

# Möglichkeiten der Suizidprävention

**Suizide treten meist in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung auf. Ein kleinerer Teil sind Nachahmungstaten oder Kurzschlusshandlungen im engeren Sinne. Deutlich häufiger als Suizide sind – vor allem im Jugendalter – Suizidversuche und ernsthafte suizidale Gedanken. Der Wunsch zu sterben ist nicht nur ein häufiges, sondern zum Glück meistens auch ein vorübergehendes Phänomen.**

**Vladeta Ajdacic-Gross,  
Erika Gadola, Wulf Rössler**

**W**ir wissen aus der Forschung zwar enorm viel über die «natürliche» Variation der Suizidraten wie auch über die Variation des individuellen suizidalen Verhaltens, jedoch verstehen wir die Sachverhalte erst ansatzweise. Trotzdem hat die Suizidprävention viele Möglichkeiten einzugreifen. Die Prävention kann sich oft auf Handlungswissen verlassen, welchem das Grundlagenwissen nachfolgt. Im Folgenden werden einige

praxisnahe Ansätze der Suizidprävention vorgestellt.

## Ungenutzte Potenziale

Die Absicht, sich das Leben zu nehmen, ist meist ambivalent. Ob eine suizidale Absicht realisiert wird, hängt oft von so banalen Dingen ab wie der Verfügbarkeit von Mitteln. Deshalb richten sich verschiedene bestehende oder potenzielle Präventionsmassnahmen auf die Eliminierung von Methoden oder einen erschwerten Zugang.<sup>1</sup> Die berühmteste Massnahme in diesem Zusammenhang ist die Entgiftung des Kochgases.

Nicht alle Methoden eignen sich für die Prävention gleichermaßen, trotzdem gibt es markante ungenutzte Potenziale. Das prominenteste Beispiel dazu liefert der Schusswaffensuizid. Diese Suizidmethode ist vor allem bei Männern verbreitet, wo sie inzwischen die häufigste Methode in der Schweiz darstellt. *Abbildung 1* verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Schusswaffensuiziden und der Verbreitung der Schusswaffen anhand eines Ländervergleichs. Die Schweiz und die USA belegen in beiderlei Hinsicht die Spitzenplätze. Gelegenheit schafft offensichtlich nicht nur Diebe, sondern auch Suizidenten. Mit plausiblen Massnahmen wie der Berücksichtigung von psychischen Risikofaktoren bei der Lizenzierung von Schusswaffen und Abgabe von Dienstwaffen liesse sich ein beträchtlicher Teil der Schusswaffensuizide verhüten.

## Kurzschlusshandlung nochmals überdenken

Oft wird bei der methodenspezifischen Suizidprävention auf die Pro-



Vladeta Ajdacic-Gross



Erika Gadola



Wulf Rössler

<sup>1</sup> Medikamente, Gifte, Kochgas, Autoabgase, Ertränken, Erhängen, Schusswaffensuizid, Suizid durch Sturz: Hotspots, Suizid durch Eisenbahn

## Kasten 1

**Eine Erklärung für die hohen Suizidraten in der Schweiz**

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern weist die Schweiz eine relativ hohe Suizidrate auf. Die Frage nach den Gründen wird immer wieder gestellt. Sie lässt sich mit einer vereinfachenden, allgemein verständlichen Formel beantworten:

Protestantische Kultur der Problembewältigung (Introvertiertheit, Selbstzuweisung von Schuld)

+

Schwache Strukturen der Familien- und Nachbarschaftshilfe infolge Mobilität und Migration

+

Ungenügende Bereitschaft, psychiatrische/psychologische Dienstleistungen zu nutzen

+

Leichte Erreichbarkeit von Suizidmethoden

## Kasten 2

**Suizidalität als Entwicklungsphase**

Aus der Epidemiologie ist bekannt, dass etwa jeder zweite Mensch früher oder später in seinem Leben suizidale Gedanken entwickelt. Zumeist geschieht dies während der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter. Die Neigung zum Suizid erscheint als ein unspezifisches, weit verbreitetes Phänomen. Entscheidend ist unter dem Strich nicht, ob etwas mehr oder etwas weniger Menschen suizidal werden. Entscheidend ist vielmehr, wie viele von ihnen die Suizidalität erfolgreich hinter sich lassen. Aus der Forschung wissen wir, dass dies besonders jenen Menschen gut gelingt, die sich Verwandten, Freunden und Bekannten mitteilen können. In Bezug auf die Formel (s. *Kasten 1*) lässt sich deshalb für effektive Suizidprävention allgemein formulieren:

- Suizid-präventiv ist Problembewältigungsverhalten, welches auf Kontakt und Gespräch aufbaut
- Suizid-präventiv sind (verwandt- und freundschaftliche) Beziehungen, in welchen über Probleme gesprochen werden kann; die Mobilität in der modernen Gesellschaft trägt dazu bei, dass das Geflecht solcher Beziehungen dünner wird
- Wo tragende Beziehungen fehlen, werden bei schweren psychischen Problemen professionelle Hilfsangebote umso wichtiger – wie auch die Bereitschaft, diese zu nutzen.

blematik hingewiesen, dass Suizidenten einfach eine andere Methode wählen, wenn sie auf Hindernisse stossen. Dieser Einwand trifft auf einen Teil von potenziellen Suizidenten zwar zu, ist aber nur zum Teil richtig – somit ist der Einwand also falsch. Wer zum Beispiel keine Waffe zu Hause hat, wird seine Kurzschlusshandlung nochmals überdenken können, bevor er sich einer anderen Suizidmethode zuwendet oder sich eine Waffe auswärts beschafft. Zwischen den einzelnen Methoden (bzw. Orten, Handlungen, Phantasien) muss es bestimmte Übergangswahrscheinlichkeiten geben, die wir nicht kennen. Klar ist jedoch, dass jede Übergangswahrscheinlichkeit kleiner als 100 Prozent ist. Deshalb ist jede Massnahme, welche sich ambivalentem suizidalem Verhalten in den Weg stellt, grundsätzlich geeignet, Suizide zu verhüten.

**Prävention von Nachahmungsuiziden**

Suizidales Verhalten ist nicht nur abhängig von Methoden und Gelegenheiten, sondern auch von Bildern und Vorbildern. Dies wird besonders bei Suiziden von Jugendlichen deutlich, wo Imitation stärker im Vordergrund steht als etwa bei Suiziden von älteren Menschen. Auch wenn es ein langfristiges Erlernen von Verhaltensmöglichkeiten im Lebenslauf gibt, so liegt der Fokus der Prävention und Forschung aus naheliegenden Gründen auf kurzfristigem Nachahmungsverhalten. Dies soll anhand von zwei Beispielen illustriert werden, der Betreuung von Schulklassen und der Berichterstattung in den Medien nach einem Suizid.

Klassen- und Schulkameraden sind nach einem Suizid an einer Schule besonders exponiert. Lehrer und Schulleitungen tun gut daran, pro-

fessionelle Hilfe bei der Bewältigung des Ereignisses beizuziehen, wie sie dies auch bei anderen stark traumatisierenden Ereignissen tun würden.<sup>2</sup>

Es wäre wünschenswert, dass von kantonalen Behörden Task Forces initiiert oder Psychologen/Psychiater/Hausärzte bezeichnet würden, welche für die Strukturierung der Abläufe nach einem Suizid in der Schule oder der Öffentlichkeit speziell geschult sind.

Das zweite Beispiel ist die Medienberichterstattung, deren Effekt auf Suizidhäufigkeiten gut dokumentiert ist («Werther-Effekt»). Besonders kontraproduktiv sind:

- konkrete Abbildungen von Suizidorten oder Methoden, die als Handlungsangebote übernommen werden könnten

- beschönigende, mystifizierende, romantisierende und so weiter. Darstellungen von Personen, die sich das Leben genommen haben.

Die Angabe von Hilfsangeboten sollte jede Berichterstattung über Suizid begleiten.<sup>3</sup> Die Beeinflussung von Medien, namentlich der Boulevardpresse, im Sinne der Suizidprävention gleicht aufgrund der Fluktuation in den Redaktionen einer Sisyphusarbeit. Es wäre wünschenswert, dass eine Selbstkontrolle durch die Medien selbst institutionalisiert wird, die im Übrigen auch Themen wie Behinderung und psychische Krankheit einbeziehen sollte.

**Menschen mit erhöhtem Risiko**

Verschiedene Risikogruppen für Suizid sind bekannt und beschrieben worden. Dazu gehören: Menschen mit vorgängigem Suizidversuch, Survivors (Angehörige von Suizidenten), Menschen mit schweren psychischen Störungen (wie Schizophrenien, Depressionen, schwere Suchtstörungen), Menschen in Krisensituationen, Witwen und Witwer sowie Menschen nach tief greifenden Verlusterlebnissen, Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, Insassen von Strafanstalten, misshandelte Men-

<sup>2</sup> Richtlinien wurden auf der Internetseite von Ipsilon publiziert ([www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch), Stichwort Literatur).

<sup>3</sup> Medienrichtlinien unter der Internetadresse von Ipsilon erhältlich.

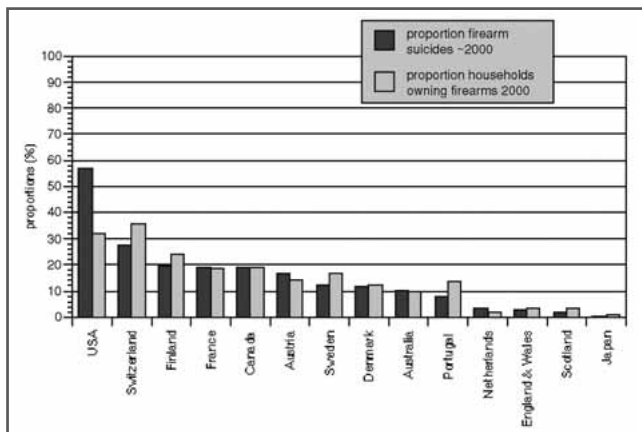


Abbildung 1: Vergleich zwischen dem Anteil der Schusswaffensuizide an der Gesamtzahl der Suizide vs. Anteil der Haushalte mit Schusswaffen; WHO- und ICVS-Daten nach Ländern, um 2000

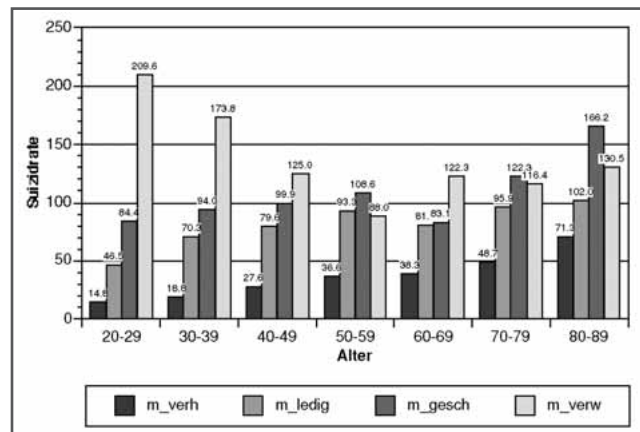


Abbildung 2: Suizidrate nach Zivilstand, Durchschnittswerte Schweiz 1991–2000, Männer

schen, Menschen nach schwer wiegendem Normbruch (früher zum Beispiel allein stehende junge Mütter) ... Neben suizidgefährdeten Personen im engeren Sinne, bilden Angehörige von Menschen, die sich das Leben genommen haben, die Gruppe mit dem höchsten bekannten Suizidrisiko (bis zu 50 Mal höher als in der Normalbevölkerung). Eine weitere extreme Risikogruppe sind junge Witwer (Abbildung 2).

Spezifische Hilfsangebote für Risikogruppen bestehen vor allem in institutionellem Umfeld (wie Strafanstalten, Spitäler). Bis anhin noch ungenügend in der Suizidprävention integriert sind so genannte Mediatoren oder Multiplikatoren, das heisst Berufsleute, welche oft mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu tun haben: Pfarrer, Bestattungsangestellte, Lehrer, Vorgesetzte, Polizisten, Feuerwehrleute, Apotheker, Scheidungsanwälte und so weiter. Ein Ziel der Suizidprävention sollte darin bestehen, diesen Fachpersonen ein Sensorium für Suizidalität (wie auch für Suchtgefährdung, psychische Störungen) zu vermitteln und Handlungsoptionen zur Verfügung zu stellen. Besonders wichtig erscheint es, die Informationsvernetzung im konkreten Fall zu verbessern.

### Praxisnahe Primärprävention: niederschwellige Angebote

Trotz der Vielfalt von niederschweligen Angeboten wie Beratungsstellen

(Jugend-, Familien-, Suchtberatungsstellen), Freiwilligen-Institutionen wie die Dargebotene Hand ([www.143.ch](http://www.143.ch)), Selbsthilfegruppen und -vereine wie Equilibrium ([www.depressionen.ch](http://www.depressionen.ch), siehe Seite 19), funktioniert deren Inanspruchnahme unterschiedlich gut. Insbesondere älteren Menschen fällt es schwer, Hilfsangebote anzunehmen. Jugendliche kennen zwar einzelne Beratungs- und Betreuungsdienste, nehmen diese jedoch bei Suizidgefährdung oder anderen psychischen Problemen nicht als mögliches Hilfsangebot wahr. Kurzfristig sind deshalb die Erweiterung und Popularisierung der Kontakt- und Beratungsangebote – zum Beispiel Internet- und SMS-Seelsorge, Beratungstelefon für Jugendliche ([www.147.ch](http://www.147.ch)) – durchaus sinnvoll und begrüssenswert.

Mittel- und langfristig sollte ein Ziel der Suizidprävention darin bestehen, das Wissen über psychische Gesundheit, psychische Krankheit und die Bewältigungsmöglichkeiten – auch das Beanspruchen von Hilfe – zu erhöhen. Die Tatsache, dass nicht einmal jeder zweite von einer schweren (Major) Depression Betroffene professionelle Hilfe sucht, weist auf den noch bestehenden Spielraum hin.

### Suizidprävention und Mental Health Literacy

Oft beruht das Verhalten bei psychischen Störungen und Suizid auf zum Teil stigmatisierenden und schlicht-

weg falschen Vorurteilen. «Wer über Selbsttötungsabsichten spricht, wird sich nicht umbringen» oder «Suizidalität sollte man auf keinen Fall ansprechen» sind Beispiele für besonders verhängnisvolle Vorurteile. Mental Health Literacy hat sich als englischer Begriff etabliert und bezeichnet das Wissen über psychische Symptome, Störungen und Vorzeichen – aber auch das Wissen darüber, was im Fall der Fälle getan werden kann.

Natürlich ist die Mental Health Literacy zusammen mit den Neurosciences mitunter eine Aufgabe für die Schule und weitere Bildungsinstitutionen. Das Thema ist eine zusätzliche Herausforderung für die Lehrer und für die Lehrplangestalter. Ein Ansatz, um die Mental Health Literacy in die Schulen zu tragen, ist das Mind-Matters-Programm ([www.mindmatters-schule.de](http://www.mindmatters-schule.de)), welches auch an Schweizer Schulen in einzelnen Pilotprojekten angewendet wird.

Es ist dem Nürnberger Netzwerk gegen Depression zu verdanken, dass es den Nachweis versucht hat, wie die Promotion der Mental Health Literacy zusammen mit weiteren Massnahmen einen nachhaltigen Effekt auf die Reduktion der Suizidrate bewirken kann. (siehe Seite xx)

### Aus- und Weiterbildung

Ein wesentlicher Bestandteil des wegweisenden Nürnberger Projektes ist die Weiterbildung von Multiplikatoren. Als Adressaten stehen an

### Institutionen in der Suizidprävention

Bis anhin beschäftigen sich in der Schweiz verschiedenste Behörden und fachspezifische Institutionen (Psychiatrie, Jugendberatung) mit der Suizidproblematik. Die Prävention hingegen wird vor allem von themanahen Institutionen und Vereinen wahrgenommen. Dazu gehören:

- Die Schweizerische Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprohylaxe SGKS, aber auch die Caritas Schweiz ([www.caritas.ch](http://www.caritas.ch)), welche namentlich in der Weiterbildung Pionierarbeit geleistet haben
- Regenbogen Schweiz ([www.verein-regenbogen.ch](http://www.verein-regenbogen.ch)) und Refugium ([www.verein-refugium.ch](http://www.verein-refugium.ch)), zwei Selbsthilfegruppen für Angehörige nach einem Suizid
- Die Initiative «Stop Suicide» in Genf ([www.stopsuicide.ch](http://www.stopsuicide.ch)), welche durch öffentliche Aktionen das Tabu Suizid thematisiert hat
- Parspas ([www.parspas.ch](http://www.parspas.ch)) und FSSZ ([www.fssz.ch](http://www.fssz.ch)) – lokale Vereine, die mit Flyern und Informationsveranstaltungen auf das Thema Suizidalität und Hilfsangebote hingewiesen haben.

Die Gründung von Ipsilon ([www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch)), der ersten nationalen Organisation zur Suizidprävention, erfolgte 2003.

erster Stelle Hausärzte, weil sie in der Regel auch bei psychischen Beschwerden als erste Fachpersonen angegangen werden. Studien haben gezeigt, dass tatsächlich ein überwiegender Teil von nachmaligen Suizidenten in einem Zeitraum von wenigen Tagen bis Wochen vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht hatte, zumeist ohne auf die suizidale Thematik direkt einzugehen.

Daneben spricht die Weiterbildung – ausser Psychiater und Psychologen – weitere Berufsgruppen an. In der Regel stossen die Veranstaltungen auf ein grosses Interesse, sodass sich auf einen grossen Nachholbedarf nach Information schliessen lässt.

### Gegenwart und Zukunft

In den letzten Jahren sind mehrere grundlegende Entwicklungen in Gang gekommen:

- Die psychische Gesundheit ist in die Agenda der Innenpolitik aufgenommen worden, als einer der Schwerpunkte in der Nationalen Gesundheitspolitik ([www.nationale-gesundheit.ch](http://www.nationale-gesundheit.ch)). Wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Bereich «Psychische Gesundheit» in all seinen Facetten (Forschung, Diagnose, Behandlung, Prävention) um Jahrzehnte hinter der somatischen Medizin her hinkt, erfolgte die politische Schwerpunktsetzung kaum zu früh – dem Motto folgend «besser spät als nie».

- Ebenfalls unter diesem Motto hat der Bundesrat nach mehreren An-

läufen einen parlamentarischen Vorstoss zur Suizidprävention entgegengenommen und das Thema nun auch auf die Handlungsagenda gesetzt (siehe unter [www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/d/](http://www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/d/)).

- Mit der Gründung der nationalen Dachorganisation Ipsilon ist eine grundlegende Voraussetzung geschaffen worden, um die Suizidprävention gesamtschweizerisch zu koordinieren und voranzutreiben. Auf kantonaler/regionaler Ebene sind die Verhältnisse jedoch höchst heterogen geblieben.

Diese Entwicklungen sind ein bescheidener Anfang. Sie haben alle noch keinen einzigen Suizid verhindert, und doch sind sie als Weichenstellungen für die Zukunft unentbehrlich. Dasselbe würde für eine nationale Strategie zur Suizidprävention gelten, die allerdings noch nicht existiert.

Die Entwicklungen könnten konkret in folgende Bahnen führen:

- Etablierung von weiteren regionalen Präventionskampagnen nach dem Vorbild des Nürnberger Bündnisses gegen Depression
- Weiterentwicklung von methoden- und risikogruppenspezifischen Präventionsmassnahmen sowie Übertragung von Modellprojekten auf kantonale/regionale Ebene
- Ausbau und Konsolidierung der Weiterbildungsangebote für Hausärzte und verschiedene weitere Berufsgruppen

- Etablierung von kantonalen/regionalen Planungsgruppen, welche eine künftige nationale Strategie auf regionaler Ebene über- und umsetzen

- Etablierung von kantonalen/regionalen Task Forces oder Instanzen, welche bei akuten Problemen – wie zum Beispiel Betreuung von Schulklassen nach Suizid – kompetent beraten oder handeln können

- Schaffung von geeigneten Interventionsmöglichkeiten für Krisensituationen (zum Beispiel Kriseninterventionszentren)

- Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit, zum Beispiel anhand von Mind Matters in Schulen und weiteren Ausbildungsinstitutionen

- Förderung der Mental Health Literacy in breiten Schichten der Bevölkerung über Informations- und Werbekampagnen

- Aufbau einer flankierenden Begleit- und Evaluationsforschung, Schaffung von Anreizen für die Grundlagenforschung.

Suizidprävention ist auf jeden Fall ein Patchwork und wird dies auch über kurz oder lang bleiben. Es ist zu hoffen, dass es zunehmend aus Inhalten und nicht aus Lücken bestehen wird. ■

Autoren:

**Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross**

Oberassistent  
Forschungsbereich Klinische und  
Soziale Psychiatrie  
E-Mail: [vajdacic@spd.unizh.ch](mailto:vajdacic@spd.unizh.ch)

**lic. phil. Erika Gadola**

wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Forschungsbereich Klinische und  
Soziale Psychiatrie  
E-Mail: [psyepi@spd.unizh.ch](mailto:psyepi@spd.unizh.ch)

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler**

Klinischer Direktor  
E-Mail: [roessler@spd.unizh.ch](mailto:roessler@spd.unizh.ch)

PUK Zürich  
Militärstrasse 8  
8004 Zürich