



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Suizid und Suizidprävention in der Schweiz Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)

April 2005

Impressum

Redaktionsteam: Salome von Greyerz, Elvira Keller-Guglielmetti (Bundesamt für Gesundheit)

Wissenschaftliche Mitarbeit: Vladeta Ajdacic-Gross (Psychiatrische Universitätsklinik PUK Zürich), Martin Eichhorn (Psychiatrische Universitätsklinik PUK Basel), Konrad Michel (Universitäre psychiatrische Dienste UPD Bern), Regula Ricka (Bundesamt für Gesundheit)

Bestandesaufnahme «Suizidpräventionsaktivitäten in der Schweiz»: Beat Stoll (Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM, Universität Genf), Barbara Weil (Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz IPSILON)

Weitere Informationen

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Telefon +41 (0)31 323 87 66
gesundheitspolitik@bag.admin.ch; <http://www.bag.admin.ch/gespol/d/index.htm>

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Einleitung	6
1 Epidemiologie der Suizide und der Suizidversuche in der Schweiz	8
1.1 Suizide	8
1.2 Suizidversuche	12
Exkurs I: Suizide mit Unterstützung durch Sterbehilfeorganisationen	16
2 Faktoren, die den Suizid oder Suizidversuch beeinflussen	17
2.1 Individuelle Faktoren	17
2.2 Umgebungsbedingte Faktoren	18
2.3 Schützende Faktoren	19
Exkurs II: Volkswirtschaftliche Folgekosten der Suizide und der Suizidversuche	20
3 Möglichkeiten der Suizidprävention	21
3.1 Public-Health-Massnahmen	22
3.2 Health-Care-Massnahmen	23
3.3 Monitoring, Forschung und Evaluation	24
4 Internationaler Kontext und Präventionsprogramme im Ausland	25
4.1 WHO- und UN-Empfehlungen	25
4.2 Ausgewählte Präventionsprogramme	25
5 Präventionsanstrengungen des Bundes, der Kantone und privater Organisationen	29
5.1 Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention	29
5.2 Entwurf für eine «Nationale Strategie Psychische Gesundheit»	30
5.3 Suizidverhütung in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme	30
5.4 Ausgewählte regionale und nationale Projekte	33
6 Zusammenstellung des Handlungsbedarfs	36
7 Fazit aus Sicht des Bundes	37
8 Literaturverzeichnis	39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: «Eisberg-Paradigma» der Suizidalität	6
Abbildung 2: Internationaler Vergleich der Suizidraten pro 100'000 Einwohner	9
Abbildung 3: Entwicklung der Suizidraten zwischen 1970 und 2000 im internationalen Vergleich	9
Abbildung 4: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten	10
Abbildung 5: Suizidraten nach Alter und Geschlecht	11
Abbildung 6: Historische Entwicklung der Suizidrate in der Schweiz zwischen 1880 und 2000	12
Abbildung 7: Suizidversuchsraten nach Alter und Geschlecht in Europa	14
Abbildung 8: Suizidversuchsraten pro 100'000 in der Agglomeration Bern	14
Abbildung 9: Möglichkeiten der Suizidprävention	21
Abbildung 10a und 10b: Tätigkeitsfelder der Akteure im Bereich Suizidprävention	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Todesursachen im Jahr 2000	8
Tabelle 2: Suizidmethoden in der Schweiz in den Jahren 1969-2000	11
Tabelle 3: Zusammenfassung der Daten zu Suizidalität aus den SMASH-Studien	13
Tabelle 4: Suizidversuchsmethoden in der Agglomeration Bern in den Jahren 1989 und 1990	15
Tabelle 5: Suizidpräventionsprogramme und Suizidpräventionsprojekte aus dem Ausland	26
Tabelle 6: Beteiligungsrate an der Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz»	31
Tabelle 7: Vom Bund initiierte oder unterstützte Projekte mit suizidpräventiver Wirkung	33
Tabelle 8: Lokale oder regionale Suizidpräventionsprojekte	34
Tabelle 9: Handlungsbedarf	36

Zusammenfassung

Epidemiologie und Risikofaktoren

In der Schweiz wird bei 1 bis 2% aller Todesfälle Suizid als Todesursache angegeben. 10% aller Schweizer begehen im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche und jede zweite Person berichtet in retrospektiven epidemiologischen Erhebungen über Suizidgedanken.

Jährlich sterben in der Schweiz zwischen 1'300 und 1'400 Menschen durch Suizid (ca. 1'000 Männer und 400 Frauen). Dies entspricht knapp vier suizid-bedingten Todesfällen pro Tag oder einer Suizidrate von 19.1 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit weist die Schweiz im internationalen Vergleich nach Russland, Ungarn, Slowenien, Finnland und Kroatien und neben Österreich, Belgien und Frankreich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. Nach dem Rückgang der tödlichen Unfälle im Strassenverkehr und der Abnahme der durch Aids bedingten Todesfälle ist Suizid bei den 15 bis 44jährigen Männern heutzutage die häufigste Todesursache. Da das Suizidrisiko mit zunehmendem Lebensalter zunimmt muss aufgrund der demografischen Alterung der Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten mit einer Zunahme der Suizide von Menschen im höheren und hohen Alter gerechnet werden.

Schätzungen zufolge begehen in der Schweiz 15'000 bis 25'000 Menschen jedes Jahr einen Suizidversuch, wobei nur ungefähr 10'000 dieser Suizidversuche (ca. 4'000 Männer und 6'000 Frauen) erfasst und medizinisch behandelt werden.

Die Faktoren, welche 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). Neben demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht wird das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs durch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren wie auch durch Faktoren, die mit der Lebensgeschichte verbunden sind, beeinflusst. Suizid und Suizidversuche stellen für sich gesehen keine Krankheit dar, und sind auch nicht unbedingt Ausdruck einer Krankheit. Sie werden aber oft durch psychische Krankheiten (insbesondere Depressionen, Psychosen/Schizophrenie und Suchterkrankungen) begünstigt.

Wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, weshalb die Suizidrate in der Schweiz im Vergleich zum benachbarten Ausland weiterhin hoch ist, fehlen; es existiert keine allgemein akzeptierte Erklärung für dieses Phänomen.

Möglichkeiten der Suizidprävention

Bei den Suizidpräventionsmassnahmen kann zwischen Public-Health-Massnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, und Health-Care-Massnahmen, die auf spezifische Risikogruppen zugeschnitten sind, unterschieden werden:

Public-Health-Massnahmen zur Suizidprävention versuchen auf die Lebens- und Umweltbedingungen der Gesamtbevölkerung, von Bevölkerungsgruppen und von Individuen Einfluss zu nehmen. Nebst Massnahmen der Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Problembewältigungsfähigkeiten und der Früherfassung im Bereich der Suchtprävention sind hier auch Massnahmen wie Sensibilisierung der Bevölkerung für psychische Erkrankungen, Schaffung und Förderung niederschwelliger Anlaufstellen, Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden sowie Leitlinien für die Medienberichterstattung über Suizide zu nennen.

Health-Care-Massnahmen, d.h. Massnahmen der medizinischen Versorgung, umfassen die Verbesserung der Behandlung, Begleitung und Rehabilitation von psychiatrischen Patientinnen und Patienten, von Personen nach einem Suizidversuch und von Menschen in Krisensituationen und/oder mit Suizidabsichten.

Suizidprävention im Ausland

Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie auch die Vereinten Nationen (UN) fordern nationale Suizidpräventionsprogramme, da beide der Ansicht sind, dass Suizidverhütung nicht allein Aufgabe der Medizin ist. Nur die Kooperation und Koordination vieler verschiedener Kreise kann zum Gelingen eines von der Regierung implementierten nationalen Präventionsprogramms beitragen. Verschiedene Staaten wie Australien, Finnland, Grossbritannien, Kanada oder Schweden verfügen bereits über solche nationale Suizidpräventionsprogramme.

Suizidpräventionsmassnahmen in der Schweiz

In der Schweiz wurde bislang kein nationales Suizidpräventionsprogramm erarbeitet. Die vom Verein «Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz» (ISPILON), durchgeführte Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz» zeigt, dass das Angebot an suizidpräventiven Massnahmen in der Schweiz gering ist und sich auf einige wenige regionale Zentren vor allem in der Westschweiz beschränkt. Sie richten sich primär an Jugendliche und junge Erwachsene, fokussieren vorwiegend auf die Behandlung (Krisenintervention) vor und/oder nach einem Suizidversuch und gründen zur Hauptsache auf privater Initiative. Suizidpräventionsangebote für Menschen im höheren und hohen Alter fehlen. Gleichzeitig ist die Kooperation und Koordination unter den Präventionsprojekten mangelhaft.

Handlungsbedarf besteht in den folgenden Bereichen: Monitoring und Forschung, Evaluation und Wissenstransfer, Koordination und Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit, Lancierung konkreter Suizidpräventionsprojekte.

Fazit aus Sicht des Bundes

Da Suizide und Suizidversuche nicht unter den Krankheitsbegriff nach Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV subsumiert werden können, sind die Möglichkeiten des Bundes im Bereich der Suizidprävention aktiv zu werden sehr beschränkt. Die Aufgabe der Suizidprävention als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung und -förderung liegt somit primär in der Kompetenz der Kantone.

Suizide und Suizidversuche sind kein individuelles Problem, sondern ein Thema der öffentlichen Gesundheit und deren Prävention somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Eidg. Departement des Innern (EDI) und insbesondere das Bundesamt für Gesundheit (BAG) werden deshalb durch den Bundesrat beauftragt, in Koordination mit den betroffenen Bundesstellen, den Kantonen und den privaten Suizidpräventionsinstitutionen die Umsetzung folgender Massnahmen zu prüfen:

- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Kantonen;
- Ergänzung bestehender Monitoringinstrumente im Gesundheitsbereich (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung) durch Fragen zu Suizidversuchen und Suizidgedanken;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in bestehende Gesundheitsförderungs- und Suchtpräventionsprogramme des Bundes im Schul- und Bildungsbereich (z.B. bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz, supra-f) sowie in geplante Projekte im Bereich „Altern und Gesundheit“;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen (Entwurf MedBG) und die Weiterbildung der Psychologen (Vorentwurf PsyG);
- Initiieren der Erarbeitung von Qualitätssicherungsmassnahmen im Bereich Krisenintervention bzw. Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen;
- Erarbeitung eines Vorschlags für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) zur Thematik «Psychischen Gesundheit und Suizidalität».

Gleichzeitig sind die Zusammenarbeit und der Austausch des Bundes – und der Kantone – mit IPSILON in geeigneter Weise zu institutionalisieren. Zudem soll im Rahmen der weiteren Vorabklärungen des EDI (BAG) in Hinblick auf eine gesetzliche Neuregelung der Prävention, die Möglichkeit und Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Grundlage für die Prävention von psychischen Störungen geprüft werden.

Einleitung

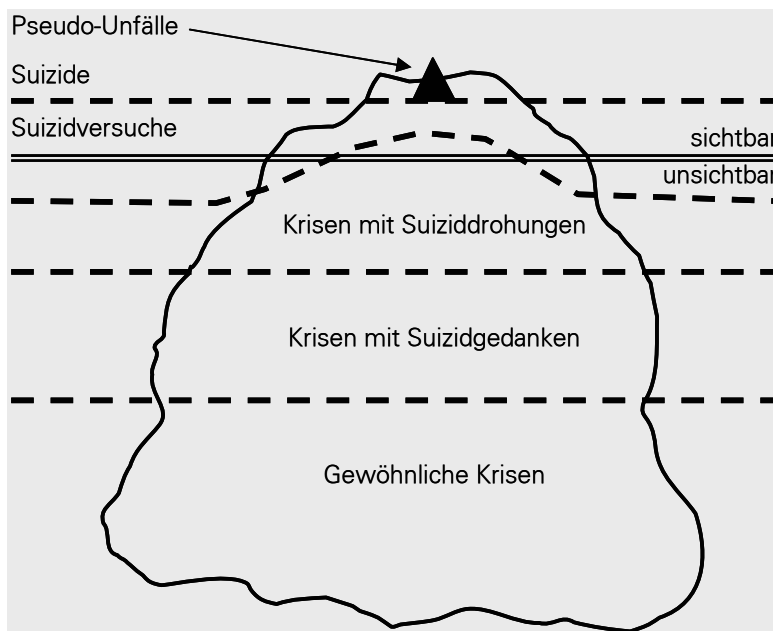
Der vorliegende Bericht wurde als Antwort auf das Postulat von Nationalrat Hans Widmer vom 13. Juni 2002 zum Thema Suizidprävention verfasst.¹ Dieses Postulat ist der aktuellste parlamentarische Vorstoss zu diesem Thema und schliesst inhaltlich an frühere parlamentarische Interventionen an.² Alle diese Vorstösse fordern den Bundesrat auf, angesichts der hohen Suizidrate in der Schweiz im Bereich der Suizidprävention aktiv zu werden, und sich analog zu den vom Bund (oder mit Unterstützung des Bundes) durchgeführten Kampagnen zur Verhütung von Verkehrsunfällen oder zur Verhütung einer HIV-Infektion auch im Bereich der Suizidprävention zu engagieren.

Fast jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens mit einem oder mehreren Suiziden oder Suizidversuchen konfrontiert, sei es in der Familie, im Freundeskreis, in der Schule oder am Arbeitsplatz. Aber: der einzelne Mensch steht dem Suizid ebenso hilflos gegenüber wie die Gesellschaft als Ganzes. Ähnlich wie psychische Erkrankungen ist auch der Suizid eines jener gesellschaftlichen Themen, die stark tabuisiert sind. Entsprechend verbreitet sind Vorurteile und Fehleinschätzungen.

Suizide und Suizidversuche können sich aus ganz verschiedenen Situationen und Lebensgeschichten heraus entwickeln. Dabei spielen neben individuellen, biologischen und psychologischen Faktoren auch gesellschaftlich-kulturelle Einflüsse eine entscheidende Rolle. Der Suizid kann mit der Spitze eines Eisberges verglichen werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: «Eisberg-Paradigma» der Suizidalität [nach Jeanneret 1982]

Schematische Darstellung ohne quantitativen Bezug zu epidemiologischen Daten; die doppelte Linie markiert die «Wasseroberfläche», d.h. die Grenze zwischen den für die Gesellschaft sichtbaren und den nicht sichtbaren Ereignissen.



¹ 02.3251 Postulat Widmer: Suizidprävention. Wortlaut:

Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten Suizidrate der Welt. Der Bundesrat wird deshalb eingeladen:

1. *den eidgenössischen Räten Bericht zu erstatten:*
 - a. *über die bisher vom Bund getroffenen Massnahmen zur Suizidprävention;*
 - b. *über die von den Kantonen und Privaten unternommenen Präventionsanstrengungen;*
 - c. *über wissenschaftliche Erkenntnisse betreffend die hohe Suizidrate in unserem Land;*
2. *Massnahmen zu prüfen, um selbständig oder in Zusammenarbeit mit Kantonen und Privaten eine Senkung der Suizidrate durch eine wirksame Prävention zu erreichen.*

² 84.655 Einfache Anfrage Robbiani: Selbstmorde von Kindern und Jugendlichen; 95.3182 Interpellation Weyenet: Selbstmordraten. Senkung; 01.1105 Einfache Anfrage Gross Andreas: Suizide und Suizidversuche. Zahlen.

Obgleich die Ursachen von Suizid und Suizidversuchen komplex sind, ist Suizidprävention möglich. In verschiedenen Ländern konnte in den letzten Jahren durch nationale Programme, regionale Initiativen und lokale oder überregionale Einzelprojekte eine Reduktion der Suizidrate erreicht werden.

Suizidprävention ist aber nur möglich, wenn sie interdisziplinär angegangen wird und auch Laien und Angehörige von Betroffenen einbezieht. Die Fortschritte von Medizin und Psychologie allein können keine Senkung der Suizidrate erreichen; Suizidprävention ist deshalb vor allem auch eine gesellschaftliche Aufgabe.

Der Bericht erläutert in den ersten beiden Kapiteln die Epidemiologie der Suizide und Suizidversuche in der Schweiz – im internationalen Vergleich - und gibt einen Überblick über die Faktoren, die den Suizid oder den Suizidversuch beeinflussen. In den Kapiteln 3 und 4 werden die verschiedenen Möglichkeiten der Suizidprävention sowie Suizidpräventionsprogramme und -projekte aus dem Ausland kurz dargestellt. Kapitel 5 fasst die Aktivitäten des Bundes, der Kantone und der privaten Organisationen im Bereich der Suizidprävention zusammen. Basierend auf dem in Kapitel 6 dargestellten Handlungsbedarf wird in Kapitel 7 ein Fazit aus Sicht des Bundes gezogen.

Im Bericht nicht dargestellt werden die verschiedenen Formen von habituellem selbstverletzendem, selbstschädigendem oder selbstgefährdendem Verhalten wie Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Selbstverletzungen, Essstörungen (Anorexie, Bulimie und massive Adipositas), risikoreiches Sexualverhalten, Ausüben von Risikosportarten, gefährliches Autofahren etc.

1 Epidemiologie der Suizide und der Suizidversuche in der Schweiz

In der Schweiz wird bei 1 bis 2% aller Todesfälle Suizid als Todesursache angegeben. 10% aller Schweizer begehen im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche und jede zweite Person berichtet in retrospektiven epidemiologischen Erhebungen über Suizidgedanken.

1.1 Suizide

Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO starben im Jahr 2000 weltweit ca. 815'000 Menschen durch Suizid. Dies entspricht einer Suizidrate von 14.5 pro 100'000 Menschen – oder einem Suizid alle 40 Sekunden [WHO 2002].

In der Schweiz begingen im Jahr 2000 1'378 Menschen Suizid (979 Männer und 399 Frauen). Dies entspricht knapp vier suizid-bedingten Todesfällen pro Tag oder einer Suizidrate von 19.1 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.³ Somit liegt die Suizidrate in der Schweiz deutlich über dem weltweiten Durchschnitt.

Ein Vergleich der Todesursachen zeigt, dass die suizid-bedingten Todesfälle häufiger sind als alle durch Verkehrsunfälle, Aids und Drogen bedingten Todesfälle zusammen (vgl. Tabelle 1). Nach dem Rückgang der tödlichen Unfälle im Strassenverkehr und der Abnahme der durch Aids bedingten Todesfälle infolge der besseren medikamentösen Therapien ist Suizid bei den 15- bis 44-jährigen Männern heutzutage die häufigste Todesursache.

Tabelle 1: Todesursachen im Jahr 2000

(Quelle: Todesursachenstatistik Bundesamt für Statistik BFS)

Todesursache	Total		Männer		Frauen	
	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle
Suizid	1'378	2.2%	979	3.2%	399	1.2%
Aids	127	0.2%	83	0.3%	44	0.1%
Drogenkonsum	222	0.3%	177	0.6%	45	0.1%
Verkehrsunfall	578	0.9%	419	1.4%	159	0.5%
Alkoholbedingte Todesfälle *	ca. 2'200	ca.3.5%	ca. 1'300	ca.4.3%	ca. 900	ca.2.8%
Todesfälle infolge Tabakkonsum *	ca. 8'800	ca. 14.7%	ca. 6'500	ca. 21.4%	ca. 2'300	ca.7.2%
Total	62'545	100%	30'411	100%	32'134	100%

*Schätzungen der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme aus den Jahren 2001 (Alkohol) und 1999 (Tabak)

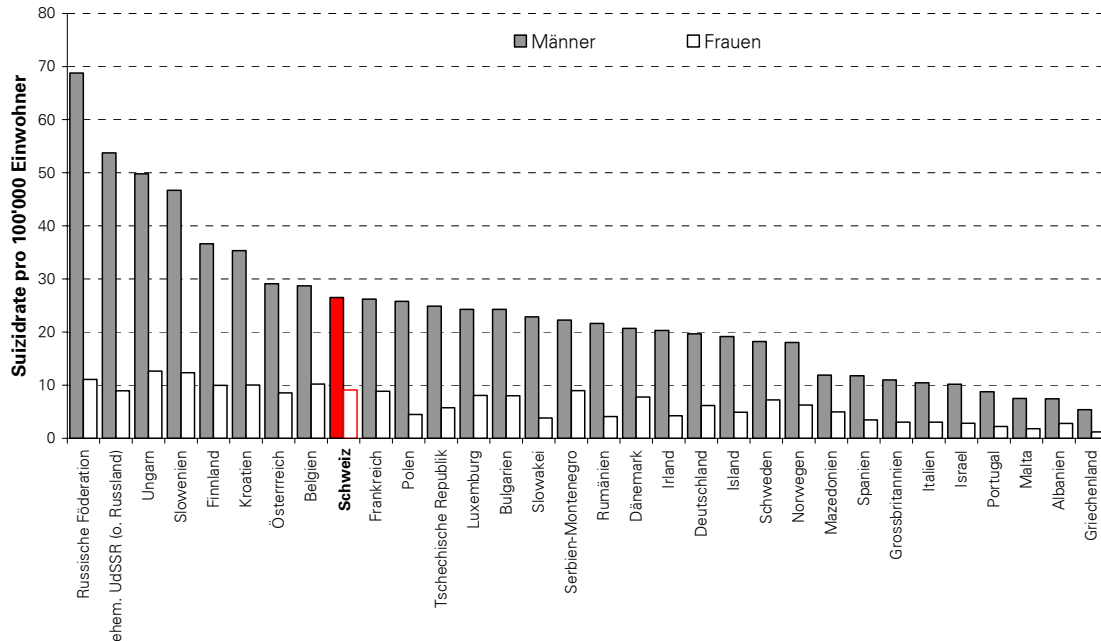
Suizid ist die Ursache eines erheblichen Teils der frühzeitigen Todesfälle. So sind im Jahre 2000 bei den Männern 14.1% und bei den Frauen 9.1% der durch einen vorzeitigen Tod (d.h. vor dem vollendeten 70. Altersjahr) verloren gegangenen Lebensjahre auf Suizid zurückzuführen. Damit liegen die Werte für Suizid gut doppelt so hoch wie jene für Strassenverkehrsunfälle (Männer: 7.1% der verlorenen Lebensjahre, Frauen: 3.9%) und in derselben Grössenordnung wie jene für die Herz- und Kreislauferkrankungen. Nur Krebserkrankungen haben insbesondere bei den Frauen (43% der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre) eine grössere Bedeutung.

³ Die Qualität der statistischen Angaben zur Suizidhäufigkeit hat immer wieder zu Diskussionen Anlass gegeben, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Suizide in den Todesfallregistern nicht korrekt erfasst werden. Als mögliche Quelle der Fehlklassifikation von Suiziden gilt neben Unfällen die Rubrik «gewaltsamer Tod mit unklarer Ursache» (d.h. unklar, ob Unfall, Suizid oder Homizid). Datenanalysen haben jedoch gezeigt, dass die Zahl der Todesfälle mit unklarer Ursache mit einem Verhältnis von 1 zu 6 deutlich unter derjenigen der suizid-bedingten Todesfälle liegt. Das heisst: auch wenn die absolute Häufigkeit der Suizide leicht höher liegen dürfte als ausgewiesen, so bleiben die wichtigsten Relationen und Trends doch gleich.

Die Schweiz im internationalen Vergleich

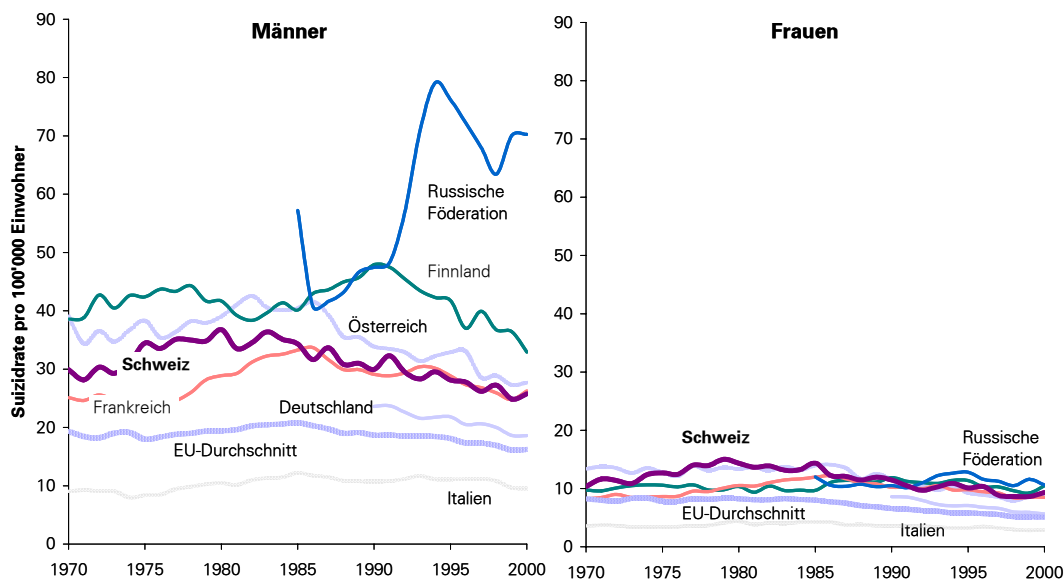
Die Schweiz weist im internationalen Vergleich nach Russland, Ungarn, Slowenien, Finnland und Kroatien und neben Österreich, Belgien und Frankreich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Internationaler Vergleich der Suizidraten pro 100'000 Einwohner (Durchschnittswerte 1996-2000; Quelle: Bundesamt für Statistik BFS)



In der Europäischen Union (EU) erreichte die Suizidrate der Männer in den Jahren 1980-85 mit 16.1 pro 100'000 einen Höhepunkt und sank in den Jahren 1995-98 auf 14.1/100'000. Bei den Frauen nahm sie in derselben Zeitspanne von 6.5/100'000 auf 4.6/100'000 ab. Gestiegen sind die Suizidraten in vielen Ländern des ehemaligen Ostblocks, aber auch in Irland. So ist insbesondere in Russland ein Anstieg der Suizide junger Männer um 55%, d.h. von 37.7/100'000 in den Jahren 1985-89 auf 58.3/100'000 in den Jahren 1995-98 zu verzeichnen [Levi 2003].

Abbildung 3: Entwicklung der Suizidraten zwischen 1970 und 2000 im internationalen Vergleich (Quelle: Health for all Database, Weltgesundheitsorganisation WHO)

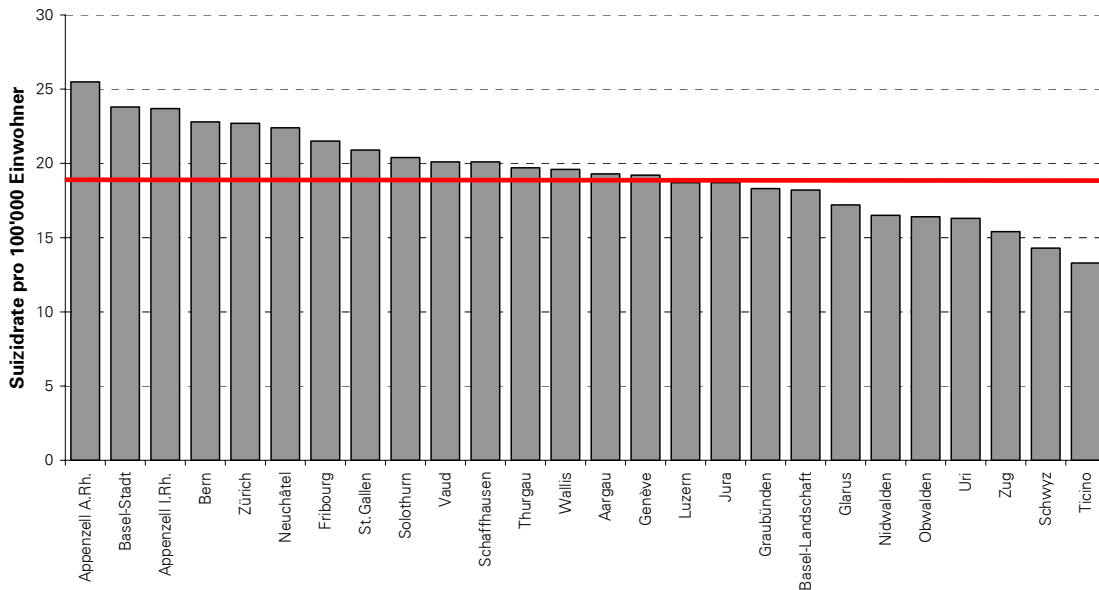


Kantonale Differenzen

In der Schweiz bewegt sich die jährliche Suizidrate zwischen 15/100'000 (Tessin, Zentralschweiz) und 25/100'000 Einwohner (Appenzell, Basel, Bern). Wie Abbildung 4 zeigt, weisen die reformierten Kantone meist höhere Suizidraten auf als die katholischen. Auch der Anteil der städtischen Bevölkerung spiegelt sich in der Rate wider, d.h. je urbaner ein Kanton ist, umso höher ist die Suizidrate. Ein besonderes und bisher ungenügend verstandenes Phänomen stellen die hohen Suizidraten in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden dar. Seit den 1970er Jahren hat sich das interkantonale Gefälle der Suizidraten jedoch deutlich verringert.

Abbildung 4: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten

(Durchschnittswerte 1990-1999; Referenzstrich: durchschnittliche Rate der Schweiz; Quelle: BFS)

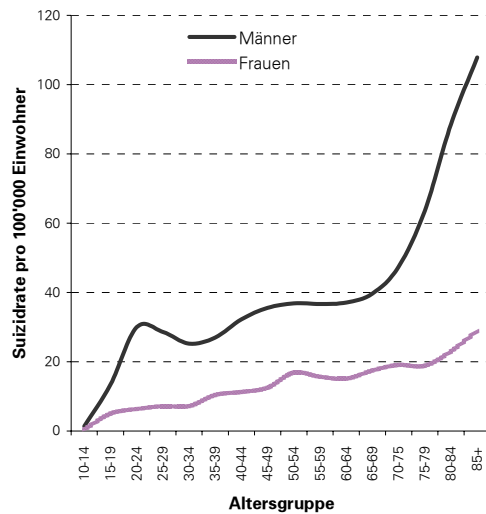


Soziodemografische Merkmale

Suizide sind bei Männern häufiger als bei Frauen: So beträgt die gemittelte Suizidrate für die Jahre 1995 bis 2000 bei den Männern 26.7/100'000 und bei den Frauen 9.3/100'000. Dabei überwiegt der Suizid von Männern gegenüber dem Suizid von Frauen um den Faktor 2.9 (also ein Verhältnis von 3:1). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug das Verhältnis noch 5:1. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, aber auch bei den über 75-Jährigen ist das Geschlechtsverhältnis mit einem Faktor 3.5 bis 4 noch stärker ausgeprägt. Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich auch bei den Suizidmethoden (vgl. unten).

Die altersspezifischen Raten und Zahlen weisen bei Männern und Frauen etwas unterschiedliche Verläufe auf (vgl. Abbildung 5a und 5b). Auffällig ist, dass die Raten bei den Männern sowohl in den jüngeren Altersgruppen (15-24 Jahre) wie auch bei den über 75-Jährigen steil ansteigen. Generell haben die Suizidraten bei älteren Menschen in den letzten 15 Jahren zugenommen. Mit der demografischen Alterung der Gesellschaft werden in den nächsten Jahrzehnten bei den Suiziden der über 65-Jährigen auch die absoluten Zahlen deutlich ansteigen.

Abbildung 5: Suizidraten nach Alter und Geschlecht
(Durchschnittswerte 1996-2000; Quelle: Todesursachenstatistik BFS)



Einen deutlichen Einfluss auf das Suizidrisiko hat der Zivilstand. Die allein lebenden, geschiedenen und verwitweten Personen haben im Vergleich zu Verheirateten ein 1.5- bis 2-mal erhöhtes Risiko für Suizid, wobei der Einfluss des Zivilstandes bei den Männern stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen. Weniger deutlich als der Zivilstand ist der Einfluss von Bildung, Beruf und Einkommen. Der Schweizer Gesundheitsbericht von 1993 dokumentiert ein leicht erhöhtes Risiko für handwerkliche Berufe und Personen ohne Berufsbildung [Weiss 1993]. Angaben zum Einfluss der Nationalität und des Aufenthaltsstatus der in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländer auf das Suizidrisiko fehlen.

Suizidmethoden

Die Aufschlüsselung nach Suizidmethoden (Tabelle 2) zeigt, dass bei den Männern Suizidmethoden wie Erhängen und Erschiessen mit Anteilen von je über 25% am häufigsten angewandt werden, während bei den Frauen Vergiften, gefolgt von Erhängen, Ertränken und Herunterstürzen, die häufigste Suizidmethode darstellt. Werden die Daten zu den Suizidmethoden über die letzten hundert Jahre miteinander verglichen, so zeigt sich, dass Vergiftungen an Bedeutung zugenommen haben, wohingegen Erhängen heute deutlich weniger häufig vorkommt als früher. Der Gebrauch von Schusswaffen als Suizidmittel unterlag im Verlauf des 20. Jahrhunderts starken Schwankungen. In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung der Schusswaffen-Suizide jedoch wieder stark zugenommen. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt.

Tabelle 2: Suizidmethoden in der Schweiz in den Jahren 1969-2000
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS)

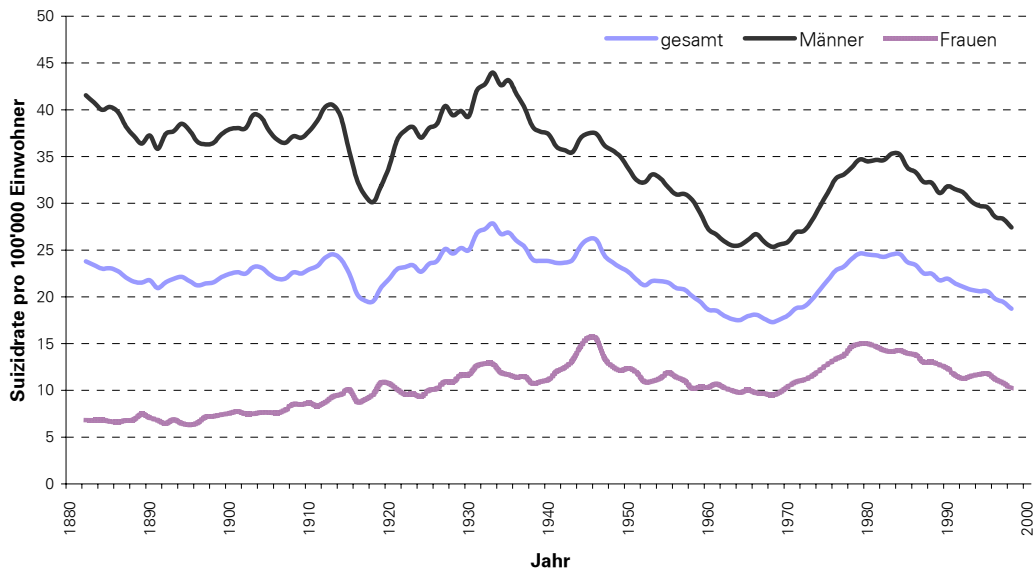
Suizidmethode	Total		Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Vergiftung durch feste oder flüssige Substanzen	6'336	13.9%	3'046	9.4%	3'290	24.5%
Vergiftung durch Gase	2'954	6.5%	2'436	7.5%	518	3.9%
Erhängen	11'635	25.5%	9'061	28.1%	2'574	19.2%
Ertränken	4'177	9.1%	1'799	5.6%	2'378	17.7%
Schusswaffen	10'902	23.9%	10'390	32.2%	512	3.8%
Schneiden, Stechen	862	1.9%	630	2.0%	232	1.7%
Herunterstürzen	4'664	10.2%	2'404	7.4%	2'260	16.9%
Überfahrenlassen durch Zug	3'079	6.7%	1'871	5.8%	1'208	9.0%
Andere Methoden	1'088	2.3%	657	2.0%	431	3.2%
Total	4'5697		3'2294		13'403	

Historische Entwicklung

Die Suizidraten werden in der Schweiz seit 1876, d.h. seit der Einführung der Todesursachenstatistik, erfasst. Wie Abbildung 6 zeigt, erreichten die Raten um die Wende zum 20. Jahrhundert und in den durch wirtschaftliche Krisen geprägten 1930er und 1980er Jahren die höchsten Werte.

In den Suizidraten spiegeln sich somit sowohl kurz- als auch mittel- und langfristige konjunkturelle Schwankungen. Im Laufe von Rezessionsphasen steigen die Suizidraten an, in Prosperitätsperioden sinken sie wieder. Mit den Raten der Männer korrelieren v.a. Betreibungen, Konkurse und Arbeitslosigkeit – also Variablen wirtschaftlicher Krisen [Ajdacic-Gross 1999].

Abbildung 6: Historische Entwicklung der Suizidrate in der Schweiz zwischen 1880 und 2000
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS)



Während die Raten für die Frauen über die letzten hundert Jahre einen ansteigenden Trend aufweisen, bleiben die Raten für die Männer gleich oder sinken leicht. Im Gegensatz zur Schweiz hat die Suizidrate in anderen westeuropäischen Ländern wie z.B. in Deutschland in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen (von 24/100'000 Einwohner im Jahr 1982 auf knapp 14/100'000 Einwohner im Jahr 2000) [Fiedler 2003]. Immerhin zeigt sich auch in der Schweiz von 1987 bis 1997 ein leichter Rückgang von 24/100'000 auf 18.9/100'000; im Jahre 2000 betrug die Rate 19.1/100'000 Einwohner.

1.2 Suizidversuche

Eine genaue Erfassung der Suizidversuche ist schwierig. Anonyme schriftliche Befragungen können schon aufgrund kleiner Unterschiede in der Fragestellung zu stark divergierenden Resultaten führen. Befragungen zur Selbsteinschätzung ergeben zudem andere Werte als Analysen von dokumentierten Suizidversuchen, welche zu medizinischer Behandlung geführt haben. Die zuverlässigsten Daten stammen aus Untersuchungen medizinisch dokumentierter Suizidversuche. Besonders aussagekräftig sind die Daten der WHO/EURO-Multizenterstudie zur Erfassung suizidalen Verhaltens [WHO 1999]. In dieser Studie werden in verschiedenen europäischen Ländern mit Hilfe einer einheitlichen WHO-Definition⁴ alle Suizidversuche einer ausgewählten Region erfasst.

⁴ «Eine 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» [WHO, 1986].

Für die Schweiz liegen für die Jahre 1989 bis 1995 Daten aus der Agglomeration Bern und seit 2003 Daten aus dem Kanton Basel-Stadt vor. Nach einer Hochrechnung der in der Agglomeration Bern im Rahmen der WHO/EURO-Multizenterstudie erhobenen Suizidversuchs-Daten muss davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz pro Jahr mehr als 9'000 Personen wegen eines Suizidversuchs medizinische Behandlung in Anspruch nehmen. Die Zahl aller erfassten Suizidversuche liegt wegen der Personen mit mehrfachen Suizidversuchen zwischen 7% und 16% höher. Insgesamt kommt es also jährlich zu mehr als 10'000 Suizidversuchen, welche medizinisch behandelt werden (ca. 4'000 Männer und 6'000 Frauen). In Bezug auf die Lebenszeitperspektive bedeutet dies, dass knapp 10% aller Einwohner der Schweiz einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternehmen.

Befragungsdaten zu Suizidversuchen liegen vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene vor. In Befragungen wie der SMASH-Studie (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health Study) aus den Jahren 1992 und 2002 oder der Rekrutenbefragung aus dem Jahre 1997 gaben 3.4 bis 3.9% der jungen Frauen und 1.6 bis 2.6% der jungen Männer an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Suizidversuch unternommen zu haben (vgl. Tabelle 3).

Da es sich bei der Pubertät um eine aus psychologischer Sicht kritische Entwicklungsphase handelt, können diese Zahlen nicht auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden. Dennoch ist anzunehmen, dass die Gesamtzahl aller Suizidversuche deutlich über den oben angegebenen 10'000 Suizidversuchen, die zu medizinischer Behandlung führen, liegt. Aufgrund der schwer zu quantifizierenden Dunkelziffer schwanken die verschiedenen Schätzungen stark. Konservative Schätzungen für die Schweiz gehen von jährlich insgesamt 20'000 bis 25'000 Suizidversuchen aus. Darin nicht enthalten ist habituelles selbstverletzendes oder selbstschädigendes Verhalten wie exzessives Trinken, Rauchen, massives Übergewicht oder gefährliches Autofahren.

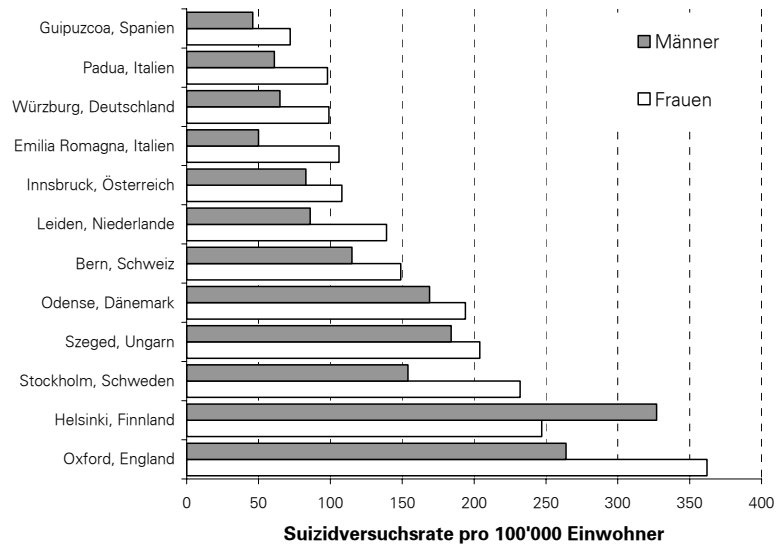
Tabelle 3: Zusammenfassung der Daten zu Suizidalität aus den SMASH-Studien
[Rey Gex 1998, Narring 2003]

Item	1992		2002	
	15-bis 20-jährige		15- bis20-jährige	
	Frauen n=3993	Männer n=5275	Frauen n=3380	Männer n=4040
In den letzten 12 Monaten:				
• Haben Sie an Suizid gedacht?	37.3%	27.3%	21.4%	15.4%
• Haben Sie einen Suizid in Betracht gezogen?	26.8%	20.8%		
• Gab es Momente, in denen Sie sich suizidieren wollten?	21.9%	13.6%	16.7%	9.8%
• Hätten Sie sich suizidiert, wenn Sie die Gelegenheit dazu gehabt hätten?	5.4%	4.2%	4.9%	3.2%
• Haben Sie an eine Methode gedacht, die Sie für einen Suizid hätten anwenden können?			22.4%	17.9%
• Haben Sie einen Suizidversuch gemacht?	3.9%	2.3%	3.4%	1.6%
• Haben Sie den Suizidversuch Freunden oder Verwandten mitgeteilt?	39.0%	38.3%	34.0%	29.0%
Haben Sie in ihrem Leben je einen Suizidversuch unternommen?			8.2%	3.2%

Die Schweiz im internationalen Vergleich

Der Vergleich der Daten der verschiedenen Regionen der WHO/EURO-Multizenterstudie zeigt eine grosse Variation der Suizidversuchsraten der untersuchten Regionen (Abbildung 7). So ist bei den Männern die Suizidversuchsrate in Helsinki (Finnland) mit 327 Suizidversuchen pro 100'000 Einwohner mehr als 7-mal höher als die niedrigste Rate, die Guipuzcoa (Spanien) mit 46 Suizidversuchen/100'000 Einwohner aufweist. Auffallend ist zudem, dass in Helsinki die Suizidversuchsrate für Männer höher ist als für Frauen. In allen übrigen europäischen Regionen einschliesslich der Schweiz beträgt das Verhältnis der Raten von Frauen und Männern 1,5:1.

Abbildung 7: Suizidversuchsraten nach Alter und Geschlecht in Europa
(Mittelwert der Erfassungsjahre 1989 bis 1992 [Schmidtke 1994])



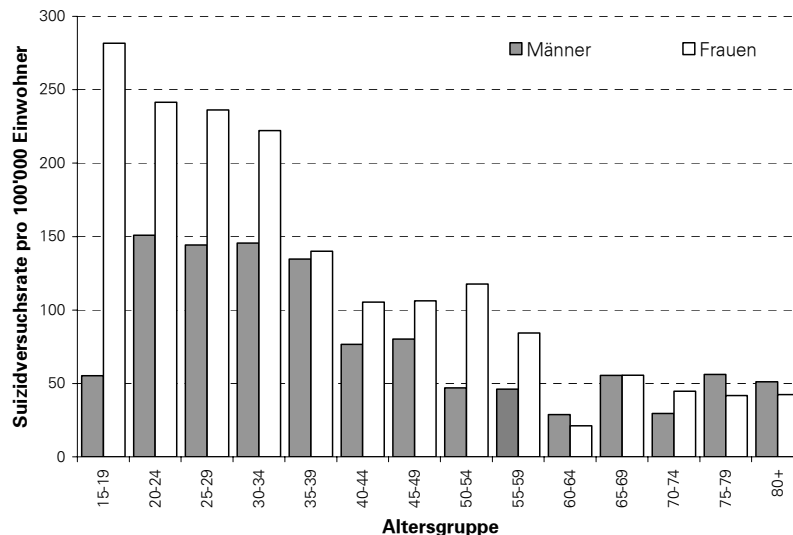
Kantonale Differenzen

Wegen fehlender Daten können keine Aussagen zu den interkantonalen Unterschieden der Suizidversuchsraten gemacht werden.

Soziodemografische Merkmale

Im Gegensatz zu den Suiziden sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern. So lagen die Suizidversuchsraten in den Jahren 1989 bis 1995 in der Agglomeration Bern zwischen 117 und 178/100'000 pro Jahr für Frauen und zwischen 60 und 130/100'000 für Männer; dies entspricht einer durchschnittlichen Suizidversuchsrate von 100/100'000 bei Männern resp. 160/100'000 bei Frauen. Dabei ist die Geschlechterdifferenz vor allem bei den Jugendlichen stark ausgeprägt (vgl. Abbildung 8). Bei den Männern liegt die Suizidversuchsrate in der Schweiz somit um den Faktor 4 über derjenigen der vollendeten Suizide, bei den Frauen um den Faktor 16.

Abbildung 8: Suizidversuchsraten pro 100'000 in der Agglomeration Bern
(Durchschnitt der Jahre 1989 und 1990 [Michel 1994])



Wie das Suizidrisiko wird auch das Suizidversuchsrisiko durch den Zivilstand beeinflusst: Alleinlebende und Alleinerziehende haben ein doppelt so hohes Suizidversuchsrisiko wie Personen, die in einer Zweieltern-Kind-Familie leben.

Gegenüber dem Durchschnitt erhöht ist die Suizidversuchsrate in der Gruppe der Personen mit Grundschulabschluss, bei den Erwerbslosen sowie bei der ausländischen Wohnbevölkerung. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Religionsgruppen sind gering.

Methoden des Suizidversuchs

Anders als bei den Suiziden spielen Medikamente und Drogen bei den Suizidversuchen eine grössere Rolle. Sie kommen bei gut zwei Dritteln aller Suizidversuche zur Anwendung (vgl. Tabelle 4). Bei mehr als drei Vierteln aller verwendeten Substanzen handelt es sich um Psychopharmaka. Dabei macht die Gruppe der Benzodiazepine (angstlösende und beruhigende Medikamente) mit 68% aller Medikamente den grössten Anteil aus. Antidepressiva, welche unter den Psychopharmaka das grösste toxische Potenzial besitzen, werden bei 15% der Fälle angewendet [Michel 1991].⁵

Bei den so genannten harten Methoden wie Schneiden, Erhängen oder Sprung aus grosser Höhe zeigen Männer höhere Prozentsätze. In einem Viertel der Fälle wird mehr als eine Suizidmethode angewendet. Nicht zu unterschätzen ist ausserdem die Tatsache, dass bei den Frauen in 12%, bei den Männern in 18% der Fälle Alkohol eine Rolle spielte.

Tabelle 4: Suizidversuchsmethoden in der Agglomeration Bern in den Jahren 1989 und 1990 (Summe ergibt mehr als 100% da mehrere Methoden zur Anwendung kommen können [Michel 2000])

Methode	Alle		Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Medikamente und Drogen	646	67.4%	232	57.6%	414	74.5%
Schneiden	154	16.1%	79	19.6%	75	13.5%
Pestizide, Landwirtschaftsgifte	25	2.6%	12	3.0%	13	2.3%
Erhängen	36	3.8%	22	5.5%	14	2.5%
Sprung aus grosser Höhe	58	6.0%	29	7.2%	29	5.2%
Anderes	290	30.2%	150	37.2%	140	25.2%
Total erfasste Suizidversuche	959		403		556	

⁵ Im Gegensatz zu den 1990er Jahren werden heute in der Psychiatrie vermehrt moderne Antidepressiva verwendet (wie z.B. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI]), deren toxisches Potenzial deutlich geringer ist als dasjenige der älteren trizyklischen Antidepressiva.

Exkurs I: Suizide mit Unterstützung durch Sterbehilfeorganisationen

Aufgrund von Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) steht die Beihilfe zum Suizid nur dann unter Strafe, wenn aus selbstsüchtigen Gründen gehandelt wird. Die Abgrenzung von der aktiven Sterbehilfe beruht auf dem Verbleib der «Tatterschaft» beim Suizidwilligen, d.h. der letzte Akt des Suizids muss durch den Betroffenen selbst und darf auf keinen Fall durch den Sterbehelfer ausgeführt werden. Die Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid impliziert in keinem Fall ein Recht auf eine Unterstützung beim Suizid, sondern bestätigt lediglich die Freiheit eines jeden Einzelnen, seinem Leben ein Ende zu setzen und sich bei dieser Handlung helfen zu lassen.

Beihilfe zum Suizid wird in der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) seit einigen Jahren erfasst. Da jedoch die diesbezügliche Präzisierung durch den meldenden Arzt freiwillig ist, dürften die erhobenen Zahlen zu niedrig ausfallen. Nur die Sterbehilfeorganisationen selbst verfügen über genaue Angaben zu den durch Suizidbeihilfe bedingten Todesfällen der letzten Jahre.

In der Deutschschweiz spielen Sterbehilfeentscheide in fünf von zehn aller Todesfälle eine Rolle. Dabei sind passive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid häufiger als in anderen Ländern [Faisst 2003]. Während bei 27.7% resp. 22.1% aller Todesfälle passive oder indirekt aktive Sterbehilfe geleistet wurde, wurde in 0.4% aller Todesfälle Beihilfe zum Suizid geleistet.⁶ Gesamtschweizerisch lag die Häufigkeit der Beihilfe zum Suizid zu Beginn der 1990er Jahre bei ca. 20 Fällen pro Jahr und hat sich seit dem Jahr 1996 bei ca. 100 Fällen pro Jahr eingependelt: 2002 wurde nach Angaben der Sterbehilfeorganisationen in insgesamt 137 Fällen Beihilfe zum Suizid geleistet (Exit deutsche Schweiz 100 Fälle, Dignitas 17 Fälle, Exit französische Schweiz 20 Fälle). Dies entspricht ungefähr 10% aller Suizide oder 0.2% aller Todesfälle. Zusätzlich leistete Dignitas 2002 bei 59 und 2003 bei 91 Personen, die aus dem Ausland anreisten, Beihilfe zum Suizid.

Die soziodemografischen Charakteristika der Todesfälle wie auch die aufgeführten medizinischen Diagnosen sind in den letzten zehn Jahren relativ stabil geblieben [Bosshard 2003]. Deshalb wird davon ausgegangen, dass der Anstieg der Fallzahlen eher auf eine Zunahme der Nachfrage als auf eine Ausweitung der Indikationen für Beihilfe zum Suizid oder auf eine zunehmende Aufweichung des Entscheidungsprozesses zurückzuführen ist.

Weil Beihilfe zum Suizid von so genannten Sterbehilfeorganisationen angeboten wird, besteht die Gefahr der Vermischung von Sterbehilfe einerseits und Beihilfe zum Suizid andererseits. Gemäss der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gelten als Sterbende «Personen, bei welchen der Arzt aufgrund der klinischen Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird» [SAMW 1995]. Beihilfe zum Suizid ist also nur dann als Akt der Sterbehilfe zu bezeichnen, wenn sie von terminal kranken und sterbenden Menschen in Anspruch genommen wird. In allen übrigen Fällen handelt es sich um Beihilfe zum Suizid im eigentlichen Sinne des Wortes. In der Schweiz wird von den Sterbehilfeorganisationen Beihilfe zum Suizid aber auch Menschen gewährt, die weder im Sterben liegen noch an einer tödlichen Krankheit leiden. Eine Analyse der Exit-Fälle der Region Basel in den Jahren 1992 bis 1997 zeigt, dass bei 11 der 43 untersuchten Fälle keine terminale Erkrankung vorlag [Frei 2001].

Im Gegensatz zu den «Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» der SAMW aus dem Jahre 1995, in welchen die Beihilfe zum Suizid explizit nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit gilt [SAMW 1995], ist gemäss den sich aktuell in der Vernehmlassung befindlichen medizinisch-ethischen Richtlinien für die Betreuung von Patienten am Lebensende der Entscheid eines Arztes, beim Vorliegen einer terminalen Situation Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren [SAMW 2004].⁷

⁶ *Aktive Sterbehilfe*: Gezielte Tötung eines anderen Menschen zur Verkürzung von dessen Leiden; nach Art. 111 (Vorsätzliche Tötung), Art. 114 (Tötung auf Verlangen) oder Art. 113 StGB (Totschlag) strafbar.

Passive Sterbehilfe: Abbruch oder Unterlassung von lebenserhaltenden Massnahmen; erlaubt, da keine Regelung im StGB, in den Richtlinien der SAMW als zulässig anerkannt.

Indirekte Sterbehilfe: Lebensverkürzende Wirkung von Schmerztherapien oder Symptombekämpfungen wird als «Nebenwirkung» in Kauf genommen (Ziel der Handlung liegt in Linderung unerträglichen Leidens, nicht in Beendigung des Lebens); erlaubt, da keine Regelung im StGB, in den Richtlinien der SAMW als zulässig anerkannt.

⁷ «Betreuung von Patienten am Lebensende», medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 1. Publikation zur Vernehmlassung, 2004 [SAMW 2004]:

«Für Ärzte besteht bei Patienten am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben. In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist. Der einzelne Arzt trägt dann die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Mindestanforderungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden.»

2 Faktoren, die den Suizid oder Suizidversuch beeinflussen

Die Faktoren, welche 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. Diese Faktoren zu identifizieren und ihre Bedeutung für das suizidale Verhalten einer Bevölkerungsgruppe oder eines Individuums zu verstehen, ist deshalb von grundlegender Bedeutung für die Prävention von Suiziden und Suizidversuchen [WHO 2002].

Neben demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht wird das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs durch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren wie auch durch Faktoren, die mit der individuellen Lebensgeschichte verbunden sind, beeinflusst. Oft kann ein Zusammenhang hergestellt werden, ohne dass aber von einer eigentlichen Ursache-Wirkungs-Beziehung gesprochen werden kann.

Nachfolgend werden einige der wichtigsten Faktoren aufgezählt, welche das Risiko für einen Suizid oder einen Suizidversuch erhöhen oder reduzieren. Die Einflussfaktoren für Suizide und Suizidversuche überschneiden sich in vielen Aspekten, dennoch zeigen sich auch deutliche Unterschiede. Dies wird z.B. darin deutlich, dass das Suizidrisiko bei Männern höher ist als bei Frauen und mit höherem Alter zunimmt, während das Suizidversuchsrisiko bei jungen Frauen die höchsten Werte erreicht.

Wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, weshalb die Suizidrate in der Schweiz im Vergleich zum benachbarten Ausland weiterhin hoch ist, fehlen jedoch; es existiert keine allgemein akzeptierte Erklärung für dieses Phänomen.

2.1 Individuelle Faktoren

Suizide

Neben den biologischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetische Determinanten sind die individuellen Faktoren stark von der Biografie geprägt. Persönlichkeitsmerkmale (wie z.B. Selbstwert, Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit etc.) und psychische Verletzlichkeit (Vulnerabilität) eines Menschen spielen dabei eine zentrale Rolle. Kritische Lebensereignisse (wie z.B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, Scheidung [der Eltern], Erkrankungen, Verlust des Arbeitsplatzes, Suizide von Familienangehörigen, Freunden oder anderen Nahestehenden) können die psychische Stabilität eines Individuums bedrohen. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen der kumulierten Häufigkeit von kritischen Lebensereignissen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (z.B. 1 Jahr) und dem Suizidrisiko.

Eine spezielle Risikogruppe bilden die Menschen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben. Das Suizidrisiko ist bei ihnen 40-mal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt und es bleibt über Jahre hoch. 10 bis 15% der Menschen mit einem (oder mehrfachen) Suizidversuch(en) sterben durch Suizid. Daneben stellen auch Suizidgedanken sowie selbstverletzendes Verhalten Risikofaktoren für einen Suizid oder einen Suizidversuch dar.

Psychische Krankheiten sind nebst vorangegangenem Suizidversuch der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid. 90% aller Menschen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder einer anderen diagnostizierbaren psychischen Störung oder Suchterkrankung [Beautrais 2000]. In psychiatrischen Autopsiestudien konnte retrospektiv bei 40-50% aller Suizide für den Zeitpunkt des Suizids eine ausgeprägte depressive Verstimmung bei den Verstorbenen nachgewiesen werden. Gleichzeitig

wurde in etwa 40% aller Fälle eine Suchterkrankung diagnostiziert, wobei Alkoholabhängigkeit bei etwa einem Fünftel aller Suizide eine Rolle spielte. Bei 10% aller Suizide liegt eine Schizophrenie vor [Bronisch 1999].

Von Menschen mit Depressionen, deren Schweregrad eine stationäre Behandlung notwendig macht, sterben ca. 15% während der Krankheit durch Suizid. Ähnliche Suizidrisiken findet man auch bei stationär behandelten Alkoholikern und bei Drogenabhängigen. Bei den Schizophreniekranken liegt das Risiko bei 10 bis 12% [Bronisch 1999, WHO 2002].

In der stationären psychiatrischen Behandlung rechnet man mit ca. zwei Suiziden/1000 Klinik-aufnahmen.⁸ Das Verhältnis von Suiziden während des Aufenthaltes und Suiziden nach Klinikaustritt beträgt 1:10, wobei das Risiko in den ersten 3 Monaten nach der Klinikentlassung am höchsten ist [Hoffmann-Richter 2002].

Suizidversuche

Auslöser für Suizidversuche sind meist Ereignisse, in denen ein Mensch in seiner Identität erschüttert wird, sich derart wertlos und hoffnungslos fühlt, dass er sich selber ablehnt oder sogar hasst und diesem – momentan – unerträglichen Seelenzustand (und nicht unbedingt dem Leben) ein Ende setzen will. Im Gegensatz zu Suiziden, bei denen in bis zu 90% der Fälle psychische Störungen in der Vorgeschichte gefunden wurden, ist bei den Suizidversuchen der Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen weniger evident. Vor allem bei den einmaligen Suizidversuchen ist das auslösende Moment meist eine (vorübergehende) Krisensituation⁹ und seltener eine therapiebedürftige psychische Störung [Sakinofski 2000].

Hingegen liegt bei 25% bis 50% aller Suizidversuche (insbesondere bei älteren Menschen) eine schwere körperliche Erkrankung vor, welche oft mit chronischen Schmerzen und physischer Behinderung verbunden ist [Nylev Stenager 2000].

Alkoholabhängigkeit oder schwere Alkoholprobleme spielen bei ca. 10% der Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, eine Rolle. Die Zahlen bei illegalen Drogen sind weniger zuverlässig. Konsum von illegalen Drogen in der Vorgeschichte wird in ca. 10% der Suizidversuche angenommen. Das Risiko für einen Suizidversuch steigt auf jeden Fall bei Menschen, die psychotrope Substanzen konsumieren [Murphy 2000].

Schwierigkeiten mit dem Erwachsenwerden (z.B. Ablösung von den Eltern, Geschlechterrollen- oder Identitätssuche) und der Integration in die Gesellschaft (z.B. Berufswahl), aber auch soziale Faktoren und finanzielle Probleme spielen insbesondere bei den Suizidversuchen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine entscheidende Rolle. Die Entwicklungsphase der Adoleszenz kann durch Orientierungsschwierigkeiten, Bindungsunsicherheit und soziale Desintegration einen krisenhaften Verlauf nehmen [Fatke 2003]. Dadurch wird das Risiko für einen Suizidversuch deutlich erhöht.

2.2 Umgebungsbedingte Faktoren

In Anlehnung an die zahlreichen Suizide im Gefolge der Veröffentlichung des Romans «Die Leiden des jungen Werther» von Goethe werden Nachahmungshandlungen, die unter dem Einfluss der belletristischen Literatur geschehen, als «Werther-Effekt» bezeichnet. Seit Mitte der 70er Jahre werden unter den Begriff «Werther-Effekt» auch die durch Medienberichterstattung oder Fernsehfilme ausgelösten Nachahmungsmuster subsumiert. So führte die Fernsehserie «Tod eines Schülers»

⁸ Gemäss den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik begingen im Jahre 2002 in der Schweiz 54 Menschen (31 Männer und 23 Frauen) während eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik Suizid. Dies entspricht knapp 4% aller Suizide.

⁹ Eine Krisensituation entsteht, wenn ein Mensch mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von ihrer Art her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung einer Lebenssituation überfordern. Damit einher geht der Verlust des seelischen Gleichgewichts [Caplan 1964, Cullberg 1978].

zu Beginn der 80er Jahre sowohl bei der Erstausstrahlung wie auch bei der Wiederholung zu einer Zunahme der Eisenbahnsuizide Jugendlicher um 150% [Ziegler 2002].

Neu ist der Einfluss des Internets, wo sich zahlreiche Suizidforen finden, in welchen Jugendliche ihre Todessehnsüchte und suizidale Phantasien zum Ausdruck bringen, sich über Suizidmethoden unterhalten oder einen E-Mail-Partner suchen, der bereit ist, gemeinsam mit ihnen Suizid zu begehen. Diese Foren bieten einen Freiraum dafür, eigene suizidale Gedanken zu formulieren, die sonst tabuisiert sind. Gefahren und Chancen dieser Foren sind bislang noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht worden und werden dementsprechend kontrovers diskutiert [Fiedler 2001].

Das Stigma, das auch heute noch an psychischen Erkrankungen und psychischen Krisen haftet, hat einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme von (ärztlicher) Hilfe. So klagen speziell Männer vor allem über körperliche Beschwerden und weniger über psychische Probleme und suchen bei psychischen Schwierigkeiten selten professionelle Hilfe. Auch bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind psychisch Kranke benachteiligt: So ist die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung psychischer Krankheiten durch die Grundversicherung zeitlich limitiert, und nicht selten werden depressive Patienten aus Kostengründen aus der stationären Behandlung entlassen, bevor sich ihr Zustand ausreichend stabilisiert hat [NGP 2004].

Suizidabsichten kommen – auch kurz vor dem Suizid – in der ärztlichen Praxis nur selten zur Sprache, und Suizidalität wird nach wie vor häufig nicht erkannt. Depressionen oder andere psychische Störungen werden oft nicht diagnostiziert und Risikopersonen daher ungenügend behandelt [Murphy 1975, Michel 1986]. Erschwerend hinzu kommt der Mangel an Wissen und Information in der Bevölkerung zu Themen wie psychische Gesundheit, psychische Störungen und Suizidalität.

2.3 Schützende Faktoren

Wenn Suizid oft das Ende einer Verkettung von unglücklichen Ereignissen, Risikofaktoren und Krankheiten darstellt, muss es freilich auch eine ganze Reihe von Faktoren geben, die einen positiven Einfluss haben können. Dazu gehören individuelle Faktoren wie soziale Kompetenzen, ein gut ausgebildetes Gesundheitsbewusstsein oder ausreichende körperliche Aktivität, aber auch Persönlichkeitsmerkmale wie Neugierde und Offenheit, Selbstvertrauen, Hilfesuchverhalten oder der Situation angepasste Verhaltensweisen (adäquate Coping-Strategien). Daneben haben auch die soziale Integration und die Unterstützung durch Familie und Freunde sowie persönliche und berufliche Perspektiven einen schützenden Einfluss.

Von besonderer Bedeutung ist ein gut funktionierendes soziales Netz. Dieses bietet nicht nur soziale Anteilnahme, Unterstützung und Gesprächsgelegenheiten. Durch das Eingebundensein in soziale Aktivitäten und Verpflichtungen ist auch ein gewisses Mass an sozialer Kontrolle gegeben.

Dieselben Faktoren können auch vor Suizidversuchen schützen. Weil Suizidversuche häufig im Kontext von Krisensituationen auftreten, spielen individuelle Fähigkeiten im Umgang mit Krisen und Konflikten eine entscheidende Rolle. Aus psychologischer Sicht ist dabei das Konzept der «Resilienz» von grosser Bedeutung.¹⁰

¹⁰ Als «Resilienz» wird die psychische und physische Stärke bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit oder den Verlust von nahe stehenden Menschen ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Wesentliche Faktoren, welche die Resilienz begünstigen, sind das soziale und wirtschaftliche Umfeld des Betroffenen, seine biologische Vitalität und seine mehr oder weniger lösungsorientierte Einstellung zu Problemen [Richardson 2002].

Exkurs II: Volkswirtschaftliche Folgekosten der Suizide und der Suizidversuche

Krankheitslast

Um die Kosten einer Erkrankung exakt erfassen zu können, müssen neben den infolge dieser Erkrankung (d.h. die durch einen Tod vor dem 70. Lebensjahr) verlorenen Lebensjahren auch die Jahre berücksichtigt werden, die ein erkrankter Mensch mit einer Behinderung lebt. Dies wird mit dem im Rahmen der «Global-Burden-of-Disease-Studie» der Weltgesundheitsorganisation WHO entwickelten Konzept der DALYs, der «disability-adjusted-life-years», angestrebt. Bei Anwendung dieser Methode auf die Bevölkerung des Kantons Genf (epidemiologische Daten der Jahre 1990-1995) findet sich der Suizid an 5. Stelle. Naturgemäss spielt der Verlust an Lebensjahren im Fall von Suizid eine viel grössere Rolle als die Lebensjahre mit Behinderungen.

Anteil der 10 wichtigsten Ursachen für «disability-adjusted-life-years» (DALYs) [Schopper 2000]

Rang	Ursache	% aller DALYs	Prozentuale Verteilung der beiden Aspekte	
			% Jahre mit Behinderung	% verlorene Lebensjahre
1	Herz-/Gefässerkrankungen	8.0	8.6	91.4
2	Schwere Depression	6.9	100.0	0.0
3	Aids	4.8	25.4	74.6
4	Alkoholkonsum	4.7	96.6	3.4
5	Suizid/andere Selbstschädigung	3.8	8.6	91.4
6	Knochen-/Gelenkerkrankungen	3.1	99.1	0.9
7	Krebs der Lunge und der Luftwege	2.9	7.3	92.7
8	Demenz und Hirnabbaukrankungen	2.8	97.9	2.1
9	Erkrankung der Hirnblutgefässe	2.6	30.1	69.9
10	Strassenverkehrsunfälle	2.5	31.3	68.7

Direkte und indirekte Kosten von Suiziden

In der Schweiz existieren bis auf eine Genfer Untersuchung keine Daten zu den Kosten von Suizid und suizidalem Verhalten.¹¹ Aus Kanada und den USA liegen jedoch Zahlen zu den annähernden Kosten von Suizid vor. In einer kanadischen Untersuchung aus dem Jahr 1996 werden direkte und indirekte Kosten unterschieden, wobei unter den direkten Kosten die Aufwendungen für die medizinische Versorgung sowie Autopsie- und Beerdigungskosten subsumiert werden, während die indirekten Kosten sowohl die verlorenen Lebensjahre wie auch das nicht erwirtschaftete potenzielle Einkommen (vgl. Tabelle) berücksichtigen [Clayton 1999].¹² In den USA wurden die Kosten der insgesamt durch Suizid verlorenen Produktivität im Jahr 1998 auf 11,8 Mia US-Dollar veranschlagt. Bei ca. 30'000 Suiziden ergibt dies einen Produktivitätsverlust von knapp 400'000 US-Dollar (580'000 CHF) pro Suizid [Goldsmith 2002].

Noch magerer ist die Datenlage zu den volkswirtschaftlichen Konsequenzen der Suizidversuche. Im Rahmen der WHO/EURO-Multizenterstudie zur Erfassung der Suizidversuche haben schwedische Forscher 1991 versucht, diese Kosten zu ermitteln. Die Berechnungen der direkten Behandlungskosten infolge eines Suizidversuchs ergaben umgerechnet knapp CHF 8'000 pro Fall [Runeson 1994]. Rehabilitations- oder invaliditätsbedingte Produktionsausfälle sind hier nicht eingerechnet. Die vorliegenden Daten ermöglichen keine konsistente Darstellung der Kosten von suizidalem Verhalten. Dennoch lassen sich die Daten der oben genannten Studien in einer ersten Annäherung auf die Schweiz umrechnen (vgl. Tabelle).

Kosten pro Suizidversuch oder Suizid in CHF¹³

	Quelle	Direkte Kosten (in CHF)		Indirekte Kosten (in CHF)	Geschätzte Kosten für die Schweiz (in CHF)*
		med. Kosten	anderes		
Suizid	Kanada 1996	6'400	-	950'000	1'338'960'000
	USA 1998	-	-	580'000	812'000'000
Suizidversuch	Schweden 1991	7'860	-	-	78'600'000

*Berechnungsgrundlage: 1'400 Suizide und 10'000 medizinisch behandelte Suizidversuche

¹¹ Die am 11. September 2003 veröffentlichte Studie «Der Preis der Verzweiflung – über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz» berücksichtigt den wichtigsten Kostenfaktor von Suiziden, nämlich die verlorenen Lebensjahre nicht. Auch werden die invalidisierenden Suizidversuche, die 90% der veranschlagten Gesamtkosten ausmachen sollen, massiv überschätzt. Aus diesen Gründen wird auf eine Verwendung dieser Daten verzichtet.

¹² Nicht mit eingerechnet sind Schul- und Ausbildungskosten.

¹³ Nicht mit eingerechnet sind die indirekten Kosten der Suizidversuche, die hier nicht genannten direkten Kosten der Suizide wie Polizeieinsätze oder gerichtsmedizinische Untersuchungen sowie die psychologische Nachbetreuung von Hinterbliebenen und Personen nach Suizidversuch.

3 Möglichkeiten der Suizidprävention

Suizidprävention im engeren Sinne meint die individuelle Verhütung von Suizidversuchen und Suiziden. Suizidprävention im weiteren Sinne umfasst auch Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Primär- und Sekundärprävention.

Folgende Ziele stehen im Vordergrund:

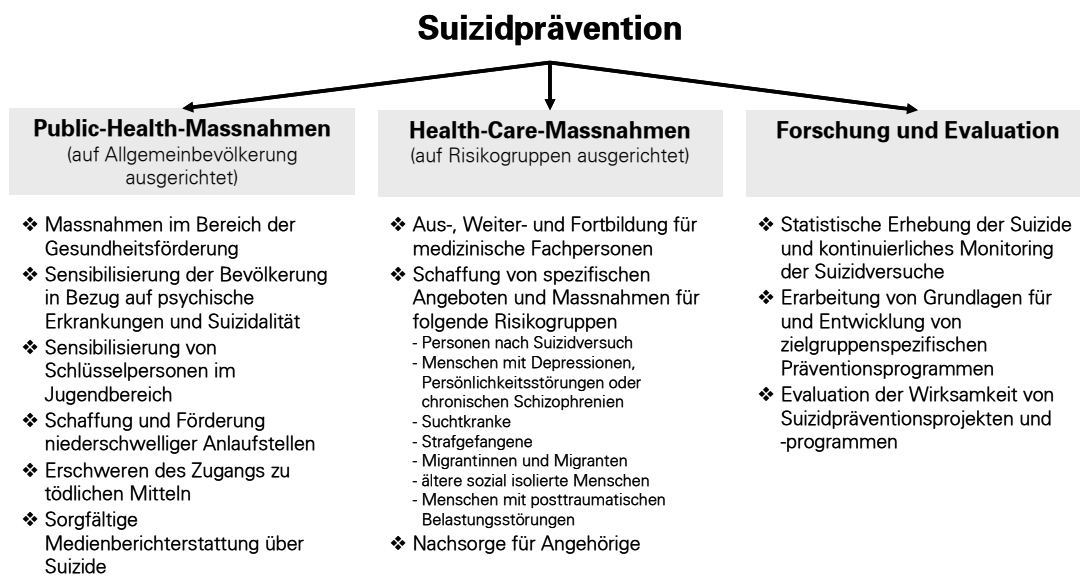
- Verbesserung der psychischen Gesundheit durch gesundheitsfördernde Massnahmen
- Beeinflussung bekannter Risikofaktoren wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Adäquate Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten sowie Krisenintervention
- Verhinderung der Umsetzung von Suizidideen in Handlungen
- Zeitgewinn für ein nochmaliges Überdenken des Suizidentschlusses
- Verhütung des Wiederauftretens suizidaler Krisen

Da Suizide und Suizidversuche komplexe und von zahlreichen Faktoren beeinflusste Ereignisse darstellen, ist Suizidprävention nur dann möglich, wenn sie unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen und unter Einbezug von Laien und Angehörigen von Suizidenten angegangen wird. Die Fortschritte von Medizin und Psychologie allein senken die Suizidrate nicht. Wirksame Suizidprävention ist vor allem eine gesellschaftliche Aufgabe.

Idealerweise stützen sich Massnahmen und Projekte zur Suizidprävention in einer Region auf ein gemeinsam mit lokalen Institutionen entwickeltes Konzept oder eine gemeinsam erarbeitete (überregionale oder nationale) Strategie ab. Dadurch können Doppelspurigkeiten vermieden und die Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden. Zudem entsteht mittel- bis langfristig durch die Förderung von Kooperation und Koordination bezogen auf die Entwicklung und Implementierung der verschiedenen Massnahmen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene ein tragfähiges Netzwerk.

Grundsätzlich kann zwischen Public-Health-Massnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, und Health-Care-Massnahmen, die auf spezifische Risikogruppen zugeschnitten sind, unterschieden werden (vgl. Abbildung 9) [MHE 2003]. Dabei ist darauf zu achten, dass sich die Massnahmen auf die vorhandene wissenschaftliche Evidenz abstützen [WHO 2004] und dem Alter, dem Geschlecht und den kulturellen Besonderheiten der Zielgruppen gerecht werden.

Abbildung 9: Möglichkeiten der Suizidprävention



3.1 Public-Health-Massnahmen

Public-Health-Massnahmen zur Suizidprävention versuchen auf die Lebens- und Umweltbedingungen der Gesamtbevölkerung, von Bevölkerungsgruppen und von Individuen Einfluss zu nehmen. Nebst Massnahmen der Gesundheitsförderung gehören dazu auch Massnahmen der Früherfassung im Bereich der Suchtprävention.

Breit abgestützte Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung

Gesundheitsfördernde Massnahmen beinhalten die Verbesserung der Lebensqualität, die Einflussnahme auf die Lebensweise der Menschen und die Förderung ihrer Selbstverantwortung und ihrer Kompetenz für ihr Gesundsein mit dem Ziel, Suizidversuche und Suizide zu verhindern. Neben der Förderung der personalen Ressourcen zur besseren Bewältigung von Krisen und Konflikten sind die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Menschen in gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebenswelten leben und persönliche Kompetenzen entwickeln können. Dies bedingt eine Zusammenarbeit aller Politikbereiche auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene. Dabei ist der Förderung der psychischen Gesundheit ein besonderer Stellenwert zuzumessen, ist sie doch das Fundament für das Wohlergehen von Individuen und das effektive Funktionieren von Gesellschaft und Wirtschaft [WHO 2004a, NGP 2004].

Der Umgang mit Krisen und Konflikten, die Verbesserung von Kommunikationsmustern, der Aufbau eines tragfähigen Beziehungsnetzes und die Sinnfindung im Leben sind wichtige Aspekte der Suizidverhütung. Mit gezielten Massnahmen soll Wissen darüber vermittelt werden, wie man mit Belastungen umgeht und Probleme bewältigt. Dazu gehört auch, sich bewusst zu werden, dass es Situationen gibt, die man nicht selber bewältigen kann und in denen es notwendig sein kann, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Sensibilisierung der Bevölkerung

Die Sensibilisierung der Bevölkerung für die Bedeutung der psychischen Gesundheit, für die Symptome psychischer Erkrankungen und die Therapiemöglichkeiten wie auch die Aufklärung über die Rechte und Autonomie psychisch kranker Menschen erleichtern es den Betroffenen, in Krisensituationen oder im Falle einer psychischen Erkrankung rechtzeitig adäquate Hilfe zu suchen.

Die Tatsache, dass Suizidversuche und Suizide oft mit psychiatrischen Symptomen und Syndromen wie Depression, Angsterkrankungen oder Suchtverhalten einhergehen, unterstreicht die Bedeutung der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über diese Erkrankungen. Gleichzeitig kann dadurch der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen entgegengewirkt werden.

Sensibilisierung von Schlüsselpersonen im Jugendbereich

Präventionsprojekte in Schulen reichen von allgemeiner Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung bis zu spezifischen Interventionen nach einem Schülersuizid. Es sind zahlreiche Massnahmen wie Weiterbildung für Lehrkräfte, schriftliche Informationen für Eltern, Thematisieren des Problems in den Klassen, Sensibilisierung der Schüler für Gefahrenzeichen bei Mitschülern, Gesundheitssprechstunden in den Schulen, Förderung von Strategien zur Konfliktlösung und anderes mehr denkbar (Care Teams im Schulbereich).

Schaffung und Förderung niederschwelliger Anlaufstellen

Kulturelle, gesellschaftliche und soziale Faktoren spielen bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen im Falle einer akuten Krise eine entscheidende Rolle. Vor allem Jugendliche und Männer suchen oft nicht oder zu spät Hilfe und versuchen, ihre Probleme alleine zu lösen.

Das primäre Ziel der Crisis lines oder Hotlines (neu auch die entsprechenden Internet-/E-Mail- und SMS-Angebote) wie z.B. der «Tel. 143 – Die Dargebotene Hand» besteht deshalb darin, mit nieder-

schwelligen Hilfsangeboten Krisensituationen aufzufangen und Kurzschlusshandlungen zu verhindern. Erfahrungen zeigen, dass anonyme Anlaufstellen von suizidgefährdeten Menschen bevorzugt werden.

Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass durch das Erschweren oder Verunmöglichen gewisser Suizidmethoden eine Reduktion der Suizidrate – ohne kompensatorischen Anstieg infolge einer Verschiebung des Musters der Suizidmethoden – erreicht werden kann.

Folgende Massnahmen kommen in Frage:

- Entgiftung von Kochgas
- Kleine Packungsgrössen und/oder verschärfte Rezeptpflicht für potenziell letale und bei Suiziden und Suizidversuchen häufig eingesetzte Medikamente
- Sicherung von «suicide hot spots» (Gebäude oder Brücken mit grosser Anziehungskraft für Suizidwillige) zur Verhinderung der Suizide durch Sturz aus grosser Höhe¹⁴
- Verschärfung der Waffengesetzgebung

Sorgfältige Medienberichterstattung über Suizide

Sorgfältige Medienberichterstattung über Suizide kann die Suizidhäufigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen senken: So reduzierte sich in Wien durch eine vom Österreichischen Verein für Suizidprävention initiierte zurückhaltende Berichterstattung in den Medien über U-Bahn-Suizide in Wien die Zahl der Ereignisse um mehr als 70% und blieb seitdem auf niedrigem Niveau [Sonneck 1994].

Sensationshascherei, simplifizierende Kausalität («Schlechte Note in der Schule: Fünfzehnjähriger erschoss sich»), Glorifizierung und Romantisierung der Tat, direkte Hinweise auf Suizidmethoden, geeignete Orte oder die Identität des Suizidenten in der Berichterstattung erhöhen das Risiko von Nachahmungstaten. In der Berichterstattung muss alles vermieden werden, was zur Identifikation mit den Suizidenten führt. Auf der andern Seite kann eine sachliche Berichterstattung, die auf die Hintergründe der Suizidgefährdung eingeht und auf regionale Hilfsangebote aufmerksam macht, eine präventive Wirkung entfalten. So gelang es z.B. nach dem Suizid von Kurt Cobain (Gitarrist und Leadsänger der Rockgruppe «Nirvana») durch eine differenzierte Medienberichterstattung, welche seine künstlerische Leistung von seinen privaten und gesundheitlichen Problemen und seinen Drogenexzessen trennte, Nachahmungstaten zu verhindern [Ziegler 2002].

3.2 Health-Care-Massnahmen

Massnahmen der medizinischen Versorgung (Health-Care-Massnahmen) zielen darauf ab, die Gesundheitsversorgung und die diagnostischen Verfahren im Allgemeinen zu verbessern. Im Bereich der Suizidprävention umfassen sie insbesondere die Verbesserung der Behandlung, Begleitung und Rehabilitation von psychiatrischen Patientinnen und Patienten, von Personen nach einem Suizidversuch und von Menschen in Krisensituationen und/oder mit Suizidabsichten. Gleichzeitig müssen auch Massnahmen zur Sensibilisierung der medizinischen Fachpersonen für ihre eigenen Haltungen und Einstellungen zu Suizid und Suizidversuchen ergriffen werden.

Aus-, Weiter- und Fortbildung für medizinische Fachpersonen (Ärzte und Pflegepersonen)

Aus-, Weiter- und Fortbildung in den medizinischen Berufen (Ärztenschaft und Pflegepersonen) zu allen Aspekten der Suizidalität kann dazu beitragen, die Ängste vor einem Gespräch über Suizidgedanken

¹⁴ In der Schweiz wurde zum Beispiel 1998 die Berner Münsterplattform erfolgreich mit einem Netz gesichert, ohne dass seither die Brückensuizide an anderen Stellen in der Stadt zugenommen haben. Die Attraktivität bzw. der Bekanntheitsgrad von «suicide hot spots» hängt auch stark von der Medienberichterstattung ab.

und suizidale Absicht abzubauen, sodass die Thematik rechtzeitig angesprochen werden kann und kommunikative Barrieren überwunden werden können [FMH/BAG 1992].

Die Verbesserung der ärztlichen Kompetenz, eine Depression frühzeitig zu diagnostizieren und für eine adäquate Therapie zu sorgen, vermag die Anzahl der Suizide infolge nicht therapierter psychischer Störungen deutlich zu senken. Bekanntestes Beispiel dafür ist die Gotland-Studie [Rutz 1989].

Daneben spielt aber auch das Verschreibeverhalten der Ärzte eine Rolle, da die meisten der in tödlicher Überdosis eingenommenen Medikamente rezeptpflichtig sind.

Angebote und Massnahmen für spezifische Risikogruppen

Für Personen mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko (z.B. Personen nach Suizidversuch, psychisch Kranke, Suchtkranke, Strafgefangene, Migrantinnen und Migranten) können spezifische, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnittene Angebote präventiv wirksam sein.

Mögliche Massnahmen sind:

- Ambulante und stationäre Angebote zur Krisenintervention
- Ausreichende Betreuung und Nachsorge von Personen nach Suizidversuch oder gescheitertem Suizid (z.B. psychiatrische Liaison-Dienste, sozialpsychiatrische Angebote etc.)
- Rechtzeitige Diagnose und adäquate Therapie von Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen
- Angebote für Drogen- und Alkoholabhängige
- Angebote für ältere Menschen zur Verhinderung von sozialer Isolation
- Angebote zur Unterstützung von Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen (z.B. Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer)

Nachsorge für Angehörige und Betreuende/Rettungspersonen (Postvention)

Die von einem Suizid direkt betroffenen, dem Suizidenten nahe stehenden Personen weisen nach dem Ereignis/Verlust oft ebenfalls ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Die Nachsorge für Angehörige, Arbeits- und Klassenkameraden etc. hat demnach eine wesentliche präventive Bedeutung. Die Verarbeitung des Verlustes eines Angehörigen durch Suizid ist besonders schwer; häufig kommt es zu langwierigen gesundheitlichen und sozialen Problemen, die aus unverarbeiteten Schuldgefühlen und chronifizierter Trauer resultieren.

Neben Selbsthilfegruppen für Angehörige sind auch spezifische Angebote für besonders durch Suizid betroffene Berufsgruppen (Lokführer und Lokführerinnen, Polizistinnen und Polizisten sowie Mitarbeitende der Rettungsdienste) zu entwickeln.

3.3 Monitoring, Forschung und Evaluation

Die flächendeckende statistische Erfassung der Todesfälle infolge Suizids wie auch ein regelmässiges Monitoring der Suizidversuche sind die Grundlage für das rechtzeitige Erkennen von Trends im suizidalen Verhalten und zur Identifikation von Hochrisikogruppen.

Interdisziplinäre und an einem bevölkerungsbezogenen Public-Health-Ansatz ausgerichtete Forschung wiederum ist die Grundvoraussetzung für die Entwicklung von wirksamen und zielgruppenspezifischen Suizidpräventionsaktivitäten.

Nicht zuletzt unterstützt die Evaluation durch die Beurteilung der Wirksamkeit, des Nutzens und der Kosten der Präventionsmassnahmen deren Weiterentwicklung.

4 Internationaler Kontext und Präventionsprogramme im Ausland

4.1 WHO- und UN-Empfehlungen

Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie auch die Vereinten Nationen (UN) fordern nationale Suizidpräventionsprogramme, da sie der Ansicht sind, dass Suizidverhütung nicht nur Aufgabe der Medizin ist und eine sinnvolle und wirkungsvolle Kooperation und Koordination vieler verschiedener Kreise am ehesten mit einem von den Regierungen implementierten nationalen Präventionsprogramm erreicht werden kann. Wegen der grossen kulturellen und gesellschaftlichen Unterschiede und unterschiedlicher medizinischer Versorgungssysteme müssen derartige Programme länder- und kulturspezifischen Charakter haben.

Als zentrale Voraussetzungen für eine wirksame Suizidprävention werden genannt: (1) eine nationale Suizidpräventionspolitik, (2) ein umfassender konzeptueller Rahmen, (3) die Formulierung von Zielen und der notwendigen Ressourcen, (4) messbare Parameter für Veränderungen und (5) Aufträge an Institutionen und Organisationen, welche für die Umsetzung verantwortlich sind [UN 1996].

Auf der Grundlage der von der 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 verabschiedeten Weltgesundheitserklärung zur «Politik für alle für das 21. Jahrhundert» stellt das Ziel 6 des Rahmenkonzepts «Gesundheit für alle» der Europäischen Region der WHO die Verbesserung der psychischen Gesundheit ins Zentrum [WHO 1999a]: «Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere, umfassendere Dienste verfügbar und zugänglich sein. In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

- Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.»

Darauf aufbauend hat die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) für die Schweiz folgende Ziele formuliert [SGPG 2002]:

- «Bis zum Jahr 2020 ist die psychiatrische Hospitalisationsrate in der Schweiz in allen Kantonen ähnlich, und die alkoholbedingte Einweisung hat deutlich abgenommen.
- Bis zum Jahr 2020 ist die Suizidrate bei Jugendlichen auf die Hälfte reduziert.
- Bis zum Jahr 2010 erkennen alle Hausärzte Frühsymptome psychotischer Störungen, und es besteht eine flächendeckende Interventionsstruktur für Jugendliche mit solchen Störungen.
- Bis zum Jahr 2010 erlaubt die systematische Fortbildung der Hausärzte eine breitere Basis für eine kompetente psychiatrische Betreuung und ein konsiliarisches Psychiatrienetz unterstützt sie dabei.»

4.2 Ausgewählte Präventionsprogramme

Das «WHO European Network on Suicide Research and Prevention» führt regelmässig Umfragen über Suizidpräventionsprogramme in den verschiedenen Ländern durch. In die letzte Befragung von 2001 wurden 48 der 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eingeschlossen, wobei schliesslich 38 Staaten an der Befragung teilnahmen [WHO 2002a]. 18 Staaten verfügen über nationale Suizidpräventionsprogramme, 11 davon über offizielle, von Ministerien oder Verwaltungsinstitutionen herausgegebene Dokumente: Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien, Irland, Litauen, Norwegen, Slowenien und Schweden. Sechs Staaten (Dänemark, Georgien, Irland, Litauen, Norwegen und Schweden) verfügen über gesetzliche Grundlagen zur Suizidprävention.

In Tabelle 5 sind einige dieser Programme sowie die nationalen Suizidpräventionsprogramme Australiens, Neuseelands, Kanadas und der USA kurz zusammengefasst. Auch wenn das Ziel der Suizidprävention in allen Staaten dasselbe ist (d.h. die Reduktion der Anzahl der Suizide und Suizidversuche), so werden doch zum Teil sehr unterschiedliche Wege beschritten. So schuf z.B. Norwegen vor allem Beratungsangebote in den Gemeinden, während das neuseeländische Programm mit einem Fokus auf Suizide bei Jugendlichen spezifische Nachsorgeangebote in Schulen aufbaute. Auch die Zielgruppen variieren sehr stark. Die Programme der USA, Norwegens und Schwedens etwa sind auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet, wohingegen Australien und Neuseeland den Suizid bei Jugendlichen fokussieren. Grosse Differenzen zwischen einzelnen Programmen existieren auch hinsichtlich des Miteinbezugs von Bevölkerung und Betroffenenorganisationen in die Entwicklung und Umsetzung der jeweiligen Präventionsstrategie.

In Hinblick auf die Entwicklung und Implementierung eines nat. Programms oder Konzepts zur Suizidprävention in der Schweiz sind nach den internationalen Erfahrungen folgende Schritte notwendig:

- Einheitliche Begriffsdefinition und multidisziplinärer Ansatz
- Berücksichtigung von Forschungsdaten und Erfahrungen anderer Länder, insbesondere zu effizienten Monitoring- und Evaluations-Strategien
- Klare Formulierung pragmatischer und zielorientierter Konzepte
- Ausrichtung auf sämtliche Altersgruppen (unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen)
- Miteinbezug von bereits aktiven Institutionen, Hilfsorganisationen, Freiwilligenorganisationen, betroffenen Berufsgruppen und Fachpersonen
- Verankerung auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene unter Berücksichtigung der regionalen und kantonalen Charakteristika
- Kontinuierliches Monitoring der Resultate und Evaluation der Einzelmassnahmen

Tabelle 5: Ausgewählte nationale Suizidpräventionsprogramme und Suizidpräventionsprojekte aus dem Ausland

Australien	
Beschreibung	Die australische «National Suicide Prevention Strategy (NSPS)» stammt aus dem Jahre 1999 und baut auf der «National Youth Suicide Prevention Strategy (NYSPS)» von 1995 auf. Ziele: - Unterstützung nationaler Suizidpräventionsaktivitäten für alle Altersgruppen - Entwicklung und Implementierung eines strategischen Rahmenkonzepts für eine auf nationaler und kommunaler Ebene verankerte Suizidprävention Das strategische Rahmenkonzept «LIFE – A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia» umfasst sechs Handlungsfelder: - Förderung von Wohlbefinden und Resilienz, Stärkung der Gemeinden - Förderung der protektiven Faktoren und Reduktion der Risikofaktoren - Gemeindenahe Angebote für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Suizidrisiko - Angebote für Hochrisikogruppen - Partnerschaften mit ethnischen Minoritäten - Stärkung der Evidenz-Grundlage der «good practice» im Bereich der Suizidprävention
Budget	Das Programm verfügt über ca. 10 Millionen Australische Dollar pro Jahr.
Internet	www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/sp/index.htm
Finnland	
Beschreibung	Finnland hat 1986 als erstes Land eine 10-Jahres-Strategie zur Reduktion der hohen Suizidrate um 20% formuliert. Bis 1996 konnte eine Reduktion der Suizidraten um 9% erreicht werden. Basierend auf der Suizidforschung wurde vom National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) viel Gewicht auf die Entwicklung von lokalen Initiativen und Massnahmen gelegt. Diese umfassen unter anderem: - Veränderung der Einstellung in der Bevölkerung (v.a. Veränderung der fatalistischen Haltung, der zufolge Suizid nicht abwendbar und die Folge negativer Lebensumstände ist) - Erleichterung des Zugangs zu medizinischen und psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen - Reduktion der Verfügbarkeit gefährlicher Methoden - Fortbildungsangebote für Fachpersonen - Fortlaufende Erfassung (Monitoring) von suizidalem Verhalten
Budget	Keine Angaben
Internet	www.stakes.fi/mentalhealth/

England	
Beschreibung	Die englische Regierung setzte sich 2002 mit der «National Suicide Prevention Strategy for England» zum Ziel, mit Hilfe von 11 Einzelzielen die Suizidrate bis ins Jahr 2010 um 20% zu reduzieren. Darunter finden sich Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie der präventiven und therapeutischen Angebote für junge Männer wie auch Massnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Depressionen und zur Einflussnahme auf die Berichterstattung in den Medien.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.nimhe.org.uk/priorities/suicide.asp
Schottland	
Beschreibung	Ein ähnliches Programm wurde in Schottland entwickelt: «Choose Life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland». Ziel ist die Reduktion der Suizidhäufigkeit um 20% bis ins Jahr 2013. Viel Gewicht wird auf verbesserte Angebote für Krisenintervention gelegt, wobei in diesem Zusammenhang verschiedene Berufsgruppen ausgebildet werden: Polizei, Ambulanzfahrer, Gefängnispersonal, medizinisches Personal.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.scotland.gov.uk/library5/health/clss-00.asp
Irland	
Beschreibung	Irland hat in den 1990er Jahren einen vierfachen Anstieg der Suizidrate bei Jugendlichen registriert. Die National Task Force on Suicide hat ein Präventionsprogramm mit zwei Hauptzielen entwickelt: <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserte Behandlungsangebote für Risikogruppen - Sensibilisierung der Bevölkerung für das Problem Suizid (d.h. Veränderungen der Einstellungen), Programme für Schulen und Erwachsenenbildung zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten bei Konflikten und Krisen Das irische nationale Programm enthält eine Liste mit 84 konkreten Empfehlungen, in welchen unter anderem die begleitende Evaluation ihren Stellenwert hat.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.ias.ie/
Kanada	
Beschreibung	Im Mai 2002 hat die Canadian Association for Suicide Prevention die Arbeiten an einem «Canadian Blueprint of a National Strategy for Suicide Prevention Strategy» aufgenommen. Der Entwurf geht von folgenden Prinzipien aus: <ul style="list-style-type: none"> - Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. - Suizid ist auf eine Interaktion von biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Faktoren zurückzuführen und kann durch eine Veränderung der sozialen Umstände und der gesellschaftlichen Verhältnisse und Haltungen beeinflusst werden. - Strategien müssen evidenz-basiert, aktiv und informiert wie auch kultursensitiv sein und Forschung, Surveillance, Reporting und Evaluation beinhalten. Es werden u.a. folgende Ziele formuliert: <ul style="list-style-type: none"> - Förderung des Bewusstseins, dass Suizid alle betrifft und dass Suizid verhindert werden kann - Aufbau einer breiten Unterstützung für Suizidprävention und Krisenintervention - Verbesserung des Wissens von Medienschaffenden über Suizid - Entwicklung und Umsetzung von gemeindenahen Suizidpräventionsprogrammen - Beschränkung des Zugangs zu spezifischen Suizidmethoden und Reduktion der Letalität dieser Methoden - Verbesserung der (medizinischen) Angebote für (Hoch-)Risikogruppen - Stärkung der Surveillance, Entwicklung von Evaluations-Tools und Förderung der Suizidpräventions-Forschung
Budget	Keine Angaben
Internet	www.thesupportnetwork.com/CASP/main.html

Neuseeland	
Beschreibung	<p>Die neuseeländisch «Youth Suicide Prevention Strategy» wurde 1998 publiziert. Sie umfasst fünf Hauptziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Wohlbefindens (Gesundheitsförderung) - Früherkennung und niederschwellige Hilfsangebote - Krisenintervention und Behandlung - Unterstützung nach einem Suizid - Information und Forschung <p>Ein zweites Strategiepapier fokussiert besonders auf die Bedürfnisse der Jugendlichen der Maori, der neuseeländischen Urbevölkerung. . Basierend auf den Erfahrungen mit der Youth Suicide Prevention Strategy wird aktuell eine Suizidpräventionsstrategie für die gesamte Bevölkerung und alle Altersgruppen erarbeitet.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	www.myd.govt.nz und www.nzips.govt.nz/priorities/suicide.html
Norwegen	
Beschreibung	<p>Der «National Plan for Suicide Prevention» wurde 1996 publiziert. Ein Ziel besteht darin, mit Fernseh- und Radiosendungen das Stigma, welches mit Suizid und Suizidversuchen verbunden ist, abzubauen. Ein anderes Teilprojekt ist das so genannte «Baerum Model», ein Programm zur Nachbetreuung von Menschen mit Suizidversuchen durch ein gemeindenahes Team von Pflegepersonen über mindestens 12 Monate. Für die begleitende Forschung ist die vom Staat finanzierte University of Oslo Suicide Research and Prevention Unit zuständig.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	www.med.uio.no/ipsy/ssff/hovedengelsk.htm
Schweden	
Beschreibung	<p>Suizidprävention ist ein integraler Bestandteil der vom schwedischen Parlament im April 2003 verabschiedeten «Sweden's New Public Health Policy. National Public Health Objectives for Sweden». Primäre Zielsetzungen im Bereich der Suizidprävention sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltige Reduktion der Suizide und Suizidversuche und Veränderung der sozialen Faktoren, welche Suizid begünstigen - Früherkennung von ungünstigen Entwicklungen bezüglich Suizidverhalten - Sensibilisierung der Bevölkerung für Suizidrisiken und Befähigung zur Anwendung hilfreicher Massnahmen <p>Schweden verfügt mit dem Karolinska Institutet in Stockholm über eine staatliche Institution zur Suizidforschung und -prävention.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	http://www.sweden.gov.se/sb/d/2942
USA	
Beschreibung	<p>1999 erschien der «Report of the Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide», 2001 die «National Strategy for Suicide Prevention». Darin werden folgende Ziele definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulierung einer nationalen Strategie und Einrichten einer nationalen Behörde, welche für die Umsetzung sorgt und Präventionsaktivitäten und Forschung finanziert - Entwicklung von Strategien zur Reduktion des mit der Nutzung psychiatrischer Angebote verbundenen Stigmas - Entwicklung von lokalen Präventionsprogrammen - Reduktion der Verfügbarkeit tödlicher Mittel - Förderung professioneller Kompetenzen von Fachpersonen - Verbesserung der Medienberichterstattung - Verbesserung des Monitoring des suizidalen Verhaltens - Förderung der Suizidforschung zur besseren Erfassung von Risikofaktoren und protektiven Faktoren in der Bevölkerung
Budget	Keine Angaben
Internet	http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp

5 Präventionsanstrengungen des Bundes, der Kantone und privater Organisationen

5.1 Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention

Suizidprävention – eine Aufgabe des Staates?

Gemäss eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Rechtsgutachtens zu den Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen im Bereich der Suizidprävention ist es Aufgabe des Gesetzgebers, das öffentliche Interesse am Schutz des Lebens gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Bürgers abzuwägen [Tschannen 2004].

Für die Abwägung der Interessen im Bereich Suizidverhütung sind aus verfassungsrechtlicher Sicht folgende Punkte von Bedeutung:

- Den Staat trifft eine Schutzpflicht, wenn bei einer urteilsunfähigen Person eine Suizidabsicht zu erkennen ist.
- Es ist dem Staat untersagt einzugreifen, wenn die Entschlussfassung des Sterbewilligen seinem rationalen Willen entspricht.

Der Staat hat folglich die Aufgabe, suizidgefährdeten Personen Hilfe anzubieten. Ist jedoch der freie Wille zum Suizid manifest, so hat sich der Staat – aus juristischer Sicht – zurückzuziehen.

Gleichzeitig gilt, dass das in Art. 10 Abs. 1 BV verankerte Grundrecht auf Leben in erster Linie und im Wesentlichen den Bürger vor Übergriffen durch den Staat schützt. Grundsätzlich können Grundrechte nicht nur einklagbare Abwehransprüche, sondern auch positive Leistungsansprüche einschliessen. Dies trifft aber primär für die so genannten Sozialrechte (Art. 12 BV) zu, die Ansprüche auf staatliches Handeln garantieren. Es besteht somit kein justiziabler Anspruch auf die Schaffung umfassender Programme für die Hilfe bei Suizid- oder Suizidversuchsabsichten. Aufgrund des programmatischen Gehalts des Rechts auf Leben ist es aber zumindest grundrechtlich erwünscht, dass der Gesetzgeber Hilfsangebote für suizidale Personen gesetzlich vorsieht [Tschannen 2004].

Kompetenzregelung zwischen Bund und Kantonen

Da Suizid und Suizidversuche nicht unter den Krankheitsbegriff nach Art. 118 Abs. 2 Bst b BV subsumierbar sind, fehlt dem Bund im Bereich der Suizidprävention eine umfassende Gesetzgebungskompetenz. Es ist ihm damit verwehrt, den Rechtsbereich abschliessend zu regeln. Diverse Kompetenzbestimmungen lassen jedoch die Anordnung von Massnahmen mit suizidpräventiver Wirkung im Grundsatz zu. So sind spezifische Suizidpräventionsmassnahmen im Bereich der Krankheitsbekämpfung (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV)¹⁵ und des Heil- und Betäubungsmittelrechts (Art. 118 Abs. 2 Bst. a BV) aus verfassungsrechtlicher Sicht denkbar. Zudem kann das Wissen über Suizide und Suizidversuche in der Schweiz durch Forschungsförderung (Art. 64 BV) und die Erhebung statistischer Daten (Art. 65 BV) verbessert werden.

Die Entwicklung konkreter Suizidpräventionsmassnahmen durch den Bund muss sich nach dem in Art. 5 BV verankerten Legalitätsprinzip auf eine ausreichende gesetzliche Grundlage abstützen können. Diese ist nur in den Bereichen Forschungsförderung (Bundesgesetz über die Forschung vom 7. Oktober 1983, Forschungsgesetz [FG]; SR 420.1) und statistische Datenerhebung (Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 [BstatG]; SR 431.01) gegeben. Hingegen fehlt insbesondere die gesetzliche Grundlage für die Durchführung von nationalen Aufklärungs-, Informations- und

¹⁵ Suizid und Suizidalität werden allgemein nicht als Krankheit, ja nicht einmal zwingend als Manifestation einer Krankheit gewertet. Psychische Erkrankungen (insbesondere Depression) sind jedoch einer der wichtigsten Risikofaktoren für Suizid, und Suizid ist häufig der Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Psychische Erkrankungen sind stark verbreitet und somit unter Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV subsumierbar. Und da kurative Massnahmen gegen die Grunderkrankung eine suizidpräventive Wirkung zeigen, können aus verfassungsrechtlicher Sicht Massnahmen mit suizidpräventiver Wirkung gesetzlich vorgesehen werden, soweit sie in Zusammenhang mit einer übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheit stehen.

Sensibilisierungskampagnen im Bereich der Suizidprävention. Das Betäubungsmittelgesetz (Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 [BetmG]; SR 812.121) ermöglicht hingegen, die Bekämpfung der Suchterkrankungen im Kontext ihrer Ursachen anzugehen (Art. 15a ff BetmG). Da sich die Ursachen von Sucht und suizidalem Handeln in vieler Hinsicht überschneiden, ist aus juristischer Sicht eine verstärkte Berücksichtigung der Suizidproblematik bei der Entwicklung von Suchtpräventionsmassnahmen durchaus denkbar.

Die Kompetenz für das (oben erwähnte) Anbieten oder das Unterstützen von umfassenden Hilfsangeboten für suizidale Personen liegt – mangels Bundeskompetenz in der Verfassung – ausschliesslich bei den Kantonen. Es steht dem Bund aber aus verfassungs- und kompetenz-rechtlicher Sicht frei, sich im Rahmen des nationalen Dialogs zur Gesundheitspolitik an Suizidpräventionsprojekten der Kantone zu beteiligen oder gemeinsam getragene Projekte zu initiieren [Tschannen 2004].

5.2 Entwurf für eine «Nationale Strategie Psychische Gesundheit»

Im Rahmen des Projektes «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» wurde in den Jahren 2000 bis 2003 ein Entwurf der nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz» erarbeitet, welcher im Februar 2004 Bund, Kantonen und Privaten zur Stellungnahme unterbreitet wurde [NGP 2004]. Die Reduktion der Suizid- und Suizidversuchsrate wird darin als eines von insgesamt acht Zielen aufgeführt, welche in den nächsten 10 Jahren erreicht werden sollen.

Dafür werden im Aktionsplan folgende konkrete Massnahmen vorgeschlagen:

- Verbesserung der Datenlage zur psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung sowie zur Epidemiologie von psychischen Krankheiten und Suizid (Empfehlung 3 – Wahrnehmung des Problems, kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten).
- Verbesserung der Kenntnisse der Bevölkerung über Häufigkeit und Folgen von psychischen Störungen, über die Wirkung von Massnahmen der Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege von psychischen Krankheiten sowie über Wahlmöglichkeiten (Empfehlung 4 – Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten).
- Weiterführung der Konzeptentwicklung zur Förderung der psychischen Gesundheit in den verschiedenen Lebensphasen durch den Setting-Ansatz. Dies beinhaltet a) Bildungsinstitutionen (Förderung des ganzheitlichen Lernens), b) Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung (Förderung der Sozialkompetenzen und des Ausgleichs zwischen Arbeit, sozialen Verpflichtungen und Regenerationszeit) und c) Angebote für Menschen ab 50 und im Anschluss an die Erwerbstätigkeit (Empfehlung 5 – Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit).
- Gezielte Förderung der Entwicklung wirksamer Programme zur Früherkennung von psychischen Krankheiten (z.B. Depression, Psychosen/Schizophrenie) und Suizidalität (Empfehlung 6 – Früherkennung von psychischen Krankheiten, Frühintervention zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration sowie Invaliditätsprävention).

Bund und Kantone werden im Laufe des Frühjahrs 2005 gemeinsam über das weitere Vorgehen entscheiden.

5.3 Suizidverhütung in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme

Im November 2001 bildete sich unter dem Patronat der Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH) eine «Arbeitsgruppe Suizidverhütung Schweiz», welche im Sinne eines partizipativen Vorgehens erstmals möglichst viele Partner (verschiedene Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens, Hilfswerke und kirchliche Organisationen) zu gewinnen suchte, die sich aktiv am Zusammentragen von Erfahrungen und Projekten im Bereich Suizidprävention beteiligen sollten. Diese überprofessionelle und überregionale Zusammenarbeit führte Ende 2003 zur Gründung des Vereins IPSILON, «Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz». Hauptziel von IPSILON ist es, eine

nationale Koordinationsstelle aufzubauen, welche alle im Bereich Suizidprävention aktiven Akteure mit fachlicher, moralischer und politischer Kompetenz unterstützt und als nationales Sprachrohr fungiert.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse stammen aus einer von IPSILON zwischen Juni 2003 und März 2004 durchgeführten Bestandesaufnahme der Suizidpräventionsaktivitäten in der Schweiz. In einer Fragebogenerhebung wurden landesweit über 740 Institutionen und Organisationen, welche sich im Bereich der Suizidprävention engagieren, engagieren sollten oder engagieren könnten (78% aus der Deutschschweiz, 22% aus der Westschweiz und aus dem Tessin), über ihre Aktivitäten, ihre Partner und ihre «Klientinnen und Klienten» befragt.¹⁶ Das Ziel der Studie bestand darin, die unterschiedlichen Aktivitäten der Akteure zu erfassen und ihre Vernetzung, ihre Bedürfnisse und Prioritäten kennen zu lernen.

Die angeschriebenen Institutionen können in drei Gruppen eingeteilt werden (vgl. Tabelle 6): kantonale Einrichtungen (73%), private Organisationen (lokal-regional oder national tätig, 22%) und Bundesstellen (5%).

Tabelle 6: Beteiligungsrate an der Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz»

	Anzahl verschickter Fragebogen	Anzahl auswertbarer Fragebogen	Beteiligungsrate
A Kantonale Institutionen/Organisationen*	540	254	47%
1 Kantonale Direktionen	142	69	49%
2 Justiz/Polizei/Rechtspflege	173	62	36%
3 Spitäler und psychiatrische Dienste	148	86	58%
4 Schulpsychologische Dienste	23	18	78%
5 Seelsorge	54	19	35%
B Private Anbieter, NGO's (regional und/oder national tätig)	163	81	50%
6 Berufs- und Interessenverbände	107	48	45%
7 Selbst- und Opferhilfegruppen	41	23	56%
8 Suizidpräventionsgruppen	9	8	89%
9 Versicherungen	6	2	33%
C Bundesstellen	38	25	66%
Insgesamt	741	360	49%

*Alle Kantone sind vertreten; die Anzahl Rückmeldungen pro Kanton entspricht in etwa der Kantonsgrösse.

Die Auswertung der Befragung zeigt, dass das Thema «Suizidprävention und/oder Suizidbehandlung» nur für ganz wenige der befragten Organisationen und Institutionen eine Hauptaktivität darstellt. In den meisten Fällen ist die Suizidproblematik eines von vielen Gesundheitsproblemen, die es zu bewältigen gilt. Ein eigenes Budget für Suizidpräventionsmassnahmen ist selten.

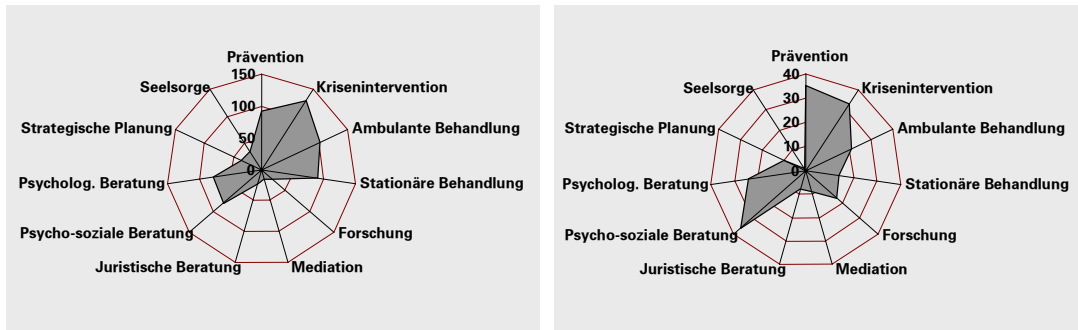
Als primäre Zielgruppe wird in 68% aller Antworten die jüngere Generation aufgeführt, obgleich die eher medizinisch/psychiatrisch ausgerichteten Institutionen allen Altersgruppen offen stehen. Insbesondere die Präventionsprogramme fokussieren klar die Jugendlichen, meist mit einer spezifischen Ausrichtung auf Schülerinnen und Schüler (vgl. dazu auch Kapitel 5.4), während Präventionsprogramme für die beiden anderen Hochrisikogruppen, nämlich die betagten Menschen und die 20- bis 50-jährigen Männer, beinahe vollständig fehlen (nur 4% der Antwortenden richten ihre Angebote explizit auf diese Altersgruppen aus).

Das Tätigkeitsfeld in der Suizidprävention ist breit. Dies schlägt sich auch in der inhaltlichen Ausrichtung der verschiedenen Institutionen und Organisationen nieder (vgl. Abbildung 10a und 10b).

¹⁶ Eine genaue Beschreibung der Methode und eine detaillierte Darstellung der Resultate der Auswertung finden sich unter www.ipsilon.ch.

Abbildung 10a und 10b: Tätigkeitsfelder der Akteure im Bereich Suizidprävention

(links: kantonale Institutionen und Organisationen [n=254, 692 Nennungen]; rechts: private Anbieter und NGO's [n=81, 208 Nennungen])



Die kantonalen Institutionen und Organisationen decken primär den «therapeutisch/pflegerischen» Aspekt der Suizidprävention ab, d.h. die Krisenintervention im engen medizinischen Sinne, die psychiatrische (Nach)-Betreuung sowie Sozialhilfe, und zwar sowohl mit ambulanten als auch mit stationären Angeboten. Die privaten Organisationen, zu welchen auch die Selbsthilfegruppen und die spezifischen Suizidpräventionsorganisationen gehören, legen den Schwerpunkt auf die psychosoziale Begleitung von Suizidgefährdeten oder von Menschen nach Suizidversuchen, auf die Prävention, sowie auf Angebote im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Generell fehlen Mittel und Zeit für Forschungsaktivitäten.

Im Idealfall würden die Antworten der verschiedenen Akteure die ganze Fläche des in Abbildung 10 dargestellten Kreises abdecken. Dies wäre Ausdruck eines vollständigen Angebotes, eines optimal diversifizierten Zugangs und eines gut funktionierenden Netzwerkes, in dem alle Akteure versuchen, die anderen Partner mit einzubeziehen.

Die aktuelle Situation ist freilich weit davon entfernt. 31% der Antwortenden wünschen jedoch den Austausch mit anderen Institutionen: «*Es bestehen bei uns auch keine Richtlinien zur Verhütung eines Selbstmordes. Unsere Mitarbeitenden versuchen in einem solchen Fall, durch gutes Zureden etwas zu bewirken*»¹⁷. Ablehnende Haltungen zu diesem Punkt drücken gleichzeitig die Enttäuschung über eine fehlende Unterstützung aus: «*La pauvreté des évaluations dans ce domaine limite notre capacité à rendre compte d'expériences efficaces*».

Die Lücken im Netzwerk zeigen sich insbesondere im interprofessionellen Austausch. So treten Gesundheitsfachleute der kantonalen Organisationen nur selten mit Rechtsberatungsstellen in Kontakt und Selbsthilfegruppen sind noch zu wenig in das Gesundheitssystem oder Schulwesen integriert. Der Bedarf nach verstärkter Zusammenarbeit wird jedoch erkannt: «*Wichtig sind gute Arbeitsbeziehungen zum Klienten wie zu Ärzten und Institutionen. Es müssen Notfall-Dispositive bestehen, z.B. Telefonnummern müssen bekannt sein, das richtige Vorgehen muss bekannt sein. Wichtig sind Netzwerke, alle involvierten Fachstellen müssen voneinander wissen; wichtig ist auch gute Dokumentation und Information*». Eine nationale Plattform zur Verbesserung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Akteuren, wie IPSILON sie bieten will, kann dazu beitragen, diese Lücken im Netzwerk zu schliessen.

Die Qualität der Angebote kann aufgrund dieser Bestandsaufnahme nicht beurteilt werden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass den meisten Programmen eine solide konzeptuelle Abstützung fehlt, obwohl im Ausland bereits Modelle mit Vorbildcharakter (z.B. Nürnberger Bündnis gegen Depression, vgl. unten) entwickelt worden sind, welche ohne grössere Schwierigkeiten an die Schweizer Verhältnisse angepasst werden könnten. In vielen Bereichen fehlen allerdings ausreichende wissenschaftliche Grundlagen und eine angemessene Evaluation der Projekte. Zudem bleiben interessante Ansätze der Suizidprävention oft regional beschränkt. Auch bei der Ausbildung von

¹⁷ Alle kursiv gesetzten Zitate stammen aus der Bestandsaufnahme „Suizidverhütung in der Schweiz“; www.ipsilon.ch.

Gesundheitsfachleuten oder von im Schulunterricht tätigen Personen werden die kantonalen Grenzen nur selten überschritten. Hier könnten gut organisierte Netzwerke hilfreiche Unterstützung bieten und den Erfahrungsaustausch sicherstellen.

5.4 Ausgewählte regionale und nationale Projekte

Im Rahmen der Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz» wurden zu den bestehenden Suizidpräventionsangeboten auf regionaler oder nationaler Ebene detaillierte Informationen erhoben. Die wichtigsten Projekte sind in den Tabellen 7 (vom Bund unterstützte oder initiierte Projekte) und 8 (Projekte mit regionaler oder lokaler Trägerschaft) zusammengefasst.¹⁸

Tabelle 7: Vom Bund initiierte oder unterstützte Projekte mit suizidpräventiver Wirkung
(Quelle: Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz»; www.ipsilon.ch)

Krise und Suizid	
Beschreibung	Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) lancierte 1991 in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Programm «Suizidprävention in der Arztpraxis – Krise und Suizid». Die Aktion stützte sich auf Empfehlungen von Experten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einer umfassenden Strategie in der Prävention des suizidalen Verhaltens. Kernstück des Programms war ein Fortbildungsmodul für Ärztinnen und Ärzte, um diese zu befähigen, Patientinnen und Patienten während der Sprechstunde kompetent auf emotionale Probleme und Suizidgedanken anzusprechen. Die Evaluation zwei Jahre später stellte den Erfolg des Programmes fest, welches in der Ärzteschaft und in den Medien eine gute Verbreitung fand, und bedauerte gleichzeitig die durch Ressourcenmangel begründete Beendigung des Programmes.
Budget	Keine Angaben
Internet	Keine Angaben, Informationen erhältlich bei info@ipsilon.ch
bildung+gesundheit Netzwerk Schweiz	
Beschreibung	Das Programm « <i>bildung+gesundheit</i> , Netzwerk Schweiz» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) unterstützte im Rahmen des WHO-Programms «Schulen und Gesundheit» von 1997 bis 2000 ein Programm zur Suizidprävention bei Jugendlichen im Kanton Tessin. Das Programm hatte eine nachhaltige Sensibilisierung von Schlüsselpersonen im Jugendbereich (Lehrkräfte in Grund- und Berufsschulen, Verantwortliche für die Lehrlingsausbildung in Betrieben, Eltern) und der Jugendlichen selbst zum Ziel. Massnahmen: - Broschüre für Lehrmeister zur Verbesserung ihrer Fähigkeiten, den Jugendlichen zuzuhören und Krisensituationen frühzeitig zu erkennen. - Öffentliche Veranstaltungen (Kongress im Mai 2000) und mediale Massnahmen zur Sensibilisierung der Politik und der Tessiner Bevölkerung insgesamt.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.bildungundgesundheit.ch
Supra-f , Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche in der Schweiz	
Beschreibung	Das Programm supra-f wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ins Leben gerufen. Die Forschungsleitung liegt bei der Universität Freiburg, die Projektkoordination lag bis Juni 2002 bei der Schweizerischen Stiftung pro Juventute, ab Juli 2002 ist die Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme in Lausanne zuständig. Die Datenerhebung vor Ort wird zum grösseren Teil durch die Universität Freiburg, aber auch vom Suchtforschungsinstitut in Zürich geleistet. supra-f ist kein spezifisches Suizidpräventionsprojekt, sondern ein Sekundärpräventionsangebot für Jugendliche von 12 bis 20 Jahren. Es besteht aus 12 lokalen Projekten mit teilweise sehr unterschiedlicher Ausrichtung, die jedoch alle das gleiche Ziel verfolgen: Eine Vielfalt von sozialpädagogischen Interventionen unterstützt Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen (z.B. Hyperaktivität, Aggressivität, Delinquenz, Suizidversuche, Essstörungen, früher und andauernder Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis, massive und dauerhafte Probleme in Schule oder Berufslehre sowie Gewalt und Missbrauch in der Familie) bei der Wiedereingliederung in die Schule oder in den Arbeitsprozess. Dabei wird

¹⁸ Die Details aller Suizidpräventionsangebote in der Schweiz sind unter www.ipsilon.ch abrufbar.

	<p>grosses Gewicht auf Schutzfaktoren gelegt, welche die Entstehung von Abhängigkeitskrankheiten und das Abgleiten in die soziale Isolation verhindern können, so u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein stabiles Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz - Integration in Schule oder Arbeitsprozess und eine gute Allgemeinbildung - ein tragendes soziales Netz und eine gute Bindung an die Familie oder andere Bezugspersonen <p>supra-f beinhaltet eine wissenschaftliche Interventionsforschung in Form einer Längsschnittstudie: Die Studie vergleicht den Entwicklungsverlauf der Jugendlichen, die in supra-f-Projekten betreut werden, mit demjenigen einer Vergleichsgruppe mit ähnlichem Profil. Es sind Messungen vorgesehen bei Eintritt in ein supra-f-Projekt, bei Austritt sowie zwei Follow-up-Messungen nach 12 und 24 Monaten.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/praevention/

Bündnis gegen Depression

Beschreibung	<p>Aus der Erkenntnis heraus, dass die Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten eine wirksame Intervention zur Reduktion von Suiziden ist (Gotlandstudie [Rutz 1989]), entwickelte das Deutsche Kompetenznetz «Depression, Suizidalität» in Nürnberg ein integrales Aktionsprogramm zur Früherkennung und zur besseren Versorgung von Depressionskranken. Dieses Aktionsprogramm beinhaltet Fortbildungen von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Mediatorinnen und Mediatoren (Lehrerschaft, Pflegende, Polizei, Seelsorge usw.), Öffentlichkeitsarbeit und Aufbau von Selbsthilfegruppen. Das Programm in Nürnberg war erfolgreich und erzielte einen nachhaltigen Rückgang der Suizidrate um 25%.</p> <p>Im Juli 2003 startete der Kanton Zug das erste Ausweitungsprojekt in der Schweiz. Die Selbsthilfeorganisation Equilibrium garantiert als überregionale Organisation Kontinuität bei einer möglichen Ausweitung auf andere Regionen der Schweiz. Ein zweites Ausweitungsprojekt startete 2004 im Kanton Bern. Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (1998 – 2003)» förderte Equilibrium als Lizenznehmer, und das Bundesamt für Gesundheit beteiligt sich an der wissenschaftlichen Begleitung.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	www.zugerbuendnis.ch und www.kompetenznetz-depression.de

Tabelle 8: Lokale oder regionale Suizidpräventionsprojekte

(Quelle: Bestandesaufnahme «Suizidverhütung in der Schweiz»; www.ipsilon.ch)

Stop Suicide, Genève

Beschreibung	<p>Ziel dieses Vereins ist die Enttabuisierung des Suizids und eine effiziente Suizidprävention bei Jugendlichen.</p> <p>Es gibt drei klare Aktionslinien: Basisarbeit, Sensibilisierung und Aktionen, die eine effiziente Suizidprävention bei Jugendlichen anvisieren. Um die Basisarbeit zu konkretisieren, hat Stop Suicide eine informelle Diskussionsplattform erstellt (Website) und symbolische Aktionen zugunsten von Suizidpräventionsmassnahmen durchgeführt (Schweigemärsche) wie auch in Schulen interveniert. Parallel dazu werden Theaterimprovisationen und weitere künstlerische Events organisiert. Stop Suicide setzt sich gegen Internetsites ein, die den Suizid propagieren. Die Vorstandsmitglieder wie auch Mitglieder des Vereins sind auf freiwilliger Basis tätig.</p>
Budget	Keine Angaben
Internet	www.stopsuicide.ch

Centre d'étude et de prévention du suicide, Genève (CEPS)

Beschreibung	<p>Das «Centre d'étude et de prévention du suicide» versteht sich als erster Ansprechpartner für alle Situationen, in denen ein Suizidrisiko besteht oder vermutet wird. Aktivitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notfalltelefon: 24 Stunden täglich, 7 Tage pro Woche (022 682 42 42) - Beratungstätigkeit: «Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, UCA» des HUG - Sensibilisierungskampagnen: «Fepalcon 500»: Pseudo-Medikamentenschachtel mit Notfall-Telefonnummer sowie weiteren wichtigen Informationen zu Suizid und Suizidversuchen auf dem «Beipackzettel»; «No Suicide»: Comic mit Beiträgen von 11 bekannten Comic-Künstlern zu den wichtigsten Ursachen für Jugendsuizide
Budget	Unterstützung durch die Stiftung «Children Action» mit CHF 500'000 pro Jahr
Internet	www.hug-ge.ch/adolescents

Forum für Suizidprävention und Suizidforschung, Zürich (FSSZ)	
Beschreibung	Das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) wurde 2001 gegründet. Es ist ein interdisziplinärer, regionaler Verein: Fachpersonen aus Praxis und Forschung versuchen gemeinsam Wege zu finden, um Suizidprävention zu fördern und wirksam anzugehen. Zu den wichtigsten Aufgaben, die sich das FSSZ gestellt hat, zählen die Vernetzung von Forschung und Praxis, die Suizidprävention für Jugendliche, die Initiierung von Forschungsprojekten und die Öffentlichkeitsarbeit.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.fssz.ch
Association CAPS, Onex (Coordination action prévention du suicide)	
Beschreibung	Die Aktivitäten der Vereinigung CAPS richten sich ausschliesslich an das engere oder weitere Umfeld von suizidalen Personen und nicht an Suizidgefährdete selbst. Die Ziele sind: <ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsgerechte Angebote im Bereich Weiter- und Fortbildung, Coaching und Evaluation - Förderung des Austauschs unter den lokalen und regionalen Akteuren durch das Bereitstellen einer Internet-Plattform - Bereitstellen von Informationen über laufende Projekte, Publikationen, Netzwerke - Aufbau eines Netzwerkes der im Bereich der Suizidprävention aktiven Berufsgruppen mit dem Ziel der Forschungscoordination und der Entwicklung eines Fortbildungsprogramms in Suizidologie
Budget	Keine Angaben
Internet	www.coordination-suicide.ch
Parspas, Valais	
Beschreibung	Parspas organisiert seit 2003 monatlich strukturierte Gesprächsgruppen für Angehörige und weitere durch einen Suizid betroffene Personen, stellt ein 24-Stunden Telefondienst sicher und führt mit Unterstützung von Fachpersonen Fortbildungskurse im Bereich Verhinderung und Früherkennung von suizidalen Krisen durch.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.parspas.ch (zurzeit nur französischsprachig)
SGKS (Schweizerische Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprophylaxe), Lausanne	
Beschreibung	Die SKSS ist ein Zusammenschluss von Fachpersonen verschiedenster Berufsrichtungen. Sie führt Fortbildungsveranstaltungen durch und publiziert Informationsmaterialien.
Budget	Keine Angaben
Internet	Keine Angaben
Suizidprävention Freiburg, Freiburg	
Beschreibung	Als Konsequenz eines 1996 erteilten Auftrags der kantonalen Gesundheitsdirektion, die Suizidproblematik im Kanton Freiburg zu untersuchen, konnte der Verein «Suizidprävention Freiburg» im Jahre 2003 mit finanzieller Unterstützung durch die Lotterie Romande die ersten Projektschritte realisieren. Das grundlegende Ziel des Präventionsprojektes besteht darin, die Betreuung und die Beratung der Betroffenen sowie die Zusammenarbeit der Fachpersonen zu verbessern. Dies soll einerseits durch die Organisation von Weiterbildungstagen die der Sensibilisierung und Informierung der betroffenen Berufsgruppen dienen, und andererseits durch die Erarbeitung und das Zurverfügungstellen von Handlungsrichtlinien erreicht werden.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.fr-preventionsuicide.ch
Psychiatriezentrum Schaffhausen	
Beschreibung	Das Psychiatriezentrum Schaffhausen verfügt über ein Konzept zur interdisziplinären Suizidalitätsbeurteilung, welches mit differenzierten Beurteilungsbögen und Behandlungs- und Betreuungsvorgaben arbeitet und auf einer 10-jährigen Erfahrung des deutschen Arbeitskreises «Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus» basiert. Eine umfangreiche interne Dokumentation steht zur Verfügung und es werden regelmässig interne Fortbildungsveranstaltungen zum Thema angeboten.
Budget	Keine Angaben
Internet	www.breitenau.ch

6 Zusammenstellung des Handlungsbedarfs

Vor dem Hintergrund der in den Kapiteln 1 bis 5 gemachten Aussagen kann im Bereich der Prävention von Suizid und Suizidversuchen für die Schweiz der in Tabelle 9 dargestellte Handlungsbedarf formuliert werden. Die Verantwortlichkeiten und die Trägerschaft für die konkreten Massnahmen sind sehr unterschiedlich. Die vom Bund geplanten Massnahmen sind in Kapitel 7 dargestellt.

Tabelle 9: Handlungsbedarf

Monitoring und Forschung
<ul style="list-style-type: none">- Regelmässige Analyse der suizid-bedingten Todesfälle nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht und Nationalität (Migrantinnen und Migranten der ersten, zweiten oder dritten Generation) zur rechtzeitigen Erkennung von soziodemografischen und soziokulturellen Trends (z.B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums obsan)- (Zeitliche) Kontinuität der Erfassung der Suizidversuche in der Schweiz und damit kontinuierliche Teilnahme der Schweiz an der WHO/EURO-Multizenterstudie zur Erfassung der Suizidversuche- Gesamtschweizerische Erhebung der Suizidabsichten bei allen Altersgruppen (insbesondere Erwachsene und ältere Menschen) im Rahmen der bestehenden Befragungsinstrumente (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung)- Durchführen von Studien zum besseren Verständnis der Interaktion von protektiven Faktoren und Risikofaktoren und zur Beurteilung der Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen für Patienten/Bevölkerungsgruppen mit bekanntermassen hohem Suizidrisiko (z.B. Jugendliche mit Suchtproblemen, arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene, isolierte alte Menschen, Menschen in [Untersuchungs-]Haft etc.)
Evaluation und Wissenstransfer
<ul style="list-style-type: none">- Verbesserung des Transfers von wissenschaftlichen Erkenntnissen über suizidpräventive Massnahmen in die Praxis (evidenz-basierte Prävention)- Verbesserung der Evaluationsanstrengungen bei bestehenden Suizidpräventionsaktivitäten zur Beurteilung ihrer Wirksamkeit und Zweckmässigkeit und als Grundlage für eine evidenz-basierte Weiterentwicklung der Projekte- Gezielter Aufbau einer nationalen Informations-, Dokumentations- und Kommunikationsstelle zum Thema Suizide und Suizidversuche
Koordination und Qualitätssicherung
<ul style="list-style-type: none">- Verbesserung der Koordination und Kooperation zwischen den aktuell laufenden Projekten und Aktionen zur Suizidprävention (insbesondere für junge Menschen) und generelle Stärkung der überregionalen Zusammenarbeit durch die Planung und Durchführung von überregionalen und nationalen Projekten- Entwicklung von generellen Qualitäts-Standards für Suizidpräventionsprojekte, Beratungsstellen sowie ambulante und stationäre Kriseninterventionsstellen
Öffentlichkeitsarbeit
<ul style="list-style-type: none">- Aktualisierung und Diffusion von Richtlinien zur Medienberichterstattung über Suizide- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung des Informations- und Kenntnisstandes der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und Suizid resp. Suizidversuche
Suizidpräventionsprojekte
<ul style="list-style-type: none">- Wiederaufnahme resp. Initiierung von Weiter- und Fortbildungsaktivitäten für medizinisches Fachpersonal und weitere betroffene Berufsgruppen (z.B. Justizvollzugsbeamte, Spitex, Beratungsdienste, Rettungsdienste)- Flächendeckende Ausweitung des evidenz-basierten Bündnisses gegen Depression zur Verbesserung des Informations- und Kenntnisstandes der Bevölkerung sowie zur Verbesserung der Versorgung und der Lebenssituation von Patientinnen und -patienten mit Depression- Entwicklung und Umsetzung von Suizidpräventionsprojekten für Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko (z.B. Menschen im höheren und hohen Alter, Migrantinnen und Migranten etc.)

7 Fazit aus Sicht des Bundes

Bedeutung der Suizide und der Suizidversuche für die öffentliche Gesundheit

Die Bedeutung der Suizide und Suizidversuche für die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitswesen ergibt sich aus folgenden Faktoren:

- Im Jahr 2000 starben in der Schweiz mehr Menschen infolge eines Suizids (1378) als infolge von Verkehrsunfällen (604), Drogenkonsum (205) und Aids (135) zusammen. Nach dem Rückgang der Sterbefälle im Strassenverkehr und der Sterbefälle infolge von Aids ist Suizid heute bei den 15- bis 44-jährigen Männern die häufigste Todesursache.
- Das Suizidrisiko nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Aufgrund der demografischen Alterung der Gesellschaft ist deshalb in den nächsten Jahrzehnten mit einer deutlichen Zunahme der Suizide von betagten und hochbetagten Menschen zu rechnen.
- Auf jeden Suizid kommen 10 bis 15 Suizidversuche, d.h. jährlich begehen zwischen 15'000 und 25'000 Menschen einen Suizidversuch. Jedoch kommt es nur bei ca. 10'000 Suizidversuchen anschliessend zu einer medizinischen Behandlung. Ein grosser Teil der Suizidversuche führt demzufolge nicht zu einer angemessenen ärztlichen Behandlung und Betreuung. Ein Suizidversuch ist der grösste Risikofaktor für einen späteren Suizid.
- Suizid ist eine zumindest teilweise vermeidbare/verhinderbare Todesursache. Da die Schweiz traditionell eine hohe Suizidrate aufweist, ergibt sich ein entsprechendes Präventionspotenzial. Dabei stellen die Schwierigkeiten des Erkennens suizidgefährdeter Personen und des präventiven Eingreifens eine besondere Herausforderung für das Gesundheitswesen dar.

Suizide und Suizidversuche sind somit kein individuelles Problem, sondern ein Thema der öffentlichen Gesundheit und deren Prävention damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Suizidpräventionsmassnahmen in der Schweiz

Das Angebot an suizidpräventiven Massnahmen in der Schweiz ist gering und beschränkt sich auf einige wenige regionale Zentren. Es richtet sich jedoch primär an Jugendliche und junge Erwachsene, fokussiert vorwiegend auf die Behandlung (Krisenintervention) vor und/oder nach einem Suizidversuch und gründet zur Hauptsache auf privater Initiative. Suizidpräventionsangebote für Menschen im höheren und hohen Alter fehlen. Gleichzeitig ist die Kooperation und Koordination unter den bestehenden Präventionsprojekten nicht ausreichend.

Im Dezember 2003 haben deshalb Organisationen und Institutionen aus dem Gesundheitswesen, kirchliche Kreise, Berufs- und Hilfsorganisationen den Verein IPSILON¹⁹ gegründet, eine (private) Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz. Hauptfunktion des Vereins ist es, seine Mitglieder mit fachlicher, moralischer und politischer Kompetenz zu unterstützen. Als national tätiger Verein steht IPSILON den Bundes- und Kantonsbehörden als Ansprechpartner zur Verfügung.

Da die meisten Suizide und Suizidversuche mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Krisen in Zusammenhang stehen, erscheint eine Koordination der aktuellen und zukünftigen suizidpräventiven Massnahmen mit den weiterführenden Arbeiten zur «Nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz» unerlässlich. So können Koordination und Kooperation sichergestellt, der Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen und den Privaten verstärkt und auch die Evaluationstätigkeit

¹⁹ Gründungsmitglieder sind: Caritas Schweiz, Fondation Children Action, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), Hôpitaux Universitaires de Genève (CEPS), Pro Mente Sana, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP), Schweizerische Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprophylaxe (SGKS), Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGP), Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK), Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Schweizerischer Verband «Die Dargebotene Hand», Schweizer Psychotherapeutenverband (SPV), Vereinigung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Verein Equilibrium, Verein Refugium, Verein Regenbogen. Noch ist die langfristige Finanzierung des Vereins, welcher mit starker finanzieller Beteiligung der FMH geschaffen wurde, nicht gesichert.

verbessert werden. Langfristig kann dadurch ein flächendeckendes Angebot an Präventionsmassnahmen für alle Altersgruppen und sozialen Schichten erreicht werden. Angesichts der Komplexität des Themas Suizid und Suizidversuche erscheint es sinnvoll, gleichzeitig ein nationales Konzept zur Suizidprävention zu erarbeiten. Dieses soll allen im Bereich der Suizidprävention engagierten Organisationen und Institutionen als gemeinsame Basis dienen.

Zukünftige Massnahmen des Bundes zur Suizidprävention

Die Möglichkeiten des Bundes, auf Grundlage des geltenden Rechts im Bereich der Suizidprävention aktiv zu werden, sind sehr beschränkt.

Der Bundesrat hat jedoch per Entscheid vom 25. Mai 2005 das EDI (Bundesamt für Gesundheit) damit beauftragt, in Koordination mit den betroffenen Bundesstellen, den Kantonen und den privaten Institutionen der Suizidprävention die Umsetzung folgender Massnahmen zu prüfen:

- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Gesundheitsberichterstattung von Bund und Kantonen;
- Ergänzung bestehender Monitoringinstrumente im Gesundheitsbereich (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung) durch Fragen zu Suizidversuchen und Suizidgedanken;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in bestehende Gesundheitsförderungs- und Suchtpräventionsprogramme des Bundes im Schul- und Bildungsbereich (z.B. *bildung+gesundheit* Netzwerk Schweiz, supra-f) sowie in geplante Projekte im Bereich «Altern und Gesundheit»;
- Integration der Thematik «Suizid und Suizidversuche» in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen (Entwurf Medizinalberufegesetz [MedBG]) und die Weiterbildung der Psychologen (Vorentwurf Psychologieberufegesetz [PsyG]);
- Initiieren der Erarbeitung von Qualitätssicherungsmassnahmen im Bereich Krisenintervention bzw. Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen;
- Erarbeitung eines Vorschlags für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) zur Thematik «Psychische Gesundheit und Suizidalität».

Gleichzeitig sind die Zusammenarbeit und der Austausch des Bundes – und der Kantone – mit IPSILON in geeigneter Weise zu institutionalisieren. Zudem soll im Rahmen der weiteren Vorabklärungen des EDI (BAG) in Hinblick auf eine gesetzliche Neuregelung der Prävention, die Möglichkeit und Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Grundlage für die Prävention von psychischen Störungen geprüft werden.

8 Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross 1999:* Ajdacic-Gross V: Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern, Peter Lang, 1999.
- Beautrais 2000:* Beautrais AL: Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.
- Bosshard 2003:* Bosshard G, Ulrich E, Bär W: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Medical Weekly* 2003; 133: 310-317.
- Bronisch 1999:* Bronisch T: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München, C.H. Beck, 1999.
- Caplan 1964:* Caplan G: Principles of preventive psychiatry. New York, London, Basic Books, 1964.
- Clayton 1999:* Clayton D, Barcelo A: The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Disease in Canada* 1999; 20: 89-95.
- Cullberg 1978:* Cullberg J: Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis* 1978: 25-30.
- Faisst 2003:* 27. Faisst K, Fischer S, Zellweger U, Bosshard G, Bär W, Gutzwiller F: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». *Schweizerische Ärztezeitung* 2003; 84: 1676-1678.
- Fatke 2003:* Fatke R: Suizid im Jugendalter: Jugendliche brauchen Achtung und Unterstützung. *SuchtMagazin* 2003; 29: 3-8.
- Fiedler 2001:* Fiedler G, Lindner R: Suizidforen im Internet. Internetdokument: www.suizidprophylaxe.de/Tagungen/suizidforen.pdf
- Fiedler 2003:* Fiedler G: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten. Internetdokument: www.uke.uni-hamburg.de/Clinics/Psych/TZS/online-text/daten-fakten-rev_2-2.pdf
- FMH/BAG 1992:* Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Krise und Suizid. Seminar für Ärzte. Basisdokument. Bern, 1992.
- Frei 2001:* Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U: Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. *Swiss Medical Weekly* 2001; 131: 375-380.
- Goldsmith 2002:* Goldsmith S et al. (Hrsg.): Reducing suicide: a national imperative. Institute of Medicine, Washington, 2002.
- Hoffmann-Richter 2002:* Hoffmann-Richter U et al.: Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 2002; 29: 22-24.
- Jeanneret 1982:* Ladame F, Jeanneret O: Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and Prevention. *Journal of Adolescence* 1982; 5: 355-366.
- Levi 2003:* Levi F, La Vecchia C, Saraceno B: Global suicide rates. *European Journal of Public Health* 2003; 13: 97-98.
- MHE 2003:* Draft of the Guidelines for Country-based Programmes of Suicide Prevention. Mental Health Europe, 2003.
- Michel 1986:* Michel K: Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 1986; 116: 770-774.
- Michel 1991:* Michel K, Knecht C, Kohler I, Sturzenegger M: Suizidversuche in der Agglomeration Bern. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1991; 121: 1133-1139.
- Michel 1994:* Michel K, Waeber V,: Attempted suicide in Bern, 1989-1991. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (Hrsg.): Attempted suicide in Europe. Leiden, DSWO Press, 1994: 73-86.

Michel 2000: Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U et al.: Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35:156-163.

Murphy 1975: Murphy GE: The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission. *Annals of Internal Medicine* 1975; 82: 305-309.

Murphy 2000: Murphy G: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 135-146.

Narring 2003: Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L et al.: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne, Bern, Bellinzona, 2003.

NGP 2004: Psychische Gesundheit. Entwurf der Nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern, 2004.

Nylev Stenager 2000: Nylev Stenager E, Stenager E: Physical Illness and Suicidal Behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 405-420.

Rey Gex 1998: Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA: Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 28-33.

Richardson 2002: Richardson GE, Waite PJ: Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. *International Journal of Emergency Mental health* 2002; 4: 65-75.

Runeson 1994: Runeson B, Wasserman D: Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 90: 222-228.

Rutz 1989: Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989, 80: 151-154.

Sakinofsky 2000: Sakinofsky I: Repetition of suicidal behaviour. In: Haston K, van Heeringen K (Hrsg.): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley and Sons, 2000: 385-404.

SAMW 1995: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel, 1995. Einsehbar unter: www.samw.ch/content/Richtlinien/d_Sterbehilfe.pdf

SAMW 2004: Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 1. Publikation zur Vernehmlassung. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel, 2004. Einsehbar unter: www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf

Schmidtke 1994: 67. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al.: Rates and trends of attempted suicide in Europe, 1989-1992. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U et al. (Hrsg.): *Attempted suicide in Europe*. Leiden, DSWO Press, 1994: 209-230.

Schopper 2000: Schopper D, Pereira J, Torres A et al. Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 871-877.

SGPG 2002: Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, Bern, 2002.

Sonneck 1994: Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S: Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 453-457.

Tschannen 2004: Tschannen P, Buchli M: Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention. Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, 2004.

- UN 1996:* Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. United Nations/World Health Organization, Geneva, 1996.
- WHO 1986:* Working Group on Prevention Practices in Suicide and Attempted Suicide. York, 22-26th September 1986.
- WHO 1999:* Bille-Brahe U (Hrsg.): WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and figures. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- WHO 1999a:* Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- WHO 2002:* Krug EG et al. (Hrsg.): World report on violence and health. World Health Organization, Genf, 2002.
- WHO 2002a:* Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002 (EUR/02/5034834).
- WHO 2004:* For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- WHO 2004a:* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. World Health Organization, Genf, 2004.
- Weiss 1993:* Weiss W, Billo N, Binder J et al.: Gesundheit in der Schweiz. Lausanne, Payot, 1993.
- Ziegler 2002:* Ziegler W, Hegerl U: Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. Der Nervenarzt 2002; 73: 41-49.