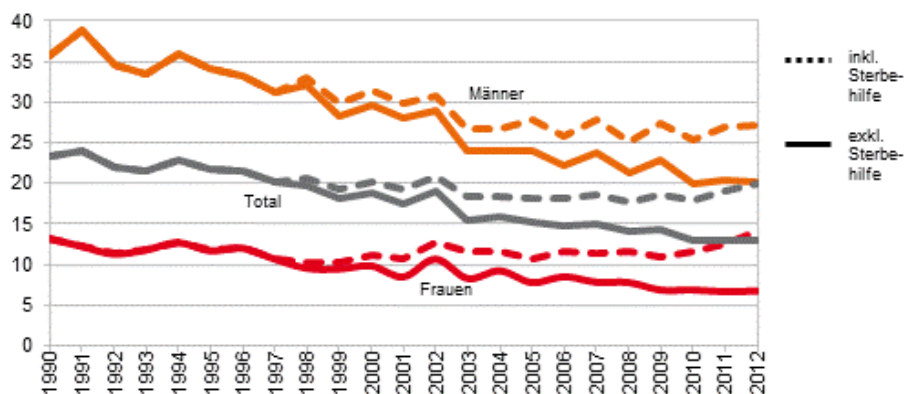




Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz

April 2015

Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner/innen
Entwicklung in der Schweiz



Impressum

Redaktion: Elvira Keller-Guglielmetti, Esther Walter (Bundesamt für Gesundheit)

Realisierung im Auftrag des BAG: Amina Trevisan (Doktorandin an der Universität Basel)

Weitere Informationen

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Telefon +41 (0)58 463 87 66

gesundheitspolitik@bag.admin.ch; <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?lang=de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz	5
1.1 Suizide	5
Soziodemographische Merkmale	6
Suizidmethoden	7
Kantonale Differenzen	9
Die Schweiz im internationalen Vergleich	10
Suizid und assistierter Suizid – Ein Vergleich	12
Grunderkrankungen bei Suizid und assistiertem Suizid	13
Geschlecht und Alter bei assistiertem Suizid	15
1.2 Suizidversuche	16
Soziodemografische Merkmale	16
Alter	17
Geschlecht	17
Zivilstand	17
Berufstätigkeit	18
Nationalität	18
Methoden des Suizidversuchs	18
Häufigste Substanzen (Medikamente)	19
Weiterbehandlung nach dem Suizidversuch	20
Kantonale Differenzen	20
2 Literaturverzeichnis	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suizidraten nach Alter und Geschlecht (Durchschnitt 2008-2012)	7
Abbildung 2: Suizidmethode Erhängen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)	8
Abbildung 3: Suizidmethode Schusswaffen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)	8
Abbildung 4: Suizidmethode Schusswaffen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)	9
Abbildung 5: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten in der Schweiz (Durchschnitt 2008-2012)	10
Abbildung 6: Internationaler Vergleich der Suizidraten pro 100'000 Einwohner (Durchschnitt 2008-2012)	10
Abbildung 7: Entwicklung der Suizidraten pro 100'000 zwischen 2001 und 2010 im internationalen Vergleich (Männer)	11
Abbildung 8: Entwicklung der Suizidraten pro 100'000 zwischen 2001 und 2010 im internationalen Vergleich (Frauen)	11
Abbildung 09: Grunderkrankungen bei Suiziden (1998-2009)	13
Abbildung 10: Grunderkrankungen bei assistierten Suiziden (Sterbehilfe) (1998-2009)	13
Abbildung 11: Assistierte Suizide (Sterbehilfe) und Suizide nach Jahr (2005-2012)	14
Abbildung 12: Assistierte Suizide (Sterbehilfe) und Suizide nach Alter (Summe 2009-2012)	14
Abbildung 13: Assistierte Suizide nach Jahr und Geschlecht (2003-2012)	15
Abbildung 14: Assistierte Suizide nach Alter und Geschlecht (Durchschnitt 2003-2012)	15
Abbildung 15: Suizidversuchsraten in Bern nach Jahr (2004-2010)	16
Abbildung 16: Suizidversuchsraten in Bern nach Alter und Jahr (2004-2010)	17
Abbildung 17: Suizidversuche in Bern nach Zivilstand und Geschlecht (2004-2010)	18
Abbildung 18: Entwicklung der häufigsten Substanzen (Medikamente) bei Suizidversuchen in Bern nach Jahr (2004-2010)	19
Abbildung 19: Weiterbehandelnde Instanz nach Suizidversuchen in Bern (Durchschnitt 2004-2010)	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Todesursachen in der Schweiz (2012)	6
Tabelle 2: Suizidmethoden in der Schweiz (Summe 2001-2012)	8
Tabelle 3: Suizide und assistierte Suizide in der Schweiz nach Jahr und Geschlecht (2009-2010)	12
Tabelle 4: Methoden von Suizidversuchen in Bern (Summe 2004-2010)	19

1 Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz

1. Einleitung

Der politische Druck, in der Suizidprävention auf nationaler Ebene aktiv zu werden, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. In der Folge wurde die Motion Ingold (11.3973) „Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen“ vom Nationalrat am 11.09.2013 und vom Ständerat am 04.03.2014 angenommen¹. Damit ist der Bund (bzw. das Bundesamt für Gesundheit BAG) beauftragt einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen.

Für die Erarbeitung des Aktionsplans Suizidprävention spielt die aktuelle Situation in der Schweiz eine wichtige Rolle. Deshalb hat sich das Bundesamt für Gesundheit BAG entschlossen, den Bericht „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz“ in Erfüllung des Postulats Widmer 02.3251 (2005) mit den neusten epidemiologischen Daten zu ergänzen. Diese getrennte Darstellung ermöglicht auch den Vergleich mit den Daten des Berichtes von 2005.

In der hier vorliegenden aktualisierten Darstellung der Epidemiologie (2015) wird auch die Änderung bei der statistischen Erhebung von Suiziden und assistierten Suiziden (getrennte Erhebung ab dem Jahr 2009) berücksichtigt.

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

2. 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]. Im Jahr 2012 nahmen sich 804'000 Menschen weltweit das Leben. Dies stimmt mit einer Suizidrate von 11.5 pro 100'000 Menschen überein (15.0 für Männer und 8.0 für Frauen) [WHO 2014a].

In der Schweiz begingen im Jahr 2012 1'037 Menschen Suizid (752 Männer und 285 Frauen). Dies entspricht knapp drei suizid-bedingten Todesfällen pro Tag oder einer Suizidrate von 13 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.²

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

¹ http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113973

² 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.

Tabelle 1: Todesursachen in der Schweiz im Jahr 2012
(Quelle: Todesursachenstatistik Bundesamt für Statistik BFS 2014)

Todesursache	Total		Männer		Frauen	
	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle	Anzahl	%-Anteil aller Todesfälle
Suizid	1'037	1.60%	752	2.40%	285	0.80%
Herz-Kreislauf-krankheiten	21'674	33.80%	9'745	31.70%	11'929	35.60%
Krebskrankheiten	16'490	25.70%	9'024	29.40%	7'466	22.30%
Demenz	5'739	8.90%	1'746	5.70%	3'993	11.90%
Diabetes	1'242	1.90%	592	1.90%	650	1.90%
Drogenkonsum	121	0.18%	95	0.30%	26	0.07%
Verkehrsunfall	296	0.40%	219	0.70%	77	0.20%
Alkoholbedingte Todesfälle*	ca. 1'600	ca.2.50%	ca. 1'181	ca.3.80%	ca.419	ca.1.20%
Todesfälle infolge Tabakkonsum*	ca. 9'201	ca. 15.10%	ca. 6'427	ca. 21.80%	ca. 2'774	ca.8.80%
Total**	64'173	100%	30'697	100%	33'476	100%

*Schätzungen der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (neu: Sucht Schweiz) aus den Jahren 2011 (Alkohol: Marmet et al. 2013) und 2007 (Tabak: BFS 2009)
**Die Gesamtsumme entspricht nicht den dargelegten Angaben, da nicht alle Todesursachen im Jahr 2012 in dieser Tabelle dargestellt wurden, sondern nur eine Auswahl.

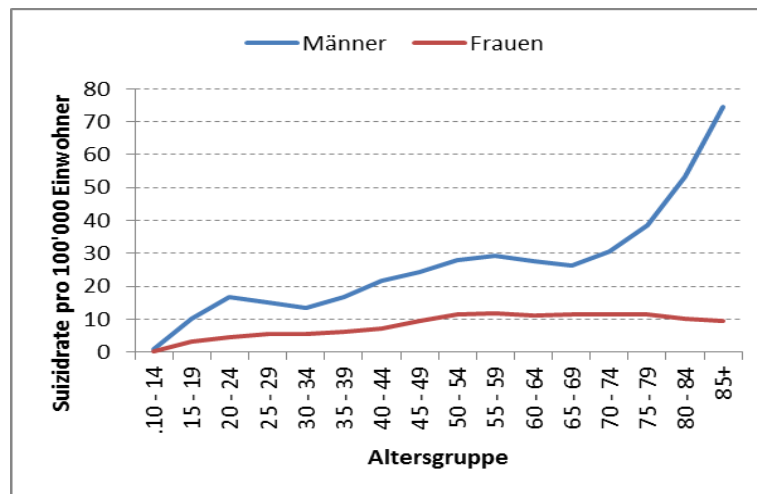
Suizid ist die Ursache eines erheblichen Teils der frühzeitigen Todesfälle. So sind im Jahre 2012 bei den Männern 12.6% und bei den Frauen 7.8% der durch einen vorzeitigen Tod (d.h. vor dem vollendeten 70. Altersjahr) verloren gegangenen Lebensjahre auf Suizid zurückzuführen. Damit liegen die Werte für Suizid gut drei Mal so hoch wie jene für Strassenverkehrsunfälle (Männer: 4.6% der verlorenen Lebensjahre, Frauen: 2.4%) und in derselben Grössenordnung wie jene für Herz- und Kreislauferkrankungen. Nur Krebserkrankungen haben insbesondere bei den Frauen (46.8% der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre und 29.5% bei den Männern) eine grössere Bedeutung.

Soziodemografische Merkmale

Suizide sind bei Männern häufiger als bei Frauen: So beträgt die gemittelte Suizidrate für die Jahre 2007 bis 2012 bei den Männern 18.5/100'000 und bei den Frauen 7.1/100'000. Dabei überwiegt der Suizid von Männern gegenüber dem Suizid von Frauen um den Faktor 2.6 (also ein Verhältnis von knapp 3:1). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist das Geschlechterverhältnis mit einem Faktor 6.5 und bei den über 75-Jährigen mit einem Faktor 5 noch stärker ausgeprägt. Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich auch bei den Suizidmethoden (vgl. unten).

Die altersspezifischen Raten und Zahlen weisen bei Männern und Frauen unterschiedliche Verläufe auf (vgl. Abbildung 1). 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 1: Suizidraten nach Alter und Geschlecht (Durchschnitt 2008-2012)
 (Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)



Einen deutlichen Zusammenhang mit dem 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 Zusammenhang 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. Angaben zum Einfluss der Nationalität und des Aufenthaltsstatus der in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten auf das Suizidrisiko fehlen.

Suizidmethoden

Die Aufschlüsselung nach Suizidmethoden (Tabelle 2) zeigt, dass bei den Männern Suizidmethoden wie Erschiessen und Erhängen mit Anteilen von je über 25% am häufigsten angewandt werden, während bei den Frauen Vergiften, gefolgt von Erhängen und Sturz in die Tiefe die häufigsten Suizidmethoden darstellen (vgl. Abbildungen 2-4). 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. Auffallend ist jedoch, dass in den USA und in der Schweiz – beides Länder ohne strenge Waffengesetzgebung – bei Männern der Anteil an Suiziden durch Erschiessen besonders hoch ist [Gysin-Maillart A. & Michel K. 2013].

Tabelle 2: Suizidmethoden in der Schweiz (Summe 2001-2012)
 (Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

Suizidmethode	Total		Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Erhängen	3'786	25.50%	2'938	28.70%	848	18.50%
Vergiftung	3'465	23.40%	1'685	16.50%	1'780	38.80%
Schusswaffen	3'185	21.50%	3'044	29.70%	141	3.00%
Sturz in die Tiefe	1'737	11.70%	1'001	9.80%	736	16.00%
Überfahrenlassen durch Zug	1'222	8.20%	769	7.50%	453	9.90%
Andere Methoden	1'436	9.70%	805	7.90%	631	13.80%
Total	14'831		10'242		4'589	

Abbildung 2: Suizidmethode Erhängen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)
 (Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

Erhängen

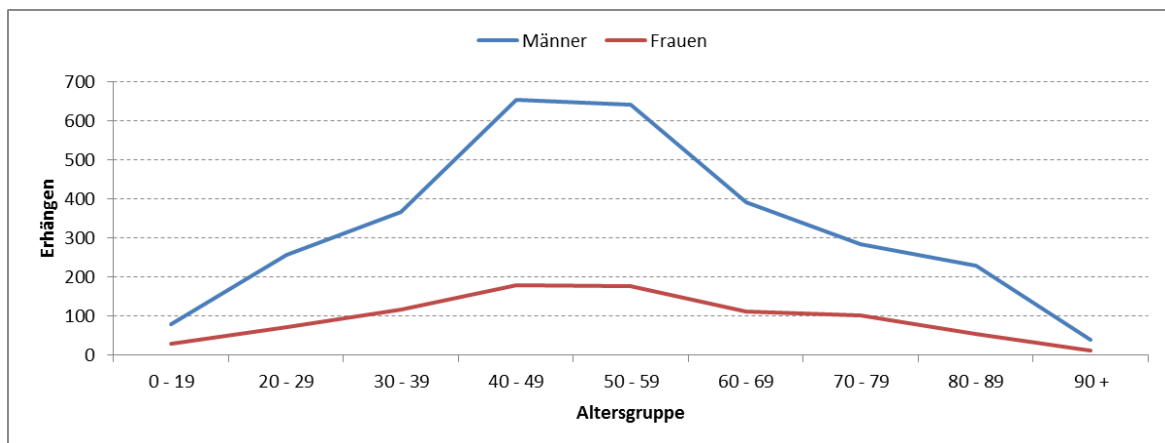


Abbildung 3: Suizidmethode Vergiften in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)
 (Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

Vergiftung

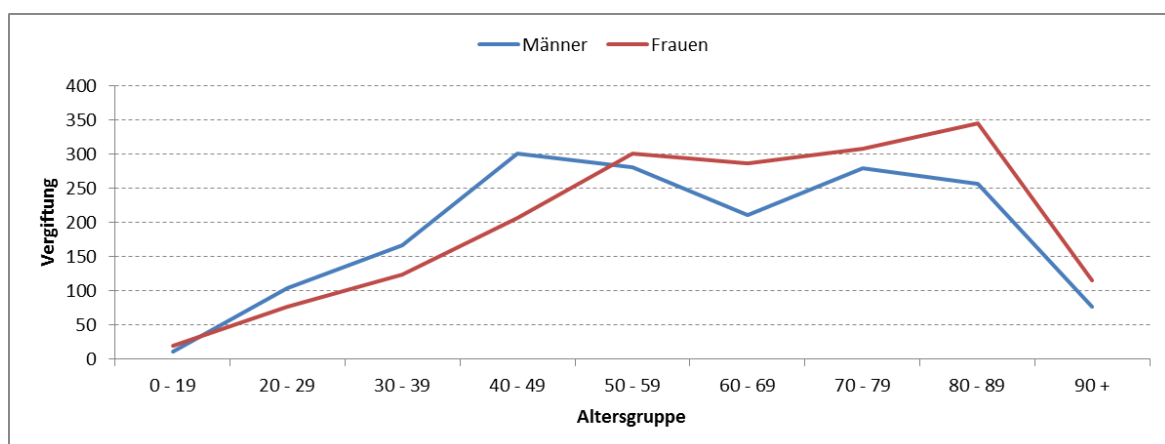
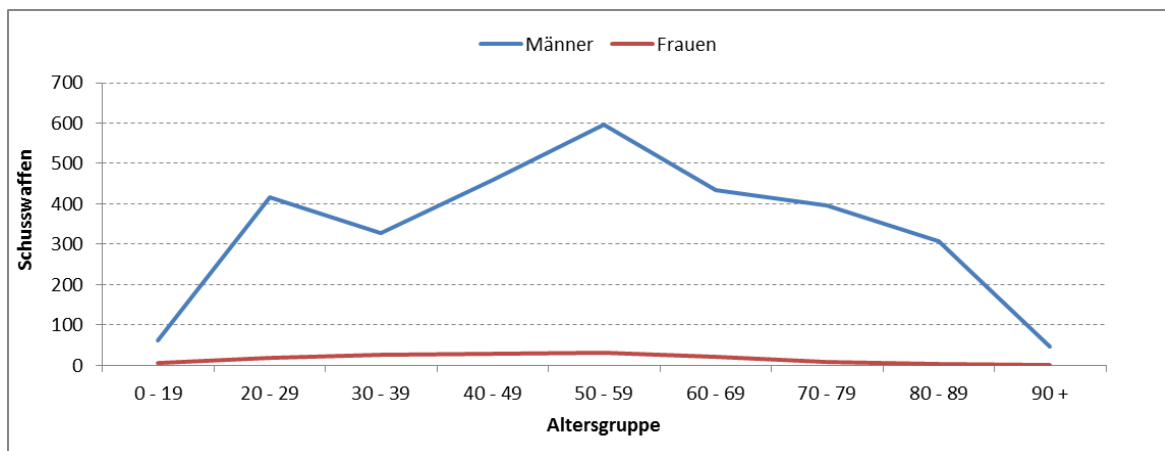


Abbildung 4: Suizidmethode Schusswaffen in der Schweiz nach Alter und Geschlecht (Summe 2001-2012)
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

Schusswaffen



Kantonale Differenzen

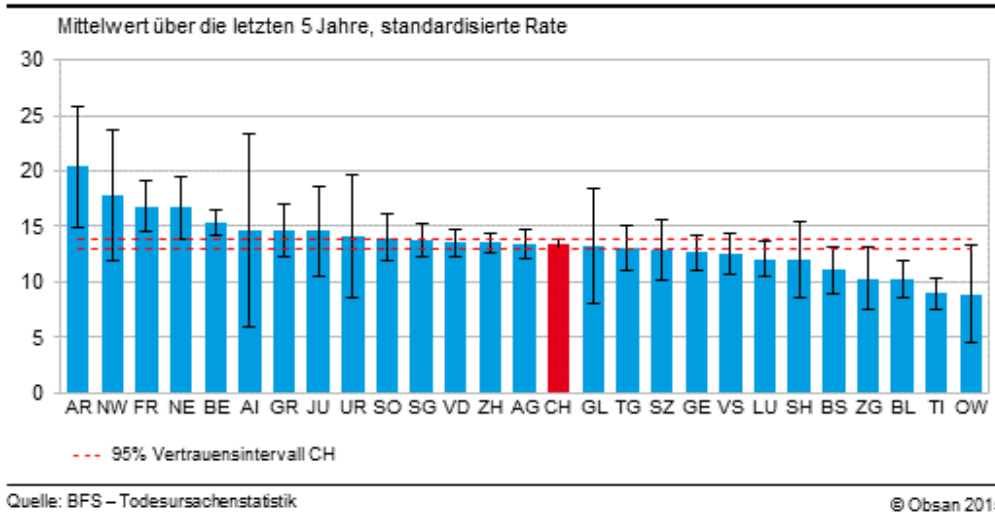
Es bestehen deutliche kantonale Unterschiede bezüglich der Suizidraten (vgl. Abbildung 5). Kleine Kantone weisen allerdings ein grosses Konfidenzintervall aus. Unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen die Raten (pro 100'000 Einwohner/innen) in den Kantonen (OW), TI, BL, (ZG, BS). Über dem Landesdurchschnitt liegen die Kantone AR, (NW), FR, NE, BE.

In den meisten Kantonen zeigt sich das gleiche 3:1-Geschlechter-Muster (Männer – Frauen) wie auf gesamtschweizerischer Ebene.

Es ist zu vermuten, dass ein kulturell unterschiedlicher Umgang mit psychischen Problemen oder Krisen – zum Beispiel mit wem darüber gesprochen, wann, wie und wo Hilfe gesucht wird – eine Erklärung für die kantonalen Unterschiede darstellt. Weiter spielt die Verfügbarkeit von Methoden eine wichtige Rolle. So finden sich z.B. deutliche kantonale Unterschiede in Bezug auf Suizide durch Sturz in die Tiefe: Untersuchungen zeigen, dass Kantone mit wenigen hohen Brücken (von denen in suizidaler Absicht gesprungen werden kann) eine geringere Anzahl von Suizidsprüngen verzeichnen. Personen mit Suizidabsichten scheinen bei nicht Vorhandensein von Brücken nicht zwangsläufig auf hohe Gebäude auszuweichen [Reisch et al. 2007]. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Suizidzahl durch Präventionsmassnahmen günstig beeinflusst werden kann [Schuler, D. & Burla, L. 2012: Obsan Bericht 52].

Abbildung 5: Interkantonaler Vergleich der Suizidraten

Suizidrate (exkl. Sterbehilfe) pro 100'000 Einwohner/innen, 2012
nach Kanton

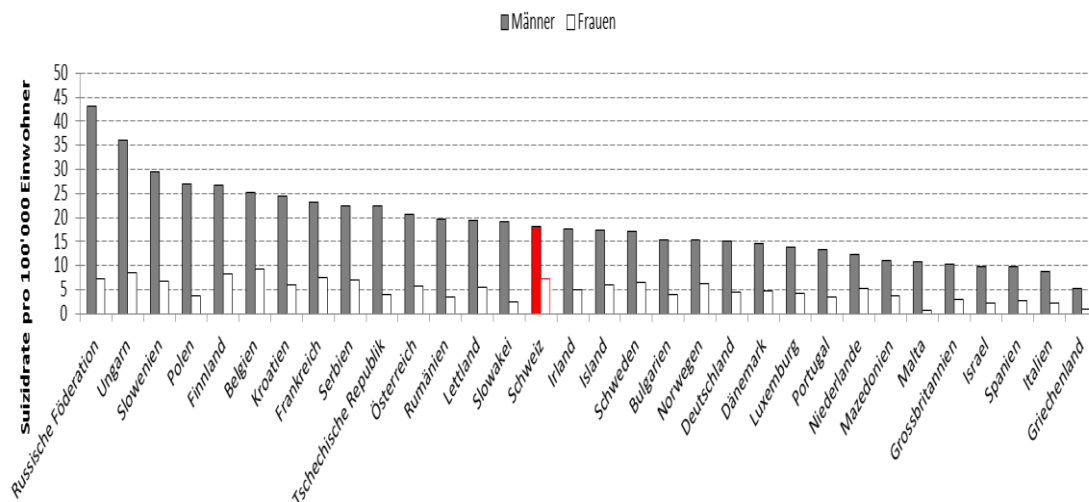


Die Schweiz im internationalen Vergleich

Die Suizidrate in der Schweiz liegt über dem weltweiten Durchschnitt (Suizidrate weltweit 11.5 pro 100'000 und Suizidrate Schweiz von 13 pro 100'000). Die Suizidraten in der Schweiz (ohne assistierten Suizid) bewegen sich im gesamteuropäischen Vergleich im Mittelfeld (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Internationaler Vergleich der Suizidraten pro 100'000 Einwohner (Durchschnitt 2008-2012)

(Quelle: Bundesamt für Statistik BFS 2014)



Bis 2003 war die Suizidrate in der Schweiz insgesamt rückläufig, seit 2003 ist sie relativ konstant (siehe Abb. Frontseite). Der anfängliche Rückgang ist fast ausschliesslich auf die Abnahme der Suizidrate der Männer zurückzuführen, während bei den Frauen die Rate bereits über Jahre auf vergleichbarem Niveau liegt.

In der Todesursachenstatistik des BFS werden seit 2009 die Fälle von assistiertem Suizid (durch eine Sterbehilfeorganisation) nicht mehr zu den Suiziden gezählt, sondern zu den Todesfällen aufgrund der jeweils vorhandenen Grunderkrankung. Dies ist eine Erklärungsmöglichkeit für den Knick 2009 bei den Frauen (vgl. Abbildungen 7 und 8).

Abbildung 7:
Entwicklung der Suizidraten pro 100'000 zwischen 2001 und 2010 im internationalen Vergleich (Männer)
 (Quelle: WHO 2014, Health for all Database)

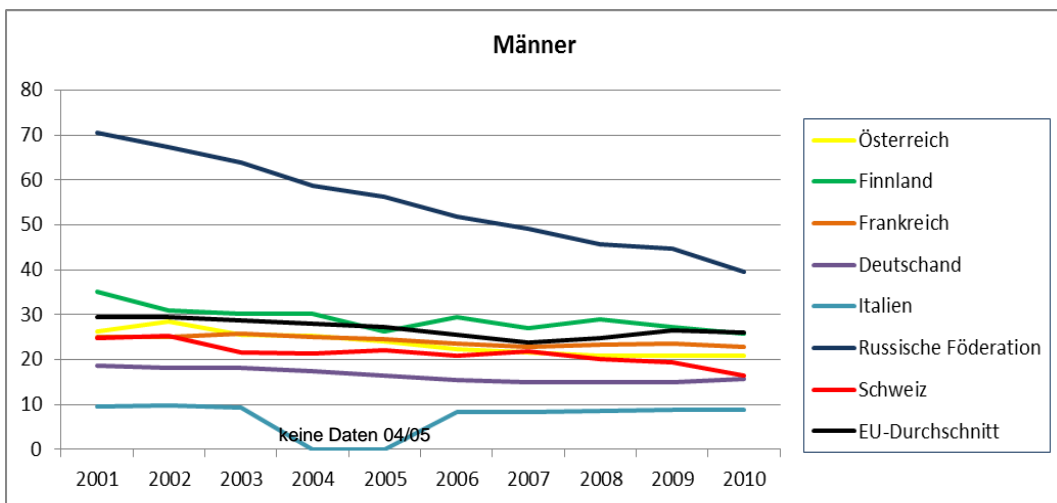
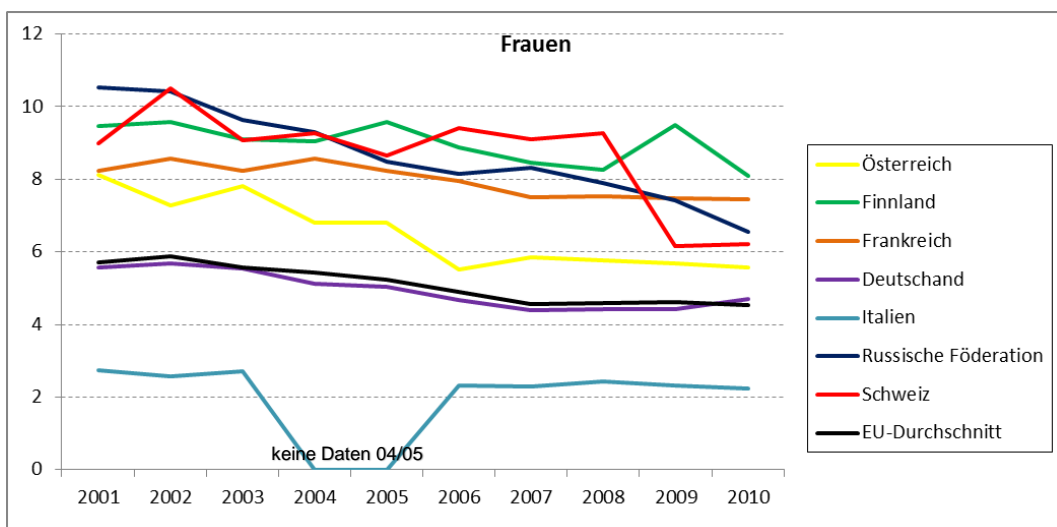


Abbildung 8:
Entwicklung der Suizidraten pro 100'000 zwischen 2001 und 2010 im internationalen Vergleich (Frauen)
 (Quelle: WHO 2014, Health for all Database)



Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle auch der erste World Suicide Report der WHO erwähnt werden, der ebenfalls Ländervergleiche erlaubt. Dieser Bericht wurde am 5. September 2014 unter dem Titel „Preventing suicide – A global imperative“ veröffentlicht [WHO 2014a].

Der Bericht gibt einen Überblick über die Themen Suizid und Suizidversuche, die aktuelle Situation der Suizidprävention in den einzelnen Ländern und beschreibt Risiko- und Schutzfaktoren für Suizid. Zudem greift er weit verbreitete Gerüchte, wie „wer über Suizid spricht, begeht keinen Suizid“ auf und widerlegt diese. Des Weiteren dient er Regierungen, politischen Entscheidungsträgern und anderen Stakeholdern als Anleitung für die Erarbeitung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie. Denn er beschreibt, was sowohl auf sozialer als auch individueller Ebene gemacht werden kann, um die Zahl der Suizide zu reduzieren.

Suizid und assistierter Suizid – Ein Vergleich

Die nachfolgenden Ergebnisse stammen aus der Todesursachenstatistik des BFS. Nach einer 2011 erfolgten Revision werden ab dem Erhebungsjahr 2009 die Fälle von assistiertem Suizid nicht mehr zu den Suiziden, sondern zu den Todesfällen aufgrund der jeweils vorhandenen Grunderkrankung gezählt. 2009 kommen auf 1 Fall von assistiertem Suizid (mittels Sterbehilfeorganisation) fast 4 Fälle von Suizid. Bis ins Jahr 2012 hat sich das Verhältnis von 1 assistierten Suizid auf 2 Suizide verändert; d.h. die assistierten Suizide haben in diesem Zeitraum um 71% zugenommen, während bei den Suiziden ein leichter Rückgang ersichtlich ist.

Tabelle 3: Suizide und assistierte Suizide in der Schweiz nach Jahr und Geschlecht (2009-2012)
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

Todesursache: Anzahl Personen	Jahr	Männer	Frauen	Beide Geschlechter	Total
Suizide	2012	752	285	1037	1545
Assistierte Suizide	2012	201*	307*	508	
Suizide	2011	757	277	1034	1465
Assistierte Suizide	2011	185	246	431	
Suizide	2010	723	281	1004	1356
Assistierte Suizide	2010	155	197	352	
Suizide	2009	827	278	1105	1402
Assistierte Suizide	2009	132	165	297	

*Männer 201, davon > 65jährig 159

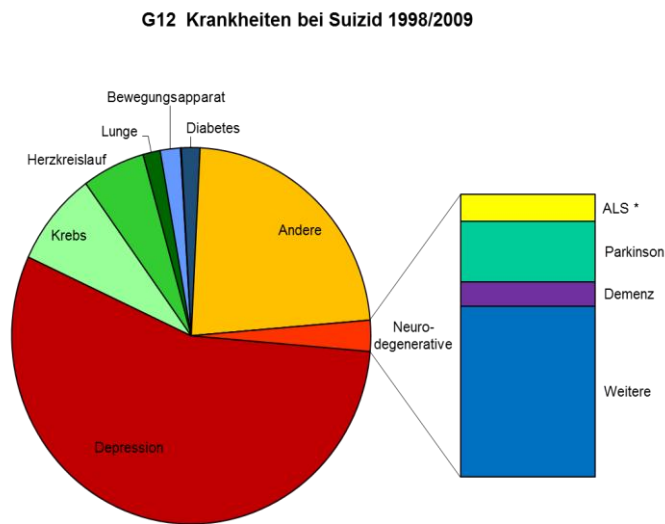
*Frauen 307, davon > 65jährig 264

Grunderkrankungen bei Suizid und assistiertem Suizid

Werden die Krankheiten betrachtet, die mit einem Suizid bzw. zu einem assistierten Suizid in Zusammenhang stehen, zeigen sich grosse Unterschiede. Verschiedene Studien belegen, dass 50% bis 70% der Menschen, die Suizid begehen, an einer Depression leiden [Gysin-Maillat A. & Michel K. 2013] (vgl. Abbildung 11). Bei den assistierten Suiziden hingegen zeigt sich ein anderes Bild. Hier fallen vor allem Krebsleiden und neurodegenerative Erkrankung ins Gewicht (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 9: Grunderkrankungen bei Suiziden 1998-2009

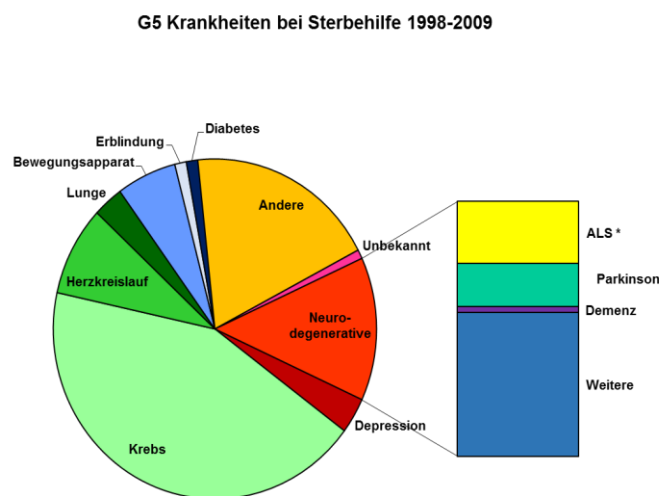
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2012)



Nur bei 47% der Fälle wurde eine Begleitkrankheit angegeben.

Abbildung 10: Grunderkrankungen bei assistierten Suiziden (Sterbehilfe) 1998-2009

(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2012)



Die seit Jahren konstante Zahl der jährlichen Suizide in der Schweiz dürfte infolge der Alterung der Bevölkerung in Zukunft zunehmen (vgl. Abbildung 13-14). Dies gilt ähnlich für die assistierten Suizide und ist hier bereits Realität. Vor diesem Hintergrund will der Bundesrat die Suizidprävention und Palliative Care – die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten – weiterhin fördern.

Abbildung 11: Assistierte Suizide (Sterbehilfe) und Suizide nach Jahr (2005-2012)
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)

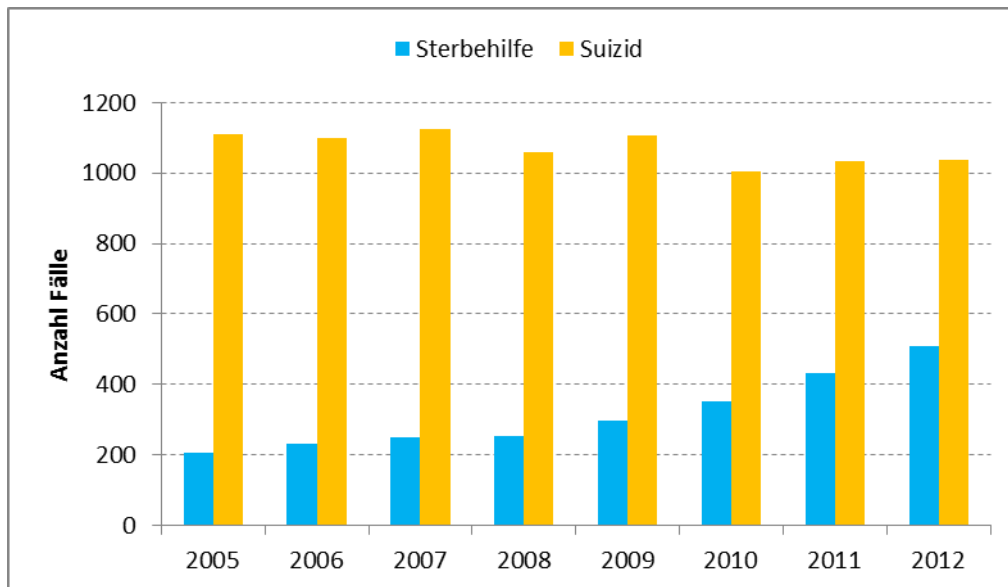
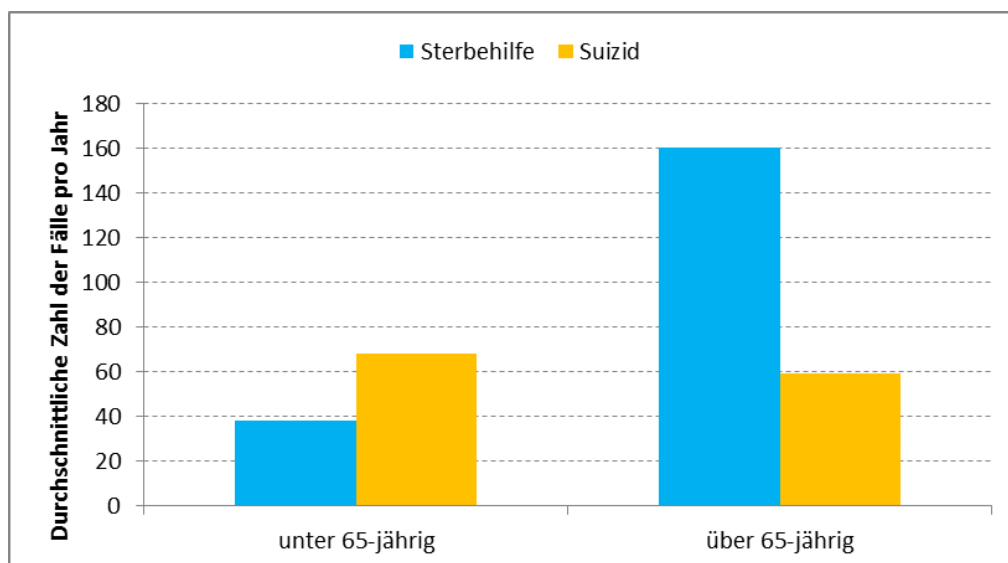


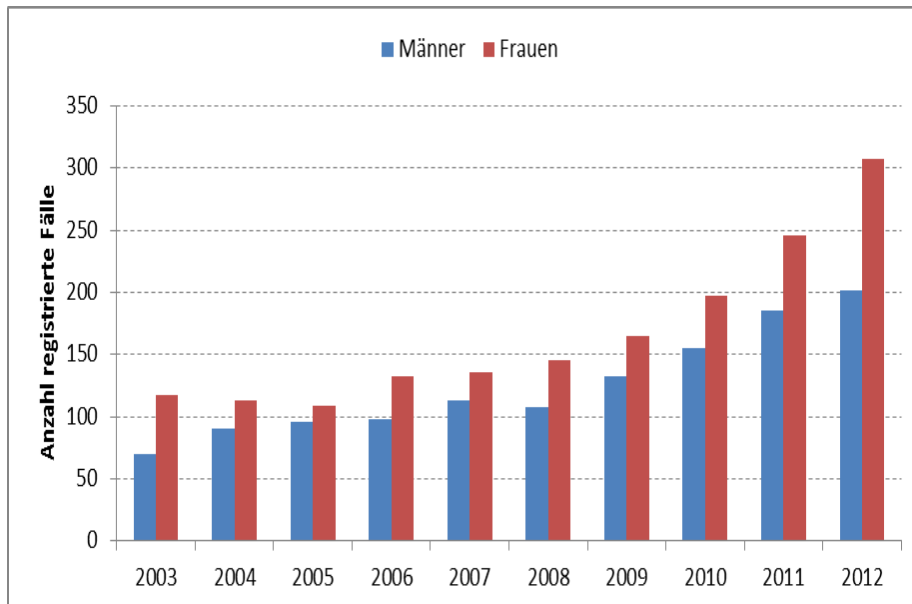
Abbildung 12: Assistierte Suizide (Sterbehilfe) und Suizide nach Alter (Summe 2009-2012)
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)



Geschlecht und Alter bei assistiertem Suizid

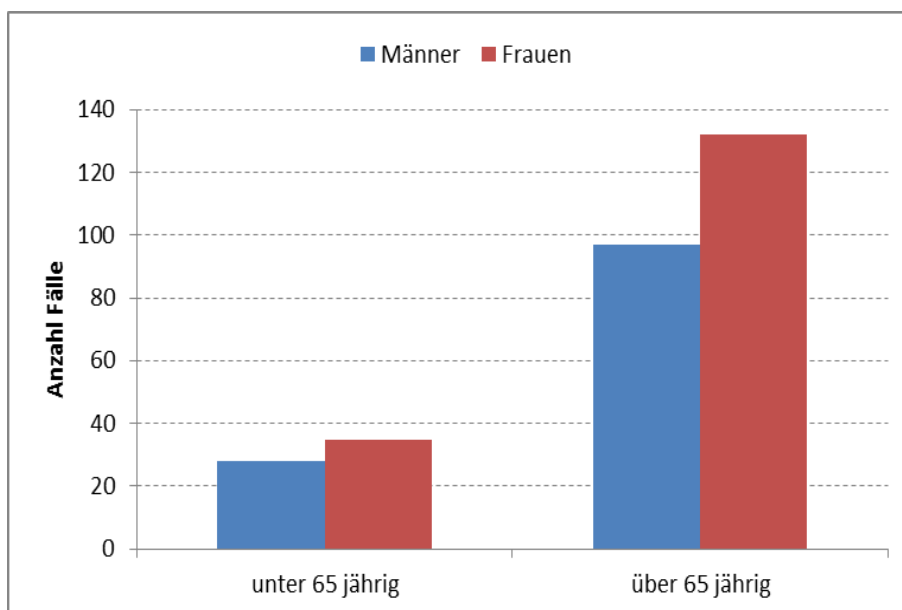
In 90% der verzeichneten Fälle sind die Personen, welche assistierten Suizid begehen 55-jährig und älter. Nur 1 Prozent war jünger als 35-jährig. Die Altersverteilung ist bei Männern und Frauen ähnlich. Ab dem 55. Altersjahr nehmen in absoluten Zahlen deutlich mehr Frauen Sterbehilfe in Anspruch (vgl. Abbildungen 9 und 10).

Abbildung 13: Assistierte Suizide nach Jahr und Geschlecht 2003–2012
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)



Die Altersverteilung ist bei Männern und Frauen ähnlich. Ab dem 55. Lebensjahr nehmen in absoluten Zahlen deutlich mehr Frauen assistierten Suizid in Anspruch.

Abbildung 14: Assistierte Suizide nach Alter und Geschlecht (Durchschnitt 2003-2012)
(Quelle: Todesursachenstatistik BFS 2014)



3. Suizidversuche

Eine genaue Erfassung der Suizidversuche ist schwierig durchzuführen. 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.

Soziodemografische Merkmale

In einer entsprechenden Studie zu suizidalem Verhalten in der Agglomeration Bern [Steffen et al. 2011] fand sich von 2004 bis 2010 eine durchschnittliche Rate von 105.0 Suizidversuchen pro 100'000 Einwohner/innen (pro Jahr vgl. Abbildung 15). Suizidversuche sind demzufolge rund 7 Mal häufiger als vollendete Suizide, wobei die Dunkelziffer schwer zu quantifizieren ist. Schätzungen gehen von jährlich 15'000 bis 25'000 Versuchen in der Schweiz aus und davon, dass knapp 10% der Schweizer Bevölkerung einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternimmt.

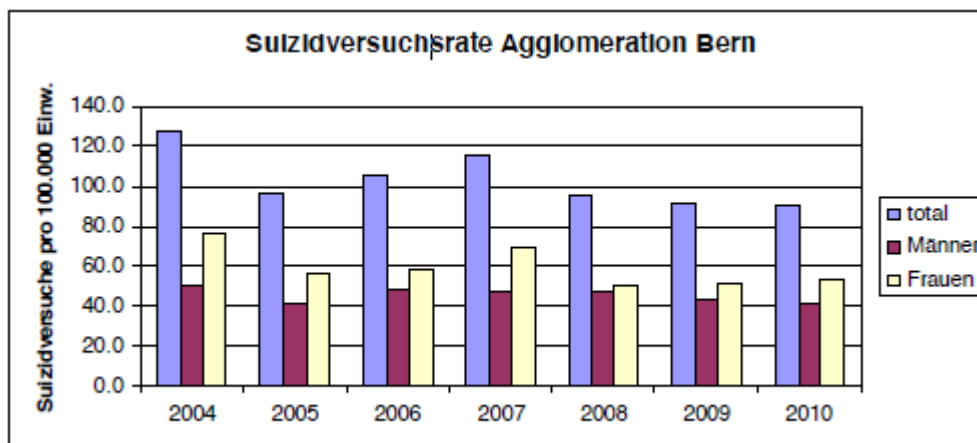
Im Vergleich mit den früheren Phasen der Erfassung der Suizidversuche in der Agglomeration Bern mit der gleichen Methode (1989-1990 und 1993-1995) zeigt sich in den Jahren 2004 bis 2010 eine minimal geringere Häufigkeit.

Vergleich der verschiedenen Erfassungsperioden [Steffen et al. 2011]

Jahre	Rate
1989 - 1990	132/100'000 Einwohner
1993 - 1995	120/100'000 Einwohner
2004 - 2010	105.0/100'000 Einwohner

Abbildung 15: Suizidversuchsrate in Bern nach Jahr (2004-2010)

(Quelle: Steffen et al. 2011)

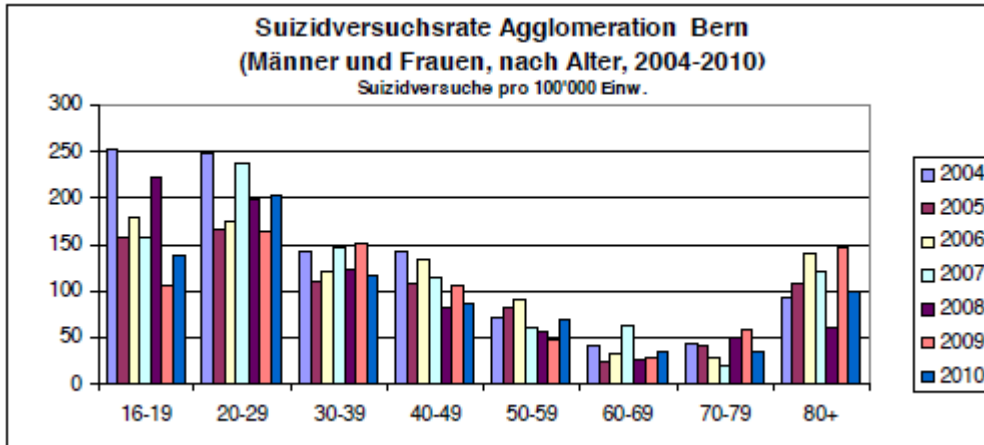


Während vollendete Suizide bei Männern häufiger sind (vor allem Methoden mit hoher Letalität), begehen Frauen häufiger Suizidversuche (mit Methoden geringer Letalität). Zudem sind insbesondere junge Menschen von Suizidversuchen betroffen.

Alter

Das Alter bei den Suizidversuchen der Jahre 2004-2010 lag zwischen 16 und 88 Jahren, das Mittel betrug 37.4 Jahre. Das Risiko eines Suizidversuchs war am grössten in der Altersgruppe 16 bis 29 Jahren [Steffen et al. 2011] (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Suizidversuchsraten in Bern nach Alter und Jahr (2004-2010)
(Quelle: Steffen et al. 2011)



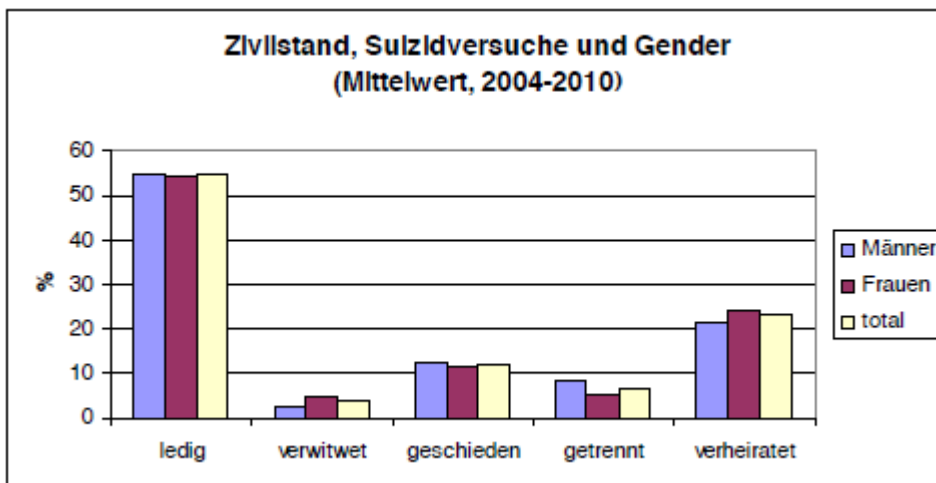
Geschlecht

Die höchste Rate wurde im Jahre 2004 bei den 20 bis 24-jährigen Frauen gefunden (351/100'000). Von den 2114 Suizidversuchen (approximierte Gesamtzahl) waren 917 (43.4%) Männer und 1197 (56.6%) Frauen. Ein Unterschied zwischen beiden Geschlechtern war vorhanden, war aber überraschend gering [Steffen et al. 2011].

Zivilstand

Wie das Suizidrisiko steht auch das Suizidversuchsrisiko mit dem Zivilstand im Zusammenhang: Alleinlebende und Alleinerziehende haben ein doppelt so hohes Suizidversuchsrisiko wie Personen, die in einer Zweieltern-Kind-Familie leben (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Suizidversuche in Bern nach Zivilstand und Geschlecht (2004-2010)
(Quelle: Steffen et al. 2011)



Die Mehrzahl der erfassten Personen war unverheiratet, was im Wesentlichen Ausdruck der Altersverteilung ist (Jugendliche und junge Erwachsene sind übervertreten). Eine Veränderung über die Zeit hinweg kann nicht gefunden werden. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. des Zivilstandes waren statistisch unbedeutend, tendenziell waren Frauen häufiger ledig und Männer häufiger geschieden [Steffen et al. 2011].

Berufstätigkeit

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.

Die meisten Patienten nach Suizidversuch waren berufstätig, erwartungsgemäss fanden sich mehr Hausfrauen als Hausmänner. Bei den Männern dagegen zeigte sich ein höherer Anteil von Arbeitslosen und ein grösserer Anteil von Rentnern, der jedoch je nach Erfassungsjahr variiert [Steffen et al. 2011].

Nationalität

Rund 76% der Suizidversuche wurden von Schweizer Staatsbürgern durchgeführt (Mittelwert 2004 - 2010: 74.4%). Türkische Staatsangehörige stellen die grösste Gruppe, Deutsche die zweithäufigste Gruppe der Migrationsbevölkerung dar [Steffen et al. 2011].

Methoden des Suizidversuchs

Die häufigsten Methoden bei Suizidversuchen sind das Einnehmen von Medikamenten und das Zufügen von Schnittverletzungen in suizidaler Absicht. In mindestens 40% der Fälle haben die Betroffenen bereits früher einen Suizidversuch unternommen. Vielfach wird nicht nur eine Methode beim Suizidversuch angewendet, sondern die Suizidenten gebrauchen zum Beispiel einen „Cocktail“ aus verschiedenen Medikamenten oder benutzen Alkohol als „Mutmacher“ (Co-Methode). In der Studie von Steffen et al. (2011) wurden bis zu vier Co-Methoden bei jedem Suizidversuch erfasst.

Im Mittel wurden 1.9 Methoden verwendet, der Unterschied zwischen Männern und Frauen war gering, aber vorhanden (vgl. Tabelle 4).

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.

Tabelle 4: Methoden von Suizidversuchen in Bern (Summe 2004-2010)

(Mittelwerte der Jahre 2004 bis 2010. Summe ergibt mehr als 100%, da mehrere Methoden zur Anwendung kommen können [Steffen et al. 2011].)

Methode	Alle	Männer	Frauen
	Prozent	Prozent	Prozent
Medikamente	60.1%	43.7%	72.8%
Schneiden	15.6%	22.6%	10.2%
Sprung aus grosser Höhe	8.7%	10.5%	7.4%
Erhängen	4.5%	8.9%	1.0%
Zug	2.8%	4.1%	1.7%
Alkohol	1.8%	1.1%	1.8%
Erschiessen	1.6%	3.3%	0.1%
Anderes	6.9%	6.8%	7.2%
Total erfasste Suizidversuche	2114	917	1197

In Bezug auf die Methoden wurden keine signifikanten Unterschiede im zeitlichen Verlauf gefunden. Wie bereits in früheren Jahren überwiegen auch 2010 Überdosen von Medikamenten, dies im Gegensatz zu vollendeten Suiziden, bei denen tödliche Methoden wie Erhängen und Erschiessen am häufigsten gefunden wurde.

Suizid durch Sprung ist bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste Methode. Sprünge können im Wesentlichen unterteilt werden in Gebäudesprünge und Brückensprünge, letztere Submethode endet häufiger letal [Steffen et al. 2011].

Häufigste Substanzen (Medikamente)

Abbildung 18:

Entwicklung der häufigsten Substanzen (Medikamente) bei Suizidversuchen in Bern nach Jahr (2004-2010)

(Quelle: Steffen et al. 2011)

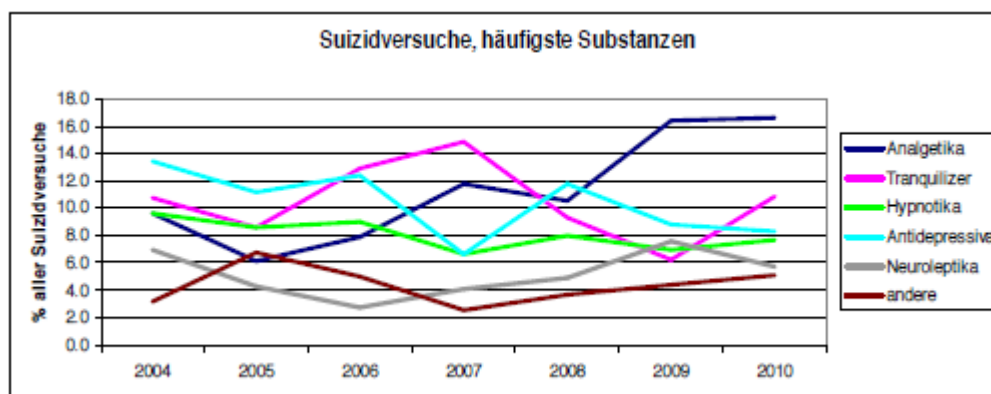
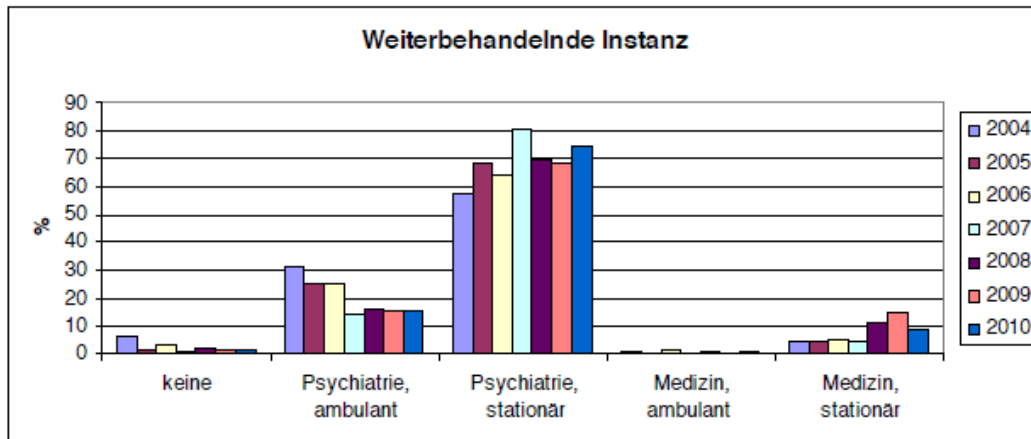


Abbildung 18 zeigt, dass über die vergangenen Jahre insbesondere Analgetika (Schmerzmittel) als Medikament bei Suizidversuchen deutlich an Bedeutung gewonnen haben. Dies ist aus notfallmedizinischer Sicht von besonderer Bedeutung, da sich hier besonders schwerwiegende Komplikationen ergeben können [Steffen et al. 2011].

Weiterbehandlung nach dem Suizidversuch

Die Mehrheit der Personen wird nach einem Suizidversuch stationär weiterbehandelt. Der Anteil stationärer Behandlungen hat in den letzten Jahren tendenziell zugenommen, während die ambulante Psychiatrie entsprechend rückläufig in die Weiterbehandlung involviert ist (vgl. Abbildung 19). Es finden sich bei der weiterbehandelnden Instanz keine Unterschiede nach Geschlecht (auch nicht nach Einbezug von Confounder wie Bildung und Zivilstand) [Steffen et al. 2011].

Abbildung 19: Weiterbehandelnde Instanz nach Suizidversuchen in Bern (Durchschnitt 2004-2010)
(Quelle: Steffen et al. 2011)



Ein erfolgreicher Suizidversuch ist mit Abstand der grösste Risikofaktor für vollendeten Suizid: das Risiko ist im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung über Jahrzehnte hinweg um das 40-fache oder mehr erhöht. Aus diesem Grund ist es wichtig, spezifische Behandlungen anzubieten und diese zu evaluieren [Steffen et al. 2011].

In Bern wird seit einiger Zeit ein Kurzinterventionsprogramm durchgeführt, welches auf den neuesten Erkenntnissen der Suizidforschung basiert und neben verhaltenstherapeutischen Interventionen vor allem eine patientenorientierte therapeutische Beziehung anstrebt [Gysin-Maillart & Michel, 2013].

Kantonale Differenzen

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

2 Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik 2009: Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3521>

Zugriff 8.4.2015

Bundesamt für Statistik 2014: Todesursachenstatistik 2012.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

Zugriff 8.4.2015

Bundesamt für Statistik 2012: Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/dos/04.html>

Zugriff 8.4.2015

Gysin-Maillart A, & Michel K, 2013: Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Verlag Hans Huber.

Marmet S., Gmel G., Gmel, G., Frick H., Rehm J., 2013: Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Sucht Schweiz.

http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Endbericht_2013_-_Mortalit%C3%A4t.pdf

Zugriff 8.4.2015

Reisch, Th., Schuster U. & Michel K. 2007: Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681–687

Steffen T., Maillart A., Michel K., Reisch Th. 2011: Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern im Rahmen der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

http://www.bernergesundheit.ch/download/11_-_Depression_Suizid_Tod_-_20110501_-_Monitoring_Suizidalitat_Region_Bern.pdf

Zugriff 8.4.2015

Schuler D. & Burla L. 2012: Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4724>

Zugriff 8.4.2015

WHO 2002: Krug EG et al. (Hrsg.): World report on violence and health. World Health Organization, Genf, 2002.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1

Zugriff 8.4.2015

WHO 2014: European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Updated: April 2014.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

Zugriff 8.4.2015

WHO 2014a: Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, Genf, 2014.

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Zugriff 8.4.2015