Bereich Gesundheit oder soziale Arbeit im Aufbau. Niederschwellige Veranstaltungen, die die regionale und interprofessionelle Vernetzung fördern finden in diversen Städten und Regionen statt (z.B. die «Suizidrapporte» in Zürich, Winterthur, St. Gallen, Biel oder die Angebote der Netzwerke «Réseau Entraide Valais» und «aiRe d'ados»). Wenn möglich sollen Bildungsangebote die <u>Perspektiven von Fachpersonen, Angehörigen und Betroffenen</u> berücksichtigen. Auch ist zu berücksichtigen, dass sich Krisen und Warnzeichen je nach <u>kulturellem Hintergrund</u> unterschiedlich äussern. Sowohl in nicht-medizinischen als auch in medizinischen Settings soll die Aufgabe der Bildung über die <u>Wissensvermittlung hinaus</u> auch <u>Gesprächsführung und persönliche Werthaltungen</u> beinhalten. Im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans ist auf bestehenden Angeboten aufzubauen. Die Initiative liegt primär bei den Bildungsverantwortlichen der aufgeführten Berufsgruppen. Anstatt neue Angebote zu erarbeiten soll den Akteuren ermöglicht werden <u>von Initiativen und Erfahrungen anderer zu profitieren</u>. Der Bund kann die Akteure unterstützen, in dem er z.B. Wissensgrundlagen zur Verfügung stellt oder Fachtagungen organisiert, die den Austausch fördern.
Primäre Umsetzungsakteure	Staatliche und nicht-staatliche Verantwortliche für Bildungsangebote in nicht-medizinischen und medizinischen Settings
Weitere Umsetzungsakteure	
IV. 2 Unterstützende Strukturen und Prozesse	Strukturen und Prozesse in Organisationen und Institutionen etablieren um die Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktionen Einzelner zu erleichtern.
Umsetzung	In Organisationen und Institutionen sollen <u>betriebsinterne oder externe Strukturen und Prozesse</u> die Fachpersonen und Berufsleute bei ihrer Früherkennung- und Frühinterventionsfunktion unterstützen. Hilfreich sind z. B. <u>betriebsinterne Suizidpräventionskonzepte</u> in Alters- und Pflegeheimen oder im Freiheitsentzug. Hilfreiche bestehende externe Strukturen können <u>Hotlines für Fachpersonen (z.B. bei der Polizei)</u> oder <u>psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste</u> für Hausärzte sein. Bei Sprachbarrieren sollen <u>interkulturellen Übersetzungsdienste</u> beigezogen werden. Früherkennung und Frühintervention kann generell durch eine offene <u>Dialogkultur</u> unterstützt werden. Damit auch suizidgefährdete Personen ausserhalb von Organisationen oder Institutionen erkannt werden und die notwendige Hilfe erhalten, ist <u>aufsuchende Suizidprävention</u> z.B. im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit sinnvoll.
Primäre Umsetzungsakteure	Einzelne Institutionen und Organisationen (z.B. Alters- und Pflegeheime, Spitäler und Kliniken, Freiheitsentzug, Armee etc.) sowie die entsprechenden Dachorganisationen.
Weitere Umsetzungsakteure	NGOs sowie betroffene staatliche Stellen von Bund (Gruppe Verteidigung / Schweizer Armee, fedpol, SEM) und Kantonen (GDK, EDK, SODK, KKJPD)

Ziel V	
Wirksam betreuen und behandeln	Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch betreut und behandelt.
Ausgangslage	Eine bedarfsgerechte, zeitnahe und spezifische (sozial)psychiatrische Betreuung und Behandlung von Suizidgefährdeten oder von Menschen nach Suizidversuchen ist von zentraler Bedeutung, weil gemäss Fachliteratur eine überwiegende <u>Mehrheit der Betroffenen psychisch erkrankt ist</u>. Dies trifft meist nicht auf <u>Menschen</u> zu, die aufgrund einer <u>tödlichen, nicht behandelbaren Krankheit oder chronischer Schmerzen</u> suizidal sind.
Ziel im Detail	Die Betreuung und Behandlung sollte sich so weit als möglich nach den Bedürfnissen der Suizidgefährdeten richten und ihre <u>Urteilsfähigkeit</u> berücksichtigen. Die Sicherheit der Betroffenen und Dritter ist möglichst ohne Zwangsmassnahmen sicherzustellen. <u>Bezugspersonen</u> sollten in die Versorgung einbezogen und über Entlastungsangebote informiert werden. Das <u>Erfahrungswissen</u> von ehemals suizidalen und wieder gesunden Menschen sollte einbezogen werden. Stationäre Aufenthalte ausschliesslich aufgrund fehlender Alternativen sollten vermieden werden. Hierfür ist der Zugang zu <u>intermediären Versorgungsangeboten</u> (Ambulatorien, Kriseninterventionszentren, Tageskliniken, aufsuchende Equipen) für alle Altersgruppen notwendig. <u>Versorgungslücken</u> (z.B. nach Klinikaustritt) und <u>Versorgungsbrüche</u> (z.B. neue Psychotherapeutin) sollten vermieden werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf suizidgefährdete minderjährige Jugendliche zu richten, die erwachsen werden – und dadurch in andere Versorgungsstrukturen überführt werden. <u>Nach Suizidversuchen</u> und <u>nach der Entlassung nach einem stationären Therapieaufenthalt</u> sollten Betroffene durch wirksame Interventionskonzepte weiter betreut und behandelt werden (Nachsorge). Bei Menschen, die aufgrund einer tödlichen, nicht behandelbaren Krankheit oder chronischen Schmerzen suizidgefährdet sind, sollten frühzeitig Fachpersonen der <u>Palliativmedizin</u> einbezogen werden. In allen <u>Institutionen des Freiheitsentzugs</u> sollte Suizidprävention verankert werden. Gegenüber <u>Menschen im Freiheitsentzug</u> haben kantonale Behörden eine besondere Fürsorgepflicht.

Schlüsselmassnahmen

V. 1 (sozial-) psychiatrische Versorgung	Massnahmen des Berichts «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» umsetzen. Dabei den spezifischen Versorgungsbedarf von Suizidgefährdeten und Menschen nach suizidalen Handlungen berücksichtigen.
Umsetzung	Der im Frühjahr 2016 verabschiedete Bericht des Bundesrats «Zukunft Psychiatrie in der Schweiz» ⁵¹ kommt zum Schluss, dass die Schweiz über eine <u>gute und qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgungsstruktur</u> verfügt, die für viele psychisch kranke Menschen eine bedarfsgerechte Behandlung sicherstellt. Die Umsetzung des georteten <u>Handlungsbedarfs</u>

⁵¹ Bundesamt für Gesundheit 2016

	kommt auch der Suizidprävention zu Gute: • Verbesserung von statistischen Daten als Planungsgrundlage für Angebotsstrukturen • Weiterentwicklung der Angebotsqualität und besseren Koordination der Angebote • nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen • Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie Im Projekt «Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung» der Stiftung Patientensicherheit Schweiz wurde zusammen mit Expertinnen und Experten ein Aktionsplan erarbeitet. Suizidprävention nimmt darin einen hohen Stellenwert ein.
Primäre Umsetzungsakteure	Kantone (GDK), Bund (BAG, BFS), Obsan
Weitere Umsetzungsakteure	Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung
V. 2	
Nachsorgeinterventionen	Empfehlungen zu wirksamen Nachsorgeinterventionen konsolidieren um Rückfälle nach Suizidversuchen und nach Klinikaustritten zu verhindern.
Umsetzung	Die Nachsorge betrifft Menschen nach Suizidversuchen (z.B. in Notfallstationen) und suizidgefährdete Menschen nach einem stationären Klinikaufenthalt (mit oder ohne Suizidversuch). Der Wissensaustausch unter Fachpersonen über bewährte Nachsorgeinterventionen⁵² kann die Nachsorge verbessern.
Primäre Umsetzungsakteure	Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung
Weitere Umsetzungsakteure	Betroffenen- und Angehörigenorganisationen
V. 3	
Suizidprävention im Freiheitsentzug	Suizidprävention in allen Institutionen des Freiheitsentzugs verankern.
Umsetzung	Um die <u>Gesundheitssituation in schweizerischen Institutionen des Freiheitsentzugs</u> zu verbessern, hat die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) und die GDK die <u>Fachstelle «Santé Prison Suisse» geschaffen</u>. Sie strebt eine einheitliche Gesundheitsversorgung im schweizerischen Justizvollzug an und fördert den Dialog zwischen den Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen und dem Justizvollzug. Psychische Erkrankungen und Suizidprävention sind ein erkanntes Handlungsfeld. Die KKJPD hat 2016 durch eine Expertengruppe Empfehlungen zur psychiatrischen Versorgung im Freiheitsentzug erarbeiten lassen.
Primäre Umsetzungsakteure	Kantone, Strafvollzugskonkordate
Weitere Umsetzungsakteure	Santé Prison Suisse

⁵² z.B. Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP (Gysin-Maillart et al. 2016)

Ziel VI

Verfügbarkeit suizidaler Mittel reduzieren

Die Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden wird reduziert.

Ausgangslage

Wird die Verfügbarkeit von todbringenden Möglichkeiten erschwert, verschafft dies den Betroffenen Zeit. Belastungskrisen oder psychische Erkrankungen führen oft nur vorübergehend zu Suizidalität. Sind suizidale Mittel und Methoden erschwert verfügbar, verschafft dies auch Personen im Umfeld die Möglichkeit einzuschreiten.

Einschränkungen bei der Verfügbarkeit suizidaler Mittel sind wirksam, weil suizidale Menschen meist eine bestimmte Methode oder gar einen bestimmten Ort vorziehen.

Die Verfügbarkeit kann grundsätzlich über regulatorische Mechanismen oder bauliche Massnahmen (sogenannte Verhältnisprävention) reduziert werden und über Sensibilisierungsmassnahmen, die die Bevölkerung veranlassen suizidale Mittel (insbesondere Feuerwaffen und Medikamente) präventiv schwer zugänglich aufzubewahren (sogenannte Verhaltensprävention).

Wirksame Massnahmen der Suizidprävention stehen zum Teil im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen Anliegen (z.B. die Denkmalpflege oder die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger, z.B. im Bereich Waffenbesitz oder Heilmittelzugang).

Ziel im Detail

Um Sprungsuizide zu reduzieren, sollen die Möglichkeiten der Suizidprävention im Bauwesen berücksichtigt werden (insb. bei hohen Gebäuden, Brücken, Türmen und Aussichtsplattformen sowie Schienenverkehrsanlagen, aber auch z.B. bei psychiatrischen Kliniken, Spitälern, Institutionen des Freiheitentzugs).

Im Bereich Vergiftungen ist der Fokus auf die Heilmittel zu legen. Chemikalien sind als suizidale Mittel zwar nicht zu vernachlässigen, aber gegenüber Medikamenten weniger bedeutsam. Wichtig ist jedoch das Erkennen von neuen Suizidmethoden, worunter auch Chemikalien sein können.

Im Bereich Feuerwaffen sollen die Möglichkeiten der Verhaltensprävention verstärkt werden bzw. bisherige weitergeführt werden. Über Informationsmassnahmen gilt es spezifische Risikogruppen und ihre Angehörige sowie Fachpersonen zu sensibilisieren und zu informieren (siehe Schlüsselmassnahmen III.1, III.2, IV.1 und IV.2). Regulatorische Massnahmen mit dem Ziel die private Verfügbarkeit von Schusswaffen in der Schweiz zu erschweren, wurden wiederholt von Volk und Parlament abgelehnt. Sie fehlen daher im Aktionsplan Suizidprävention der Schweiz. Organisationen und Institutionen mit Bezug zum Thema Schusswaffen sollen ermutigt werden, auf freiwilliger Basis Suizidprävention zu betreiben.

Um Suizide durch «Überfahren lassen» zu reduzieren, sollen insbesondere die Möglichkeiten der Suizidprävention im Bereich Schienenverkehr verstärkt werden. Suizide im Strassenverkehr sind relativ selten. Bauliche Massnahmen im Bereich Schienenverkehr sind unter der Schlüsselmassnahme VI.1 aufgeführt (Verhältnisprävention). Massnahmen der Verhaltensprävention finden sich unter der Schlüsselmassnahme IV.1.

Suizide durch Erhängen im öffentlichen und privaten Raum sind kaum aufgrund baulicher Interventionen beeinflussbar.

Schlüsselmassnahmen

VI. 1 Suizidprävention im Bauwesen	Bauliche Möglichkeiten der Suizidprävention in Richtlinien und Normen der Baukunde aufnehmen sowie Fachpersonen im Bauwesen sensibilisieren und informieren.
Umsetzung	Ausgehend von den <u>Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe Brücken</u> im Auftrag des Bundesamts für Strassen wurden bereits diverse sogenannte «Hotspots», bei denen gehäuft Suizide verübt werden, saniert. Das Bundesamt für Strassen hat eine Baurichtlinie für Suizidprävention an Brücken erlassen. Diese Richtlinien orientierten sich an den Ergebnissen der ersten Schweizer Brückenstudie⁵³. Die zweite Brückenstudie (Follow-Up) enthält weitere bauliche Empfehlungen⁵⁴, die aber noch nicht in Baunormen übernommen werden konnten. Damit <u>bei Neubauten</u> die baulichen Möglichkeiten der Prävention berücksichtigt werden, sollen Bauherrschaften von privaten und öffentlichen Bauten sensibilisiert und fachlich beraten werden. Damit <u>«Hotspots» saniert</u> werden, sollen diese in geeigneter Form erfasst werden und ihre Betreiber/Besitzer für eine Sanierung motiviert und fachlich beraten werden. Im <u>Schienenverkehr</u>, insbesondere bei der SBB, sind bauliche Massnahmen zur Suizidprävention ein wichtiges Thema. Insbesondere in der Nähe von psychiatrischen Kliniken wurde der Zugang zu Schienen erschwert und innovative Pilotprojekte sind in Planung. Das Bundesamt für Verkehr (BAV) unterstützt Verkehrsbetriebe- und -unternehmen bei der Wahrnehmung ihrer Sicherheitsverantwortung. Zur Umsetzung der Massnahme sind <u>Synergien mit den Akteuren der baulichen Unfallprävention</u> zu nutzen.
Primäre Umsetzungsakteure	betroffene Bundesstellen (ASTRA, BAV), Bau-, Planungs- und Umweltdirektoren-Konferenz (BPUK), Beratungsstelle für Unfallverhütung, SBB
Weitere Umsetzungsakteure	
VI. 2 Suizidprävention im Heilmittelgesetz	Die Anliegen der Suizidprävention im Heilmittelgesetz bzw. in den Verordnungen – im Kontext anderer Public-Health-Anliegen – ausgewogen berücksichtigen.
Umsetzung	Die Anliegen der Suizidprävention fliessen in die Revision des Heilmittelgesetzes (2. Etappe) bzw. der dazugehörigen <u>Ausführungsbestimmungen im Heilmittelverordnungspaket IV</u> ein. Aus Sicht der Suizidprävention soll die Abgabe gewisser Arzneimittel, die gemäss Datenlage häufig bei Suizid(versuchen) verwendet werden, restriktiv sein (geregelt über die Abgabekategorien). Verschärfungen laufen einer der Zielsetzungen der Revision des Heilmittelgesetzes, eine vereinfachte Selbstmedikation, aber eher entgegen. Die verschiedenen Public-Health-Anliegen werden in der Revision ausgewogen berücksichtigt und es wird nach einem Kompromiss gesucht.

⁵³ Reisch et al. 2006

⁵⁴ Reisch et al. 2014

Primäre Umsetzungsakteure	BAG, swissmedic
Weitere Umsetzungsakteure	Fachgesellschaften, Berufsverbände, Dachorganisationen, Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung
VI. 3 Sorgfaltspflicht und Rücknahme von Medikamenten	Die Suizidprävention bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten berücksichtigen sowie Rückgabe- und Einsammelaktionen von Medikamenten verbreiten.
Umsetzung	Im Heilmittelgesetz ist die <u>Sorgfaltspflicht</u> von Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apothekern verankert. Mit den zuständigen Akteuren ist vertieft zu klären, ob bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln Optimierungsmöglichkeiten für die Suizidprävention bestehen – ohne zusätzlichen administrativen Aufwand. Die Kantone sind für die Sammlung von Sonderabfällen aus Haushalten (z.B. Altmedikamente) zuständig. Abgelaufene oder nicht mehr benötigte Medikamente müssen an dazu <u>berechtigten Stellen zur Entsorgung</u> übergeben werden. Für Arztpraxen und Apotheken besteht keine Rücknahmepflicht, oft werden Medikamente aber als Dienstleistung oder im Auftrag von Kantonen oder Gemeinden entgegengenommen. Der Kanton Zug hat Einsammelaktionen z.B. aktiv gefördert.
Primäre Umsetzungsakteure	Fachgesellschaften, Berufsverbände, Dachorganisationen, Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, Kantone
Weitere Umsetzungsakteure	Bund (BAG)
VI. 4 Rücknahme von Waffen	Waffeneinsammelaktionen etablieren – kombiniert mit Sensibilisierungsmassnahmen.
Umsetzung	Sensibilisierungsmassnahmen im Bereich Schusswaffen haben das Ziel die <u>private Aufbewahrung von Feuerwaffen präventiv und freiwillig einzuschränken</u>. Im Kanton Genf hat die NGO Stop Suicide zusammen mit Vertretern von Armee, Polizei, Feuerwehr und Schützenverbänden 2016 an einem Workshop gemeinsam Empfehlungen erarbeitet. Die Ergebnisse solcher Initiativen sollen interessierten Akteuren zugänglich gemacht werden.
Primäre Umsetzungsakteure	Bund (Fedpol, Gruppe Verteidigung/Schweizer Armee) und Kantone (KKJPD), Kreiskommandanten
Weitere Umsetzungsakteure	NGOs, Schützen- und Jägervereinigungen
Ziel VII Nach Suizid Hinterbliebene und Involvierte unterstützen	Hinterbliebenen und Berufsgruppen, die nach Suiziden stark involviert sind, stehen Unterstützungsangebote bei der Bewältigung zur Verfügung.
Ausgangslage	Suizide führen bei Hinterbliebenen oder beruflich Involvierten zu <u>grossem Leid</u> . Zudem sind Suizide im familiären Umfeld ein Risikofaktor für suizidale Handlungen.

Pro Suizid sind bis zu zehn nahestehende Personen grossen psychischen Belastungen ausgesetzt.

Ziel im Detail

Hinterbliebene sollten kurz- und langfristig gemäss ihren Bedürfnissen Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Die Bewältigung beginnt bereits beim Überbringen von Suizidnachrichten. Die Hinterbliebenen sollten mit notfallpsychologischer Unterstützung informiert werden. Dies gilt auch für die Betreuung von Angehörigen, wenn psychisch kranke Personen vermisst werden.

Beruflich Involvierte sollten kurz- und langfristig ebenfalls Unterstützungsangebote gemäss ihren Bedürfnissen zur Verfügung stehen. Dies betrifft z. B. Personal von Blaulichtorganisationen und Eisenbahn-gesellschaften (Lokführer, Zugbegleiter oder Reinigungspersonal).

Schlüsselmassnahmen

VII. 1 Unterstützungs- angebote für Hinterbliebene und beruflich Involvierte	Bedürfnisgerechte Unterstützungsangebote für Hinterbliebene und beruflich Involvierte etablieren und über Angebote informieren.
Umsetzung	Für die Bewältigung eines Suizids können für <u>Hinterbliebene</u> je nach Bedürfnis <u>professionelle Angebote</u> (z.B. ambulante Psychotherapien einzeln oder in Gruppen) oder <u>Selbsthilfegruppen</u> hilfreich sein. An die Bedürfnisse von betroffenen Minderjährigen ist besonders zu denken. Für junge Menschen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben, gibt es die Selbsthilfegruppen Nebelmeer ins Bern, Zürich und Biel. Für Eltern, die ein Kind verloren haben (nicht nur durch Suizid), gibt es die Selbsthilfegruppen des Vereins Regenbogen. Der Verein ist in vielen Regionen der Schweiz verankert. Für Hinterbliebene nach Suizid bietet der Verein Refugium geführte Selbsthilfegruppen an. Der Verein Trauernetz bietet Beratung für Betroffene, nach einem traumatisierenden Verlust und engagiert sich in der Vernetzung und Schulung von Fachpersonen zum Thema Suizid-Nachsorge. In der Westschweiz bietet die Fondation As'trame vielseitige Unterstützungsangebote nach Verlusterfahrungen an. Bewährte professionelle Angebote oder Selbsthilfegruppen sollen <u>in der ganzen Schweiz</u> etabliert werden und Hinterbliebene systematisch über die verschiedenen Angebote <u>informiert</u> werden. <u>Arbeitgeber</u> haben nicht nur die physische, sondern auch die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu wahren und zu verbessern. Sie sind im Rahmen des Arbeitsgesetzes bzw. des Gesundheitsschutzes zu geeigneten Massnahmen verpflichtet, damit Angestellte, die in Suizide involviert sind, psychisch nicht darunter leiden.
Primäre Umsetzungsakteure	Für Hinterbliebene: Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, NGO, Kirchen Für beruflich Involvierte: betroffene Firmen, betroffene Bundesstellen (SECO)
Weitere Umsetzungsakteure	Kantone

Ziel VIII Suizidpräventive Medienbericht- erstattung & digitale Kommunikation	Die Medienberichterstattung über Suizide ist verantwortungs- und respektvoll, damit die Prävention gefördert und Nachahmungen reduziert werden. Digitale Kommunikation ist verantwortungs- und respektvoll und verleitet nicht zu suizidalen Handlungen.
Ausgangslage	Die Medienberichterstattung nach Suiziden kann zu <u>Nachahmungen</u> führen oder <u>suizidpräventiv</u> wirken (sogenannter «Werther-Effekt» bzw. «Papageno-Effekt»⁵⁵). Dies gilt für Printmedien, TV, Radio sowie das Internet und soziale Medien. Das <u>Internet</u> bietet die Möglichkeit Suizidgefährdete zu erreichen, die über andere Zugänge schwer erreichbar sind. <u>Das Internet sowie digitale Kommunikationsmittel</u> werden in der Regel suizidpräventiv genutzt, bergen aber auch Gefahren.
Ziel im Detail	Journalistinnen und Journalisten, Redaktionen sowie Verantwortliche für Medianauskünfte sollten für ihre Rolle bei der Berichterstattung über Suizide <u>verstärkt sensibilisiert</u> und bei ihrer Arbeit <u>unterstützt</u> werden. <u>Ausbildungsverantwortliche</u> von Journalistinnen und Journalisten sollten für die Suizidprävention sensibilisiert werden. Insbesondere <u>Jugendliche</u> sollten für eine verantwortungs- und respektvolle <u>Nutzung des Internets und digitaler Kommunikationsmittel</u> sensibilisiert werden, damit sie andere nicht zu suizidalen Handlungen verleiten oder selber dazu verleitet werden.

Schlüsselmassnahmen

VIII. 1 Suizidpräventive Medienbericht- erstattung	Journalistinnen und Journalisten sowie Mediensprecherinnen und -sprecher für die Berichterstattung über Suizide sensibilisieren und sie unterstützen.
Umsetzung	Die Sensibilisierung und Unterstützung sollte sich an <u>Journalistinnen und Journalisten, Redaktionen sowie Verantwortliche für Medianauskünfte</u> (z.B. im Gesundheits- und Sozialbereich, bei der Polizei, bei der Justiz) richten. Zur Unterstützung ihrer Berichterstattung sollten ihnen kurze und prägnante <u>Guidelines und Empfehlungen, aber auch Ansprechpersonen und Bildmaterial</u> zur Verfügung stehen. Die Prozesse innerhalb der Redaktionen sollten eine suizidpräventive Berichterstattung fördern. <u>Persönliche Kontakte</u> zwischen Medienschaffenden und Fachleuten der Suizidprävention sollen gefördert werden. In der <u>Westschweiz</u> werden Fachpersonen mit Einfluss auf die Medienberichterstattung über Suizide durch die Genfer Organisation Stop Suicide <u>systematisch</u> sensibilisiert und fachlich unterstützt. In der <u>Deutschschweiz</u> findet dieses Engagement nur <u>punktuell</u> statt – primär durch persönliches Engagement von Fachpersonen der Suizidprävention. In der Schweiz haben diverse NGOs <u>Guidelines und Empfehlungen</u> für eine suizidpräventive Medienberichterstattung erarbeitet (z.B. Ipsilon, Stop

⁵⁵ Nach dem Erscheinen von J. W. Goethes «Die Leiden des jungen Werther» soll es im Jahr 1774 zu einer Häufung von Suiziden unter jungen Männern gekommen sein. In Mozarts «Die Zauberflöte» retten die drei Knaben den Vogelfänger Papageno durch Alternativen zum Suizid aus seiner suizidalen Krise.

	Suicide, Verein LEBE). Die Erfahrung zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen der Suizidprävention und Journalistinnen und Journalisten aufgrund der unterschiedlichen Interessen anspruchsvoll ist. Stop Suicide hat im Rahmen der Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention gemeinsam mit Medienschaffenden Empfehlungen für eine verbesserte Zusammenarbeit erarbeitet. Diese sollten im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans in der Praxis verankert werden.
Primäre Umsetzungsakteure	NGOs, Akteure im Bereich Medienberichterstattung
Weitere Umsetzungsakteure	
VIII. 2 Suizidpräventive digitale Kommunikation	Jugendliche für einen verantwortungs- und respektvollen Umgang mit dem Internet und mit digitalen Kommunikationsmitteln sensibilisieren und sie unterstützen.
Umsetzung	Die eidgenössischen Räte und der Bundesrat haben sich wiederholt mit politischen Vorstössen und Anfragen in diesem Bereich beschäftigt (z.B. Cybermobbing, Jugendmedienschutz, Internetkriminalität etc.). Der Bundesrat ist 2015 zum Schluss gekommen, dass es für Cybermobbing <u>keine explizite Regulierung</u> braucht, da die bestehenden straf- und zivilrechtliche Bestimmungen ausreichen um Handlungen, die Cybermobbing beinhalten, zu ahnden. Der <u>Kinder- und Jugendmedienschutz</u> wird in der Schweiz durch diverse staatliche und private Initiativen gefördert, z. B. im Rahmen der Nationalen Plattform zur Förderung von Medienkompetenzen. Der Aktionsplan Suizidprävention setzt auf die <u>Weiterführung bestehender Interventionen</u>.
Primäre Umsetzungsakteure	Bund und Kantone (BSV, BAKOM, Koordinationsstelle zur Bekämpfung der Internetkriminalität KOBik, Schweizerische Kriminalprävention SKP)
Weitere Umsetzungsakteure	NGOs
Ziel IX	
Monitoring und Forschung	Den Akteuren in der Suizidprävention stehen für die Steuerung und die Evaluation ihrer Arbeit die relevanten wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Verfügung.
Ausgangslage	Erst durch <u>solide Evidenz</u> kann primäre, sekundäre und tertiäre Suizidprävention zielführend weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer <u>Wirksamkeit</u> überprüft werden.
Ziel im Detail	Die Verfügbarkeit gesamtschweizerischer, hochwertiger, quantitativer <u>Routinedaten</u> ist langfristig zu gewährleisten. Die Daten sollen für nicht-assistierte und assistierte Suizide sowie für Suizidversuche vorliegen und die Früherkennung neuer Suizidmethoden ermöglichen. Wissenslücken sollen durch <u>quantitative und qualitative Forschung</u> geschlossen werden. Es ist wichtig das <u>Erfahrungswissen</u> von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen als Evidenzgrundlage für Interventionen zu berücksichtigen. Interventionen sind zu <u>evaluieren</u>.

Schlüsselmassnahmen

IX. 1	
Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen	Quantitative Routinedaten erheben und auswerten, welche die Steuerung und die Evaluation von suizidpräventiven Interventionen ermöglichen.
Umsetzung	Das Bundesamt für Statistik BFS sammelt mit der Todesursachenstatistik <u>Daten zu Suiziden</u>. Aus Sicht von Forschenden wären detailliertere Angaben wünschenswert. <u>Suizidversuche</u> werden in der Schweiz nicht routinemässig erfasst. Im Rahmen von WHO-Multicenter-Studien beteiligten sich die Universitätsspitäler Bern und Basel an Erhebungen zu Suizidversuchen (2004 bis 2010). Aktuell ist in der Westschweiz ein Monitoring zu Suizidversuchen in Vorbereitung. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB wurde 2012 erstmals Fragen zu Suizidgedanken integriert und 2017 werden Fragen zu Suizidversuchen hinzugefügt. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan schliesst bereits heute im Rahmen seines Monitorings zur psychischen Gesundheit die Berichterstattung zu Suiziden ein.
Primäre Umsetzungsakteure	Bund und Kantone (BAG, BFS, Obsan)
Weitere Umsetzungsakteure	
IX. 2	
Forschung zu Suizidprävention	Wissenslücken der primären, sekundären und tertiären Suizidprävention durch qualitative und quantitative Forschung schliessen.
Umsetzung	In der Schweiz gibt es zahlreiche Forschung zum Thema Suizid und Suizidversuche. Zum Teil arbeiten die Forschenden in Gruppen. Oftmals entstehen Forschungsarbeiten aber isoliert. Die Dachorganisation der Suizidprävention in der Schweiz Ipsilon pflegt eine Forschergruppe zum Thema. Der Bund kann Forschungsarbeiten im Rahmen seiner <u>Ressortforschung</u> punktuell unterstützen, wenn diese der Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention dienen. Im <u>Förderprogramm des Bundes zur Entlastung betreuender und pflegender Angehöriger</u> 2017–2021 können Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige von suizidgefährdeten Personen untersucht werden.
Primäre Umsetzungsakteure	Bund und Kantone (BAG, BFS, Obsan)
Weitere Umsetzungsakteure	NGOs, Fachhochschulen und Hochschulen, Universitätsspitäler und -kliniken
Ziel X	
Beispiele guter Praxis weitergeben	Den Akteuren stehen bewährte Praxisbeispiele der Suizidprävention zur Verfügung.
Ausgangslage	In der Schweiz und im Ausland gibt es eine Vielzahl an Projekten der Suizidprävention. Dies bestätigte die Konsultation zum Entwurf des Aktionsplans. Das Verbreiten bewährter Praxisbeispiele ermöglicht es den Akteuren Synergien zu nutzen und effiziente Suizidprävention zu betreiben.

Ziel im Detail	Zu den Zielen bzw. Schlüsselmassnahmen des Aktionsplans werden <u>bewährte nationale und internationale Praxisbeispiele</u> zusammengestellt und den Akteuren zur Verfügung gestellt. Wenn möglich werden zu den Schlüsselmassnahmen jeweils <u>Expertinnen und Experten</u> aufgeführt, die bereit sind, Akteure bei der Entwicklung und Implementierung zu beraten oder als Referenten zur Verfügung stehen. Auch betroffene Personen, die Suizidalität aus eigener Erfahrung kennen sowie Angehörige sind im Pool von Expertinnen und Experten vertreten.
----------------	--

Schlüsselmassnahmen

X. 1 Beispiele guter Praxis	Bewährte Praxisbeispiele der Suizidprävention sammeln und den Akteuren zur Verfügung stellen.
Umsetzung	Basis der <u>Sammlung bewährter Praxisbeispiele</u> bildet die Bestandesaufnahme während der Konsultation des Aktionsplans im Frühjahr 2016. Die Erfassung soll systematisch erfolgen und in geeigneter Form den Akteuren zur Verfügung gestellt werden. Beispiele guter Praxis aus dem Ausland werden hinzugefügt.
Primäre Umsetzungsakteure	Bund (BAG)
Weitere Umsetzungsakteure	Alle Akteure und Multiplikatoren von primärer, sekundärer und tertiärer Suizidprävention

6.4 Umsetzung

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe	Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die erfolgreiche Umsetzung des Aktionsplans ist daher das gemeinsame Engagement von Bund, Kantonen, Gemeinden, medizinischen Leistungserbringern, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Dachorganisationen sowie NGOs unabdingbar. Die Konsultation des Entwurfs des Aktionsplans im Frühjahr 2016 hat gezeigt, dass viele Akteure bereit sind die Umsetzung des Aktionsplans zu unterstützen.
Bund	Der Bund ist bisher eher indirekt in der Suizidprävention tätig, betreibt Suizidprävention aber punktuell auch direkt (siehe 5.2). Die Suizidprävention ist ein politikbereichsübergreifendes Geschäft. Beim Bund sind folgende Departemente und Bundesstellen betroffen: • Eidgenössische Departement des Innern EDI: BAG, BFS⁵⁶, BSV, Swissmedic, EBG • Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement EJPD: BJ, fedpol, SEM • Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport VBS: Verteidigung / Schweizer Armee • Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF: SECO, SBFI • Eidgenössische Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation UVEK: BAV, ASTRA, BAKOM, BAFU

⁵⁶ sowie das von Bund und Kantonen betriebene Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan

Der Bund (BAG) unterstützt die Akteure – im Rahmen des bisherigen Personaletats – bei der Umsetzung des Aktionsplans durch Vernetzungs- und Koordinationsarbeit sowie durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen.

Im Bereich Vernetzung und Koordination arbeitet das BAG eng mit dem von Bund, Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz getragenen Netzwerk Psychische Gesundheit zusammen.

In Bezug auf die Schlüsselmassnahmen übernimmt das BAG die Umsetzung der Schlüsselmassnahmen zu den Querschnittszielen IX «Monitoring und Forschung» und X «Beispiele guter Praxis». Durch das Bereitstellen und Aufarbeiten von Daten sowie das zur Verfügung stellen von Beispielen guter Praxis unterstützt der Bund die Umsetzung des Aktionsplans insgesamt. Wie unter 6.3 dargestellt sind zudem auch bei den meisten Schlüsselmassnahmen zu den Zielen I bis VII jeweils eine oder mehrere Bundesstellen betroffen.

Durch sein Engagement bei der Umsetzung wird der Bund seinen Handlungsspielraum bei der Suizidprävention wirkungsvoller nutzen – wie dies die Motion Ingold fordert.

Kantone

Die Kantone sind für diverse Bereiche der Suizidprävention verantwortlich (siehe 5.3). Zentrale Akteure innerhalb der Kantone sind die kantonalen Gesundheitsfürsorge- und Sozialdirektionen, die Erziehungsdirektionen, die Polizei- und Justizdirektionen, die Baudirektionen, unterstützt durch die jeweiligen Direktionskonferenzen.

Die Kantone sind bei vielen Zielen des Aktionsplans wichtige Umsetzungspartner:

- Ziel I z. B. durch die Unterstützung der Bündnisse gegen Depression
- Ziel II z. B. durch die Unterstützung der Kampagne «wie geht es Dir?» oder der Suizidpräventionskampagne «reden-kann-retten»
- Ziel III z. B. durch die Unterstützung / Leistungsaufträge mit Notfallnummern der Dargebotenen Hand 143 und Pro Juventute 147
- Ziel IV z. B. durch Projekte in Schulen oder Weiterbildungsangebote für Multiplikatoren
- Ziel V im Rahmen der Gesundheitsversorgung und im Rahmen des Straf- und Massnahmenvollzugs
- Ziel VI durch Gesetze, Bestimmungen und Vollzug im Bereich Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln und Methoden.

Gesundheitsförderung Schweiz

Der Beitrag von Gesundheitsförderung Schweiz bei der Umsetzung der Schlüsselmassnahmen liegt primär bei der Förderung der psychischen Gesundheit über Lebensphasen hinweg. Die Umsetzung erfolgt vor allem im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme, der Aktivitäten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie über die finanzielle und fachlichen Unterstützung der Kantone und NGOs.

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 Gesundheit (2016): Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Hg. v. Bundesamt für Gesundheit. Bundesamt für Gesundheit. Bern.

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>.

Bundesamt für Statistik (2016): Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. Hg. v. BFS Bundesamt für Statistik. Neuenburg.

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.; Johnner, 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.

Gysin-Maillart, Anja; Schwab, Simon; Soravia, Leila; Megert, Millie; Michel, Konrad (2016): A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). In: *PLoS medicine* 13 (3), S. e1001968. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001968.

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.

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.

- Mann, J. John; Apter, Alan; Bertolote, Jose; Beautrais, Annette; Currier, Dianne; Haas, Ann; Hegerl, Ulrich (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review.
- 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.
- Mascherek, Anna; Schwappach, David (2016): Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: a modified Delphi study. In: *BMJ open* 6 (8), S. e011494. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011494.
- 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.
- 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.
- Niederkrötenthaler, 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. Universitäre 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. Reimsburg, 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.

Ribeaud, Denis; Lucia, Sonja; Stadelmann, Sophie (2015): Évaluation et ampleur de la violence parmi les jeunes. Résultats d'une étude comparative entre les cantons de Vaud et de Zurich. Hg. v. Office fédéral des assurances sociales OFAS. Lausanne & Zurich (Rapport de recherche, 17/15). Online verfügbar unter http://www.jeunesetviolence.ch/fileadmin/user_upload_jug/7_Nationales_Programm/17-15f_eBericht_neu.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2016.

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; Schimmelmänn, Benno; Kupferschmid, Stephan: Suicide in Children and Adolescents: Findings from the Swiss National Cohort 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.

Steck, Nicole; Zwahlen, Marcel (2016): Quantifizierung der Ziele des Aktionsplans Suizidprävention. im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit.

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.

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.

Weisshaupt, Jörg (Hg.) (2013): Darüber reden. Perspektiven nach Suizid: Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen. Basel: Johannes Petri.

Willemse, I.; Waller, G.; Genner, S.; Suter, L.; Oppliger, S.; Huber, A. L.; Süss, D. (2014): JAMES - Jugend, Aktivitäten, Medien - Erhebung Schweiz. Hg. v. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. ZHAW Departement Angewandte Psychologie.

Wohner, J.; Schmidtke, A.; Sell, R. (2005): Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv. In: *Suizidprophylaxe* (32), S. 114–119.

Woltersdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: *Der Nervenarzt* 79 (11), S. 1319–1336. DOI: 10.1007/s00115-008-2478-2.

World Health Organization (2016): Practical manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Hg. v. World Health Organization WHO. World Health Organization WHO. Geneva, Switzerland.

World Health Organization WHO (2008): Preventing Suicide. A Resource 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).

Zalsman, Gil; Hawton, Keith; Wasserman, Danuta; van Heeringen, Kees; Arensman, Ella; Sarchiapone, Marco et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. In: *The Lancet Psychiatry* 3 (7), S. 646–659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.